

УДК 616.342-002.44-089

НАЗЫРОВ Ф.Г., НИШАНОВ М.Ф.

Андижанский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан

ОБОСНОВАНИЕ ГАСТРОДУОДЕНОАНАСТОМОЗА С ЭКОНОМНОЙ РЕЗЕКЦИЕЙ ЖЕЛУДКА В ХИРУРГИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Резюме. Проанализированы непосредственные и отдаленные результаты различных методов операций в плановой хирургии дуоденальных язв. Показаны неблагоприятные исходы классической резекции и различных вариантов ваготомии с дренирующими желудок операциями. Сравнительный анализ ближайших и отдаленных результатов иссечения малого сальника с антрумрезекцией и гастродуоденоанастомозом (у 2316 больных) с использованием однорядного шелкового шва показал снижение послеоперационной летальности (до 1,0 %), рецидива язвы (1,4 %), количества случаев анастомозитов и гастроплегии (2,1 %) и увеличение числа отличных и хороших результатов (более 90 % наблюдений).

Ключевые слова: дуоденальная язва, гастродуоденоанастомоз, антрумрезекция, желудок.

Актуальность проблемы

В настоящее время необходимость оперативного лечения осложненных форм язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК), которые наблюдаются почти у 30 % от общего числа страдающих этим заболеванием, сомнений не вызывает [1, 3, 8]. При этом оперативное вмешательство должно быть направлено на радикальное излечение от язвенной болезни (ЯБ), что достигается удалением язвы как источника осложнения, снижением агрессивных факторов желудочного сока (соляная кислота, пепсин, гастрин, хеликобактер пилори) и восстановлением моторно-эвакуаторной функции желудка (выбор оптимального варианта желудочно-кишечного анастомоза) [2, 4–6, 9].

Целью нашего исследования явилось проведение ретроспективного и проспективного анализа результатов различных методов операций, обоснование целесообразности иссечения малого сальника с антрумрезекцией и формированием гастродуоденоанастомоза (ГДА) в плановой хирургии ЯБДПК.

Материалы и методы исследования

Нами исследована распространенность ЯБ среди населения Ферганской долины (Республика Узбекистан), которая включает 3 области — Андижанскую, Ферганскую и Наманганскую с общей численностью населения 10 млн человек. Она составила 131,3 случая на 100 000 населения. В 98,5 % случаев установлена дуоденальная локализация язв [6, 8, 9]. Заболеваемость ЯБ в этих

регионах в несколько раз меньше по сравнению с европейскими странами, где распространенность рака гораздо выше.

Наша клиника занимается проблемой ЯБДПК с 1959 года. За этот промежуток времени подходы к выбору методов оперативного вмешательства периодически менялись. Этим обусловлено выделение 3 условных периодов.

Первый (1959–1975 гг.) — период классической резекции желудка с преимущественным формированием ГДА [2, 8]. Второй (1976–1989 гг.) — период ваготомии (от стволовой до расширенной селективной проксимальной ваготомии) с дренирующими желудок операциями [6–8, 10]. Третий (1990–2009 гг.) — период иссечения малого сальника с антрумрезекцией и формированием ГДА.

За первый период оперировано 1878 больных ЯБДПК с летальностью до 4 %. Пострезекционные синдромы установлены у 15 % оперированных, а рецидив язвы — у 4 %.

За второй период оперировано 1247 больных. Рецидивы язв составили 8,4 %, гастроплегия — 2,3 %, другие постваготомические синдромы — 5,7 %, летальность — 1,3 %. Неудовлетворенность результатами привела к отказу от ваготомии в пользу иссечения малого сальника с антрумрезекцией и формированием ГДА.

За третий период в нашей клинике внедрено и широко стало применяться иссечение малого

© Назыров Ф.Г., Нишанов М.Ф., 2014

© «Медицина неотложных состояний», 2014

© Заславский А.Ю., 2014

сальника с антрумрезекцией (у 2782 пациентов). При этом формирование ГДА в различных модификациях выполнено у 2316 больных, т.е. у 80 % пациентов от всех перенесших операции на желудке. Анастомоз накладывается с использованием однорядного шва.

В процессе обследования больных проводилось объективное клиническое исследование, выполнялись клинические и биохимические анализы крови и мочи, исследование желудочной секреции (базальная продукция кислоты (БПК), максимальная продукция кислоты (МПК), рН-метрия, кислые и щелочные компоненты желудочного сока, пепсин), моторно-эвакуаторной функции желудка (с помощью рентгеноскопии: непрерывная электрогастрография, непрерывная радиогастрография), а также исследование функционального состояния физиологической кардии до и после различных операций с использованием рентгенологических, эндоскопических и иононометрических методик.

К настоящему моменту достаточно большой опыт применения иссечения малого сальника с антрумрезекцией и формированием различных вариантов ГДА позволяет несколько упростить выполнение некоторых этапов операции и в то же время предложить ряд приемов, облегчающих проведение вмешательств. После верхне-срединной лапаротомии проводится тщательная ревизия желудка, двенадцатиперстной кишки (ДПК), определяются локализация язвы и характер осложнений, а также анатомические изменения в пилородуоденальной области, возникшие в результате язвенно-рубцового и воспалительного процесса.

Почти во всех случаях мобилизуется ДПК по Кохеру и по возможности язвенный инфильтрат. Желудок и большой сальник поднимаются вверх, выполняется рассечение имеющихся спаек в области дуоденооанального перехода. Желудок приподнимается вверх и вправо, большой сальник и поперечноободочная кишка опускаются вниз. Начиная от синуса и по направлению к начальному отделу ДПК пересекаются ветви правой желудочно-сальниковой артерии непосредственно у стенки желудка и лигируются. Желудок откидывается вверх и впереди, пересекаются имеющиеся задние сращения между желудком и поджелудочной железой. Вводится отграничивающая поджелудочную железу и большой сальник марлевая салфетка.

Следующий этап — иссечение малого сальника. Для этого производится тракция желудка вниз. Образуется окно на бессосудистом участке малого сальника. Последний отодвигается вправо. Начиная с угла желудка и до кардии между зажимами пересекаются и перевязываются сосуды и ветви переднего ствола вагуса непосредственно у стенки желудка. Не доходя (2–3 см) до пищевода, малый сальник пересекается в поперечном направлении. Производится мобилизация мало-

го сальника по задней стенке от кардии до угла желудка в дистальном направлении. Малая кривизна желудка перитонизируется узловыми шелковыми швами (8–9 швов). Следующим этапом является антрумрезекция. Для этого малая кривизна у угла желудка и большая кривизна у синуса берутся на держалку. На уходящую часть желудка накладываются 2 жома Бильрот. Начиная с угла резецируются передняя и задняя стенки желудка на расстоянии от 2 до 4 см, в зависимости от его размера. Дефект на стенке желудка ушивается однорядным шелковым швом. Затем рассекается передняя и задняя серозная оболочка желудка над жомом на 1 см в поперечном направлении. Проводится прошивание мышечного и подслизистого слоев в поперечном направлении узловыми швами с лигированием сосудов и гофрированием культи желудка. Желудок резецируют, отступив от линии швов на 4–5 мм. Культи желудка отграничиваются салфеткой и фиксируются вверх. Резецированная дистальная часть желудка приподнимается вверх, и между зажимами пересекаются и лигируются правые желудочные сосуды. Накладываются серозно-мышечно-подслизистые однорядные швы между задней стенкой культи желудка и начальным отделом ДПК (5–6 швов). Отступив на 5–6 мм от линии швов, пересекают заднюю стенку ДПК. Вводя указательный палец левой руки в просвет ДПК, хирург ориентируется в локализации язвы, область сужения и передняя стенка кишки пересекаются по нижнему краю язвы. Антральный отдел желудка и луковица ДПК удаляются вместе с язвой. Гемостаз сосудов на передней стенке и ревизия задней губы анастомоза. В просвет ДПК вводится дистальная часть дренажной трубки длиной до 12–15 см с боковыми микроотверстиями. Проксимальный конец дренажной трубки фиксируется к желудочному зонду, заранее введенному в желудок. Желудочный зонд извлекается, проксимальный конец дренажной трубки фиксируется к крыльям носа. Указанные приемы позволяют контролировать положение зонда (4–5 см зонда с микроотверстиями в культе желудка и 10–15 см — в просвете ДПК), в том числе для исключения случайного удаления зонда самим больным. Введение назогастроудоденального зонда позволяет не только выполнять декомпрессию области гастродуоденоанастомоза, но и начать энтеральное питание с 3-х суток после операции.

Следующий этап — завершение наложения ГДА. Для этого начиная со стороны большой кривизны культи желудка и стенки ДПК накладываем П-образные швы, затем — последовательно серозно-мышечно-подслизистые узловые швы. Последний шов накладывается также П-образно на малой кривизне (всего 8–10 швов). Необходимо подчеркнуть, что узлы наложенных швов лежали на стенке культи желудка не только на передней, но и на задней губе анастомоза. Проводят контроль проходимости, герметичности ГДА

и гемостаза. Это достигается путем промывания желудка и ДПК раствором фурацилина. Оператор контролирует область анастомоза и цвет промывной жидкости. Проводится туалет брюшной полости. Подпеченочное пространство дренируется дренажными трубками так, чтобы дистальный конец дренажа через винсловое отверстие находился у малой кривизны культи желудка.

ГДА «конец в конец» по Габереру наложен у 1838 больных. При пенетрирующих язвах задней стенки луковицы в поджелудочной железе, печеночно-двенадцатиперстной связке, а также при деформации луковицы ДПК в виде шнура антральный отдел иссекается от ДПК. Культи ДПК ушивается однорядным швом. Накладывается ГДА «конец в бок» в поперечном направлении на передней стенке ДПК (выполнен у 126 пациентов — 5,4 %), по Габереру — Финнею (452 пациента — 19,0 %). Ширина соустья должна быть не менее 2,5–3,0 см.

Результаты исследования и их обсуждение

Послеоперационный период у больных, перенесших иссечение малого сальника с антрумрезекцией и ГДА, протекает в большинстве случаев обычно. Больные в достаточной мере активны уже на второй день послеоперационного периода. Производится водно-масляная очистительная клизма, опорожняется кишечник. Разрешается дробное употребление жидкой пищи (бульон, чай, минеральная вода). Как правило, диспептических явлений и каких-либо существенных нарушений в деятельности кишечника не наблюдается. На 3-й день рацион дополняется кашей, яйцами всмятку, сметаной, сухарями. На 6-й день рентгенологически изучается моторно-эвакуаторная функция желудка с использованием сульфата бария. Тонус стенки желудка у оперированных больных оставался в пределах нормы, а эвакуация из желудка порционно-ритмичная. Назогастроудоденальный зонд извлекается, подпеченочный дренаж удаляется. С 7-го дня больной переводится на питание, предусмотренное диетой № 1. Швы с раны снимаются, и больной выписывается из стационара.

В исследовании кислотности желудочного сока у больных с дуоденальной язвой в различные сроки (от 6 месяцев до 10 лет) после иссечения малого сальника с антрумрезекцией и гастродуоденоанастомозом установлено, что БПК снизилась с $15,1 \pm 1,4$ ммоль/ч (до операции) до $2,4 \pm 0,3$ ммоль/ч (на 84 %), а МПК — с $30,1 \pm 1,16$ ммоль/ч до $6,8 \pm 1,4$ ммоль/ч (на 77,5 %). При наблюдении за оперированными больными в период от 1 года до 10 лет после иссечения малого сальника с антрумрезекцией и ГДА было установлено, что у них кислотность желудочного сока с увеличением времени после операции заметно не менялась. Высокие показатели кислотности у коренных жителей Ферганской долины связаны

с частым употреблением острой и высококалорийной пищи в вечернее время суток. Поэтому у жителей этого региона наблюдалась преимущественная локализация язв в ДПК. Продолжительность язвенного анамнеза колебалась от 1 года до 20 лет, причем у большинства пациентов она составляет 5–10 лет. Наиболее часто из осложнений ЯБДПК отмечались кровотечения, перфорация язвы, пилородуоденальный стеноз той или иной степени выраженности (69,38 %). Из 2316 оперированных летальный исход имел место у 21 больного, т.е. послеоперационная летальность составила до 1 %.

Контрольное обследование больных, перенесших иссечение малого сальника с антрумрезекцией и ГДА, проводилось через 1, 3, 6, 12 месяцев и до 10 лет амбулаторно по специально составленным анкетным данным. Нарушения эвакуаторной функции желудка и ДПК, связанные с анастомозитом и гастроплегией, выявлены у 2,1 % пациентов, а рецидив язв — у 1,4 % больных. В значительном числе наблюдений консервативное лечение у этих больных приводило к восстановлению моторно-эвакуаторной функции желудка и быстрому прекращению болевого синдрома и рубцевания язвы. Демпинг-синдром средней и высокой степени тяжести практически отсутствовал.

Отличные и хорошие результаты оценивались по критериям Vizik с некоторыми дополнениями. После операции иссечения малого сальника с антрумрезекцией и ГДА получены отличные и хорошие результаты в более 90 % наблюдений. Частота развития патологических синдромов и их выраженность были значительно меньше, чем после классической резекции желудка и различных вариантов ваготомии с дренирующими желудок операциями или без них.

Выводы

1. ЯБДПК относится к распространенным заболеваниям населения Ферганской долины и характеризуется преимущественной локализацией язвенного процесса в пилородуоденальной области.

2. Существенное снижение различных осложнений во время операции и в послеоперационном периоде, а также летальности и преимущественно отличные и хорошие результаты в отдаленные сроки позволяют рассматривать иссечение малого сальника с антрумрезекцией и ГДА с использованием однорядного шва как наиболее обоснованный метод хирургического лечения ЯБДПК.

Список литературы

1. Бойко В.В. Противоязвенное лечение в хирургии // *Здоровье Украины*. — 2009. — С. 16-18.
2. Ботиров А.К. *Возрастные особенности язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и выбор метода операции: Автореф. дис... д-ра мед. наук.* — Ташкент, 1999. — 39 с.
3. Зайцев О.В. *Оптимизация хирургического лечения больных с осложненной язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки: Автореф. дис... д-ра мед. наук.* — Рязань, 2011. — 48 с.

4. Ибадов И.Ю. Формирование межкишечных анастомозов методом инвагинации: Автореф. дис... д-ра мед. наук. — Москва, 1969. — 39 с.

5. Кузин М.И. Хирургические болезни. — Москва: Медицина, 2005. — 638 с.

6. Майстренко Н.А., Мовчан К.Н. Хирургическое лечение язвы двенадцатиперстной кишки. — СПб.: Гиппократ, 2000. — 360 с.

7. Нишанов Ф.Н. Органосохраняющие операции при язвенной болезни, осложненной пилородуоденальным стенозом: Автореф. дис... д-ра мед. наук. — Харьков, 1986. — 48 с.

8. Рогачев М.В. Возможность использования компрессионного анастомоза у больных с осложненной язвенной болезнью: Автореф. дис... канд. мед. наук. — Москва, 2008. — 15 с.

9. Харченко Н.В., Степанов Ю.М. Язва желудка и двенадцатиперстной кишки. — Киев, 2009. — 16 с.

10. Ясногородский А.Я. К методике резекции желудка по Бильрот I при язвенной болезни. — Ташкент: Медицина, 1973. — 116 с.

Получено 22.12.13 □

Назирова Ф.Г., Нишанов М.Ф.
Андижанский государственный медицинский институт,
Республика Узбекистан

ОБҒРУНТУВАННЯ ГАСТРОДУОДЕНАНАСТОМОЗУ З ОЩАДЛИВОЮ РЕЗЕКЦІЄЮ ШЛУНКА В ХІРУРГІЇ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Резюме. Проаналізовано безпосередні й віддалені результати різних методів операцій у плановій хірургії дуоденальних виразок. Показано несприятливі результати класичної резекції й різних варіантів ваготомії з дренажними шлунок операціями. Порівняльний аналіз найближчих і віддалених результатів висічення малого сальника з антрумрезекцією й гастродуоденоанастомозом (у 2316 хворих) з використанням однорядного шовкового шва показав зниження післяопераційної летальності (до 1,0 %), рецидиву виразки (1,4 %), випадків анастомозитів і гастроплегії (2,1 %) і збільшення числа відмінних і гарних результатів (понад 90 % спостережень).

Ключові слова: дуоденальна виразка, гастродуоденоанастомоз, антрумрезекція, шлунок.

Nazyrov F.G., Nishanov M.F. Andijan State Medical Institute,
Republic of Uzbekistan

RATIONALE FOR GASTRODUODENAL ANASTOMOSIS WITH SPARING RESECTION OF STOMACH IN SURGERY FOR DUODENAL ULCER

Summary. We analyzed the short- and long-term results of different methods of operations in the selective surgery of duodenal ulcers. There were shown adverse outcomes of classical resection and various types of vagotomy with draining stomach operations. Comparative analysis of short- and long-term results for excision of the lesser omentum with antrum resection and gastroduodenal anastomosis (in 2316 patients) using single-row silk suture showed the the reduction of postoperative mortality (to 1.0 %), recurrence of ulcers (1.4 %), cases of anastomoses and gastroplegia (2.1 %) and increase number of excellent and good results (more than 90 % of cases).

Key words: duodenal ulcer, gastroduodenal anastomosis, antrum resection, stomach.