

616.33-002.44036:55

DOI: 10.24061/1727-0847.16.4.2017.121

М.Г. Гончар, Я.М. Кучірка

*Кафедра хірургії стоматологічного факультету (зав. – проф. О.В. Пиптюк)
Івано-Франківського національного медичного університету*

ЕВОЛЮЦІЯ ШЛУНКОВОЇ ХІРУРГІЇ (Частина I)

Резюме. Резекція шлунка – одна з найскладніших операцій черевної хірургії. Кількість цих оперативних втручань, в останні роки, значно зменшилася завдяки розвитку фармакотерапії. Водночас виконання їх стало дещо труднішим в технічному плані. Це пояснюється тим, що практично зникли відносні покази до операції, а залишилися лише абсолютні (стеноз, перфорація, кровотеча, рак). Виконання цих операцій потребує глибоких знань виразкового процесу і значних технічних навичок і вмінь. Паралельно з 150-річним досвідом розробки техніки резекцій шлунка збільшилася і кількість її способів. Тепер відомо біля 100 способів резекцій шлунка. Плеяда хірургів росте і молодому поколінню треба навчитися робити ці складні оперативні втручання, а головне – вибрати, з великої кількості способів найнеобхідний і екстраполовати його до кожного клінічного випадку. Це і є мета нашої роботи – дати характеристику кожному з видів резекції шлунка, визначити конкретні покази, вказати їх переваги та недоліки.

Ключові слова: резекція шлунка, гастроентероанастомоз, операція.

Коли Ludwig Rydyger надрукував свій перший доповідь успішної резекції шлунка, редакція журналу, яка на своїх сторінках помістила це повідомлення, виразила песимістичну думку, що “перша операція стане, водночас, і останньою” [1].

Опис першої операції на шлунку, за даними Даніеля Беккера, надрукована під назвою “Cultivori prussiaci curatio singularis”. У ній мова йшла про селянина, який проковтнув ніж довжиною 5,5 дюйма. 9 липня 1635 року, під аплодисменти присутніх, хірург Даніель Шаде видалив цей ніж із шлунка, і хворий одужав.

За даними К.Клейна (1895), з 1602 по 1877 роки було виконано 17 гастротомій для видалення сторонніх предметів, які проковтнули пацієнти.

Перші операції на шлунку (гастротомії) в клініці були вимушені і диктувалися декомпенсованим стенозом пілоруса внаслідок пухлинного процесу. На VI конгресі німецьких хірургів у квітні 1877 р. Більрот сказав: “Я все ж таки думаю, що резекція шлунка має своє майбутнє тому, що якщо ми можемо безпечно накладати шлункові

нориці, можемо рукою відчувати шлункову карциному і при цьому дещо сказати про її розповсюдження, що ж тепер залишається неможливого.”(цит. за С.С.Юдіним, 1965) [3].

Першу резекцію шлунка у клініці виконав французький хірург Пеан у присутності 10 лікарів. Він був незадоволений такими операціями на шлунку, як його розкриття для видалення сторонніх предметів і накладання шлункових нориць при стенозі стравоходу. Пеан запропонував видаляти пухлини шлунка і 12-палої кишки і назвав цю операцію гастректомією [4].

Операції на шлунку, виконані провідними хірургами того часу (Jules Pean, Ludwig Rydyger, Christian Billroth та ін.), супроводжувалися високою летальністю, що ніяк не могло надихнути хірургів на їх виконання [5]. Так, Дрейдорф зі-брав публікації про 24 резекції, які виконані при раку шлунка – вижили 4 хворих.

У 1881 р. Рідігер висловив думку, що резекція шлунка може виконуватися і при виразковій хворобі після оволодіння та розробки цієї мето-

© Гончар М.Г., Кучірка Я.М., 2017

дики. Тому хірурги почали шукати нові способи операційних втручань при виразковій хворобі. Як наслідок, широкого застосування набула така операція, як гастроентероанастомоз.

У другій половині XIX ст. захопленість гастроентеростоміями, користуючись мовою резекцій, була субтотальна. Операція нескладна і, в деяких випадках, давала позитивний результат, особливо при суб- і декомпенсованих стенозах виходу зі шлунка. Водночас виконані поодинокі резекції шлунка, як правило, закінчувалися трагічно. Запропоновані передня і задня гастроентеростомія (Wolfler, Haecker, 1885), У-подібна модифікація (Cesar Roux, 1897) і ентероентероанастомоз (Braun, 1892). Як пише С.С.Юдін в 1900-1926 рр., гастроентеростомія за Гаккером, з коротким привідним коліном, була найбільш розповсюдженою шлунковою операцією у всьому світі.

Замість гастроентеростомії запропоновані нові дренажні операції: пілоропластика (Гейнеке-Мікуліча, Джада, Фюнея та ін.).

Подальші спостереження прихильників шлункової хірургії показали, що дренажні операції мають паліативний, а не радикальний характер – вони зовсім не впливають на патогенез виразкової хвороби. Мало того, через деякий час виразковий процес прогресує, виникають кровотечі, переродження виразки в рак, пептичні виразки анастомозу та їх перфорації.

Нині світовий досвід резекції шлунка надзвичайно великий за кількістю виконаних оперативних втручань і достатньо відтермінований за часом для того, щоб впевнено зробити об'єктивний висновок – пептичні виразки при цій операції є рідкісним явищем, навіть казуїстика. Водночас, при гастростоміях частка виразок коливається в межах 5-32%.

Не можна сказати, що тепер гастроентероанастомози не застосовуються в хірургії шлунка. Для них є певні покази, а саме: виснажені хворі з декомпенсованим стенозом воротаря як перший етап до радикальної операції, різні види пілородуоденопластики при органозберігаючих операціях.

Тепер найбільш розповсюдженими стали патогенетично обґрунтовані резекції шлунка і різні види ваготомій. Якщо кількість ваготомій і їх варіабельність чітко обмежена (стовбурова, селективна, селективна проксимальна) і має свої конкретні покази (виразка 12-палої кишки), то цього не можна сказати про резекції шлунка. Не помилимося, якщо скажемо, що кількість модифікацій резекції шлунка перевищує 100 способів. Це створює певні труднощі для великої когорти хірургів у виборі методу операції на шлунку і її назви з ура-

хуванням усіх способів у техніці виконання кожного з видів резекції [6, 7].

У зв'язку з цим, ми поставили перед собою мету: описати види резекцій шлунка, які найбільш часто виконуються, і підкреслити особливості їх виконання згідно з баченням автора, по можливості, дати конкретні покази до їх застосування. Звичайно, сьогодні підняти всі першоджерела методів резекції шлунка, які описані авторами, практично неможливо. Тому ми користувалися доступною літературою, починаючи з початку минулого століття. Треба відзначити, що в деяких випадках опис окремих операцій у різних авторів відрізнявся. У цьому плані перевагу в назві операції ми надавали тому автору, якого найчастіше згадують у своїх публікаціях дослідники.

Резекція шлунка, в основі якої лежить принцип операції за типом Більрот І.

Ми не помилилися, називаючи вид операції за Більрот І принципом. Останній полягає в послідовному патогенетично обґрунтованому пасажі їжі з шлунка в 12-палу кишку. Принцип один, а способів досягнення фізіологічного пасажу їжі багато.

Першу успішну операцію резекції шлунка на людині виконав Christian Albert Teodor Billroth 29 січня 1881 р. у Відні жінці 43 років з раком пілоричного відділу шлунка, ускладненого стенозом. Операція полягала в ощадному видаленні частини шлунка разом з пухлиною і накладанні гастродуоденоанастомозу біля малої кривини шлунка.

У подальшому ця операція трапляється в поєднанні з прізвищем Томода. Він запропонував виконувати її при вираженому демпінг-синдромі, пояснюючи це парціальним пасажем їжі, яка депонується в ділянці великої кривини шлунка. Аналогічну операцію запропонував і виконав Рідігер ще в 1880 р., але хвора померла, і тому вона носить назву Більрот І.

Пізніше Більрот накладав анастомоз з 12-палою кишкою біля великої кривини шлунка. Саме такий вид анастомозу треба вважати за Більрот І без формування “кіля” і без резекції малої кривини шлунка. Тоді ж, у своїй монографії “Этюды желудочной хирургии” Юдін С.С. (1965) під час демонстрації малюнка резекції шлунка за Більрот І показує, що мала кривина кукси шлунка забрана майже до стравоходу. Можливо це технічна помилка або це операція Пеана-Більрота, але в монографії Шалімова О.О. і Саєнко В.Ф. “Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки” (1972)] вона має назву операції Шумахера-Шмідена-Панхета [8]. Описана операція найкраще підходить до модифікації Кіршнера з тією різницею, що при гаст-

родуоденоанастомозі за типом “кінець в кінець”, автор підкручує дванадцятипалу кишку по осі, щоб уповільнити процес пасажу їжі з шлунка. Саме такий метод анастомозу показаний хворим, які мають схильність до демпінг-синдрому.

Модифікацією операції Білрот I є операція Кохера. Вона полягає в наступному: після резекції шлунка кукса зашивається наглухо, а гастродуоденоанастомоз накладається на задню стінку шлунка.

Ми не будемо зупинятися на звужуючих куксу шлунка операціях і розсічення 12-палої кишки для збільшення діаметру анастомоза при низьких стенозуючих виразках. Між іншим, при детальному і дуже обережному висіченні рубцевої тканини в місці звуження, діаметр кукси 12-палої кишки відновлюється до її природніх розмірів і не викликає стенозу при накладанні гастродуоденоанастомозу. Деякі хірурги вважають операцію за Білрот I обов'язковою і для її виконання застосовують тонкокишкові вставки [9].

Кількість описаних операцій незначна і виконуються вони, переважно, поодинокими фахівцями і не мають масового характеру.

Що стосується методик мобілізації 12-палої кишки і шлунка для накладання гастродуоденоанастомозу, то не зрозуміло, чому вони мають назву окремих авторів (Corriego, Bayer, Clemens, Tomoda, О.О.Шалімов, Г.П.Зайцев та ін.). Справа в тому, що після проведеної мобілізації виконується той чи інший вид резекції за Білрот I. Крім того, при кожній операції резекції шлунка проводиться мобілізація дванадцятипалої кишки за Кохером, тим самим створюючи оптимальні умови для накладання гастродуоденоанастомозу або закриття кукси 12-палої кишки. Мабуть, було би правильно в післяопераційному протоколі на першому місці описати спосіб проведеної резекції шлунка за автором, а на другому – один із способів мобілізації 12-палої кишки і шлунка.

У цьому плані варто зупинитися на термінолатеральних анастомозах. Вони, на наш погляд, застосовуються не так часто, як цього заслуговують. Термінолатеральний анастомоз зберігає фізіологічний пасаж їжі, порційне поступлення її в 12-палу кишку, зберігаючи шлункову фазу травлення.

Найбільш оптимальним і, в технічному плані, легким при виконанні є, на нашу думку, термінолатеральний гастродуоденальний анастомоз, запропонований Фінстерером (1925). Суть операції полягає в резекції шлунка з видаленням малої кривини. 12-пала кишки широко мобілізується за Кохером. Кукса її ушивається відповідним способом. Анастомоз накладається дворядним швом на відстані 4-5 см від кукси 12-палої кишки на її передню стінку за типом “кінець в бік”.

На 3 роки раніше аналогічний принцип операції запропонував Габерер. На відміну від Фінстерера він не проводив резекцію малої кривини шлунка, а гофрував весь просвіт його кукси. Недоліком даної операції є два моменти: по-перше, шлункова кислотність мало знижується, що створює умови для рецидиву виразкової хвороби, а по-друге, складність і невпевненість у спроможності швів при накладанні анастомозу між тонкою стінкою 12-палої кишки і потовщеною, внаслідок гофрування, куксою шлунка.

Підводячи підсумок цього розділу, хочемо сказати, що в останні роки кількість операцій при виразковому процесі шлунка виконується мало. Так, якщо у 60-80 роках минулого сторіччя оперувалося до 40% хворих на виразкову хворобу, то зараз вони зведені до мінімуму. Це пояснюється кількома причинами: 1) гастроентерологи навчилися лікувати виразкову хворобу шлунка або 12-палої кишки через значний прогрес фармакотерапії; 2) при виразковій хворобі 12-палої кишки, коли страждає перша фаза шлункової секреції, зі значним успіхом застосовуються органозберігаючі операції, які не вимагають резекції природнього і, так необхідного для організму, багатофункціонального шлунка; 3) нині практично зникли відносні покази до резекції шлунка, а залишилися тільки абсолютні (злоякісні пухлини, перфорація, стеноз, кровотеча). Це, у свою чергу, приводить до того, що молодому поколінню хірургів немає можливості оволодіти технікою резекції шлунка, одною з найскладніших операцій на органах черевної порожнини. Тому наша робота і направлена на знання основних способів резекції, не відволікаючи увагу фахівців на всі існуючі методики накладання гастродуоденоанастомозу.

Список використаної літератури

1. Вибір методів хірургічного лікування гастродуоденальних виразок (патофізіологічне обґрунтування та ендоскопічні критерії) / Л.Я. Ковальчук, В.М. Поліщук, М.М. Велігоцький [та ін.]. – Тернопіль-Рівне: Верес, 1997. – 144 с.
2. Гаджиев А.С. Выбор метода резекции желудка / А.С. Гаджиев, В.Н. Скукина // Хирургия. – 1989 – № 4. – С. 6-10.
3. Матянин Н.М. Справочник хирургических операций / Н.М. Матянин, А.М. Глузман – К.: Здоров'я, 1979. – 308 с.
4. Юдин С.С. Этюды желудочной хирургии / Юдин С.С. – М: Медицина, 1965. – 269 с.
5. Ю.Е. Березов Ю.Е. Оперированный желудок / Ю.Е. Березов, Ю.В.

Варшавский. М: Медицина, 1974. – 191 с. 6. Маят В.С. Резекция желудка и гастрэктомия. В.С. Маят, Ю.М. Панцырев, Ю.А. Квашинин – М: Медицина, 1975. – 367 с. 7. Шабанов А.А. Оперативная хирургия / А.А. Шабанов, В.И. Кушхабиев. Вели-Заде Б.К. – М: Медучпособие, 1977. – 327 с. 8. Шалимов А.А. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки / А.А. Шалимов, В.Ф. Саенко – К: Здоровья, – 1972. – 354 с.

ЭВОЛЮЦИЯ ЖЕЛУДОЧНОЙ ХИРУРГИИ (Часть I)

Резюме. Резекция желудка – одна из наиболее сложных операций брюшной полости. Количество этих оперативных вмешательств, в последние годы, значительно уменьшилось, благодаря прогрессу фармакотерапии. В то же время выполнение их стало более сложным в техническом плане. Это объясняется тем, что практически исчезли относительные показания к этим операциям, а остались только абсолютные [стеноз, перфорация, кровотечение, рак]. Выполнение их требует глубоких знаний язвенного процесса и значительных технических навыков. Параллельно с 150-летним опытом разработки техники резекции желудка увеличилось и число ее модификаций. В данный момент существует около 100 ее способов. Плеяда хирургов растет и молодому поколению необходимо научиться выполнять эти сложнейшие оперативные вмешательства, а главное, выбрать, из большого количества методов резекции, самый необходимый и оптимальный, экстраполируя к клиническому случаю. Это и есть цель нашей работы: дать характеристику каждому из видов резекции желудка, определить конкретные показания, указать их преимущества и недостатки.

Ключевые слова: резекция желудка, гастроэнтероанастомоз, операция.

GASTRIC SURGERY DEVELOPMENT (Part 1)

Abstract. Stomach resection is one of the most complicated abdominal operations. The number of such operations has recently decreased significantly due to the development of pharmacotherapy, especially anti-helicobacter pylori one. At the same time, such an operation performance has become somewhat more difficult. This can be explained by the fact that relative indications for surgical operations have practically disappeared and only absolute ones remained (stenosis, perforation, bleeding, cancer, etc.). Thus, the surgeon performing such operations must possess deep knowledge in helcology and have remarkable technical skills. Concurrently with 150-year experience of stomach resection procedure development, the number of resection techniques has also increased. At present, it is known about 100 methods of stomach resection. Therefore, a young generation of surgeons must learn how to perform these complicated surgical interventions and, what is most important, must know how among the large number of methods and techniques to choose the most appropriate and optimal one in each particular clinical case. Consequently, this is the purpose of our work – to describe each type of stomach resection, to define specific indications and outline pros and cons of each of them.

Key words: resection of the stomach, gastroenteroanastomosis, operation.

Ivano-Frankivsk National Medical University (Ivano-Frankivsk)

Надійшла 15.05.2017 р.