

Исторические и современные представления о дуоденопластике и ее применении в лечении язвенной болезни

В.Н.ЧЕРНОВ, С.О.ДОЛГАРЕВ

Historical and modern conception of duodenoplastic and it using in treatment of peptic ulcer disease

V.N.CHERNOV, S.O.DOLGAREV

Ростовский государственный медицинский университет

Причиной неудовлетворительных функциональных результатов и патологических синдромов после традиционных операций многие авторы [2,3,6] признают грубое повреждение или удаление привратника, что приводит к нарушению порционной эвакуации, антральной сепарации и резкому усилению желудочно-кишечного рефлюкса. Всё это приводит к необратимым изменениям слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) /атрофический гастрит, метаплазия/, образованию желудочных и рецидиву дуоденальных язв, тяжелым расстройствам пищеварения. По выражению В.Ф. Наумова (1999) «"его величество" привратник – ключ к решению проблемы органосохраняющей хирургии» [22]. Новое направление в хирургии дуоденальных язв – дуоденопластика – возникло как альтернатива пилороразрушающим технологиям. История развития дуоденопластики сравнительно молода [52,55,56]. Первый ее шаг сделал в 1971 г. Norman C. Tanner, который использовал пилороразрушающие приемы Heineke-Mikulich и Finney, а затем T. Kennedy (1972,1976), выполнивший техническую детализацию аналогичного способа с описанием приемов, предупреждающих повреждение привратника. Авторы предложили новый метод дренирующей операции — так называемую паллиативную без иссечения язвы дуоденопластику, позволявшую сохранить интактным важный в функциональном отношении для желудочного пищеварения пилорический сфинктер [52, 55, 56]. На современном этапе развития органосохраняющих технологий операция Таннера—Кеннеди имеет значительные недостатки: сохраняется осложненная язва, являющаяся патоморфологической основой хронизации и рецидивирования, сохраняется патологическая фиксация привратника и луковицы ДПК, неизбежность натяжение в швах при больших размерах язвенного очага, ригидность, создаваемая непрерывным швом просвета кишки, неизбежное повреждение привратника, его кровоснабжения и иннервации при околопривратниковой локализации язвы, опасность повреждения магистральных сосудов, желчных и панкреатических протоков при прошива-

нии низких кровотокающих язв. Следующим этапом повышения эффективности органосохраняющих операций закономерно стала необходимость разработки технологий радикального удаления язвенного очага. Первый вариант решения этой задачи предложили Heiwing и Heutann в 1978 г. в виде резекции сегмента ДПК на уровне осложненной язвы, включавшие в дуодено-дуоденальный анастомоз нижний край кратера язвы, выведенной за просвет ДПК [25-28]. В сущности, выполнялась подпилорическая широкая сегментарная резекция луковицы с конце-концевым дуоденальным анастомозом. Способ предполагал неоправданное удаление неизмененных стенок луковицы, недостаточно мобилизовались адаптируемые стенки ДПК, допускалось оставление края язвенного очага на дуоденальной стенке и включение его в анастомоз, сохранялась высокая вероятность рубцовой фиксации к кратеру язвы задней стенки луковицы с привратником. Это направление сразу же было поддержано некоторыми отечественными и зарубежными авторами [42, 45, 46]. Они сообщили о принципиальной возможности сохранения пилоруса, особенно при низких постбульбарных язвах и язвах передней стенки. Однако, в целом, скептически отозвались о данной методике при пенетрирующих язвах задней стенки, больших язвенных инфильтратах, при вовлечении в процесс части пилорического жома. Основным достижением методики, по мнению авторов [45, 46], считалось максимальное расширение зоны стеноза для устранения эвакуаторных нарушений. В последнее время начали относить к дуоденопластике любые пластические операции, обеспечивающие восстановление проходимости ДПК без учета сохранения функции пилоруса [5, 7, 18]. Некоторые авторы [8, 23] описывают дуоденопластику только как вспомогательный приём, заключающийся в иссечении язвенного субстрата ДПК: двумя окаймляющими разрезами в продольном направлении и ушивание в поперечном, т. е. используя методику Таннера—Кеннеди, ограничивая ее применение случаями локализации язвы на передней стенке и вдалеке от пилоруса. Другие авторы рекомендуют выполнять сегментар-

ную резекцию зоны рубцового стеноза ДПК, но завершить операцию наложением термино-латерального дуоденодуоденоанастомоза [24]. Некоторые авторы используют дуоденопластику типа «Y-en-Y» дуоденодилатацию, дуоденодуоденоанастомоз, объединяя их с пилоропластикой в одну группу дренирующих операций при СПВ [24]. А.Н. Волков предлагает при дуоденальных стенозах пролонгированную баллонную пневмодилатацию на 24 часа. Принципиально новым направлением хирургического лечения осложненных форм язвенной болезни ДПК является радикальная дуоденопластика (РДП) в сочетании с антацидными вмешательствами [29-32]. Речь идет о принципиально новом органосохраняющем подходе к лечению язвенного больного, сближая интересы хирургов и терапевтов-гастроэнтерологов. Основой этого направления стали работы профессора В.И. Оноприева (1995, 1997, 2001), хотя отдельные предложения и элементы использовались ранее [32-39]. В.И. Оноприеву принадлежат приоритетные разработки принципов и технического исполнения этой операции [27-29]. РДП направлена на радикальное иссечение рубцово-язвенного поля, полное устранение пенетрации, деформаций и начального отдела ДПК. При этом максимально сохраняются неповрежденные стенки ДПК, восстанавливается анатомия и функция гастродуоденального комплекса, псевдодульбуса и его сфинктерного аппарата. С этих позиций любые другие пластические операции на ДПК, которые решают проблему только проходимости кишки, отнесены к «паллиативным» дуоденопластикам [28]. Функциональные операции включают в себя комплекс самостоятельных методик, устраняющих анатомо-физиологические нарушения ДПК (РДП) и привратника (истинная пилоропластика), нормализующих кислотопродукцию (СПВ, медиогастральная резекция). Технология радикальной дуоденопластики по В.И. Оноприеву позволила оптимизировать технические приемы обработки "трудных" дуоденальных язв. Хотя до сих пор некоторые авторы [18] продолжают рекомендовать в таких ситуациях резекцию "на выключение", признавая ее недостатки. Тем не менее, по мнению М.Н.Кузина пилоросохраняющие технологии (дуоденопластики) пока не получили широкого распространения вследствие отсутствия четко сформулированных показаний, небольших сроков наблюдения, а также отсутствия достаточного материала от разных авторов, подтверждающих их реальные преимущества [18]. Ряд авторов считают РДП, особенно в сегментарном варианте, очень сложной операцией, сравнимой с резекцией желудка, поэтому предлагают использовать только различные виды паллиативной пилородуоденопластики [11, 18]. В настоящее время появились морфологические данные, которые свидетельствуют в пользу использования РДП [1, 12, 115, 16]. Так, установлено, что рецидивы дуоденальных язв возникают преимущественно на месте зажившей язвы. Этот феномен объясняют неполноценной репарацией слизи-

стой оболочки, когда заживление глубоких структур кишечной стенки происходит вторичным натяжением с помощью грануляционной ткани. С позиций новых данных об участии НР в патогенезе дуоденальных язв, по мнению некоторых исследователей [17, 21], участки желудочной метаплазии представляют собой благоприятную почву для колонизации НР, которые могут повреждать эпителий, ослаблять действие защитного барьера и способствовать развитию и рецидиву язвобразования. Исходя из этого, радикальное иссечение рубцового поля язвы с участками желудочной метаплазии должно устранять почву для развития рецидивов заболевания.

Наметившаяся тенденция хирургического и терапевтического партнерства в лечении осложненной язвенной болезни показала оправданность выполнения ранней изолированной РДП, направленной на профилактическое устранение стенозированных рубцово-язвенных деформаций, опережающей развитие угрожающих жизни осложнений: кровотечение, перфорацию и декомпенсированный стеноз [34]. На VIII Всероссийском съезде хирургов (г. Краснодар, 1995) были рекомендованы для клинического применения новые подходы и методы функциональных органосохраняющих операций (РДП в сочетании с антацидными вмешательствами), которые позволяют качественно улучшить результаты хирургического лечения. Однако на практике только отдельные клиники используют функциональные методы оперативного лечения [43, 44, 16].

Виды дуоденопластики

Дуоденопластика — это пластическая операция на ДПК в области расположения язвы или рубцово-язвенной деформации с сохранением пилорического жома. Дренирующие операции на желудке часто сочетаются с ваготомией [11, 17]. Некоторые авторы решающее значение в успехе хирургического вмешательства придают не принципам выбора дренирующей операции, а опыту хирурга [11, 46, 47].

Предложено более двух десятков дренирующих операций, которые можно разделить на две принципиально различные группы — с пересечением и без пересечения пилорической мышцы [19].

К первой группе дренирующих операций относятся пилоропластика по Гейнеке—Микуличу и ее модификации, пилоропластика по Финнею и ее модификации, а также некоторые пластические вмешательства на пилородуоденальном отделе.

В группу без пересечения пилорического жома следует включить различные виды желудочно-кишечных анастомозов (гастродуоденоанастомоз по Джабулею, гастроеюноанастомоз) и дуоденопластику. С некоторыми оговорками к этому же разряду дренирующих вмешательств можно отнести пилоро- и дуоденодилатацию [48].

Гастродуоденоанастомоз может формироваться по Джабулею, Н.Ф.Нишанову с соавторами, В.И.Белоконеву с соавторами [49].

Гастродуоденостомия по Джабулею — это анастомоз по типу "бок в бок" между антральным отделом желудка и нисходящей частью ДПК вне зоны язвы. При выполнении гастродуоденостомии по Джабулею начальная часть ДПК подшивается серо-серозными швами к большой кривизне препилорического отдела желудка, просвет желудка и ДПК вскрывается параллельными разрезами длиной 6 см на расстоянии 0,5 см от первой линии швов. Задняя губа соустья формируется дополнительным непрерывным кетгутовым швом через все слои стенки сшиваемых органов, а передняя — с помощью однорядного узлового шва из синтетических нитей. Пилорический жом при этом не пересекается. Гастродуоденоанастомоз по Джабулею применяется в тех же случаях, как и пилоропластика по Финнею, но он значительно уступает ей по отдаленным результатам и, следовательно, должен применяться как можно реже [19, 41, 4].

Что касается гастроэюноанастомоза как дренирующей операции, то он выполняется на короткой петле, проведенной через окно в брыжейке поперечной ободочной кишки, тощая кишка анастомозируется с большой кривизной антрального отдела желудка. Край окна брыжейки поперечной ободочной кишки подшивают к желудку вокруг анастомоза. При слишком высоком расположении гастроэюноанастомоза недостаточно дренируется антральная часть желудка; такой анастомоз как бы перехватывает кислое желудочное содержимое, отводя его в тощую кишку и создавая тем самым щелочную среду в гастринпродуцирующей антральной части желудка [15]. При этих условиях активизируется выработка свободной соляной кислоты и пепсина за счет желудочной фазы секреции, что приводит к образованию пептической язвы желудочно-кишечного соустья [16]. Не рекомендуют также накладывать впередиободочный гастроэюноанастомоз на длинной петле с межкишечным соустьем, так как в случае неудачи ваготомии и сохранения продукции соляной кислоты создаются условия для образования пептической язвы тощей кишки [20]. Гастроэюноанастомоз — операция чаще всего вынужденная и применяется в тех случаях, когда невыполнима пилоропластика по Финнею [22].

Гастродуоденостомия по Н.Ф.Нишанову с соавторами предполагает формирование соустья между начальным отделом ДПК и наиболее отвисающей частью большой кривизны желудка (применяется у больных со стенозом пилорoduоденального перехода).

Гастродуоденоанастомоз по В.И.Белоконеву — анастомоз желудка и ДПК, стенки которых рассечены в поперечном направлении (поперечный гастродуоденоанастомоз). Недостатком гастродуоденоанастомозов являлось возникновение в послеоперационном пери-

оде различной интенсивности дуоденогастрального рефлюкса [47].

Пилоропластика — это пластическая операция в области пилорoduоденального перехода, нередко сочетающаяся с иссечением язвы. При ее выполнении сохраняется или восстанавливается замыкательная функция привратника.

Пилоропластика по Гейнеке-Микуличу — рассечение пилорического жома в продольном направлении со вскрытием просвета органов и ушиванием в поперечном направлении. Существует несколько модификаций пилоропластики по Гейнеке-Микуличу, при этом авторы преследуют различные цели. Одни, устраняя запирательную функцию пилорического жома, стремятся сохранить нормальный просвет и конфигурацию пилорoduоденального канала. Так, по методике Фреде-Вебера (1969) продольно рассекают серозный и мышечный слои пилорoduоденального канала до слизистой оболочки с полным пересечением пилорической мышцы. В дальнейшем никаких швов не накладывают, т. е. операция производится так, как это делается при пилоростенозе новорожденных. То же самое выполняют при пилоропластике по Веберу-Брайцеву (1968), но, в отличие от предыдущей операции, серозно-мышечный слой зашивают в поперечном направлении.

Методика Девера-Бурдена-Шалимова (1965) преследует ту же цель, что и предыдущие две модификации: путем рассечения серозно-мышечного слоя по ходу пилорического жома, иссечения последнего на протяжении 2 см и ушивания образовавшегося дефекта тканей в том же циркулярном направлении. Пайр (1925) поступает так же, но после иссечения передней полуокружности пилорической мышцы дефект серозно-мышечного слоя желудка ушивает в продольном направлении.

При пилоропластике по Золанке (1966) в разрез всех слоев пилорoduоденальной зоны с пересечением пилорического жома вшивают стенку петли тонкой кишки, серозный покров которой становится продолжением слизистой оболочки пилорического канала и контактирует с желудочно-дуоденальным содержимым. Квист (1969) делает то же самое, но в дефект стенки пилорoduоденального канала вшивает прядь сальника на ножке. Эти авторы полагают, что после такого рода пилоропластики реже возникает дуоденально-желудочный рефлюкс.

Нарушение запирательной функции пилорической мышцы и сохранение конфигурации пилорoduоденального канала достигаются также V-образным разрезом по Вохеллу (1958) или разрезом в виде треугольника по Избенко (1974) с иссечением язвы, если таковая расположена на передней стенке луковицы ДПК, и пересечением пилорического жома.

Ряд модификаций пилоропластики по Гейнеке—Микуличу предусматривает пересечение или иссечение части пилорического жома вместе с язвой

ромбовидным (по Джадду, 1915) или в виде квадрата (по Старру—Джадду, 1927; по Аусту, 1963; по Борисову, 1973) разрезами с последующим ушиванием раны в поперечном направлении.

Некоторые авторы с помощью различных технических ухищрений достигают значительного расширения пилородуоденального канала для обеспечения максимально быстрого опорожнения желудка. Так, при пилоропластике по Бурри-Хиллу (1969) продольный разрез стенки желудка и двенадцатиперстной кишки производится так же, как при пилоропластике по Гейнеке-Микуличу, но передняя часть пилорической мышцы иссекается из дополнительного разреза вдоль нее, после чего рану зашивают в поперечном направлении. Пилоропластика по Гейнеке-Микуличу по мнению некоторых авторов наиболее выгодна при неосложненных язвах двенадцатиперстной кишки; при одновременной локализации неосложненных язв в желудке и ДПК; при перфорации дуоденальной язвы и кровотечении из нее, когда язва располагается на передней стенке луковицы ДПК [19, 41]. В этих случаях пилоропластика сочетается с иссечением язвы. В случае кровотечения из язвы, располагающейся на задней стенке луковицы, пилоропластика сочетается с прошиванием язвы. Многочисленные модификации (кроме операции Джадда) не имеют преимуществ перед обычной пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу, а технически сложные ухищрения в ряде случаев не только бесполезны, но и повышают риск операции, а также затрудняют повторное хирургическое вмешательство в случае неудачи первого [48, 11].

Пилоропластика по Финнею — наложение серозно-мышечных швов между передними стенками антрального отдела желудка и начального отдела ДПК, дугообразное рассечение сшитых стенок через привратник, формирование передней стенки соустья. При выполнении пилоропластики по Финнею образуется киль задней губы анастомоза, обращенный на 1,5-2,0 см в просвет ДПК. В широкой хирургической практике операция Финнея именуется пилоропластикой, однако некоторые авторы не без основания называют ее гастродуоденостомией [53]. Небольшие изменения, но облегчающие в некоторых случаях хирургическое вмешательство, внесли в операцию Финнея Ю.М.Панцырев и А.А.Гринберг (1979), А.А.Шалимов (1981).

При язвах ДПК, расположенных ниже большого дуоденального сосочка и осложненных резко выраженным стенозом, пилоропластика по Гейнеке—Микуличу бесполезна, а пилоропластика по Финнею может оказаться невыполнимой. Пилоропластика по Финнею является наиболее целесообразной у больных с суб- и декомпенсированным язвенным стенозом ДПК; при залуковичных язвах, в особенности осложненных стенозом и кровотечением; при особо «трудных» язвах ДПК, сопровождающихся пенетрацией в желчные протоки и большими воспалительными ин-

фильтратами [12, 13]. Некоторые хирурги и при язвах ДПК, осложненных стенозом, производили СПВ без дренирующей операции, устраняя рубцовое сужение путем дуоденопластики или с помощью насильственного расширения (дилатации) суженной части ДПК, а отдельные авторы к этому добавляли еще пилородилатацию [22, 50, 51, 53].

Дилатацию пилорического канала и ДПК в области ее рубцового сужения производили через гастротомическое отверстие в препилорическом отделе желудка с помощью пальца [50], маточных расширителей Гегара или специальных дилататоров [54] до 12-20 мм. Отдельные авторы выполняют эту манипуляцию, не вскрывая желудка, расширителем, проведенным через пищевод [22]. Результаты свидетельствуют о тяжелых осложнениях во время самого вмешательства и неудовлетворительных отдаленных исходах [53]. О рестенозе ДПК после ее хирургической дилатации сообщают А.А. Шалимов и соавт. (1982), Н.А. Майстренко и В.И. Човгун (1986), а на частые разрывы стенки ДПК во время операции указывают Р. Jordan (1979), М. McMaop и соавт. (1976) и др.

Пилоро- и дуоденодилатация при язвенном стенозе ДПК по своей идее не согласуется с течением язвенного процесса, крайне ненадежна, нередко опасна и должна применяться в отдельных случаях очень опытными хирургами [18, 40, 41]. D. Johnston (1986) — первый автор СПВ в сочетании с бужированием дуоденального стеноза — отказался от своей же идеи и больше не рекомендует такое сочетание. С дренирующей операцией связываются такие осложнения ваготомии, как безоары желудка, рефлюкс-гастрит, демпинг-синдром [9].

Дуоденопластику первое время выполняли так же, как и пилоропластику по Гейнеке—Микуличу. При этом стриктуру рассекали продольным разрезом передней стенки ДПК и образовавшийся дефект в стенке кишки зашивали в поперечном направлении с помощью однорядных узловых швов из синтетических нитей. В некоторых случаях проходимость ДПК восстанавливали с помощью дуоденодуоденоанастомоза в обход ее рубцового сужения, как это делается при гастродуоденостомии по Джабулею [13, 44].

РДП, активно пропагандируемая школой В.И.Оноприева [32,33] позволяла максимально сохранить функциональные связи пищеварительной системы, секрецию и моторику за счет восстановления анатомических взаимоотношений гастродуоденальной зоны. Однако, по-видимому, недостаточность физиологического обоснования до сих пор не дает таким вмешательствам получить широкое признание среди хирургов [26].

*Определившиеся исторические показания
по дуоденопластике*

Показания к оперативному лечению язвенной болезни желудка и ДПК в течение всей истории желудочной хирургии являлись актуальным, по разному ре-

шавшимся вопросом [2, 4, 6]. Установление показаний к операции тесно связано с выбором метода хирургического лечения, а диапазон операций, применявшихся при язвенной болезни, был достаточно широк [8,23]. При этом единого подхода к установлению показаний к оперативному лечению язвенной болезни не было. В 1897 г. на XXVI Германском хирургическом конгрессе по инициативе W. Leube и J. Mikulicz, были разработаны показания к хирургическому лечению язвенной болезни желудка и ДПК. Тогда же впервые они были подразделены на «абсолютные» и «относительные».

Абсолютные показания: перфорация язвы, стеноз привратника и рубцовые деформации желудка, профузное язвенное кровотечение при безуспешности попыток остановки его консервативным путем, малигнизация язвы. **Относительные показания:** повторные желудочные кровотечения, легко поддающиеся консервативному лечению, несложные язвы, не рубцующиеся даже при неоднократном стационарном терапевтическом лечении. В течение многих лет эти положения служили оперативным руководством в основном по отношению к гастроэнтеростомии, которая в отдаленном периоде давала большое число неудовлетворительных результатов, среди которых («болезни оперированного желудка») доминировала пептическая язва соустья, протекающая иногда гораздо тяжелее, чем первичная язва [17, 19].

Ближайшие, отдаленные результаты

Некоторые авторы подчеркивают, что непосредственные результаты операции зависят от качества дуоденопластики, а отдаленные – от качества СПВ [25]. РДП имеет специфические осложнения, обусловленные качеством разъединения и соединения тканей, степенью травматичности поджелудочной железы, желчевыводящих путей, магистральных сосудов [28]. Это ятрогенные повреждения холедоха и магистральных сосудов, послеоперационные панкреатиты, панкреонекрозы, несостоятельность анастомоза, явления анастомозита, кровотечения из дуоденопластической раны. Тщательность обработки кратера пенетрирующей язвы определяет недиагностированный холедохаальный свищ. Непосредственные результаты РДП с СПВ омрачены некрозом малой кривизны желудка, кровотечением в брюшную свободную полость, повреждением селезенки с последующей спленэктомией, острым гастростазом с повреждением нерва Летарже, острой спаечной кишечной непроходимостью [28]. Имеет место также тяжелое состояние больных, сопровождающееся нагноением ран, сердечно-сосудистой недостаточностью, тромбоемболическими осложнениями, острой надпочечниковой и печеночной недостаточностью, пневмонией. Отдаленные функциональные результаты оцениваемые через 5, 10, 15 лет по шкале Visick (жалобы, общее состояние, эндоскопические, рентгенологические данные и также секреторная и моторная активность желудка и двенадцати-

перстной кишки), по материалам различных авторов неоднозначны [18, 29]. Рецидивы язвы после изолированной РДП встречаются в первые 5 лет от 7,9 до 30% [18, 37]. Удовлетворительные и плохие результаты после РДП в сочетании с антацидными операциями – от 4 до 16% в первые пять лет [18, 34]. Основными состояниями влияющими на отдаленные результаты РДП, явились стеноз пилородуоденального анастомоза, рефлюкс гастрит, спаечная болезнь, после РДП с антацидной операцией – демпинг реакция легкой и средней степени, постваготомическая диарея, диспептический синдром, рефлюкс-эзофагит, рецидив язвы ДПК, гастростаз, в т. ч обусловленный ХДН, холелитиаз, рак оперированного желудка. К осложнениям, обусловленным СПВ, относят рецидив дуоденальной язвы, неадекватную ваготомию, неполную ваготомию, повреждение главного желудочного нерва, стеноз и деформацию желудка, постваготомические болезни кардии, язвы желудка, демпинг-синдром [27, 29].

Имелись также сопутствующие заболевания ДПК, желчевыводящих путей, осложнения язвенной болезни в виде ХДН, колостазы, ЖКБ, хронического панкреатита, а также диспептический синдром.

Причины неудовлетворительных результатов дуоденопластики и их профилактика

Анализ результатов оперативного лечения у больных после изолированной РДП показал, что причиной рецидива явилась сохраняющаяся высокая кислотопродукция и неустраненный хеликобактериоз [26]. Возникновение желудочных язв после СПВ в зоне скелетированной малой кривизны желудка связывают с гистаминорефрактерной ахлоргидрией и предельно низкой кислотопродукцией [26]. Таким образом, основными причинами рецидивов дуоденальной язвы при изолированных и комбинированных дуоденопластике явились высокие уровни кислотопродукции, а также технические погрешности при выполнении СПВ с результатами неполной ваготомии и повреждением главного желудочного нерва Летарже [29,38]. В литературе практически отсутствуют данные, связывающие удовлетворительные и неудовлетворительные результаты лечения больных с наличием грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, изучением кислотопродукции, ощелачивающей функцией привратника и реакцией вагуса на блокаторы.

Объем исследования больных с целью определения показаний к дуоденопластике

По мнению многих авторов [26, 28, 30] перечнем необходимых исследований при операции с использованием технологий дуоденопластики является исследование кислотопродукции желудка, включающей рН-метрию (зондовая с атропиновым тестом, дебит НС1), суточный рН-мониторинг (базальный рН, частота и длительность дуоденогастрального рефлюкса, суточная динамика рН в различных отделах гастро-дуоденальной зоны, реакция на фармакологические

агенты и др.), с целью оценки секреторной активности и отнесения случая к разряду предельных гиперсекреторов, умеренных гиперсекреторов, нормосекреторов и гипосекреторов. Применяется ФГДС с забором натошачевого содержимого желудка [15, 16], оценкой состояния слизистой желудка и ДПК, состояние кардиального клапана, угла Гиса, пилоруса (с целью оценки замыкательной способности, деформаций, наличие рефлюкса, тракционных и пульсионных псевдодивертикулов), прицельная биопсия с определением обсемененности хеликобактером (уреазный тест, цитологический метод), моторно-эвакуаторная функция желудка и ДПК оцениваемая с помощью R-скопии же-

лудка, дуоденографии в условиях гипотонии, эхолакация желудка, поэтажная манометрия.

Заключение

Большое количество осложнений в позднем послеоперационном периоде после РДП в виде рецидивов язвы, эрозий и анастомозитов, а также прогрессирующих возвратных стенозов, возникающих вследствие неучтенных особенностей функционального состояния органов гастродуоденальной зоны диктуют необходимость обязательного использования функциональных методов исследования в выборе методов лечения таких больных.

Список литературы

1. Абдуллаев Дж. С. Опыт хирургического лечения язвенной болезни желудка. Хирургия. 1999; 8: 8-11.
2. Авакимян В.А. Отдаленные результаты хирургического лечения гастродуоденальных язв. Вестн. хир. 1982; 4: 33-36.
3. Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. М.: "Триада-Х". 1998; 496.
4. Архипов В.Ф., Одинцова И.А. Влияние ваготомии с антрумэктомией на очень высокую кислотопродукцию у больных язвой двенадцатиперстной кишки. Вестн. хир. 1986; 7: 30-32.
5. Брякин М.И. Ваготомия в эксперименте и клинике. Алма-Ата: Изд-во «Казахстан». 1969; 224.
6. Булгаков Г.А., Кубышкин В.А. Современные проблемы хирургического лечения неосложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Хирургия. 2001; 5: 31-35.
7. Вагнер Е.А., Ретин В.Н., Костылев Л.М. Хирургическая тактика при язвах двенадцатиперстной кишки. Тез. докл. 8 съезда хирургов России. Краснодар. 1995.
8. Василенко В.Х., Гребнев А.Л. Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. М.: Медицина. 1981; 342.
9. Вахидов В.В., Хаджибаев А.М., Фим Фазлур Рахман Рецидивные и пептические язвы после ваготомии. Вестн. хир. 1985; 2: 28-31.
10. Волков А.Н. Осложненная язвенная болезнь. Чебоксары: Изд-во Чувашского университета. 1997; 184.
11. Горбашко А.И., Акимов В.П., Напалков А.Н. и др. Патологические состояния после ваготомии. Вестн. хир. 1985; 12: 126-130.
12. Дурлештер В.М. "Декомпенсированный" рубцово-язвенный дуоденальный стеноз и радикальная дуоденопластика. Тез. докл. 8 съезда хирургов России. Краснодар. 1995.
13. Елов В.А., Флорикян А.К., Трушин А.С., Малясов Г.Д. Дуоденопластика в лечении постампулярного стеноза двенадцатиперстной кишки. Клини. хир. 1984; 8: 51-52.
14. Калинин А.В. Резистентность *Helicobacter pylori* к антибиотикам и пути ее преодоления. Место Де-Нола в современных схемах эрадикационной терапии. Терапевтический архив. 2001; 8: 73-75.
15. Коротько Г.Г., Фаустов Л.А. Функциональные и морфологические аспекты язвенной болезни. Краснодар: Кубаньпечать. 2002; 156.
16. Коротько Г.Ф. Желудочное пищеварение, его функциональная организация и роль в пищеварительном конвейере. Ташкент: Медицина. 1980; 219.
17. Кропачева Е.И., Воробьев М.В., Рудик А.А. Сравнительная оценка моторно-эвакуаторной функции желудка после функциональных операций при осложненных дуоденальных язвах. Хирургия. 2002; 6: 22-26.
18. Кузин М.И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Хирургия. 2001; 1: 27-32.
19. Курьгин А.А., Тоидзе В.В., Румянцев В.В., Баранчук В.Н. Хирургическое лечение залуковичных язв двенадцатиперстной кишки, осложненных крово-течением. Хирургия. 1988; 5: 36-39.
20. Курьгин А.А., Перегудов С.И., Шафалинов В.А., Демко А.Е. Отдаленные результаты хирургического лечения перфоративных гастродуоденальных язв у людей молодого возраста. Хирургия. 1996; 6: 32-33.
21. Майстренко Н.А., Човгун В.И. Клинико-эндоскопическая оценка результатов ваготомии при дуоденальных язвах. Вестн. хир. 1986; 5: 20-24.
22. Маневич В.Л., Харитонов Л.Г., Ханоян С.А. Сочетание передней селективной проксимальной и задней стволовой ваготомии в лечении дуоденальных язв. Хирургия. 1987; 11: 15-18.
23. Наумов В.Ф. Органосохраняющая хирургия язвенной болезни на современном этапе медицины. Материалы VIII тематич. сессии рос. группы по изучению *Helicobacter pylori*. Уфа. 1999; 36-38.
24. Никольшин С.С. Результаты применения пилоросохраняющей резекции желудка в хирургическом лечении сочетанных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Хирургия. 1998; 2: 14-16.
25. Окоемов М.Н., Кузин Н.М., Майорова Ю.Б., Крылов Н.Н. Функциональные результаты резекции желудка с анастомозом по Ру у больных язвенной болезнью, осложненной стенозом. Дальневост. мед. журнал. 2000; 1: 9-12.
26. Оноприев В.И. Резекция и пластика двенадцатиперстной кишки в сочетании с СПВ – новое направление в радикальном лечении осложненных дуоденальных язв. В кн.: III Всесоюзный съезд гастроэнтерологов. Москва. 1984; 2: 94-95.
27. Оноприев В.И. Новые технологии, концепция и тактика хирургического лечения осложненных дуоденальных

- язв. VIII Всероссийский съезд хирургов. Тез. докл. Краснодар. 1995; 198-201.
28. *Оноприев В.И.* Этюды функциональной хирургии язвенной болезни. Краснодар. 1995; 295.
 29. *Оноприев В.И., Виниченко А.В., Уваров И.Б., Марков П.В.* Пилороантрумосохраняющие технологии в хирургическом лечении сочетанной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и желудка. Вторая Российская гастроэнтерологическая неделя. Материалы конгресса. СПб. 1996; 322.
 30. *Оноприев В.И., Виниченко А.В., Уваров И.Б., Марков П.В.* Способ хирургического лечения медиогастральных язв (радикальная гастропластика). Методические рекомендации № 96/263. Респ. центр функц. хирургич. гастроэнтерологии. Краснодар. 1996; 46.
 31. *Оноприев В.И., Генрих С.Р., Пахилина А.Н.* Surgical techniques for preservation of the stomach in patients with complicated peptic ulcer disease. International Journal of Gastroenterology. Digestion. 1998; 59: 81-82.
 32. *Оноприев В.И., Генрих С.Р., Пахилина А.Н.* Еюнопластика проксимальной части двенадцатиперстной кишки при язвенном ее разрушении. Методические рекомендации. Краснодар. 1998.
 33. *Оноприев В.И., Генрих С.Р., Попандопуло К.И.* Радикальная дуоденопластика при обширном язвенном поражении проксимальной половины двенадцатиперстной кишки. Труды республиканского центра функциональной хирургической гастроэнтерологии. Краснодар. 1999; 2: 114-126.
 34. *Оноприев В.И., Генрих С.Р., Шаранова Е.Г., Карипиди Г.К.* Роль радикальной дуоденопластики в развитии органосохраняющего направления в хирургии язвенной болезни. Кубанский научный медицинский вестник. 2003; 6: 67: 69-71.
 35. *Оноприев В.И., Герасимов Н.Ф., Чубинец Е.Г.* Морфологический субстрат рецидивирования дуоденальных язв. Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 1997; 7: 5: 275.
 36. *Оноприев В.И., Заболотских И.Б., Дурлеитер Б.М. и др.* Структура послеоперационных осложнений в РЦФХГ с 1994 по 1999 г. Роль оптимизации анестезии и интенсивной терапии в хирургической в гастроэнтеропанкреато-гепатологии. Вестник интенсивной терапии. 2000; 5-6, 90-92.
 37. *Оноприев В.И., Замулин Ю.Г., Розовой А.А.* Дуоденопластика и селективная проксимальная ваготомия. Хирургия. 1982; 3: 77-79, 506.
 38. *Оноприев В.И., Замулин Ю.Г., Слюхов Ш.Т.* Дуоденопластика — новый тип дренирующей желудка операции при селективной проксимальной ваготомии у больных со стенозирующими язвами двенадцатиперстной кишки. Всерос. научно-практ. конф. хирургов. Саратов. 1980; 239-240.
 39. *Оноприев В.И., Корочанская Н.В., Бендер Л.В., Клименко Л.И.* Критерии качества жизни в хирургическом лечении и медикаментозной реабилитации больных осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Краснодар: Печатный двор Кубани. 2001; 176.
 40. *Оноприев В.И., Пахилина А.Н., Генрих С.Р.* Дуоденобульбопластика при осложненных низких дуоденальных язвах. Методические рекомендации. Краснодар. 1997.
 41. *Панцырев Ю.М., Гринберг А.А.* Ваготомия при осложненных дуоденальных язвах. М.: Медицина. 1979; 159.
 42. *Постолов П.М., Киселев Ю.И.* Место ваготомии с экзонной резекцией желудка в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Хирургия. 1981; 7: 98-104.
 43. *Саенко В.Ф., Пустовит Л.Н.* Селективная проксимальная ваготомия с дуоденопластикой в хирургии язвенного дуоденального стеноза. Клин. хир. 1981; 4: 34-40.
 44. *Саенко В.Ф., Лаврик А.С.* Сегментарная резекция желудка с сохранением иннервируемого антрального отдела. Клинич. хирургия. 1988; 3: 78-79.
 45. *Чернов В.Н., Мизиев И.Л., Скорляков В.В.* Хирургическая тактика при кровотечениях из острых язв и эрозий гастродуоденальной зоны. Хирургия. 1999; 6: 10-14.
 46. *Чернов В.Н., Скорляков В.В.* Дифференцированный подход к выбору способа оперативного лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. VIII Всероссийский съезд хирургов. Тез. докл. Краснодар. 1995; 302-303.
 47. *Черноусов А.Ф., Шестаков А.Л.* Селективная проксимальная ваготомия. М.: Медицина. 2001; 104.
 48. *Шалимов А.А., Саенко В. Ф.* Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки. Киев: Здоровье. 1972; 355.
 49. *Barrosso F.L.* Duodenoplasty and proximal gastric vagotomy in peptic stenosis. Arch. Surg. 1986; 12: 1-9: 1021 - 1024.
 50. *Hook G.E., Gilmore L.B., Talley F.A.* Dissolution and reassembly of tubular myelin-like multilamellar structures from the lungs of patients with pulmonary alveolar proteinosis. Lab. Invest. 1986; 55: 194-208.
 51. *Jordan P.H., Thoronby J.* Should it be parietal cell vagotomy antrectomy for treatment of duodenal ulcer? A progress report. Arch. Surg. 1987; 205: 572-590.
 52. *Kenedy T.* Duodenoplasty with proximal gastric vagotomy. Ann. Royal Coll. Surg. 1976; 58: 2: 144-146.
 53. *Kraft R.O., Fry W.J.* Surg Gynecol Obstet. 1963; 117.
 54. *Menguy R.* Pathophysiology of peptic ulcer. Amer. J. Surg. 1970; 120: 3: 282-288.
 55. *Tanner N.C.* Peptic ulcer surgery modification averts complications. JAMA. 1973; 223: 6: 606-607.
 56. *Donahue P.E.* Parietal cell vagotomy versus vagotomy-antrumectomy: Ulcer surgery in the modern era. World J Surg. 2000; 24: 3: 264-269.
 57. *Tanner N.C.* Personal observation and experiences in the diagnosis and disabilities that follow peptic ulcer operation. Surg. Clin N. Amer. 1976; 56: 6: 1349-1363.

Поступила 21.08.2011 г.

Информация об авторах

1. Чернов Виктор Николаевич – д.м.н., проф., вице-президент Ассоциации общих хирургов Российской Федерации, зав. кафедрой общей хирургии Ростовского государственного медицинского университета, заслуженный деятель науки Российской Федерации; e-mail: v.chernov@mail.ru
2. Долгарев Сергей Олегович – заведующий хирургическим отделением центральной районной больницы Брюховецкого района; e-mail:dolgarev.s@yandex.ru