

Выбор метода резекции желудка в условиях хронической дуоденальной непроходимости

С.В.ТАРАСЕНКО, О.В.ЗАЙЦЕВ, С.Н.СОКОЛОВА, В.Б.АФТАЕВ, И.В.БАКОНИНА

Choice of the method of the partial gastrectomy in the chronic duodenal obstruction

S.V.TARASENKO, O.V.ZAITSEV, S.N.SOKOLOVA, V.B.AFTAEV, I.V.BAKONINA

Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П.Павлова

В клинике госпитальной хирургии РязГМУ наблюдалось 42 пациента, у которых в ходе оперативного вмешательства выявлена "трудная" язва двенадцатиперстной кишки в сочетании с хронической дуоденальной непроходимостью. В этой ситуации авторы рекомендуют выполнять резекцию желудка по Ру с конце-боковой дуоденоюностомией. Эта методика позволяет надежно ушить культю двенадцатиперстной кишки и снизить вероятность развития щелочного рефлюкс-гастрита. Сравнительный анализ непосредственных результатов операции с результатами стандартной резекции желудка по Гофмейстеру-Финстереру показал значительное снижение частоты несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки. Изучение отдаленных результатов демонстрирует достоверно лучшее качество жизни больных основной группы по сравнению с группой пациентов, перенесших резекцию желудка по Бильрот-I.

Ключевые слова: трудная язва двенадцатиперстной кишки, резекция желудка, хроническая дуоденальная непроходимость, дуоденоюностомия

In clinic of hospital surgery 42 patients at whom during an operation the difficult duodenal ulcer in a combination to chronic duodenal obstruction is taped were observed. In this situation authors recommend to carry out a Roux's partial gastrectomy accompanied an end-to-side duodenojejunostomy. This technique allows to take in reliably a duodenal stump and to diminish probability of an alkaline reflux-gastritis. The comparative analysis of short-term results of this operation with results of a standard Billroth-II partial gastrectomy has shown appreciable depression of a duodenal stump leakage rate. Studying of the long-term results shows relevant better life quality of the basic group patients in comparison with group of the patients who have sustained a Billroth-I partial gastrectomy.

Key words: a difficult duodenal ulcer, a partial gastrectomy, chronic duodenal obstruction, a duodenojejunostomy

Благодаря развитию фармакотерапии, количество плановых хирургических вмешательств по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки значительно сократилось, но число вмешательств, выполняемых в условиях осложненной язвенной болезни, остается высоким [3, 12]. В экстренной ситуации хирургу приходится сталкиваться с грубыми морфологическими изменениями в зоне язвенного дефекта, часто распространяющимися на прилежащие анатомические структуры, что значительно усложняет экстериоризацию язвы и, следовательно, технику радикального вмешательства [2]. В научных публикациях подобные язвы двенадцатиперстной кишки именуются «трудными» [7, 11].

Наиболее сложным этапом резекции желудка по Бильрот-II в условиях «трудной» язвы является ушивание культи двенадцатиперстной кишки. В литературе можно найти описание около 200 методик ушивания, ни одна из которых не гарантирует от развития несостоятельности [4]. Альтернативой может являться резекция желудка по Бильрот-I; используя определенные технические приемы, можно значительно улучшить непосредственные результаты вмешательства [2].

В литературе широко обсуждается проблема хронической дуоденальной непроходимости, ассо-

циированной с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки [4-6]. Очевидно, что завершение резекции желудка выполнением гастродуоденоанастомоза в условиях дуоденостаза приведет к развитию дуоденогастрального рефлюкса и ухудшению отдаленных результатов операции. В предлагаемом материале мы решили поделиться собственным опытом выполнения резекции желудка в условиях «трудной» язвы двенадцатиперстной кишки и сопутствующей хронической дуоденальной непроходимости.

Материал и методы

В клинике госпитальной хирургии РязГМУ на базе МУЗ ГК БСМП г. Рязани и ФБЛПУ БО УФСИН по Рязанской обл. в период с 1996 по 2010 годы было выполнено 120 резекций желудка по поводу «трудной» язвы двенадцатиперстной кишки. Под «трудными» язвами двенадцатиперстной кишки подразумевались хронические язвы, обладающие одной или несколькими нижеперечисленными характеристиками:

- гигантские язвы с массивным воспалительным инфильтратом;
- пенетрация в соседние органы, обычно головку поджелудочной железы или печеночно-двенадцатиперстную связку;

- тубулярный стеноз, распространение на базально-луковичный или постбульбарный отдел двенадцатиперстной кишки;
- рецидивные язвы после ушивания перфораций и различных вариантов ваготомий с пилоропластикой, приводящие к грубым нарушениям топографо-анатомических взаимоотношений с прилегающими органами;
- язвы постбульбарной и базально-луковичной локализации.

Производилось изучение непосредственных и отдаленных результатов различных вариантов резекции желудка, выполненных 42 пациентам по поводу «трудной» язвы в условиях хронической дуоденальной непроходимости. В качестве меры ранних результатов хирургического вмешательства учитывалась частота развития несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки. Изучение отдаленных результатов проводилось при помощи опросника, специально разработанного для пациентов, перенесших операции на желудке и двенадцатиперстной кишке [8]. Этот опросник позволяет произвести балльную оценку отдаленных результатов в диапазоне от 0 до 120 баллов (чем выше балл, тем хуже отдаленные результаты).

Возраст больных колебался от 30 до 57 лет; большинство больных принадлежало к старшей возрастной группе. В экстренном и срочном порядке произведено 39 операций. Группы пациентов, перенесших различные варианты вмешательств, были близки по полу, возрасту и структуре осложнений язвенной болезни (табл. 1).

Результаты и их обсуждение

Так как большинство больных оперировано в экстренном и срочном порядке, диагностика сопутствующей хронической дуоденальной непроходимости осуществлялась непосредственно в ходе оперативного вмешательства. Оценка двигательной активности двенадцатиперстной кишки проводили, исходя из критериев, предложенных Н.А.Никитиным [4]:

- наличие препятствия дуоденальной эвакуации;
- расширение просвета нисходящей и, особенно, нижнегоризонтальной ветвей двенадцатиперстной кишки более 3,5 см;
- видимое преобладание диаметра двенадцатиперстной кишки над диаметром начального отдела тощей кишки;
- изменение тонуса двенадцатиперстной кишки, уменьшение тонуса двенадцатиперстной в ответ на механическое раздражение более чем на 1/2 или менее чем на 1/3 первоначальной величины.

Кроме того, в ходе оперативного вмешательства у нескольких пациентов были обнаружены явления хронического панкреатита – резкое уплотнение, склероз и кальцификация ткани поджелудочной железы. Учитывая точку зрения ряда авторов о том, что в патогенезе хронического панкреатита определенную роль играет повышение внутрипросветного давления в двенадцатиперстной кишке [10], эти больные были условно учтены как пациенты с явлениями дуоденостаза.

С целью решения проблемы выполнения резекции желудка в условиях «трудной» дуоденальной язвы на фоне хронической дуоденальной непроходимости предложен метод, названный декомпрессионной дуоденоюностомией. После выполнения резекции желудка накладываем конце-концевой гастроюноанастомоз на петле по Ру длиной около 50 см. Затем, отступая от гастроюноанастомоза около 10-15 см, тотчас напротив культи двенадцатиперстной кишки выполняем продольный разрез по противобрыжеечному краю тощей кишки, своим размером соответствующий диаметру культи. Следующим этапом накладываем однорядный анастомоз между культей двенадцатиперстной кишки и тощей кишкой (рис. 1). Выполняя дуоденоюноанастомоз, всегда использовали однорядный серозно-мышечно-подслизистый узловый шов. Однорядный шов позволяет произвести экономную

Таблица 1.

Характеристика больных, перенесших резекцию желудка в различных модификациях при сопутствующих признаках хронической дуоденальной непроходимости

Показатели	Модификация резекции желудка			
	Бильрот-I	Бильрот-II	Петля по Ру + дуоденоюностомия	
n	11	13	18	
Возраст, лет M±m	40,2±11,3	42,3±12,7	38,0±12,4	
Осложнение язвенной болезни*	перфорация, чел	2	3	1
	кровотечение, чел	3	3	2
	стеноз, чел	7	11	11
	пенетрация, чел	11	13	17
Отдаленные результаты, баллы, M±m	26,8±12,5	19,9±10,6	18,8±10,3	

Примечание: * Суммарное количество осложнений может превышать численность группы, так как у ряда пациентов имелось одновременно несколько осложнений.

мобилизацию двенадцатиперстной кишки, для его наложения достаточно 5 мм ее стенки.

Экстериоризация язвы, располагающейся по задней стенке двенадцатиперстной кишки, достигается выделением стенки кишки только до верхнего края язвенного дефекта. В дальнейшей мобилизации двенадцатиперстной кишки не только нет необходимости, но она может привести и к серьезным осложнениям в виде повреждения малого или большого дуоденального сосочков. При формировании задней стенки анастомоза в шов захватываются рубцово-измененные ткани, являющиеся нижним краем язвенного дефекта.

По нашему мнению, декомпрессионная дуоденоэюностомия позволяет решить несколько задач.

Избежать такого рискованного в условиях «трудной» язвы и дуоденостаза этапа операции, как ушивание культи двенадцатиперстной кишки.

Обеспечить снижение внутрипросветного давления в двенадцатиперстной кишке и, следовательно, в отдаленном послеоперационном периоде купировать хроническую дуоденальную непроходимость.

Способствовать участию двенадцатиперстной кишки в процессе пищеварения и нейровегетативной регуляции функции других отделов ЖКТ.

Сравнивая методику декомпрессионной дуоденоэюностомии с известной техникой резекции желудка по Henley, когда производится восстановление непрерывности ЖКТ путем вшивания между культей двенадцатиперстной кишки и культей желудка выделенного сегмента тощей кишки, хотелось бы подчеркнуть

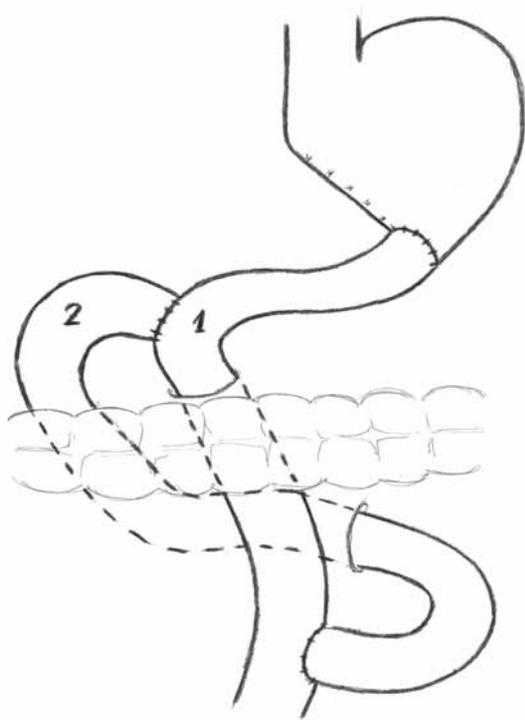


Рис. 1. Декомпрессионная дуоденоэюностомия. 1 - петля тощей кишки, выделенная по Ру. 2 - культе двенадцатиперстной кишки.

следующее. Основной целью выполнения декомпрессионной дуоденоэюностомии является использование выделенной по Ру петли тощей кишки именно как пластического материала для закрытия «трудной» дуоденальной культи, а вовсе не «редуоденизация» с целью улучшения отдаленных результатов. Возникающую частичную редуоденизацию мы рассматриваем лишь как вторичный аргумент, хотя и способный, вероятно, несколько улучшить качество жизни. Важным преимуществом предлагаемой методики является отсутствие необходимости скрупулезного сохранения сосудистой архитектоники брыжейки выделенного сегмента тощей кишки, когда даже умеренный перекрут или натяжение могут критически ухудшить кровоснабжение [1, 9]. Кроме того, декомпрессионная дуоденоэюностомия не требует такой тщательной подготовки культи двенадцатиперстной кишки к анастомозированию, как иссечение рубцовых тканей или приведение ее диаметра в соответствие с диаметром тощей кишки.

В качестве групп сравнения для оценки эффективности резекции желудка в сочетании с декомпрессионной дуоденоэюностомией изучались когорты пациентов, которым в сходных клинических ситуациях выполнялись резекции желудка в модификации Бильрот-I или Гофмейстера-Финстерера (табл. 1).

Наиболее важным критерием оценки непосредственных результатов оперативного лечения «трудной» язвы можно считать частоту несостоятельности хирургических швов, накладываемых на полый орган, претерпевший определенные патоморфологические изменения вследствие периульцерозного рубцевания и инфильтрации. В случае резекции желудка по Бильрот-I речь идет о гастродуоденоанастомозе, а при Бильрот-II – культе двенадцатиперстной кишки.

При выполнении резекции желудка по способу Бильрот-I, случаев несостоятельности гастродуоденоанастомоза мы не наблюдали. В группе больных, перенесших резекцию желудка по Бильрот-II, обращает на себя внимание высокая частота развития несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки – 3 наблюдения. Во всех случаях это осложнение потребовало релапаротомии. Несмотря на предпринятые повторные операции, наружное дренирование просвета двенадцатиперстной кишки, 2 пациентов умерло в результате прогрессирования перитонита и интоксикации. 18 пациентам, имевшим признаки хронической дуоденальной непроходимости, выполнена резекция желудка по Ру с наложением декомпрессионной дуоденоэюностомии. Ни в одном из наблюдений несостоятельности анастомоза мы не наблюдали.

Отдаленные результаты прослежены в сроки от 2 до 8 лет после оперативного лечения. Резекция желудка по Бильрот-I в условиях хронического дуоденостаза показала достоверно худшие результаты по сравнению с группой пациентов, перенесших резекцию желудка в сочетании с декомпрессионной дуоденоэюностомией. В ходе анкетирования пациентов, перенесших

резекцию желудка по Бильрот-I, оказалось, что наибольшим удельным весом, обусловившим худшие результаты, обладает раздел опросника, отвечающий за оценку выраженности диспептического синдрома. Диспептические жалобы логично объяснить развитием щелочного рефлюкс-гастрита на фоне неустранимой хронической дуоденальной непроходимости.

Статистически достоверных различий в отдаленных результатах между группами пациентов, перенесших резекцию желудка по Бильрот-II и резекцию желудка с декомпрессионной дуоденоюностомией, не выявлено.

Список литературы

1. Власов А.П., Сараев В.В., Степанов Ю.П., Рубцов О.Ю. Новые технологии в хирургии «трудных» язв двенадцатиперстной кишки. *Хирургия* 2008; 8: 44-48.
2. Итала Э. Атлас абдоминальной хирургии: Т. 2. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки: пер. с англ. М.: Мед. лит. 2007; 472.
3. Лапина Т.Л. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. *Cons. Med.* 2004; 4; 1: 8-13.
4. Никитин Н.А. Недостаточность швов дуоденальной культи в urgentной хирургии язвенной болезни. Киров: Вятка 2002; 144.
5. Оскритков В.И., Вильгельм Н.П. Хирургическое лечение хронической язвы двенадцатиперстной кишки, сочетанной с хронической дуоденальной непроходимостью. *Хирургия* 1998; 3: 41-44.
6. Репин В.Н., Репин М.В. Хирургическое лечение язвенной болезни при артериомезентериальной компрессии двенадцатиперстной кишки. *Хирургия* 2005; 1: 37-40.
7. Сахаров В.В. Выбор способа операции при "трудных" язвах луковицы двенадцатиперстной кишки (гигантских, пенетрирующих): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск 2003; 23.
8. Тарасенко С.В., Зайцев О.В., Копейкин А.А., Карюхин И.В. Способ оценки отдаленных результатов оперативного лечения заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки. *Вестник новых медицинских технологий.* 2009; XVI; 2: 169-172.
9. Шалимов А.А., Полупан В.Н. Атлас операций на пищеводе, желудке и двенадцатиперстной кишке. М.: Медицина 1975; 304.
10. Шишкин И.М. Диагностика и оперативное лечение хронического калькулезного холецистита и хронического панкреатита при артериомезентериальной компрессии двенадцатиперстной кишки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Пермь 2007; 20.
11. Bianchi Porro, Parente F. 'Difficult' Duodenal Ulcer Patients: Clinical and Therapeutic Problems. *Dig. Dis.* – 1991; 19; 4: 219-228.
12. Ohmann C., Imhof M., Ruppert C. et al. Time-trends in the epidemiology of peptic ulcer bleeding. *Scand. J. Gastroenterol.* 2005; 40; 8: 914-920.

Поступила: 07.07.2010 г.

Информация об авторах

1. Тарасенко Сергей Васильевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии Рязанского государственного медицинского университета им. академика И.П.Павлова; e-mail: ozaitsev@rambler.ru
2. Зайцев Олег Владимирович – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры госпитальной хирургии Рязанского государственного медицинского университета им. академика И.П.Павлова; e-mail: ozaitsev@rambler.ru
3. Соколова Светлана Николаевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной хирургии Рязанского государственного медицинского университета им. академика И.П.Павлова; e-mail: ozaitsev@rambler.ru
4. Афтаев Виктор Борисович – заведующий хирургическим отделением Больница скорой медицинской помощи г. Рязани; e-mail: ozaitsev@rambler.ru.
5. Баконина Ирина Владимировна – ассистент кафедры госпитальной хирургии Рязанского государственного медицинского университета им. академика И.П.Павлова; e-mail: ozaitsev@rambler.ru