

УДК 616.33-089.87

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УРГЕНТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПЕПТИЧЕСКИХ ЯЗВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ

Никитин Н.А., Коршунова Т.П., Прокопьев Е.С., Онучин М.А., Авдеева М.М.

*ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия Минздрава России»,
Киров, e-mail: fhirurg@mail.ru*

На опыте хирургического лечения 47 больных с urgentными осложнениями пептических язв желудочно-кишечных анастомозов показано, что операцией выбора является реконструктивная резекция желудка в модификациях Ру, дополненная стволовой поддиафрагмальной ваготомией (37 наблюдений). Рассмотрены преимущества резекции желудка по Ру-Никитину (18 наблюдений), предусматривающей использование правого окна мезоколон. К ним относятся сохранение культи желудка в верхнем этаже брюшной полости и анатомическая «дуоденизация» отводящей кишки. Показаниями к двустороннему отключению двенадцатиперстной кишки при реконструктивных операциях выступили суб- и декомпенсированные формы хронических нарушений дуоденальной проходимости (8 наблюдений) и короткая приводящая кишка после резекции желудка по Бильрот-II (4 наблюдения). Дренажное двенадцатиперстной кишки с целью пассажа пищеварительных соков лучше осуществлять предложенным изоперистальтическим вариантом дуодено-юнального анастомоза, формирование которого возможно при применении в качестве базовой операции резекции желудка по Ру-Никитину.

Ключевые слова: желудочно-кишечный анастомоз, осложненная пептическая язва, хирургическое лечение

SURGICAL TREATMENT FOR URGENT COMPLICATIONS OF PEPTIC ULCERS OF GASTROINTESTINAL ANASTOMOSIS

Nikitin N.A., Korshunova T.P., Prokopiev E.S., Onuchin M.A., Avdeeva M.M.

State Budget Educational Institution of Higher Professional Education «Kirov State Medical Academy of the Russian Health Ministry», Kirov, e-mail: fhirurg@mail.ru

47 patients with urgent complications of peptic ulcers of gastrointestinal anastomosis were studied. The operation of choice was reconstructive gastric resection of modifications according to Roux. It was accompanied by stem subdiaphragmal vagotomy (37 cases). Advantages of gastric resections according to Roux-Nikitin were considered (18 cases). The right window of mesocolon was used. The advantages were preservation of gastric stump in the upper part of the abdominal cavity and anatomic «duodenization». Indications to two-side exclusion of the duodenum in reconstructive operations were sub- and decompensated forms of chronic disorders of duodenal passability (8 cases) and a short colon after gastric resection according to Billroth-II (4 cases). Drainage of the duodenum aimed at passage of digestive juices is better performed with the developed isoperistaltic variant of duodenal anastomosis that was formed possibly due to use of gastric resections according to Roux-Nikitin.

Keywords: gastrointestinal anastomosis, complicated peptic ulcer, surgical treatment

Частота развития пептических язв желудочно-кишечных анастомозов колеблется от 0,5% до 15% [1, 6]. Нередко они манифестируют развитием urgentных осложнений – перфорацией язвы или кровотечением из язвы, что придает особую актуальность проблеме их хирургического лечения. Основные причины развития пептических язв хорошо известны. В то же время в литературе недостаточно внимания уделено дуоденогастральному и энтерогастральному рефлюксу, как одному из ulcerогенных факторов, в том числе на фоне некорригированных во время первой операции хронических нарушений дуоденальной проходимости (ХНДП) [1, 3]. На сегодняшний день в лечении пептических язв наиболее распространенной операцией является реконструктивная резекция желудка по Ру [1, 6, 11]. Ее позитивные моменты: отсутствие заброса кишечного содержимого в культю желудка, замедление пассажа пищевого химуса, устранение основных патогенетических факторов развития целого ряда постгастрорезекционных синдромов – подчеркивают

ся многими авторами [6, 9, 11, 12, 13, 15]. В ряде ситуаций: короткая приводящая петля, ХНДП в стадиях суб- и декомпенсации – возникает необходимость двустороннего отключения двенадцатиперстной кишки (ДПК) [1, 5, 10]. Двустороннее отключение ДПК требует ее внутреннего дренирования для осуществления пассажа желчи и панкреатического сока в тонкую кишку. Этот вопрос в большинстве случаев решается формированием либо прямого дуодено-юнального анастомоза между нижнегоризонтальной частью отключенной кишки и Ру-петлей, идущей от гастроэнтеро- или эзофагоэнтероанастомоза [1, 5], либо опосредованного – через тонкокишечную вставку между указанными органами [10]. Вставка при этом может формироваться либо первично, либо с сохранением ранее наложенного дуоденоюнального анастомоза. Однако технические аспекты и самой реконструктивной резекции желудка по Ру, и двустороннего отключения ДПК, прежде всего, характер дренирующего ее пособия, требуют дальнейшего совершенствования.

Цель. Показать возможности и результаты применения новых технических решений при выполнении резекции желудка по Ру и двустороннем отключении ДПК при urgentных осложнениях пептических язв желудочно-кишечных анастомозов.

Материалы и методы исследования

В клинике факультетской хирургии Кировской ГМА с 2001 по 2014 гг. реконструктивные вмешательства при пептических язвах желудочно-кишечных анастомозов по urgentным показаниям выполнены 47 больным в возрасте от 23 до 68 лет, в том числе 41 мужчине и 6 женщинам. Кровотечение из язвы было у 37 больных, перфорация язвы – у 7, острая патология желчевыводящих путей, протекающая под маской перфорации пептической язвы, – у 2, высокая тонкокишечная непроходимость на фоне пептической язвы – у 1. В экстренном и срочном порядке оперировано 33 больных, в отсроченном – 14. Развитию пептических язв предшествовали: обходной гастроэнтероанастомоз (ГЭА) – 1 наблюдение, резекция желудка по Бильрот-I – 2, резекция желудка в модификациях Бильрот-II – 37 (в том числе в 1 случае – с поперечной антиперистальтической дуоденоюностомией), резекция желудка в модификациях Ру – 7. Пептические язвы у большинства больных развились в течение первых 3 лет после предшествующего вмешательства на желудке.

При выполнении операции, помимо оценки способа предыдущей резекции желудка, характера анастомоза, размеров культи желудка и культи ДПК, ревизии поджелудочной железы на предмет наличия гастриннома, большое внимание придавали состоянию и длине приводящей кишки и интраоперационным признакам ХНДП. Интраоперационную диагностику ХНДП проводили, принимая во внимание следующие факторы: наличие препятствия для дуоденальной эвакуации, ширину ниже-горизонтальной ветви ДПК, наличие или отсутствие видимого различия в диаметрах ниже-горизонтальной части ДПК и начального отдела тощей кишки, степень уменьшения диаметра ниже-горизонтального отдела ДПК в ответ на механическое раздражение.

Отсутствие препятствия к дуоденальной эвакуации, ширину ниже-горизонтальной части ДПК в 3–3,5 см с превышением диаметра начального отдела тощей кишки менее чем на 1 см, уменьшение ее диаметра в ответ на механическое раздражение на $1/3$ – $1/2$ своей первоначальной величины расценивали как отсутствие ХНДП.

Наличие препятствия к дуоденальной эвакуации, расширение ниже-горизонтальной части ДПК от 3,5 до 4,5 см с превышением диаметра начального отдела тощей кишки на 1–1,5 см, уменьшение ее диаметра в ответ на механическое раздражение более чем на $1/2$ первоначальной величины расценивали как компенсированную стадию ХНДП.

Наличие препятствия к дуоденальной эвакуации, расширение ниже-горизонтальной части ДПК от 4,5 до 6 см с превышением диаметра начального отдела тощей кишки на 1,5–2,5 см, уменьшение ее диаметра в ответ на механическое раздражение менее чем на $1/3$ первоначальной величины расценивали как субкомпенсированную стадию ХНДП.

Наличие препятствия к дуоденальной эвакуации, расширение ниже-горизонтальной части ДПК более

6 см с превышением диаметра начального отдела тощей кишки более чем на 2,5 см, отсутствие реакции в ответ на механическое раздражение рассматривали как декомпенсированную стадию ХНДП, или истинный дуоденостаз.

На основании интраоперационных данных и с учетом результатов рентгенологического обследования в дооперационном периоде больных, оперированных в отсроченном порядке, ХНДП выявлены у 34 больных, из них в стадиях суб- и декомпенсации – у 21.

В качестве базовой операции у 37 больных выполнена резекция желудка по Ру со стволовой поддиафрагмальной ваготомией, у 3-х – реконструкция гастроэнтероанастомоза из Бильрот-II в анастомоз по Ру со стволовой поддиафрагмальной ваготомией, у 2-х – гастрэктомия, по 1 наблюдению имели место: первичная резекция желудка по Ру со стволовой поддиафрагмальной ваготомией, резекция желудка по Б-II-Витебскому со стволовой поддиафрагмальной ваготомией, резекция гастроэнтероанастомоза со стволовой поддиафрагмальной ваготомией, ушивание перфорации со стволовой поддиафрагмальной ваготомией и стволовая поддиафрагмальная ваготомия в чистом варианте.

В рамках резекции желудка по Ру предложено достаточно большое число способов, которые по отношению изолированной кишки к мезоколон представлены двумя группами – позадиободочные (способы Шалимова, Мошковича, Мойнигена и др.), и впередиободочные (Ридигера, Ширази, Кюнео и др.). Кроме того, способы отличаются друг от друга характером и способом формирования гастроэнтеро- и энтероэнтероанастомозов [4, 14].

При необходимости двустороннего отключения ДПК впередиободочные и классические позадиободочные (с использованием левого окна брыжейки поперечно-ободочной кишки) варианты резекции желудка по Ру предусматривают формирование дуоденоюнольного анастомоза, независимо от его продольного или поперечного характера, только в антиперистальтическом варианте. В то же время многие авторы отмечают целый ряд негативных моментов антиперистальтического дуоденоюнольного анастомоза, обусловленных сохранением нарушенной моторно-эвакуаторной функции ДПК [10, 11]. Коррекция ХНДП, если таковые служили показанием к двустороннему отключению ДПК, при антиперистальтическом варианте дуоденоюнольного анастомоза осуществляется только ее выключением из пищевого пассажа, но никак не путем повышения перистальтической активности. Наоборот, антиперистальтическое расположение отводящей кишки, обладающей лучшей моторной активностью, чем ДПК при суб- или декомпенсированных формах ХНДП, способствует еще более выраженному угнетению перистальтической активности последней. С целью нивелирования указанного момента был предложен крестообразный дуоденоюнольный анастомоз [2]. Однако с физиологической точки зрения только изо-перистальтический вариант этого анастомоза способствует улучшению нарушенной моторики ДПК при ее двустороннем отключении.

В группе позадиободочных способов резекции желудка по Ру до недавнего времени существовали способы с использованием только левого окна в брыжейке поперечно-ободочной кишки. В 1997 году Никитиным Н.А., одним из авторов этой статьи, был

предложен способ, предусматривающий использование правого окна брыжейки [7]. Это позволило сохранить культю желудка в его естественном анатомическом ложе без перевода в средний этаж брюшной полости и выполнять так называемую анатомическую «дуоденизацию» отводящей кишки, т.е. придавать отводящей кишке форму подковы ДПК. Схема операции представлена на рис. 1. При необходимости двухстороннего отключения ДПК резекция желудка по Ру-Никитину позволяет включать ее в пассаж пищеварительных соков изоперистальтическим вариантом дуоденоюнального анастомоза [8]. Схема операции представлена на рис. 2.

В ситуациях, когда в качестве основной причины развития пептической язвы выступал недостаточный объем резекции желудка при первом вмешательстве, ререзекцию культи желудка выполняли до объема 2/3, при достаточном первичном объеме – до 3/4, при синдроме Цоллингера-Элиссона выполняли гастрэктомию. В 1 наблюдении при подозрении на наличие в культе ДПК антральной слизистой дополнительно осуществили ее резекцию. При выполнении ререзекции и первичной резекции желудка по Ру модификация Ру-Ридигера использована в 3 случаях, Ру-Юдина-Витебского – в 17 (из них с двухсторонним отключением ДПК – в 2), Ру-Никитина – в 18 (из них с двухсторонним отключением ДПК – в 8). Независимо от применяемой модификации способа Ру, удаляем всю малую кривизну культи желудка. Из возможных вариантов гастроэнтероанастомоза предпочтение отдаем концебоковому поперечному анастомозу. Оптимальным расстоянием между гастроэнтеро- и энтероэнтероанастомозами считаем расстояние в 35–40 см. Мобилизацию тощей кишки выполняем в щадящем варианте с сохранением аркад 1-й юнальной артерии и вагусной иннервации. Гастрэктомию в обоих случаях выполняли лапароторакотомным доступом с формированием муфтообразного эзофагоюнального анастомоза по Ру-Юдину-Сапожкову и двухсторонним отключением ДПК.

Необходимость двухстороннего отключения ДПК в 2 наблюдениях при выполнении ререзекции желудка по Ру-Юдину-Витебскому и в обоих наблюдениях гастрэктомии была обусловлена короткой приводящей кишкой. Включение ДПК в пассаж осуществлено посредством поперечного антиперистальтического дуоденоюнального анастомоза. В 8 наблюдениях при выполнении резекции желудка по Ру-Никитину двухстороннее отключение ДПК произведено при декомпенсированных формах ХНДП. Включение ее в пассаж пищеварительных соков в 7 случаях осуществлено посредством формирования поперечного изоперистальтического дуоденоюнального анастомоза, в 1 случае – путем тонкокишечной вставки, несущей ранее сформированный поперечный антиперистальтический дуоденоюнальный анастомоз. При выполнении двухстороннего отключения ДПК ее дистальную культю формировали таким образом, чтобы она располагалась под верхними брыжеечными сосудами. Для этого во всех случаях выполняли резекцию дуоденоюнального перехода либо вместе с приводящей кишкой, либо в изолированном варианте. Такой подход к формированию дистальной культи ДПК способствует сокращению расстояния от ее слепого конца до формируемого в последующем дуоденоюнального анастомоза до 2–3 см.

Поперечный изоперистальтический дуоденоюнальный анастомоз, на наш взгляд, обладает определенными

преимуществами по сравнению с известными вариантами продольных и поперечных дуоденоюнальных анастомозов. Изоперистальтический характер небольшого по размерам поперечного анастомоза и так называемая анатомическая «дуоденизация» отводящей кишки, обусловленная моделированием формы подковы ДПК, способствуют синхронизации перистальтических движений обеих кишок, что ведет к восстановлению нормальной дуоденальной моторики и, в конечном итоге, обеспечивает своевременность, ритмичность и порционность эвакуации дуоденальных соков.

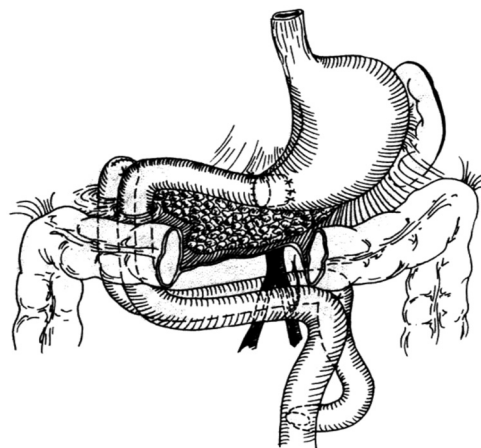


Рис. 1. Резекция желудка по Ру-Никитину с анатомической «дуоденизацией» отводящей кишки: окончательный вид операции

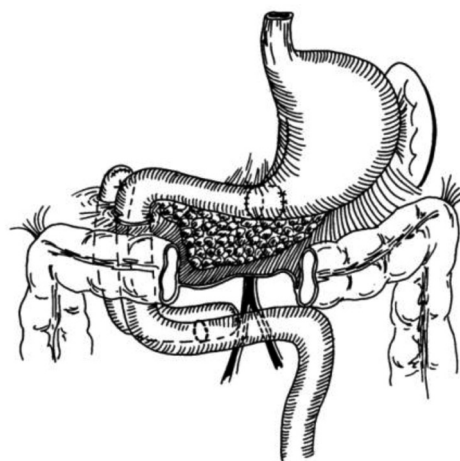


Рис. 2. Резекция желудка по Ру-Никитину с двухсторонним отключением двенадцатиперстной кишки и поперечным изоперистальтическим дуоденоюнальным анастомозом: окончательный вид операции

Результаты исследования и их обсуждение

Все больные в течение 3–8 суток проходили лечение в условиях реанимационного отделения. В комплекс лечебных меропр-

ятий включали стимуляцию перистальтики аппаратом «Эндотон» и энтеральное зондовое питание. Аппарат «Эндотон» применяли в транскутанном режиме со 2-х суток послеоперационного периода. Энтеральный доступ осуществляли во время операции путем трансназального проведения в отводящую кишку за энтероэнтеро- или дуоденоюноанастомоз (при двустороннем отключении ДПК) тонкого полихлорвинилового зонда диаметром 4 мм и длиной 120 см. Питание начинали проводить на следующий день после операции. Использовали стандартные питательные смеси по общепринятым схемам. На 3–4-е сутки разрешали больным пить, с 4–5-х суток переходили на пероральный прием пищи. Зонд удаляли на 5–7 сутки после перевода больного на естественное питание в полном объеме и при отсутствии признаков нарушения эвакуации из желудка. В раннем послеоперационном периоде 4-м больным потребовались релапаротомии, в 2 случаях они были обусловлены развитием послеоперационного панкреатита, в одном – внутрибрюшным кровотечением и ещё в одном – перитонитом на почве несостоятельности швов гастроэнтероанастомоза. Умерло 3 больных, послеоперационная летальность составила 6,4%. Отдаленные результаты хирургического лечения по шкале Visick изучены в сроки от 1 года до 6 лет у 32 больных. У 29 больных отмечены отличные и хорошие результаты, у 3 – удовлетворительные.

Заключение

В группе реконструктивных вмешательств в хирургии urgentных осложнений пептических язв желудочно-кишечных анастомозов операцией выбора является резекция желудка в модификациях Ру, дополненная стволовой поддиафрагмальной ваготомией. Преимуществами предложенной резекции желудка по Ру-Никитину являются сохранение культи желудка в верхнем этаже брюшной полости и анатомическая «дуоденизация» отводящей кишки. При необходимости двустороннего отключения ДПК, показаниями к которому выступают суб- и декомпенсированные формы ХНДП и короткая приводящая кишка после резекции желудка по Бильрот-II, дренирование ДПК с целью пассажа пищеварительных соков лучше осуществлять поперечным изоперистальтическим вариантом дуоденоюноанастомоза, формирование которого возможно при применении в качестве базовой операции резекции желудка по Ру-Никитину.

Список литературы

1. Витебский Я.Д. Патогенез, профилактика и оперативное лечение постгастрорезекционных синдромов. – Челябинск: ЮУКИ, 1984. – С. 152.
2. Гервазиев В.Б. Хирургическое лечение хронического нарушения дуоденальной проходимости. Хирургия. – 1995. – № 6. – С. 43–47.
3. Жерлов Г.К., Кошель А.П., Помыткин А.В. Хирургическое лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки на фоне хронической дуоденальной непроходимости. Хирургия. – 2003. – № 5. – С. 19–23.
4. Крылов Н.Н., Мухаммед М.Х. Существует ли оптимальный вариант гастроэнтероанастомоза после дистальной субтотальной резекции желудка? Хирургия. – 2012. – № 8. – С. 83–86.
5. Кузнецов В.А., Федоров И.В. Двустороннее отключение двенадцатиперстной кишки в реконструктивной хирургии желудка. Хирургия. – 1991. – № 3. – С. 60–64.
6. Меньков А.В., Королев А.С., Стрельцов А.А., Родин А.Г. Реконструктивная резекция желудка в модификации Ру как операция выбора при осложненной пептической язве оперированного желудка. Медицинский альманах. – 2012. – № 2(21). – С. 145–147.
7. Никитин Н.А. Способ резекции желудка. Патент на изобретение № 2086185 от 10.08.97.
8. Никитин Н.А., Коршунова Т.П., Просвирнин В.А. и др. Способ лечения суб- и декомпенсированных форм хронических нарушений дуоденальной проходимости. Патент на изобретение № 2207054 от 27.06.2003 г.
9. Петров В.П., Бадуров Б.Ш., Хабурзания А.К. Резекция желудка по Ру. – М.: ПИК ВИНТИИ, 1998. – С. 212.
10. Постолов П.М., Полянец А.А. Способ лечения декомпенсированной хронической дуоденальной непроходимости. Хирургия. – 1988. – № 3. – С. 116–117.
11. Репин В.Н., Репин М.В., Ефимова Н.С. Артериомезентериальная компрессия двенадцатиперстной кишки. Пермь: издатель И. Максарова. – 2009. – С. 232.
12. Le Blanc-Louvery I., Ducrotte P., Chayvialle J.A., Coquerel A., Michot F., Teniere P. Distal gastrectomy and Roux-Y limb in the rat: plasma motilin, pancreatic polypeptide concentrations, and duodenal motility. Dis. Sci 2000; 45(8): 1525–1530.
13. Nunobe S., Okaro A., Sasako M., Fukagawa T., Katai H., Sano T. Billroth I versus Roux-en-Y reconstructions: a quality-of-life survey at 5 years. Int. J. Clin. Oncol. 2007; 12: 433–439.
14. Sah B.K., Zhu Z.G., Chen M.M., Xiang M., Chen J., Yan M., Lin Y.Z. Effect of surgical work volume on postoperative complication: superiority of specialized center in gastric cancer treatment. Langenbecks Arch. Surg. 2009; 394(1): 41–47.
15. Shinoto K., Ochai T., Suzuki T., Okazumi S., Ozaci M. Effectiveness of Roux-en-Y Reconstruction after distal gastrectomy based on assessment of biliary kinetics. Surg. Today 2003; 33: 169–177.

References

1. Vitebskij Ja.D. Patogenez, profilaktika i operativnoe lechenie postgastrorezekcionnyh sindromov. Cheljabinsk: JuUKI, 1984. pp. 152.
2. Gervaziev V.B. Hirurgicheskoe lechenie hronicheskogo narusheniya duodenal'noj prohodi-mosti. Hirurgija. 1995. no. 6. pp. 43–47.
3. Zherlov G.K., Koshel A.P., Pomytkin A.V. Hirurgicheskoe lechenie jazvennoj bolezni zhe-ludka i dvenadcatiperstnoj kishki na fone hronicheskoy duodenal'noj neprohodimosti. Hirurgija. 2003. no. 5. pp. 19–23.
4. Krylov N.N., Muhammed M.H. Sushhestvuet li optimal'nyj variant gastrojenteroanasto-moza posle distal'noj subtotalnoj rezekcii zheludka? Hirurgija. 2012. no. 8. pp. 83–86.

5. Kuznecov V.A., Fedorov I.V. Dvustoronnee otkljuchenie dvenadcatiperstnoj kishki v rekonstruktivnoj hirurgii zheludka. *Hirurgija*. 1991. no. 3. pp. 60–64.
6. Menkov A.V., Korolev A.S., Strelcov A.A., Rodin A.G. Rekonstruktivnaja rezekcija zheludka v modifikacii Ru kak operacija vybora pri oslozhnennoj pepticheskoj jazve operirovannogo zheludka. *Medicinskij al'manah*. 2012. no. 2(21). pp. 145–147.
7. Nikitin N.A. Sposob rezekcii zheludka. Patent na izobrenie no. 2086185 ot 10.08.97.
8. Nikitin N.A., Korshunova T.P., Prosvirnin V.A. i dr. Sposob lechenija sub- i dekompenirovannyh form hronicheskikh narushenij duodenal'noj prohodimosti. Patent na izobrenie no. 2207054 ot 27.06.2003 g.
9. Petrov V.P., Badurov B.Sh., Haburzaniya A.K. Rezekcija zheludka po Ru. M.: PIK VINITI, 1998. pp. 212.
10. Postolov P.M., Poljancev A.A. Sposob lechenija dekompenirovannoj hronicheskoy duo-denalnoj neprohodimosti. *Hirurgija*. 1988. no. 3. pp. 116–117.
11. Repin V.N., Repin M.V., Efimova N.S. Arteriomezenterialnaja kompressija dvenadcati-perstnoj kishki. Perm: izdatel I. Maksarova. 2009. pp. 232.
12. Le Blanc-Louvery I., Ducrotte P., Chayvialle J.A., Coquerel A., Michot F., Teniere P. Distal gas-trectomy and Roux-Y limb in the rat: plasma motilin, pancreatic polypeptide concentrations, and duodenal motility. *Dis. Sci* 2000; 45(8): 1525–1530.
13. Nunobe S., Okaro A., Sasako M., Fukagawa T., Katai H., Sano T. Billroth 1 versus Roux-en-Y reconstructions: a quality-of-life survey at 5 years. *Int. J. Clin. Oncol.* 2007; 12: 433–439.
14. Sah B.K., Zhu Z.G., Chen M.M., Xiang M., Chen J., Yan M., Lin Y.Z. Effect of surgical work volume on postoperative complication: superiority of specialized center in gastric cancer treatment. *Langenbecks Arch. Surg.* 2009; 394(1): 41–47.
15. Shinoto K., Ochai T., Suzuki T., Okazumi S., Ozaci M. Effectiveness of Roux-en-Y Reconstruction after distal gastrectomy based on assessment of biliary kinetics. *Surg. Today* 2003; 33: 169–177.

Рецензенты:

Журавлев В.А., д.м.н., профессор, профессор кафедры хирургии, ИПО ГБОУ ВПО «Кировская ГМА» Минздрава России, г. Киров;

Бахтин В.А., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии, ГБОУ ВПО «Кировская ГМА» Минздрава России, г. Киров.