

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургической гастроэнтерологии, и может быть использовано при лечении больных язвенной болезнью желудка (язв 1 типа по Джонсону).

До настоящего времени в хирургическом лечении язвенной болезни желудка операцией выбора является классическая резекция желудка по Бильрот 1 или 2 [1]. Однако, эти операции несмотря на их радикальность, сопровождаются большим количеством осложнений, в том числе и органических. Наиболее частым постгастрорезекционным осложнением является пептическая язва анастомоза, которая в раннем послеоперационном периоде встречается в 4,5% случаев, а в ближайшие 5 лет ее частота возрастает до 75%. Летальность после классической резекции желудка колеблется в широких пределах 2,8 - 14%. Количество послеоперационных осложнений, связанных с потерей желудком его резервуарной функции (демпинг-синдром, синдром малого желудка) варьируется от 10 до 30%, а это, в свою очередь, приводит к нарушениям пищеварительной и эвакуаторно-моторной функций органа. В то же время усовершенствование методов диагностики язвенной болезни желудка, более ранняя выявляемость этой патологии, а также данные о том, что риск малигнизации доброкачественных язв желудка 1 типа составляет около 1% [2, 3, 4], а частота этих язв составляет 60%, позволил обратиться к проблеме органосохраняющих операций на желудке.

Так, известен способ органосохраняющей сегментарной резекции желудка [5], который заключается в иссечении сегмента органа вместе с язвой и последующим наложением корпороантрального анастомоза. При такой операции сохраняется нерв Латарже. Однако, данная методика имеет недостатки. Большое количество функциональных расстройств (демпинг-синдром, синдром малого желудка) развивается в результате уменьшения размеров желудка вследствие удаления целого сегмента органа.

В хирургическом лечении язвенной болезни желудка широко используется также ваготомия. Так, Н.М. Кузин и соавт. [6] считают предпочтительной стволовую ваготомию (СтВ) с иссечением язвы и пилоропластикой. Однако, частота малигнизации язвы желудка зависит от ее локализации (наиболее высокая в кардиальном и антральном отделах). Поэтому выполнение ваготомии в данном случае опасно из онкологических соображений.

Другие авторы отдают предпочтение селективной проксимальной ваготомии (СПВ) перед стволовой. Однако выполнение СПВ при желудочных язвах ведет к большому проценту рецидивов, в противовес СтВ, и требует дальнейшего изучения [7].

В связи с этим в настоящее время используется еще один вид операций на желудке - клиновидная резекция, которая, по сравнению с другими оперативными пособиями, является наиболее щадящей [8, 9]. Суть метода заключается в следующем: при локализации язвы по малой кривизне производят мобилизацию желудка по малой кривизне, иссечение язвы с воспалительным периульцерозным инфильтратом в виде клина с последующим ее ушиванием в

продольном направлении (Thorek, Haeker), Zollinger, Holle дополняли эту операцию ваготомией и пилоропластикой. Эта методика является единственной из известных, которая сохраняет объем желудка, и, в то же время, это достаточно радикальное пособие, не приводящее к тяжелым послеоперационным расстройствам. Этот способ и принят в качестве прототипа. Однако, и эта методика имеет существенные недостатки. По данным ряда авторов те типы клиновидных резекций, которые используются в настоящее время, дают большой процент рецидивов язв [9, 10]. Учитывая то, что язвы малой кривизны часто бывают каллезными, пенетрируют в малый сальник, имеют массивный периульцерозный инфильтрат, клиновидное иссечение язвы предполагает удаление большого участка желудка, пересечение нерва Латарже. Последующее ушивание дефекта неизбежно ведет к деформации органа (его продольному сужению).

В основе заявленного изобретения лежит задача максимального сохранения основных функций желудка: резервуарной, моторной, пищеварительной за счет такой последовательности ушивания дефекта стенки желудка, которая обеспечивает соблюдение основных анатомических пропорций желудка. Достижимый технический результат заключается в снижении количества осложнений после хирургического лечения язвенной болезни желудка.

Поставленная задача достигается тем, что в известном способе хирургического лечения язвенной болезни желудка, включающем мобилизацию малой кривизны, желудка, иссечение язвы с воспалительным периульцерозным инфильтратом и ушивание дефекта стенки желудка, согласно изобретению, ушивание дефекта производят сначала в его верхнем и нижнем углах в продольном направлении при локализации язвы в области тела желудка или только в верхнем углу дефекта продольно при локализации язвы в антральном отделе, а затем оставшийся дефект закрывают в поперечном направлении. При такой операции сохраняется нерв Латарже.

На фиг.1 представлены границы иссечения язвы при ее локализации в области тела желудка; на фиг. 2 - ушивание углов дефекта в продольном направлении при язве тела желудка; на фиг.3 - ушивание оставшегося дефекта в поперечном направлении при локализации язвы в области тела желудка; на фиг.4 - границы иссечения язвы при ее локализации в области антрального отдела желудка; на фиг.5 - ушивание верхнего угла дефекта в продольном направлении при язве антрального отдела желудка; на фиг.6 - ушивание дефекта в поперечном направлении при локализации язвы в антральном отделе желудка.

Отличительные признаки заявленного изобретения - частичное накладывание швов сначала в продольном направлении, а затем в поперечном реализует новый подход к хирургическому лечению язв желудка 1 типа, которое позволяет предотвратить и связанные с этим нарушения его основных функций. В то время, как при клиновидной резекции (продольное ушивание образовавшегося дефекта) отмечается выраженная деформация желудка, при локализации язвы в антральном отделе по типу

"песочных часов".

Заявленный способ не нарушает эвакуаторно-моторную и резервуарную функции желудка, так как желудок (даже при значительном иссечении малой кривизны) сохраняет свои пропорции по основным анатомическим отделам, а это не соблюдается ни при одном из известных способов резекции желудка. Дифференцированный подход к ушиванию нижнего края раны в зависимости от локализации язвы по малой кривизне позволяет сохранить привратниковый механизм регуляции поступления пищи из желудка в 12-перстную кишку (ДГЖ). Этому способствует в большинстве случаев сохранение нерва Латарже.

Способ осуществляется следующим образом: выполняют верхне-срединную лапаротомию с ревизией органов брюшной полости. Мобилизуют желудок по малой кривизне, отходя от нерва Латарже. Широко иссекают язву вместе с периульцерозным инфильтратом. Препарат отправляют на экспресс-гистологическое исследование. Через гастротомическое отверстие убеждаются в хорошей проходимости привратника, проводят назогастральный зонд за пилорический жом. Начинают ушивание дефекта желудка последовательно с верхнего и нижнего углов раны в продольном направлении (адаптация краев раны для более равномерного ушивания дефекта в поперечном направлении) двумя рядами швов. Затем ушивают оставшийся дефект в поперечном направлении через все слои, с последующим накладыванием второго ряда серомышечных швов. При локализации язвы в антральном отделе ушивают продольно только верхний угол раны (во избежание сужения выходного отдела желудка нижний угол раны в данном случае не ушивается). Оставшийся дефект закрывают путем поперечного ушивания раны. В ситуации, когда при иссечении язвы пересекаются веточки гусиной лапки п.vagi, во избежание нарушения замыкательной функции привратника, операцию дополняют пилоропластикой типа Шаде. Оканчивают операцию дренированием брюшной полости перчаточным-трубчатым дренажом, подведенным к месту резекции (дренаж выводят через контрапертуру в правой подреберной области).

Пример 1. Больной Г., история болезни №4981. Диагноз: Язвенная болезнь желудка, желудочно-кишечное кровотечение. Поступил в клинику по направлению хирурга поликлиники 01.05.91г. в 21.44. Предъявлял жалобы на ноющую боль в верхней половине живота, тошноту, темный стул. Считает себя больным в течение недели, когда появились боли в животе, 3 дня назад заметил черный стул. Per rectum: ампулла пустая.

Гемодинамика стабильная, данных за продолжающееся кровотечение нет. Фиброгастродуоденоскопия: отступая на 2 - 3см от розетки кардии по малой кривизне имеется каллезная язва с подрывными краями, диаметром более 4см. В центре язвы множественные мелкие тромбированные сосуды. В желудке большое количество застойного содержимого. Проводилось консервативное лечение (противовоспалительная, гемостатическая терапия). Однако, учитывая клиническую картину, наличие в анамнезе желудочно-кишечного кровотечения, угрозу его рецидива 05.05.91г. произведена операция:

пластическая резекция желудка, пилоропластика, дренирование брюшной полости. Во время операции язва располагается в области тела малой кривизны (4 см в диаметре, язва окружена массивным периульцерозным инфильтратом, дно ее пенетрирует в малый сальник). При выделении язвы пересечены веточки нерва Латарже. Образовавшийся дефект (в диаметре около 8см) ушит следующим образом: верхний и нижний углы его на 1см ушиты продольно. При сопоставлении стенок оставшегося дефекта в поперечном направлении края дефекта сопоставляются без натяжения и деформации. Произведено ушивание в поперечном направлении. Учитывая, что в ходе операции были пересечены веточки нерва Латарже, во избежание эвакуаторных нарушений в области пилорического отдела, выполнена пилоропластика типа Шаде.

Патологистологическое заключение макропрепарата: хроническая язва желудка с выраженным воспалительным инфильтратом стенок и дна язвы.

Послеоперационное течение гладкое (отсутствие моторно-эвакуаторных нарушений). В удовлетворительном состоянии 18.05.95г. (17 суток) выписан для амбулаторного лечения у хирурга. Контроль каждые 12мес. - жалоб нет. Контрольная ФГДС (11.04.96г.): хронический гастродуоденит.

Пример 2. Больная Г., история болезни №8898. Диагноз: Язвенная болезнь желудка. Поступила в клинику в плановом порядке 13.09.93г. Предъявляла жалобы на боли в левом подреберье, возникающие через 1 час после приема пищи, тошноту, рвоту. Болеет в течение 5 лет, последние 2 месяца состояние несколько ухудшилось (участились приступы болей). Произведена фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) 14.09.93г.: слизистая желудка отечна, гиперемирована. Складки грубые, рыхлые, увеличены в размерах. По малой кривизне на границе тела желудка и антрального отдела каллезная язва до 5см в диаметре. Фракционное исследование желудочной кислотности - гипоацидность. 15.09.93г. произведена операция - пластическая резекция желудка, дренирование брюшной полости.

Во время операции: язва, 5см в диаметре, расположена в области угла желудка, имеет массивный воспалительный инфильтрат. При мобилизации желудка по малой кривизне и иссечении язвы сохранены веточки нерва Латарже. Учитывая, что язва располагается низко и ее продольное ушивание чревато сужением выходного отдела желудка, ушивание произведено следующим образом: верхний угол раны ушит продольно (нижний угол не ушивается). Оставшийся дефект (около 6см в диаметре) ушит поперечно (при этом натяжения сопоставляемых тканей нет). Послеоперационный период протекал гладко (нормализация функции кишечника, отсутствие диспептических расстройств). В удовлетворительном состоянии 01.10.93г. (18 суток) выписана для амбулаторного лечения у хирурга. Контрольный осмотр каждые 12мес. - жалоб нет. Последний осмотр - 25.03.96г. - ФГДС: хронический гастродуоденит. Жалоб нет.

Способ апробирован в 1 - м и 2 - м хирургических отделениях ЦРКБ Зализного района г.Киева. По данной методике оперировано

8 больных. Полученные данные сопоставлялись с результатами лечения больных язвенной болезнью желудка с помощью клиновидной резекции. По литературным данным плохие отдаленные результаты (Visik 1V), то есть послеоперационные осложнения в виде рецидива язвы, выявлены в 20% случаев [9]. У больных, которым применялась разработанная методика, постгастрорезекционных осложнений не было.

Как показала статистическая обработка с использованием таблицы Стьюдента, выполнение данного способа обеспечивает статистически достоверное снижение постгастрорезекционных осложнений ($P < 0,05$). Это, по нашему мнению, обусловлено особенностями ушивания дефекта желудка после иссечения язвы, которое сохраняет форму желудка, а также не нарушает его основные функции - резервуарную, моторно-эвакуаторную, пищеварительную. Дифференцированный подход к выбору оперативной методики в зависимости от локализации язвы, сохранение основных анатомических пропорций желудка, а также иннервации привратника позволяют значительно сократить количество постгастрорезекционных осложнений. В случаях, когда при локализации язвы в области антрума возникают трудности в отделении язвенного кратера от нерва Латарже и в ходе операции пресекаются веточки гусиной лапки *n.vagi*, пособие дополняется пилоропластикой типа Шаде.

Источники информации

1. Саенко В.Ф. и др. Выбор метода и особенности оперативного лечения язвенной болезни желудка: Метод. рекомендации. - К. - Днепропетровск, 1985. - 24с.

2. Сытник А.П., Наумов Б.А. Выбор метода операции при язвенной болезни желудка // Хирургия. - 1995. - №3. - С.59 - 63.

3. Moschinski D., Egger G., Koss St., Thier W. Kritische Bemerkungen zur Magenresektion und Gastroenterostomie nach Roux bei der Ulkusbehandlung // Aktuel. Chir. - 1990. - Bd.25. - H.6. - S.249 - 253.

4. Adachi G., Mori M., Tsunejoshi M., Sigumashi K. Benign Gastric Uller Grossly Resembling Malignancy. A Clinicopathologic Study of 20 Resected // Clin. Gastroenterol. - 1993. - V.16. - №2. - P.103 - 108.

5. Лаврик А.С. Способ хирургического лечения язвенной болезни, желудка // Акт. вопросы хирургии язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки: Мат. к конф-ции. - Новосибирск, 1988. - С.149 - 150.

6. Кузин Н.М., Самохвалов А.В. Выбор метода хирургического лечения язвенной болезни желудка // Хирургия. - 1986. - №10. - С.41 - 46.

7. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта. - К.: Здоровья, 1987. - 568с.

8. Матяшин И.М., Глузман А.М. Справочник хирургических операций. - К.: Здоровья, 1979. - 312с.

9. Помелов В.С., Кубышкин В.А., Будаев К.Д. и др. Результаты органосохраняющих операций при язвенной болезни желудка // Хирургия. - 1995. - №1. - С.37 - 40.

10. Маят В.С., Панцырев Ю.М., Квашнин Ю.К. и др. Резекция желудка и гастрэктомия. - М.: Медицина, 1975. - 367с.



Фиг. 1



Фиг. 2



Фиг. 4



Фиг. 5