

УДК 616.342–002.44–007.251–036.87–089



І.С. Шадрін

Вибір методу пілоропластики та корекція прохідності пілородуоденальної зони у разі перфорації з пенетрацією циркулярної виразки дванадцятипалої кишки

Дніпропетровська державна медична академія

Ключові слова: перфоративна виразка, пілородуоденальна зона, дуоденогастральний рефлюкс, методи пілоропластики.

Клінічні дослідження механізмів рецидивування пілородуоденальних виразок після органозберігаючих операцій свідчать про наявність моторно-евакуаторних порушень: зниження евакуації зі шлунку, порушення замикаючої функції воротаря. Ситуація ускладнюється в разі розташування виразки на межі воротаря, коли хірург змушений виконувати пілоромодулюючу операцію. Невивченим залишається питання щодо впливу ентеральної нервової системи на моторно-евакуаторну функцію шлунка та дванадцятипалої кишки [4, 5].

З урахуванням великої кількості методик дренажних операцій, а також нових методів висічення виразкового субстрату пілородуоденальної зони необхідно відмовитися від стандартних, або універсальних, методів лікування [2].

Під час прийому їжі та випорожнення шлунка відбувається рецептивна релаксація, скорочення антрального відділу й дилатація пілоричного відділу. Доведено, що наявність або відсутність воротаря як анатомо-фізіологічної одиниці не впливає на швидкість евакуації зі шлунка, однак він відіграє важливу роль у порційному надходженні хімусу до дванадцятипалої кишки (Р. Шмідт, 1996; В.І. Філімонов, 2002). Це було підтверджено рентгенологічними дослідженнями у хворих, у яких було видалено пілоричну частину шлунка. Ще одна важлива функція воротаря полягає у змиканні й запобіганні розвитку дуоденогастрального рефлюксу (ДГР) як однієї з патогенетичних ланок рецидивування виразкової хвороби.

Мета нашого дослідження — поліпшити результати хірургічного лікування хворих на рецидивну пілородуоденальну виразку, ускладнену перфорацією, шляхом вибору правильної геометричної форми висічення виразкового субстрату та корекції прохідності пілородуоденальної зони.

Матеріали та методи

Відомий спосіб секторальної резекції дванадцятипалої кишки та мостоподібної дуоденопластики (патент №42026 від 15.10.2001) передбачає висі-

чення виразкового дефекту у вигляді серцеподібного клаптя. Його застосовують за наявності виразки передньої чи бічної стінки, ускладненої стенозом. Недоліком цього способу є відсутність клапана-стулки на ділянці пластики, наявність обмежень щодо застосування в ургентній хірургії [6].

Пілоропластика за Ізбенком (1974) включає висічення виразки у вигляді трикутника, основа якого спрямована до шлунка. З вершин трикутника роблять лінійні розрізи довжиною 2–3 см для формування пілоропластичного каналу. Недоліком цього способу є необхідність у додаткових розтинках, які в умовах інфільтративно-запальних змін стінки пілородуоденальної зони підвищують ризик неспроможності кишкового шва анастомозу.

При дугуватих та напівмісячних формах висічення у разі пілоропластики за Буррі-Хіллом (1969), гастродуоденоанастомозу за Фіннеєм (1902) формуються великі ділянки прохідності анастомозів. За відсутності у воротаря замикаючої функції та зниженого тонуусу шлунка це часто призводить до розвитку ДГР [1].

Ми провели вимірювання загальної довжини додаткових розтинів на здорових тканинах у пілородуоденальній зоні при висіченні виразки для формування адекватного анастомозу, з урахуванням прохідності й наявності дуоденогастрального рефлюксу. Додаткові розтини збільшують кількість рубців у зоні пілоропластики. У разі пілоропластики за Ізбенком загальна довжина додаткових розтинів становить 6–9 см, за Буррі-Хіллом — 6 см, за Фіннеєм — 10 см.

У разі розташування виразки переважно по верхньому або нижньому контуру пілородуоденальної зони її ромбоподібне висічення неможливе через близькість тканини підшлункової залози. Крім того, за такого розташування найчастіше виразка циркулярно переходить на підшлункову залозу з її пенетрацією, що збільшує інфільтративно-запальні зміни тканини вздовж лінії розтину в зоні формування пілородуоденопластики. Висікати пенетруючий край виразки травматично й не завжди

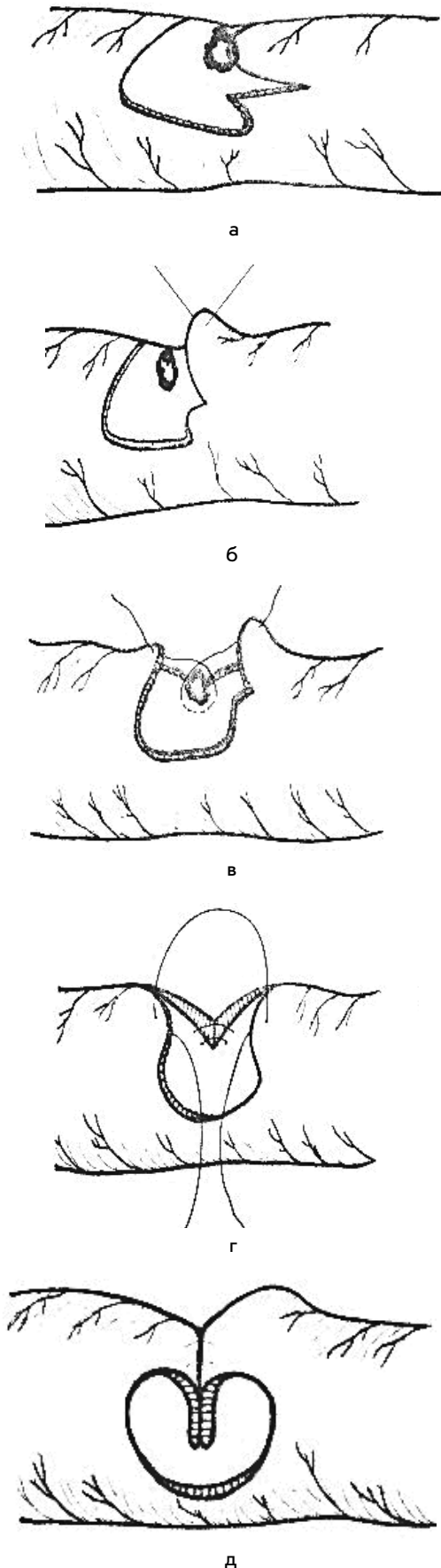


Рисунок. Етапи висічення виразкового субстрату запропонованим способом:
 а — висічення виразкового субстрату з поздовжньою пілоротомією;
 б — загальний вигляд рани; в — накладання першого шва; г — формування клапана-шпори швом Матешука;
 д — загальний вигляд пілоропластики

доцільно, оскільки існують сучасні медикаментозні засоби для лікування виразкової хвороби. У таких випадках пілородуоденопластику формують таким чином, щоб забезпечити прохідність у віддаленій від місця локалізації патологічного процесу зоні кишки.

З огляду на конвергенцію складок, розташування м'язових волокон, функціональну активність та рубцеві інфільтративно-запальні зміни у ділянці перфорації виразки пілородуоденальної зони, визначили геометричну фігуру висічення як трикутник, вершина якого розташована у напрямку до краю контура пілородуоденальної зони, а основа — на її передньому напівколі. Нами розроблений та використовується у клінічній практиці спосіб висічення виразкового субстрату з наступним моделюванням прохідності пілородуоденальної зони (позитивне рішення на заявку № u 2007 13079 від 26.11.2007 р.). Цей спосіб відрізняється від інших тим, що у разі циркулярної виразки з penetрацією до підшлункової залози та відсутності можливості повного висічення виразкового субстрату розтин продовжують від основи трикутника у проксимальному напрямку з формуванням антирефлюксного клапана-шпори, який при накладанні перших кутових швів закриває пенетруючий край виразки.

Результати та їхнє обговорення

Наведемо опис запропонованого нами способу висічення виразкового субстрату. Виконують верхньосерединну лапаротомію, ділянку пілородуоденальної зони звільняють від рубцевих деформацій. Висікають виразковий субстрат з перфорацією у вигляді трикутника, основа якого розташована вздовж пілородуоденальної зони (рисунок). Виконують поздовжню пілоротомію до 2 см у проксимальному напрямку. Проводять ревізію задньої стінки. У разі наявності penetрації оцінюють її стадію. При penetрації III стадії пальпаторно визначають її глибину. Виразку прошивають Z-подібним швом та зводять її краї. У разі I та II стадії penetрації вколюють голку з боку слизової оболонки задньо-нижньої стінки дванадцятипалої кишки проксимальніше за виразку, вколюють — дистальніше за виразку, потім нитки перехрещують над виразкою та вколюють голку з боку слизової оболонки проксимального і дистального задньо-верхніх клаптів рани дванадцятипалої кишки, вколюючи голку на серозну оболонку на відстані

3–4 мм від краю, формуючи 8-подібний шов. При затягуванні вузла формується дублікація із задньо-верхньої стінки у вигляді шпори, яка занурюється у кратер виразки на задньо-нижній стінці. Таким чином, знижується вірогідність гастроінтестинальної кровотечі у післяопераційний період. Потім формують клапан-шпору швом Матешука. Формування клапана виконують таким чином, щоб при наближенні до нижнього напівкола висота його у просвіті кишки становила до 1,5 см. Прокхідність пілородуоденальної зони забезпечується завдяки нижньому напівколу.

У разі розташування виразки по нижньому кон-

туру вершину трикутника спрямовують донизу. Послідовність дій аналогічна наведеній вище.

Висновки

У разі висічення виразкового субстрату запропонованим способом зберігається фіксованою задня стінка дванадцятипалої кишки, знижується ризик кровотечі у разі циркулярного розташування виразки, відсутня необхідність у мобілізації дванадцятипалої кишки за Кохером та її ротації, ушкодження прилеглих здорових ділянок стінки пілородуоденальної зони є обмеженим, відсутня потреба у додаткових розтинках.

Література

1. Белый И.С., Вахтангишвили Р.Ш. Ваготомия при прободных пилородуоденальных язвах. — К., 1984. — 157 с.
2. Велигоцкий Н.Н., Трушин А.С., Комарчук В.В., Шамун Камиль. Особенности иссечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки, осложнившейся пенетрацией и стенозом // Клін. хірургія. — 1998. — № 8. — С. 4–6.
3. Волков О.В., Козлов И.З., Алекперов С.Ф. Новый метод клапанной пилородуоденопластики при лечении перфоративных пилородуоденальных язв // Вестн. хирургии. — 1996. — Т. 155, № 2. — С. 90–92.
4. Дзюбановський І.Я., Басистюк І.І., Свистун Р.В., Ковальчук Ю.М. Досвід радикальних органозаощаджувальних і органозберігаючих оперативних втручань у реконструктивній хірургії рецидивної гастродуоденальної виразки // Клін. хірургія. — 2004. — № 4–5. — С. 12–13.
5. Майстренко Н.А., Мовчан К.Н. Хирургическое лечение язвы двенадцатиперстной кишки. — СПб.: Гиппократ, 2000. — 360 с.
6. Федорук В.А. Спосіб секторальної резекції дванадцятипалої кишки та мостоподібної дуоденопластики. — Пат. № 42026, України UA. А61В17/00. — Бюл. — 2001. — № 9. — С. 30.
7. Шепетько Е.Н., Козлов С.Н., Леськів Б.Б., Щербина Н.В. Новые технологии операций на выходном отделе желудка при органосберегающих операциях по поводу осложненной язвенной болезни // Клін. хірургія. — 2002. — № 5–6. — С. 29–30.

И.С. Шадрин

Выбор метода пилоропластики и коррекция проходимости пилородуоденальной зоны при перфорации с пенетрацией циркулярной язвы двенадцатиперстной кишки

Статья посвящена новым методам иссечения язвенного субстрата пилородуоденальной зоны. В случае циркулярной язвы с пенетрацией в поджелудочную железу и отсутствия возможности полного иссечения язвенного субстрата предложен способ частичного иссечения язвенного субстрата в виде треугольника с последующим формированием антирефлюксного клапана-шпору, который при наложении первых угловых швов закрывает пенетрирующий край язвы путем тампонады.

I.S. Shadrin

The choice of the method of pyloroplasty and correction of piloroduodenal patency in conditions of perforation and penetration of duodenal circular ulcer

Due to a wide spectrum of draining operations and progress in this sphere it seems to be rational to refuse the standards or so-called universal methods treatment in the search of new methods of excision of ulcerative substrate in the piloroduodenal zone. In the case of circular ulcer with penetration into pancreas and absence of possibility of complete ulcer excision, the offered method gives the possibility to carry out partial surgical excision of ulcer in a triangle form with the subsequent forming of anti-reflux valve-spur which after putting in the first angular stitches will close the penetration edge of ulcer by means of tamponade.