

*Пакирдинов Алишер Сайфитдинович
Мадазимов Мадамин Муминович
Суюнов Дилмурод Муминович
Андижанский государственный медицинский институт*

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕДИОГАСТРАЛЬНЫХ ЯЗВ

Аннотация

Основываясь на результаты экспериментов и клинических наблюдений предложен способ хирургического лечения медиогастральных язв. В клинике оперировано 20 больных, рецидивов язвенной болезни не было. В послеоперационном периоде хорошие результаты операции, получены у 85% оперированных.

Указывается целесообразность применения резекции $\frac{1}{2}$ части желудка, с иссечением малой кривизны, с селективной ваготомией при хирургическом лечении медиогастральных язв.

Ключевая слова: малой кривизны, медиогастрал, анастомоз

Библиогр. 20, табл.1, рис 1.

SURGICAL TREATMENT OF MEDIOGASTRAL ULCERS

Annotation

Based on the results of experiments and clinical observations, a method for the surgical treatment of mediogastric ulcers is proposed. 20 patients were operated on in the clinic, there were no recurrences of peptic ulcer. In the postoperative period, good results of the operation were obtained in 85% of the operated patients.

The expediency of using resection of $\frac{1}{2}$ part of the stomach is indicated, with excision of the lesser curvature, with selective vagotomy in the surgical treatment of mediogastric ulcers.

Key words: lesser curvature, mediogastral, anastomosis

Bibliography 20, table 1, figure 1.

Введение. Общепринятым способом хирургического лечения медиогастральных язв является классическая или субтотальная резекция 2/3 или 3/4 желудка во втором варианте Бильрота (6-8,9,10).

Надежно излечивая больного от основного заболевания, язвенной болезни, она таит в себе опасность развития пострезекционных синдромов и тяжелых функциональных расстройств, которые развиваются у 15-30% и более оперированных больных.

Частота этих нарушений во многом связана с объемом удаляемой части желудка и исключением из пищеварения пилородуоденального отдела с привратниковым механизмом, обеспечивающим сложную нейрогуморальную регуляцию деятельности панкреатодуоденального комплекса и порционного поступления содержимого желудка в 12 перстную кишку(1-6,9,10 и др.).

В связи с этим, в последние годы при хирургическом лечении медиогастральных язв активно стали разрабатываться способы операции, при которых сохраняется привратниковый жом и иннервируемый антральный отдел желудка(7,11,12). При этом интактной остается моторно-эвакуаторная деятельность гастродуоденального комплекса и сохраняется естественный пассаж содержимого, способствующий улучшению отдаленных функциональных результатов хирургического лечения.

Решающим условием, позволяющим добиваться наиболее адекватного функционирования оставляемых отделов желудка, является максимально полное сохранение их иннервации, кровоснабжения и восстановления их анатомической формы, отвечающей выполняемым функциям(7,11,12).

Известно, что основным местом локализации медиогастральных язв является малая кривизна. На любом уровне расположения патологического процесса (тело или кардиальный отдел), в силу особенности иннервации желудка и топографии сосудов и блуждающего нерва, язва или язвенный инфильтрат распространяется и пенетрирует в малый сальник, вовлекая в процесс левую желудочную артерию и основной ствол вагуса. В таких условиях удаление язвы неизбежно ведет к повреждению сосудов и нервов,

нарушая кровоснабжение и иннервацию гастродуоденального комплекса, а при повреждении вагуса на уровне ствола-нарушению функционирования панкреато-дуоденального комплекса, печени и внепеченочных желчных протоков(7).

По этом большинство авторов (7,10-12, 16-17 и др.) в этих обстоятельствах отказываются от выполнения антрум и пилоросохраняющих операций в пользу классической резекции желудка.

В связи с вышеизложенным, разработка новых или усовершенствование технологий существующих способов хирургического лечения медиогастральных язв является актуальной проблемой хирургической гастроэнтерологии.

Основываясь на результатах проведенных экспериментальных исследований по изучению ангиоархитектоники и микроциркуляторного русла стенки желудка, клинических наблюдений, указывающих зависимость функционального состояния и патоморфологические изменения в слизистой оболочки желудка от состояния кровотока и лимфообращения(8), а так же основываясь на концепции Oii et all.(13) о том, что язва желудка возникает преимущественно на месте перехода антральной слизистой оболочки в кислотопродуцирующую зону, нами применяется способ резекции желудка, для хирургического лечения медиогастральных язв, суть которого заключается в следующем. Малую кривизну иссекаем на 1,5 – 2,0 см ниже кардиального жома, при этом дополнительно пересекаем блуждающие нервы ниже отхождения печеночных ветвей, т.е выполняем селективную ваготомию[18]. При кардиальной или субкардиальной локализации язвы прибегаем к перевязке основного ствола левожелудочной артерии выше отхождения 1-ой поперечной ветви. А при локализации язвы по малой кривизне, ниже субкардии или в области угла желудка, мы всегда стремимся сохранить основной ствол и 1-ую поперечную ветвь *a.gastrica sinistra*, обеспечивающую полноценное кровоснабжение культи желудка.

Границей резекции желудка по большой кривизне являлась конечная желудочная ветвь правой желудочно-сальниковой артерии или стык обеих желудочно-сальниковых артерий. У всех больных с кардиальной или субкардиальной локализацией язвы, из-за спаечного процесса и воспалительной инфильтрации, после иссечения малой кривизны, культю желудка формируем открытым способом, укреплением пищеводно-желудочного угла «замком» по С.С.Юдину (1955). Культю желудка ушиваем двухрядными узловыми швами по малой кривизне с созданием трубчатого стебля из стенок большой кривизны с просветом, соответствующим просвету двенадцатиперстной кишки. Далее резецируем не более 1/2 желудка ниже привратника вместе с язвенным инфильтратом и восстанавливаем непрерывность желудочно-кишечного тракта с созданием прямого гастродуоденоанастомоза.

Теоретической предпосылкой предлагаемого способа резекция желудка является следующее:

- в результате применения изложенной выше технологии сохраняется достаточная резервуарная функция культи желудка и естественный пассаж пищи, уменьшается вероятность возникновения пострезекционных синдромов.

- доступность удаления язвы, расположенной на малой кривизне желудка и возможность иссечения всей ульцерогенной зоны с ее слаборазвитой сосудистой системой, не увеличивая объема резекции желудка.

- возможность адекватно снижения желудочного кислотообразования в результате хирургического воздействия на обе фазы желудочной секреции, путем селективной желудочной ваготомии и антрумэктомии.

- вновь созданный пилорический канал из стенок большой кривизны предупреждает «провал» содержимого культи желудка в отводящую петлю, обеспечивая замедления эвакуации.

Материалы и методы исследования. Клиническая часть материала основана на результатах обследования и хирургического лечения 20 больных с медиогастральными язвами за последние 30 лет. Из них у 3 больных была

кардиальная, субкардиальная локализации язвы, а у остальных 17 больных в области тела и угла желудка по малой кривизне.

Гигантская желудочная язва диаметром 3 см. и более обнаружена у 6 больных. Из них у 4 больных язва возникла после селективной проксимальной ваготомии. У 8 больных диаметр язвенного кратера был 2 см. и более.

У остальных 7 больных диаметр язвенного кратера был обычных размеров, до 2см., т.е. обычная пептическая язва.

Различные осложнения язвенной болезни желудка обнаружены у 14 пациентов: так пенетрация язвы в малый сальник с вовлечением в воспалительный процесс элементов печеночно-желудочную связку произошла у 10 больных, а у остальных 4 больных язвенно-деструктивный процесс осложнился с кровотечением.

У 60% пациентов отмечены сочетанные осложнения язвенной болезни желудка (пенетрация и кровотечение). Язвенный анамнез от 6 мес. до 21 года. В среднем $8,0 \pm 5,0$ лет.

Возраст больных от 36 до 70 лет. Лица женского пола 3 пациента, мужского 17. У всех больных помимо общеклинических, использованы специальные методы:

- Кислотопродуцирующая и кислотообразующая функция желудка изучена с помощью внутрижелудочной РН-метрии и фракционно-зондовым способом. В качестве стимулятора желудочной секреции использовали гистамина гидрохлорид(0,025мг/кг) и инсулин(0,2 ед.кг).

- Моторно-эвакуаторная функция желудка, его культы, функциональное состояние желудочно-кишечных соустьей и отводящей петли изучены рентгенологическим методами с помощью непрерывной электрогастроинтеснинографией (ЭГИГ).

- Эндоскопическая оценка состояния слизистой желудка и его культы, а также функции желудочно-кишечных анастомозов.

- Гистлогическое изучение резецированных вместе с язвой отделов желудка.

Результаты и их обсуждения: Всего оперировано 20 больных с медиогастральной язвой желудка.

У всех пациентов выполнена резекция желудка по первому способу Бильрота с иссечением малой кривизны и селективной ваготомией. Из них у 18 человек непрерывность желудочно-кишечного тракта восстановлена созданием концевых гастродуоденоаностомоза, а у остальных 2 больных-осуществлено наложение терминолатерального гастродуоденоаностомоза, между культей желудка и 12-перстной кишкой.

Осложнения наблюдались у 3 больных. Так у первого больного, оперированного по поводу субкардиальной локализации язвы, подтвержденной при биопсии, наблюдалась несостоятельность швов гастродуоденоаностомоза с последующим формированием желудочного свища, который закрылся самостоятельно. У другого больного наблюдали атонию культи желудка с выраженными клиническими проявлениями гастростаза до 10-12 суток, которая более устранена консервативными мероприятиями.

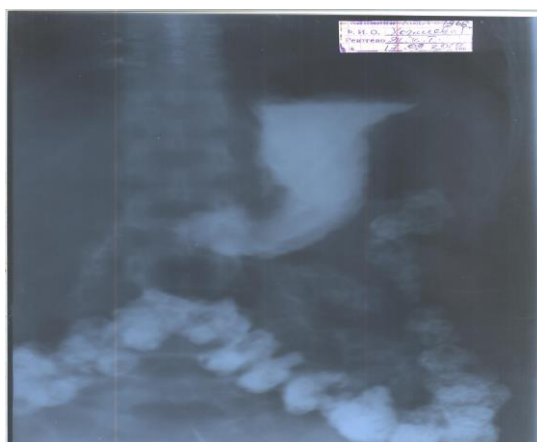
У последнего больного после резекции желудка по Бильрот-1 с концевым гастродуоденоаностомозом возник анастомозит, связанный с применением не рассасывающегося шовного материала. На наш взгляд причина наступившего осложнения у первого больного связана с перевязкой основного ствола *a.gastrica sin.* с высоким иссечением малой кривизны, а причиной атонии культи желудка является пересечение основного ствола блуждающих нервов ниже отхождения печеночных ветвей, т.е. дополнительная селективная желудочная ваготомия.

Летальных случаев не было. Отдаленные результаты операций изучены в сроки до 5 лет, обследовано 18 человек. При этом применяли общеклинические методы, динамическое наблюдения за оперированными, изучение секреторной, моторно-эвакуаторной функции культи желудка с использованием фракционно-зондового метода, рентгенологического и эндоскопического исследования. При исследовании кислотопродуцирующей функции желудка установлено, что

с истечением времени кислотопродукция заметно снижается и у 85% больных свободной соляной кислоты в желудочном соке не обнаружено. У остальных пациентов было отмечено её снижение в небольшом количестве, на безопасном уровне.

После операции резекции желудка с иссечением малой кривизны и селективной ваготомией тонус культи желудка восстановился через 12мес., частота желудочных сокращений к началу 5-6 го месяца. Моторная функция отводящей петли кишки восстанавливалась в течении 1 месяца.

Резекция желудка по предложенной нами методике, с восстановлением гастродуоденальной непрерывности, способствует в большинстве наблюдений сохранению обычной формы желудка (рис.1), состоящей из проксимального резервуара и дистального псевдопилорического канала порционно замедленным типом эвакуации содержимого, что наиболее выгодно в функциональном отношении (таб.1).



Рентгенограмма больной Г. 35 лет. Через 10 –месяцев после резекции желудка по способу Бильрот-1 с иссечением малой кривизны и селективной ваготомией.

Форма культи желудка обычная, с проксимальным резервуаром и дистальным псевдопилорическим каналом. Эвакуация замедленная, порционная. В связи с этим, создание прямого гастродуоденоаностомоза является наиболее целесообразным вариантом восстановления непрерывности желудочного тракта. Оно требует меньше времени при выполнении и прост в исполнении.

Типы эвакуации содержимого из культи желудка. Таб. 1

Типы эвакуации	Количество
Непрерывно-ускоренный	1
Непрерывно-замедленный	2
Порционно-ускоренный	1
Порционно-замедленный	11
Функциональная-задержка	3
Всего	18

При эзофагогастроскопии, после резекции желудка установлено, что воспалительные изменения в слизистой оболочке культи желудка и анастомоза чаще встречаются в сроки до 3 месяцев. Рецидив язвенной болезни, пептическая язва анастомоза не обнаружено.

Демпинг синдром легкой степени выявлен у 1 больного, легко корригируемый диетой и режимом питания.

Результаты оценивали по шкале Visik. Хорошие результаты отмечены у 18 человек, удов.-у 1. Большинство обследованных (90%) не предъявляли жалоб, отмечали улучшение состояния после операции, положительную и стабильную динамику массы, чувствовали себя удовлетворительно, работали на прежней работе по специальности. 1 больной сменил тяжелый физический труд на более легкий.

Заключение. Таким образом резекция желудка с иссечением малой кривизны и восстановлением гастродуоденальной непрерывности способствует в большинстве случаев сохранению эвакуации порционно-замедленного типа, что наиболее выгодно в функциональном отношении. Она позволяет добиться снижения послеоперационных осложнений, уменьшения частоты пострезекционных синдромов и улучшения функциональных результатов операции в отдаленном периоде.

Литература

1. Авакимян В.А. Современные аспекты хирургического лечения язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки . Автореферат ,дисс докт.мед.наук. Краснадар 1982-с.34

2. Аруин Л.И. Патоморфология желудка и тонкой кишки при пострезекционных синдромах. Автореферат ...дисс.докт.мед.наук-Москва, 1971-с.36.
3. Василенко В.В., Коршукова П.И., Николаев Н.О. и др. Постгастрорезекционные расстройства. Москва 1974-с.150.
4. Вахидов В.В., Калиш Ю.И., Ходжибаев А.М. Функциональное состояние культи желудка при гастрорезекционных синдромах. Хирургия -1981 № 9-с.37-42.
5. Вилявин Г.Д., Бердов Б.А. Болезни оперированного желудка. Москва-1975. 271-с.
6. Голдин В.А. Первичная и реконструктивная резекция желудка . Москва,1990.270-с.
7. Горбашко А.И, Батчев О.Х. Обоснование и результаты поперечной резекции желудка с сохранением пилорического жома. Сов.медицина-1980,№1-с.68-74.
8. Джумабоев С.У, Мехмонов А.М. Ангиоархитектоника и микроциркуляторное русло желудка после селективной проксимальной ваготомии.Хирургия -1991,№ 3.44-46.
9. Зиневич В.П. Сравнительная характеристика резекций желудка по способу Бильрот-II с анастомозом на короткой и длинной петле. Автореф.дисс...докт.мед.наук.-Л 1971,24-с.
- 10.Калиш Ю.И. Болезни оперированного желудка .Автореф.дисс..докт.мед.наук.Москва 1984,31-с.
- 11.Ковальчук А.А., Дюзбановский И.Е., Твердохлеб В.В., Прицельная сегментарная резекция желудка в хирургическом лечении язвы желудка. Клин.хир.,1996;9; 52-53с
- 12.Онаприев В.И., Винниченко А.В. Радикальная гастропластика в хирургии язвенной болезни. Краснодар 1999., 320.с.
- 13.Oii M, Oshida K., Sigimura F. The Location of gastric Ulcer. Gastroenterology 1959 ; 36;1; 45-56.

14. Оноприев В.И., Пахилина А.Н., Пахилин Д.В. Патоморфология низкой дуоденальной язвы и способы ее хирургического лечения // Кубанский научный медицинский вестник. – 2006.
15. Гастроэнтерология. Болезни взрослых. Под ред. Л. Б. Лазебника, П. Л. Щербакова. М.: Издание медицинских книг, 2011. Gastroenterology. Adult disease. Ed. L. B. Lazebnik, P. L. Shcherbakova. M.: Edition of medical books, 2011.
16. Маев И. В., Самсонов А. А., Андреев Д. Н. Инфекция Helicobacter pylori. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. / Mayev I.V, Samsonov A. A., Andreev, D. N. Infection Helicobacter pylori. -M.: Geotar-media, 2016.
17. Malfertheiner P., Megraud P., O'Morain C.A. et al. Management of Helicobacter pylori Infection - the Maastricht-V. Florence Consensus Report.// Gut. 2017.
18. D. Isanova, Y. Azizov, D. Mirzakarimova, M. Solieva, Sh. Abdukodirov, A. Kayumov - Spectrum of Pathogens Derived from Women Diagnosed with Urinary Tract Infections|international journal of current research and review Vol.13•Issue-01•January-2021
19. Цуканов В. В., Каспаров Э. В., Васютин А. В., Тонких Ю. Я. Возможности применения пробиотиков для эрадикации Helicobacter pylori: рекомендации конгресса Маастрихт V // Врач. 2017. Tsukanov V. V., Kasparov E. V., Vasyutin A. V., Tonkich Y. L. Possible applications of probiotics for Helicobacter pylori infection: recommendations of the Congress Maastricht V//Physician. 2017.