

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ**

ІЗБИЦЬКИЙ ВОЛОДИМИР ВІКТОРОВИЧ

УДК 616.33 – 002.44 – 089.15 – 089.873 – 06

**ШЛУРСУ-, ВАГУСЗБЕРІГАЮЧА РЕЗЕКЦІЯ ПРИ ВИРАЗКОВІЙ ХВОРОБІ ШЛУНКА:
ПОКАЗАННЯ, ТЕХНІЧНІ АСПЕКТИ РЕЗЕКЦІЇ, ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ**

14.01.03 - ХІРУРГІЯ

**Автореферат
дисертації на здобуття
наукового ступеня кандидата медичних наук**

ЗАПОРІЖЖЯ – 2004

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Запорізькому державному медичному університеті МОЗ України.

Науковий керівник: Доктор медичних наук, професор

Клименко Володимир Микитович, Запорізький державний медичний університет МОЗ України, завідувач кафедри факультетської хірургії, топографічної анатомії та оперативної хірургії

Офіційні опоненти: Лауреат Державної премії України, заслужений діяч науки і техніки України, доктор медичних наук, професор **Велігоцький Микола Миколайович** завідувач кафедри торакоабдомінальної хірургії Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України

Доктор медичних наук, професор

Милиця Микола Миколайович завідувач кафедри хірургії та проктології Запорізької медичної академії післядипломної освіти МОЗ України

Провідна установа: Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України, кафедра хірургії

Захист відбудеться 07.09.2004 р. о 13 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 17.600.01 Запорізької медичної академії післядипломної освіти за адресою: 69096, Запоріжжя, бул. Вінтера, 20.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Запорізької медичної академії післядипломної освіти (69096, Запоріжжя, бул. Вінтера, 20).

Автореферат розісланий 10.06. 2004 року.

**Вчений секретар спеціалізованої
вченої ради Д 17.600.01**

к. мед. н., доцент

Гребенніков С.Є.

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Виразкова хвороба шлунка (ВХШ) залишається актуальною медико-біологічною та соціальною проблемою, а методи її лікування є динамічними і одночасно суперечливими в сучасній гастроентерології (В.Ф. Саенко і соавт., 2002; Н.Н. Велигоцкий і соавт., 2002; В.Г. Передерий і соавт., 2002). Їх динамізм визначається неодноразовими змінами в уявленнях про етіологію і патогенез ВХШ, а також розробкою концептуальних напрямків в лікуванні (Л.И. Аруин і соавт., 1998; В.Т. Ивашкин і соавт., 2000; В.І. Мамчич та співавт., 2002; В.В. Бойко і соавт., 2003; G.G. Jamieson, 2000). Поки що немає досить чіткого взаєморозуміння між гастроентерологами і хірургами щодо того, яких хворих можна лікувати консервативно, а кого необхідно оперувати (В.В. Бойко і соавт., 2001; А.С. Никоненко і соавт., 2001; М.Н. Кузин, 2001; Ю.А. Диброва і соавт., 2002).

Досить часто хворим на ВХШ наполегливо проводиться консервативне лікування без належної консультації хірурга, внаслідок чого, вони потрапляють в хірургічний стаціонар з різними варіантами ускладнень (П.Д. Фомин і соавт., 2001; Я.С. Березницький та співавт., 2002). Помітний перегин у бік консервативного лікування зменшує планову хірургію ВХШ, збільшуючи ризик виникнення кровоточивих і перфоративних виразок (Н.Н. Велигоцкий і соавт., 2003; Н.Н. Милица і соавт., 2003).

В той же час проблема вибору адекватного методу планового оперативного втручання при ВХШ є вельми дискусійною і до кінця не вирішеною (В.Г. Лубянский і соавт., 2002; В.Ф. Саенко і соавт., 2003). Використання при ВХШ класичної резекції шлунка за Більрот-І супроводжується значною частотою постгастрорезекційних синдромів (3-21%), головними з яких є демпінг-синдром (ДС) та дуоденогастральний рефлюкс (ДГР) (А.И. Горбашко, Н.Н. Иванов, 1988; Г.Р. Аскерханов і соавт., 1998; Н.Н. Волобуев і соавт., 2000).

Крім того, за сучасними переконаннями, одним з найважливіших заходів профілактики виникнення раку оперованого шлунка є розробка методів оперативного лікування, які виключають рефлюкс кишкового вмісту в шлунок (А.А. Клименков і соавт., 1998; І.В. Колосович, 2003). Цим вимогам багато в чому відповідають пілорусзберігаючі та пілорусмоделюючі методики резекцій шлунка, мета яких є збереження або відновлення функцій пілоруса для забезпечення порційної евакуації і запобігання ретроградному надходженню дуоденального вмісту в шлунок (Г.К. Жерлов і соавт., 2000; В.М. Короткий і соавт., 2002; Ю.М. Ковальчук, І.Я. Дзюбановський, 2002). Проте робіт, присвячених цьому напряму в хірургії ВХШ, дуже мало, що вимагає подальшого вивчення проблеми.

З цих позицій, розробка нових способів оперативного лікування ВХШ, спрямованих на повне збереження сфінктерного апарату (пілорус, кардія), нервових утворень шлунка і органів

черевної порожнини, достатнього кислотоутворення, а також повноцінної моторно-евакуаторної функції, сприяла б зниженню розладів травлення після операції.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота виконана відповідно до плану науково-дослідних робіт Запорізького державного медичного університету (ЗДМУ) і є фрагментом НДР кафедри факультетської хірургії, топографічної анатомії та оперативної хірургії “Оптимізація хірургічного лікування захворювань гастродуоденальної ділянки і гепатопанкреатобіліарної зони” (державний реєстраційний № 0100U002397, 2000-2005 рр.).

Мета дослідження. На підставі результатів пілорус-, вагусзберігаючих та пілорусмоделюючих резекцій при виразковій хворобі шлунка розробити диференційований підхід до вибору методу хірургічного лікування хворих з I, II і III типами шлункових виразок.

Задачі дослідження:

1) вивчити результати хірургічного лікування хворих з I, II, III типами шлункових виразок після резекцій шлунка за Більрот-I та Макі-Шалімовим;

2) розробити показання і технічні аспекти пілорус-, вагусзберігаючих резекцій шлунка у хворих з I, II типами шлункових виразок;

3) розробити показання і вивчити ефективність пілорус-моделюючої операції у хворих з III типом шлункових виразок;

4) вивчити моторно-евакуаторну і кислотопродукуючу функції шлунка після пілорус-, вагусзберігаючих та пілорусмоделюючих резекцій шлунка;

5) вивчити результати застосування пілорус-, вагусзберігаючих і пілорусмоделюючих резекцій шлунка у хворих з шлунковими виразками I, II, III типів.

Об'єкт дослідження – хворі з ускладненим перебігом ВХШ.

Предмет дослідження – розробка диференційованого підходу до вибору методу хірургічного лікування хворих з I, II, III типами шлункових виразок.

Методи дослідження – загальноклінічні, біохімічні, ендоскопічні, рентгенологічні, морфологічні, статистичні.

Наукова новизна одержаних результатів. Розроблений оптимальний алгоритм вибору методу оперативного втручання у хворих з шлунковими виразками I, II, III типів, який передбачає максимальне збереження анатомо-функціональних характеристик шлунка.

Розроблений і застосований новий метод оперативного лікування ВХШ у пацієнтів з I типом шлункових виразок – сегментарна резекція шлунка з повним збереженням іннервованого пілоричного сфінктера і вагусних структур малого сальника, при якій об'єм сегменту шлунка, що видаляється, визначається характером кислотопродукції і ступенем дисрегенераторних змін слизової.

Розроблений і застосований в новій якості метод оперативного лікування шлункових виразок II типу (поєднання з виразкою дванадцятипалої кишки або рубцем після її загоєння), основою якого є принцип розширеної сегментарної резекції тіла шлунка та одномоментне виконання, за показаннями, дуоденопластики.

Встановлено, що розроблені пілорус-, вагусзберігаючі оперативні втручання при виразковій хворобі шлунка I, II типів виключають в подальшому розвиток постгастрорезекційних синдромів, а застосування пілорусмоделюючих резекцій шлунка при III типі шлункових виразок мінімізує їх прояв.

Практична значущість одержаних результатів. Деталізовані варіанти клінічних проявів ВХШ з виділенням сприятливого, несприятливого та ускладненого перебігу для максимально полегшеного прийняття відповідної лікувальної тактики хірургом та гастроентерологом. Розроблений алгоритм послідовності в лікуванні хворих на ВХШ, який включає обов'язкову консультацію хірурга. Розроблені показання до вибору методу оперативного лікування при несприятливому та ускладненому перебігу ВХШ. Запропоновані хірургічні способи лікування для кожного з типів (I, II, III) шлункових виразок, які дозволяють різко зменшити виникнення “хвороб оперованого шлунка”. Результати дослідження впроваджені в практику хірургічних відділень клінічних лікарень №№ 5, 7, 9 м. Запоріжжя, Запорізької обласної клінічної лікарні.

Особистий внесок здобувача. Дисертаційна робота виконана в ЗДМУ. Операції зроблені в клініках факультетської та госпітальної хірургії ЗДМУ. Проаналізований архівний матеріал клінік з 1993 по 2000 рр. визначені причини незадовільних результатів операцій. З 2000 року автор дослідження брав участь у 89 % операцій; провів набір і обстеження хворих в до- і післяопераційних періодах, статистичну обробку результатів дослідження, оформив основні положення дисертації, висновки і практичні рекомендації. Рисунки та таблиці, наведені в роботі, виконані автором. Опубліковано 6 друкованих робіт, з яких 1 належить особисто автору. Особистий внесок дисертанта в роботах, виконаних у співавторстві – від 62 до 84 %.

Апробація результатів дисертації. Основні матеріали і положення дисертації висловлені і обговорені на засіданнях обласного наукового товариства хірургів і терапевтів, м. Запоріжжя, 2000, 2002; на Всеукраїнській конференції “Актуальні питання відновної хірургії”, м. Запоріжжя, 2001; XX з'їзді хірургів України, м. Тернопіль, 2002; IX Всеукраїнській науково-методичній конференції “Актуальні питання викладання і сучасні проблеми хірургії”, м. Запоріжжя, 2003 р.

Публікації. Основні матеріали дисертації викладені в 6 наукових публікаціях, зокрема, 3 статтях, надрукованих в спеціалізованих виданнях, які рекомендовані ВАК України, 3 – в матеріалах конференцій.

Структура дисертації. Дисертація висловлена на 174 сторінках, ілюстрована 21 рисунком, 30 таблицями. Складається зі вступу, огляду літератури, розділу, присвяченого методам

дослідження і клінічної характеристики хворих, 3 розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення результатів, висновків, практичних рекомендацій, переліку посилань.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ

Матеріали та методи дослідження. В основу роботи покладений аналіз результатів дослідження і хірургічного лікування 136 хворих на ВХШ, які знаходилися на лікуванні в клініках факультетської та госпітальної хірургії ЗДМУ. Чоловіків було 101 (74,2%), жінок – 35 (25,8%). У віці від 21 до 60 років було 92,6 % пацієнтів.

Клінічні прояви ВХШ оцінювали та систематизували на підставі класифікації Н.Д. Johnson (1965) з поправками А.Г. Johnson (1990). Хворі з ВХШ розподілені на 2 клінічні групи (контрольна – 90 осіб, основна – 46 осіб). Обидві групи були рандомізовані за статтю, віком і супутніми захворюваннями. Частота хелікобактерної (Нр) контамінації була практично однаковою в обох групах і склала 73,1 % (контрольна) і 76,1 % (основна). Довготривалість виразкового анамнезу була від 6 місяців до 15 років. Шлункові виразки І типу діагностовані у 103 (75,6 %) пацієнтів, ІІ типу – у 21 (15,5 %), ІІІ типу – у 12 (8,9 %). В більшості випадків (85,3 %) виразковий дефект локалізувався в медіогастральній зоні шлунка (“angulus ventriculi”) з широким втягненням у виразковий інфільтрат малого сальника.

Ускладнений перебіг виразкової хвороби шлунка спостерігався у всіх хворих основної і контрольної груп, а в структурі ускладнень переважала пенетрація з вираженою періульцерозною інфільтрацією (89,7 %). Поєднання пенетрації виразки з одночасним стенозуванням спостерігалось у 10,3 % хворих і було характерним більшою мірою для пілоричних і препілоричних виразок. Визначалася пряма кореляція між локалізацією виразки і даними рН-метрії: при виразках І типу спостерігався виражений гіпоацидний фон, а при виразках ІІ, ІІІ типів – навпаки, була виражена гіперацидність з декомпенсацією олужнюючої функції антрума. Дані рН-метрії не залежали від розміру виразкового дефекту шлунка.

В контрольній групі резекція шлунка за Більрот-І при шлункових виразках І, ІІ, ІІІ типів виконана у 52 хворих; надпілорична резекція за Макі-Шалімовим при шлункових виразках І типу- у 38. В основній групі пілорус-, вагусзберігаюча резекція шлунка при шлункових виразках І типу виконана у 24 хворих; розширена пілорус-, вагусзберігаюча резекція тіла шлунка при шлункових виразках ІІ типу – у 12; резекція шлунка з формуванням пілорусмоделюючого кінцепетльового гастроєюноанастомозу (за Ю.С. Гілевичем, В.І. Онопрієвим, 1978) при шлункових виразках ІІІ типу – у 10.

Ендоскопічні дослідження проводилися за допомогою фіброгастроуденоскопа “Olympus TJF-30” (Японія) та відеогastroуденоскопа “Fudginon WG-88 FP” (Японія) з виділенням ступеня активності запального процесу слизової оболонки шлунка і визначенням

функціонального стану пілоруса (нормальний, помірна дилатація, значна дилатація, пілороспазм). Рентгеноскопію шлунка і дванадцятипалої кишки з сульфатом барію використовували для визначення моторно-евакуаторної функції до і після операцій із записом на відеокамеру і подальшим розрахунком показників ритмічності і порційності евакуації, ДС, ДГР. Показники кислотопродукції визначалися за допомогою комп'ютерної системи аналізу рН-метрії за методикою В.Н. Чернобрового (1998). Гістологічне дослідження слизової шлунка і дванадцятипалої кишки виконувалося на основі поліпозиційної гастродуоденобіопсії з визначенням морфологічної форми гастриту за модифікованою Сіднейською системою (1996) і ступеня контамінації Нр. ДГР визначався за допомогою аспіраційного методу (Г.Г. Иванов, 1978) з розрахунком вмісту жовчних кислот і визначенням ступеня ДГР (Г.П. Рычагов и соавт., 1986). Наявність Нр визначалася також за допомогою діагностичних тест-систем "ХеликоБест-антитела" (Росія) і "ImmunoComb II" (Ізраїль). Одержані результати проаналізовані за допомогою методів математичної статистики.

Результати досліджень. У 58 (64,5 %) пацієнтів *контрольної групи* (n=90) виразка шлунка розташовувалася строго в інтермедіарній зоні (I тип), у 20 (22,2 %) – в зоні тіла по малій кривизні (I тип), у 3 (3,3 %) – в субкардіальному відділі (I тип), у 3 (3,3 %) – в препілоричній частині (III тип) і у 6 (6,7 %) – спостерігалось одночасне поєднання виразок шлунка і дванадцятипалої кишки (II тип). У всіх хворих розміри виразкового дефекту перевищували 1 см, і спостерігалась penetрація до сусідніх органів. Найчастіше спрямованість penetрації була в малий сальник і підшлункову залозу (82,2 %). Встановлена залежність між локалізацією виразки та рівнем кислотопродукції. Чим ближче до кардіального відділу шлунка було розташування виразки, тим в більшій мірі спостерігалась гіпоацидність (рН тіла 2,3-3,8; рН антрума 4,1-5,6). Препілоричні виразки характеризувалися високою кислотопродукцією і декомпенсованою олужнюючою функцією антрума (рН тіла 1,0-1,3; рН антрума 2,8-3,1). Приблизно такими ж були показники рН у хворих з II типом шлункових виразок (рН тіла 2,0-2,5; рН антрума 3,0-3,9).

Резекція за Більрот-I застосовувалась в контрольній групі при всіх типах шлункових виразок, за Макі-Шалімовим – тільки при I типі. Обсяг резекції визначався стандартно: при гіпо-, нормацидному стані секреції видалялася 1/2 шлунка, при гіперацидному – 2/3. Довжина частини шлунка, що залишається перед пілорусом для формування гастрогастроанастомозу складала 2,5-3 см; виконувалось розтягування пілоруса. Найближчий післяопераційний період мав ряд відмінностей. У групі з надпілоричною резекцією не було ранніх анастомозиту і ДС, в той же час після класичної резекції за Більрот-I ці ускладнення спостерігалися відповідно у 9,6 % і 11,5% випадків. Помер 1 (1,9 %) хворий через розвиток тромбоемболії легеневої артерії (Більрот-I).

Віддалені результати вивчені у 75 (83,3 %) хворих контрольної групи в терміни від 6 місяців до 9 років. Моторно-евакуаторні порушення наведені в таблиці 1.

Таблиця 1

**Порушення моторно-евакуаторної функції після резекції шлунка за Більрот-I і
Макі-Шалімовим**

Постгастрорезекційний синдром	Спосіб резекції шлунка	
	за Більрот-I (n=44)	за Макі-Шалімовим (n=31)
Демпінг-синдром:		
легкий ступінь	8 (18,2%)	5 (16,1%)
середній ступінь	2 (4,5%)	-
важкий ступінь	1 (2,3%)	-
Дуоденогастральний рефлюкс:		
I ступінь	12 (27,3%)	6 (19,4%)
II ступінь	7 (15,9%)	-
III ступінь	5 (11,4%)	-
Пептична виразка	2 (4,5%)	1 (3,2%)
Всього	37 (84,1%)	18 (58,1%) p<0,05

Після резекції шлунка за Більрот-I спостерігалася достовірно більша кількість патологічних синдромів в порівнянні з пілорусзберігаючою резекцією за Макі-Шалімовим (p<0,05). Так, ДС легкого і середнього ступенів тяжкості спостерігався у 10 (22,7 %) хворих, помітно знижуючи їх якість життя. У 4 пацієнтів була III група інвалідності. Хворому (1) з важким ступенем демпінгу запропонована реконструктивна операція. ДГР сумарно спостерігався у 24 (54,5 %) хворих, у 19 (43,1 %) з них відмічався помірний і виражений ступінь. У 5 пацієнтів була III група інвалідності. Пептична виразка в термін від 9 місяців до 1,5 років виявлена у 2 (4,5 %) хворих з I та II типами шлункових виразок і була обумовлена неправильним вибором об'єму резекції (1/2 замість 2/3).

На перший погляд, було важко пояснити наявність, хоча і в легкій формі, ДС у 5 (16,1 %) хворих після пілорусзберігаючої резекції за Макі-Шалімовим, ДГР – у 6 (19,4 %). За запропонованою нами версією, якщо хірург перед формуванням гастрогастроанастомозу розтягував пілоричний сфінктер мінімально, то будучи парасимпатично денервованим, але анатомічно цілісним, пілорус під впливом симпатичної конструкції вже через 3-6 місяців перетворюється, за даними ФГДС і рентгеноскопії шлунка на досить туге вузьке кільце. Тубус ендоскопа зустрічає опір, але проходить. Подібна картина спостерігалася у 12 (38,7 %) хворих і супроводжувалася у 8 (25,8 %) з них больовим синдромом після їжі впродовж 1-2 годин. Зворотна картина спостерігалася у решти 19 (61,3 %) хворих, у яких, вірогідно, було максимальне насильне розтягування пілоричного сфінктера з фактичним виконанням підслизової пілоропластики. При ФГДС у них спостерігався зяючий пілорус, вільно

пропускаючий тубус ендоскопа. В порожнині шлунка у 12 (38,8 %) хворих була жовч (ДГР). Слизова шлунка була гіперемована з дрібними точковими ерозіями, легко кровоточила. Ендоскопічно це відповідало гастриту II-III і ДГР I-II ступенів. Пептична виразка виявлена у 1 (3,2 %) хворого через 1,5 роки після операції в зоні гастрогастроанастомозу. Позитивні результати (відмінні, хороші) після операцій за Більрот-I і Макі-Шалімовим склали відповідно 61,4 % і 77,4 %; задовільні – 20,5 % і 19,4 %; незадовільні – 18,1 % і 3,2 %.

Оцінюючи результати застосування резекцій шлунка за Більрот-I і Макі-Шалімовим в контрольній групі при виразках I, II, III типів, слід зазначити, що на сучасному етапі розвитку хірургічної гастроентерології такі показники вже не можуть задовольняти хірургів.

З урахуванням цього, в *основній групі* показання до хірургічного лікування та вибір методу оперативного втручання ґрунтувалися на відомих рекомендаціях Об'єднаного Пленуму Правління Наукового товариства хірургів України і Українського товариства терапевтів (2000).

У клініці для шлункових виразок I, II, III типів розроблені і функціонально обґрунтовані відповідні оперативні втручання. Для шлункових виразок I типу запропонований метод сегментарної резекції шлунка, який ґрунтується на принципах абсолютного збереження іннервованого пілороантрума і структур малого сальника із залишенням для цього в його складі серозно-м'язової смужки малої кривизни шлунка і подальшим формуванням гастрогастроанастомозу на весь просвіт однорядним адаптуючим кишковим швом вузликками назовні (рис.1).

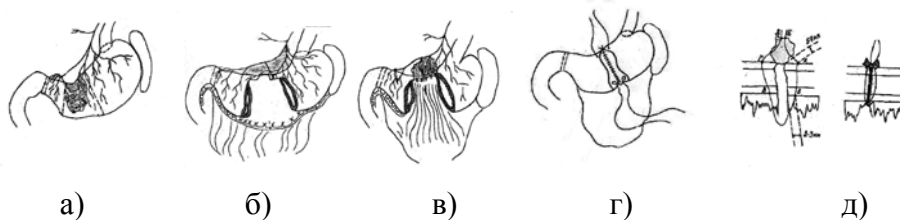


Рис.1. Сегментарна пілорус-, вагусзберігаюча резекція шлунка з гастрогастроанастомозом на весь просвіт (а, б, в, г, д) при шлункових виразках I типу

За даними дослідження, кислотопродукція при шлункових виразках I типу в переважній більшості мала виражений гіпоацидний характер, при цьому, як виявилось, зона розповсюдження мікроциркуляторних та морфологічних змін відповідає і підкоряється сегментарній будові крово-, лімфообігу й іннервації, охоплюючи значний масив шлунка, але якраз в межах відповідного сегменту (рис.1,а), що узгоджується з роботами інших авторів (А.Н. Максименков и соавт., 1972; Л.И. Аруин и соавт., 1998; І.Я. Дзюбановський, Ю.М. Ковальчук, 2002; М.Б. Щербиніна, 2002). З цих позицій об'єм резекції при гіпо-, нормацидних варіантах секречії вимагав видалення саме сегменту шлунка. У цей сегмент входить сама виразка і зона

дисрегенераторних порушень, які діагностуються за допомогою поліпозиційної біопсії до операції. Крім того, під час операції робиться ще й обов'язкова гастротомія з видаленням масиву тканин по периметру виразки з подальшою експрес-біопсією для додаткового підтвердження доброякісності гістологічних змін. Мобілізація шлунка по великій кривизні проводиться строго пристінково зі збереженням кровотоку по магістральних артеріях (рис.1,б.). Мобілізація шлунка по малій кривизні виконується після пальпаторного і візуального визначення площі виразкового дефекту, яка легко визнається по різниці між щільними періульцерозними тканинами і нормальними. Тут спостерігається своєрідний феномен “різкого переходу”, характерний для органів з сегментарним кровопостачанням, а саме: виражені патологічні зміни визначаються строго в межах даного сегменту крово-, лімфообігу і знаходяться поряд зі здоровими тканинами з непошкодженою сегментарною судинною комунікацією. Тому достатньо відступити від чітко окресленого щільного краю виразкового дефекту в межах 1-1,5 см в проксимальному і дистальному напрямках, що і буде межею резекції по малій кривизні (доведено патоморфологічними дослідженнями резекційованих сегментів шлунка) (рис.1,а-в.). З урахуванням того, що малий сальник – це зона, де сконцентровано велику кількість нервових провідників і клітин, які є “пейсмейкерами” регуляторного механізму моторики і евакуації (Р.Шмидт, Г. Тевс, 1996), для абсолютного збереження цих структур і, в першу чергу, нервів Латарже, резекція позначеного сегменту шлунка виконується із залишенням серозно-м'язової смужки шлункової стінки, прилеглої до малого сальника (рис.1,б,в). Подальшим ходом операції є переміщення вгору lig. gastrocolica і частини великого сальника з фіксацією цих тканин до серозно-м'язової смужки (рис.1,в). Це своєрідна “трофічна” прокладка, що закриває зону penetрації та підшлункову залозу і відмежовує їх від дотику з майбутньою задньою стінкою шлунка після анастомозування його проксимальної і дистальної частин (рис.1,г). Співустя формується на весь просвіт однорядним адаптуючим кишковим швом в стик вузликками назовні з обов'язковим захопленням пасма великого сальника (рис.1,д). Цим досягається створення природної, філогенетично обумовленої форми шлунка з рівномірно розосередженою по його довжині резервуарною ємкістю. Важливо, що при шлункових виразках І типу об'єм частини шлунка, що видаляється, поставлений в залежність від ступеня кислотопродукції і вираженості дисрегенераторних порушень слизової. У свою чергу, визначено, що максимальний ступінь дисрегенераторних порушень (перш за все, різні варіанти дисплазії) знаходиться в межах сегменту шлунка, що має відносну автономну систему прямого крово-, лімфообігу й іннервації. Такий підхід пояснює недостатність і неефективність клиноподібного видалення виразки шлунка і одночасно застерігає від надмірних за об'ємом резекцій (2/3, 3/4) при істинних шлункових виразках І типу. Таким способом оперовано 24 хворих. У післяопераційному періоді ускладнень, пов'язаних з методом операції, і летальних випадків не було.

Шлункові виразки II типу спостерігалися у 12 (26,1 %) хворих основної групи. Хронічна виразка цибулини дванадцятипалої кишки відмічена у 5 (41,0 %) пацієнтів, при цьому в усіх – з наявністю субкомпенсованого стенозу. У цих же хворих виразки шлунка були більше 1,5 см в діаметрі. У всіх 12 хворих спостерігався гіперацидний тип кислотоутворення. В клініці при шлункових виразках II типу розроблений і застосований в новій якості метод оперативного втручання, орієнтований на досягнення максимального функціонального результату (рис. 2). З урахуванням того, що перебіг виразок II типу характеризувався гіперацидним кислотоутворенням, у цих хворих виконана розширена сегментарна резекція тіла шлунка зі збереженням пілоруса, антрума, нервів Латарже і залишенням серозно-м'язової смужки малої кривизни (за ідентичною методикою резекції шлунка при виразках I типу), але проксимальна межа резекції відсовується вгору і проходить так само, як при класичній резекції 2/3 шлунка (рис.2,а).

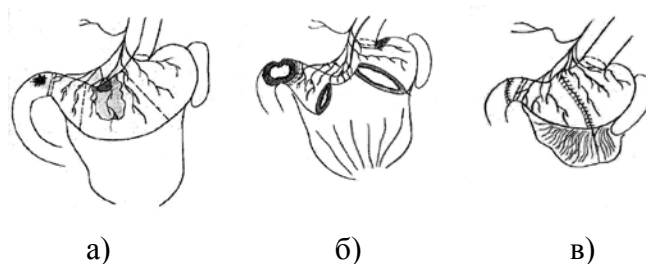


Рис. 2. Розширена сегментарна резекція тіла шлунка з субциркулярною дуоденопластиком при шлункових виразках II типу (а,б,в).

Патогенетичне обґрунтоване запропоноване оперативне втручання для шлункових виразок II типу в узагальненому вигляді складається з кількох етапів. Перш за все, видаляється частина тіла шлунка разом з виразковим субстратом і періульцерозною зоною, рівна за об'ємом такому ж видаленню маси тіла шлунка, як при класичній резекції 2/3. За наявності виразки дванадцятипалої кишки (пенетрація, стеноз) виконується обов'язкова дуоденопластика з видаленням виразки. Залишається функціонуючим антральний відділ, різнопрофільними клітинами якого виробляється гастрин (інкреція) і продукується лужний слиз. Цим зберігається виключно важлива олужнююча функція антрума, нейтралізуюча, як і в нормі, соляну кислоту, тобто залишається важлива діюча і взаєморегулююча зв'язка “антрум-тіло”. Крім того, через сполучнотканинний бар'єр в зоні гастрогастроанастомозу (рис. 2,в) досягається різке уповільнення перетікання венозної крові, насиченої гастрином, по інтрамуральних (підслизових) венозних сплетеннях від антрума до тіла і дна шлунка, що означає переривання негайного впливу гастринового механізму стимуляції парієтальних клітин проксимальної частини шлунка. Важливо також, що залишається опосередкований (через великий круг кровообігу) повільний

механізм гастринової стимуляції парієтальних клітин, виконуючий цінну трофічну функцію і одночасно запобігаючий розвитку атрофічних змін в проксимальній частині шлунка на фоні збереженої вагусної іннервації. Функціонально повноцінна робота пілоруса (пілороантрума) перешкоджає розвитку ДС і ДГР. Формування гастрогастроанастомозу на весь просвіт зберігає філогенетично обумовлену форму і резервуарну функцію шлунка, які мають велике значення для початкових процесів травлення (ритмічне перемішування харчової грудки і широкий контакт з шлунковим соком). Малий сальник, що залишився абсолютно інтактним (рис. 2,б), з важливими структурами, які знаходяться в ньому, повноцінно виконує “пейсмерні” функції узгодженої ритміки шлунка, дванадцятипалої і тонкої кишок.

Розширена сегментарна резекція тіла шлунка з субциркулярною дуоденопластикою виконана у 5 хворих, при цьому у 4 – шлункова виразка локалізувалася в інтермедіарній зоні, у 1 – в ділянці тіла шлунка. Всі шлункові виразки пенетрували в малий сальник і частково у верхній край підшлункової залози. Дуоденальні виразки локалізувалися по передньолатеральному контуру у 4 хворих (діаметр їх склав 0,8-1,2 см), на передній стінці – у 1. Така ж операція, але без втручання на дванадцятипалій кишці, виконана у 7 хворих (виразка інтермедіарної зони – у 5; тіло шлунка – у 2). У всіх хворих виразки шлунка пенетрували в малий сальник (4) і підшлункову залозу (3). У дванадцятипалій кишці був рубець після виразки, яка зажила без стенозу.

Післяопераційний період у всіх хворих протікав гладко. У 7 пацієнтів виконана (12-й день) рання фіброгастродуоденоскопія і рН-метрія: спостерігалася помірна набряклість в зоні гастрогастроанастомозу і дуоденопластики. Рефлюксу жовчі в шлунок не було. У 5 хворих відмічено гіпоацидний стан (рН 2,5-2,9), у 2 – нормацидний (рН 1,8-2,2). У всіх пацієнтів зберігалася олужнююча функція антрума (рН 4,6-5,3).

У хворих з шлунковими виразками III типу (n=10) пілоричні виразки спостерігалися у 3, препілоричні – у 7; при цьому у 4 – була груба пенетрація в сусідні органи і тканини, а у 6 – ще й виражена стенотична деформація з повним руйнуванням пілоруса як анатомічного утворення. За даними рентгенологічного дослідження, субкомпенсований стеноз був у 5, декомпенсований – у 1 хворого. У всіх пацієнтів спостерігалася виражена гіперацидна кислотопродукція: рН тіла 1,1-1,5; рН антрума 2,8-3,8. Для цих хворих вважали показаною резекцію шлунка, яка в об'ємі і за площею повинна дещо перевищувати 2/3 органу (середнє між 2/3 і 3/4), з подальшим формуванням пілорусмодельючого (арефлюксного) кінцепетльового гастроєюно-анастомозу (за Ю.С. Гілевичем, В.І. Онопрієвим, 1979). За таким методом з деякими змінами виконана резекція шлунка у 10 хворих. Зміни торкалися зменшення довжини східцеподібної кукси шлунка з 10-14 см до 2-3 см для попередження небажаної вагусної денервації.

Післяопераційний період у всіх 10 хворих протікав без ускладнень. За даними ФГДС (12-й день), слизова шлунка була помірно гіперемованою, ділянка ушивання малої кривизни і зона

анастомозу - злегка набряклі. Анастомоз щілиноподібної форми з діаметром 2-2,5 см. Жовчі в шлунку не було; рН кукси 2,5-3,8. При рентгенологічному дослідженні в ті ж терміни фізична активність кукси шлунка оцінювалася як нормотонічна, спостерігався порційний тип евакуації.

У віддаленому періоді органічні зміни і порушення моторно-евакуаторної функції шлунка у пацієнтів основної групи представлені у порівнянні з контрольною (таблиця 2).

Таблиця 2

Порушення моторно-евакуаторної функції і органічні зміни шлунка у хворих основної і контрольної груп у віддаленому періоді

Постгастрорезекційний синдром	Основна група (n=42)	Контрольна група (n=75)
Демпінг-синдром:		
легкий ступінь	1 (2,4%)	14 (18,7%)
середній ступінь	-	2 (2,7%)
важкий ступінь	-	1 (1,3%)
Дуоденогастральний рефлюкс:		
I ступінь	2 (4,8%)	17 (22,7%)
II ступінь	-	11 (14,7%)
III ступінь	-	5 (6,7%)
Пептична виразка	-	3 (4,0%)
Разом	3 (7,1%) p<0,05	53 (70,7%)

У основній групі (табл.2) по ряду позицій постгастрорезекційних синдромів не було взагалі або достовірно менше, ніж в контрольній (p<0,05). Принцип пілорус-, вагусзберігаючої сегментарної резекції шлунка з варіюванням об'єму видалення залежно від типу шлункових виразок (I, II) і дбайливим ставленням до структур малого сальника (залишення безперервної серозно-м'язової смужки шлунка) максимально перешкоджає розвитку моторно-евакуаторних порушень. Цим дані операції вигідно відрізняються від оперативних втручань в контрольній групі.

Віддалені результати в основній групі проаналізовані також залежно від секреторної функції шлунка. У хворих з шлунковими виразками I типу гіпоацидний тип секреції зберігався в 84 % випадків. У 16 % пацієнтів рН тіла шлунка був у межах 7,0-7,3. Заслугою запропонованих операцій вважали саме збереження шлункової секреції у функціональному інтервалі помірної або вираженої гіпоацидності. Збережений антральний відділ синхронізував роботу цілісного шлунка після сегментарної резекції. За даними гастробіопсій, визначалась однотипна картина поверхневого хронічного гастриту. У 6 хворих з шлунковими виразками II типу після розширеної

сегментарної пілорус-, вагусзберігаючої резекції шлунка з дуоденопластикою і без неї відмічалася помірна гіпоацидність (рН 2,4-3,2), у 3 – нормацидність (рН 1,8-2,2) і у 2 – помірна гіперацидність (рН 1,4-1,5). Проте у всіх спостерігалася компенсована олужнююча функція антрума (рН 4,6-6,3). Збереження антрума у хворих з шлунковими виразками II типу, які протікають з гіперацидним кислотоутворенням, має важливе значення, оскільки він виконує роль адаптивної регуляції нового співвідношення “антрум-тіло” і є ключовим в підтримці рівноважного гастринового механізму трофічного впливу на слизову цілісного шлунка. За даними гастробіопсій, в терміни до 3-х років відмічалися слабкі і помірні прояви неатрофічного гастриту. У 8 хворих з шлунковими виразками III типу, яким виконувалася резекція шлунка з формуванням пілорусмоделюючого кінцепетльового гастроєюноанастомозу, спостерігалася гіпоацидна секреція (помірна – у 5, виражена – у 3). При ендоскопічному дослідженні у всіх визначався 0 ступінь ДГР.

Динаміка віддалених результатів в основній групі складалася з даних окремо для кожного з типів шлункових виразок і виконаних операцій. Позитивні (відмінні, хороші) результати в групі хворих з шлунковими виразками I типу склали 95,7 %, задовільні – 4,3 %, незадовільні – 0 %; II типу – відповідно, 90,9 %, 9,1 %, 0 %; III типу – 87,5 %, 12,5 %, 0 %. В контрольній групі при такому ж розподілі позитивні віддалені результати у хворих з шлунковими виразками I типу склали 64,4 % (за Більрот-I) і 77,4 % (за Макі-Шалімовим); задовільні - 20,5 % (за Більрот-I) і 19,4 % (за Макі-Шалімовим); незадовільні - 18,1 % (за Більрот-I) і 3,2 % (за Макі-Шалімовим); II типу (Більрот-I) - 61,4 %, 20,5 %, 18,1 %, відповідно; III типу (Більрот-I) - 61,0 %, 20,5 %, 18,1 %, відповідно.

У підсумку, кількість відмінних і хороших віддалених результатів в основній групі спостерігалася у 92,8 % обстежених хворих, що перевищує аналогічний показник (68,0 %) в контрольній – на 24,8 %, в той же час кількість задовільних і незадовільних результатів в основній групі була в 4 рази нижче, ніж в контрольній: відповідно, 7,1 % і 0 % (основна група) проти 20,0 % і 12,0 % (контрольна група), що доводить достовірні переваги застосованих в основній групі операцій ($p < 0,05$).

Таким чином, матеріали даного дослідження підтверджують, що в змінених умовах лікування виразкової хвороби шлунка хірургічний метод є його важливою складовою і обов'язково повинен застосовуватися при несприятливому перебігу, випереджаючи екстремальні (вітальні) ускладнення (прорив, кровотеча). Сучасний етап хірургічного лікування повинен ґрунтуватися на диференційованому підході до показань і вибору методу операції з обов'язковим урахуванням типу шлункових виразок (I, II, III). Основним є резекційний метод. Обсяг резекції залежить від типу шлункової виразки, кислотопродукуючої функції, анатомічної локалізації виразкового субстрату, ступеня вираженості патоморфологічних змін слизової. Виконання

резекції повинно враховувати сегментарність крово-, лімфообігу та іннервації шлунка, базуватися на принципах зберігання іннервованого пілороантрума як найважливішого функціонального механізму гастродуоденального переходу. Цьому відповідають розроблені в клініці методи оперативних втручань для кожного з типів шлункових виразок, а саме: для I типу - пілорус-, вагусзберігаюча сегментарна резекція шлунка; для II - розширена пілорус-, вагусзберігаюча сегментарна резекція тіла шлунка; для III - пілорусмоделююча резекція шлунка з кінцепетльовим гастроеюноанастомозом. Резекції шлунка за способами Більтрот-I та Макі-Шалімова супроводжуються значною кількістю постгастрорезекційних синдромів і повинні застосовуватися в більшій мірі як резервні.

ВИСНОВКИ

В дисертації наведені теоретичні узагальнення і нове рішення наукової задачі – хірургічного лікування ВХШ (шлункові виразки I, II, III типів), які включають обґрунтування, розробку і оцінку ефективності застосування сегментарних пілорус-, вагусзберігаючих та пілорусмоделюючих резекцій шлунка.

1. У віддаленому періоді після стандартного застосування резекції шлунка за Більтрот-I (шлункові виразки I, II, III типів) ДС спостерігався у 25% хворих, ДГР – у 54,5 %, пептична виразка – у 4,5 %, позитивні результати лікування склали 61,4 %, задовільні – 20,5 %, незадовільні – 18,1%; за Макі-Шалімовим (виразки I типу) ДС – у 16,1 %, ДГР – у 38,7 %, пептична виразка – у 3,2 %, позитивні результати – 77,4 %, задовільні – 19,4%, незадовільні – у 3,2 %.

2. Пілорус-, вагусзберігаюча сегментарна резекція шлунка показана при шлункових виразках I типу, а об'єм видаленого сегменту залежить від вираженості кислотопродукуючої функції та дисрегенераторних змін слизової; проксимальна і дистальна частини шлунка анастомозуються на весь просвіт.

3. Розширена пілорус-, вагусзберігаюча сегментарна резекція тіла шлунка, проксимальна межа якої така ж, як при резекції 2/3 шлунка, показана при шлункових виразках II типу з рубцем після загоєної виразки дванадцятипалої кишки, а за наявності дуоденальної виразки – доповнюється дуоденопластикою з видаленням виразки.

4. У хворих з шлунковими виразками III типу операцією вибору є резекція 2/3–3/4 шлунка з пілорусмоделюючим кінцепетльовим гастроеюноанастомозом.

5. У віддаленому періоді після пілорус-, вагусзберігаючих сегментарних резекцій шлунка (хворі з I типом виразок) ДС не спостерігався, ДГР був тільки у 4,3 %, помірна та виражена гіпоацидність зберігалася у 84 %, анацидність – у 16 % випадків; після розширених пілорус-, вагусзберігаючих резекцій тіла шлунка (хворі з II типом виразок) ДС не спостерігався, ДГР був у

2,4 %, гіпо-, нормацидність відмічена у 81,8%, помірна гіперацидність з компенсованою олузнюючою функцією антрума – у 18,2 % пацієнтів.

6. У хворих з шлунковими виразками III типу після пілорусмоделюючих операцій проявів ДС і ДГР не було; помірна гіпоацидність зберігалася у 37,5 % пацієнтів, виражена гіпоацидність – у 62,5 %.

7. Після сегментарних пілорус-, вагусзберігаючих та пілорусмоделюючих резекцій шлунка, які диференційовано застосовувалися у хворих з шлунковими виразками I, II, III типів, позитивні віддалені результати склали 92,8 %, задовільні – 7,2 %, незадовільні – 0 %.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. При ускладненому перебігу ВХШ у хворих з I, II, III типами шлункових виразок потрібно виконувати сегментарні пілорус-, вагусзберігаючі та пілорусмоделюючі варіанти резекцій шлунка.

2. При виконанні сегментарних пілорус-, вагусзберігаючих варіантів резекції шлунка необхідно формувати гастрогастроанастомоз на весь просвіт з використанням однорядного адаптуючого кишкового шва в стик вузликками назовні з підкріпленням пасмом великого сальника.

3. Для максимального збереження цілісності судинно-нервових структур малого сальника при сегментарних резекціях шлунка доцільно залишати демукозовану серозно-м'язову смужку його малої кривизни.

4. Всім хворим після хірургічного лікування з приводу шлункових виразок I, II, III типів за наявності хелікобактерного інфікування показана обов'язкова ерадикаційна терапія.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ АВТОРОМ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. В.Н. Клименко, В.А. Грушко, А.В. Клименко, В.В. Избицкий, А.И. Олейник, В.В. Вакуленко, Н.М. Хлыстун, С.Н. Гулевский. Дуоденопластика в сочетании с сегментарной резекцией тела желудка при сохранении иннервированного пилороантрального отдела у больных с декомпенсированным стенозом двенадцатиперстной кишки // Клінічна хірургія. – 2002. – № 3. – С. 12-15 (особисто автором зроблено обстеження хворих, взято участь у 15 % операцій).

2. В.Н. Клименко, С.М. Кравченко, А.В. Клименко, В.В. Избицкий, А.И. Олейник, В.В. Вакуленко, И.И. Исайчиков. Радикальная дуоденопластика с сегментарной резекцией тела желудка в хирургии декомпенсированного дуоденального стеноза язвенной этиологии // Матеріали ХХ з'їзду хірургів України. – Том 1. – Тернопіль. – „Укрмедкнига”. – 2002. – С. 217-219 (автором зроблено обстеження частки хворих, проведено статистичний аналіз результатів лікування цих хворих, взято участь у 20 % операцій).

3. В.В. Избицкий. Пилорус-, вагуссохраняющие, пилорус-моделирующие резекции в хирургическом лечении язвенной болезни желудка // Репродуктивне здоров'я жінок Запорізького регіону. – Збірник наукових статей. – Видавництво ЗДМУ. – Запоріжжя. – 2002. – С. 173—177.

4. В.Н. Клименко, В.В. Избицкий, В.В. Вакуленко, Е.В. Воскобойник, В.Г. Гончаров, А.А. Ефремов. Функциональная характеристика пилорус-, вагуссохраняющей резекции в хирургическом лечении язвенной болезни желудка // Запорожский медицинский журнал. - 2003. – № 2-3 .- С. 44-45 (особистий внесок автора визначався в обстеженні хворих, проведенні статистичного аналізу результатів лікування, участі у 80 % операцій, написанні статті).

5. В.В. Избицкий. Морфофункциональное обоснование применения пилорусмоделирующей резекции желудка у больных с III типом язв желудочной локализации // Запорожский медицинский журнал.- 2003.- № 5.- С.52-54.

6. В.В. Избицкий. Пілорус-, вагусзберігаючі резекції шлунка в хірургічному лікуванні виразок I та II типів // Тези 58 науково-практичної конференції студентів та молодих вчених Національного медичного університету імені О.О. Богомольця з міжнародною участю "Актуальні проблеми сучасної медицини".- Київ, Україна.- 2003.- С. 161.

АНОТАЦІЯ

Избицкий В.В. Пілорус-, вагусзберігаюча резекція при виразковій хворобі шлунка: показання, технічні аспекти резекції, віддалені результати. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за фахом 14.01.03 – хірургія. – Запорізька медична академія післядипломної освіти, Запоріжжя, 2004.

Дисертація присвячена проблемі хірургічного лікування ускладненого (пенетрація, стеноз) перебігу виразкової хвороби шлунка. В роботі проаналізовані результати резекцій шлунка у хворих (контрольна група), оперованих за Більрот-I (n=52) при I, II, III типах шлункових виразок та Макі-Шалімову (n=38) при I типі у порівнянні з основною групою (n=46), в якій пілорус-, вагусзберігаюча резекція виконана у 24 пацієнтів (I тип), розширена пілорус-, вагусзберігаюча резекція та дуоденопластика – у 12 (II тип), пілорусмодельюча резекція шлунка з формуванням кінцепетльового гастроєюноанастомозу (за Ю.С. Гілевичем та В.І. Онопрієвим) – у 10 (III тип). Розроблені критерії щодо вибору методу оперативного втручання в залежності від показників кислотопродукції та морфологічних змін слизової оболонки шлунка. У віддаленому періоді в основній групі хворих спостерігалися поодинокі випадки демпінг-синдрому та дуоденогастрального рефлюксу – відповідно 2,4 % та 4,8 %. В контрольній групі демпінг-синдром був у 22,7 % хворих (p<0,05), дуоденогастральний рефлюкс – у 21,4 % (p<0,05). У підсумку, кількість відмінних і хороших віддалених результатів в основній групі спостерігалася у 92,8 % обстежених, що перевищує аналогічний показник (68,0 %) в контрольній – на 24,8 %, кількість задовільних і незадовільних результатів в основній групі була в 4 рази

нижче, ніж в контрольній: відповідно 7,1 % і 0 % (основна група) проти 20,0 % і 12,0 % (контрольна група), що доводить достовірні переваги застосованих в основній групі операцій ($p < 0,05$).

Ключові слова: виразкова хвороба шлунка, стеноз, пенетрація, пілорус-, вагусзберігаюча резекція шлунка, пілорусмоделююча резекція шлунка, дуоденопластика.

АННОТАЦІЯ

Избицкий В.В. Пилорус-, вагуссохраняющая резекция при язвенной болезни желудка: показания, технические аспекты резекции, отдаленные результаты.- Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03- хирургия.- Запорожская медицинская академия последипломного образования, Запорожье, 2004.

Диссертация посвящена проблеме хирургического лечения язвенной болезни желудка (ЯБЖ) при её осложненном течении (пенетрация, стеноз).

Все пациенты в до- и послеоперационном периодах проходили клиничко-лабораторное обследование, включающее: фиброэзофагогастродуоденоскопию, рентгеноскопию пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, внутрижелудочную рН-метрию, морфологическое исследование слизистой желудка, определение *Helicobacter pylori* гистологическим и серологическим методами исследования, статистическую обработку полученных данных.

Обследовано 136 больных с I, II и III типами ЯБЖ за период с 1993 по 2002гг. В контрольной группе (n=90) резекция желудка по Бильрот-I выполнена у 52 больных с I, II, III типом желудочных язв; надпривратниковая резекция по Маки-Шалимову при желудочных язвах I типа – у 38. В основной группе (n=46) пилорус-, вагуссохраняющая резекция желудка при желудочных язвах I типа выполнена у 24 больных; расширенная пилорус-, вагуссохраняющая резекция тела желудка при желудочных язвах II типа – у 12; резекция желудка с формированием пилорусмоделирующего концептлевого гастроэнтероанастомоза (по Ю.С. Гилевичу, В.И. Оноприеву) при желудочных язвах III типа – у 10. Желудочные язвы I типа диагностирована у 103 (75,6 %) больных, II – у 21 (15,5 %), III – у 12 (8,9 %). Наиболее часто направленность пенетрации была в малый сальник и поджелудочную железу (82,2 %). Методом выбора оперативного вмешательства при I типе желудочных язв считали разработанную в клинике методику пилорус-, вагуссохраняющей резекции желудка с оставлением серозной полоски малой кривизны на малом сальнике, полным сохранением привратника, антрума, малого сальника и проходящих в нём нервов Латарже, последующим формированием гастрогастроанастомоза на весь просвет однорядным адаптирующим кишечным швом узелками наружу, где объем резецируемого сегмента желудка совпадает с зоной язвенного дефекта и дисрегенераторными

изменениями слизистой (зона микроциркуляторных нарушений). С учётом того, что все язвы желудочной локализации II типа протекали на фоне гиперацидного кислотообразования, у этих больных выполнялась расширенная сегментарная резекция тела желудка с сохранением пилоруса, антрума, нервов Латерже (по идентичной методике резекции желудка при I типе), но проксимальная граница резекции смещается вверх и проходит так же, как при классической резекции 2/3 желудка. При наличии хронической язвы двенадцатиперстной кишки (пенетрация, стеноз) обязательно выполнялась дуоденопластика (по методике Н.Н. Велигоцкого). Пациентам с III типом желудочных язв считали показанной резекцию желудка, которая несколько превышает 2/3 органа (среднее между 2/3 и 3/4) с формированием пилорусомоделирующего гастроеюноанастомоза с некоторыми изменениями. Изменения касались уменьшения длины лестничной культи желудка с 10-14 см до 2-3 см для предупреждения нежелательной вагусной денервации.

В отдаленные сроки обследованы 75 (83,3 %) больных контрольной и 42 (91,3 %) основной групп. В основной группе определялись единичные случаи демпинг-синдрома и дуоденогастрального рефлюкса – соответственно 2,4 % и 4,8 %. В контрольной демпинг-синдром наблюдался у 22,7 % больных ($p < 0,05$), дуоденогастральный рефлюкс – у 21,4 % ($p < 0,05$). Динамика отдаленных результатов в основной группе складывалась отдельно из данных для каждого из типов желудочных язв и выполненных операций. Положительные (отличные, хорошие) результаты в группе больных с желудочными язвами I типа составили 95,7 %, удовлетворительные – 4,3 %, неудовлетворительные – 0%; II типа – соответственно 90,9 %, 9,1 %, 0 %; III типа – 87,5 %, 12,5 %, 0 %. В контрольной группе при таком же распределении положительные отдаленные результаты у больных с желудочными язвами I типа составили 64,4 % (по Бильрот-I) и 77,4 % (по Маки-Шалимову); удовлетворительные – 20,5 % (по Бильрот-I) и 19,4 % (по Маки-Шалимову); неудовлетворительные – 18,1 % (по Бильрот-I) и 3,2 % (по Маки-Шалимову); II типа (Бильрот-I) – соответственно 61,4 %, 20,5 %, 18,1 %; III типа (Бильрот-I) – соответственно 61,0 %, 20,5 %, 18,1 %.

В итоге, количество отличных и хороших отдаленных результатов в основной группе наблюдалось у 92,8 % обследованных больных, что превышает аналогичный показатель (68,0 %) в контрольной – на 24,8 %, в то же время количество удовлетворительных и неудовлетворительных результатов в основной группе было в 4 раза ниже, чем в контрольной: соответственно 7,1 % и 0 % (основная группа) против 20,0 % и 12,0 % (контрольная группа), что доказывает достоверные преимущества применяемых в основной группе операций ($p < 0,05$).

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка, стеноз, пенетрация, пилорус-, вагуссохраняющая резекция желудка, пилорусомоделирующая резекция желудка, дуоденопластика.

SUMMARY

Izbytskyj V.V. Pylorus-, vaguspreserving resection at stomach ulcer: directions, technical aspects of the resection, remote results. – Manuscript.

Thesis for a candidate degree of medical sciences on the speciality 14.01.03 – surgery. – Zaporozhye Academy of doctors' advanced training, Zaporozhye, 2004.

The dissertation is devoted to the surgical treatment problem of complicated flow of stomach ulcer (penetration, stenosis, haemorrhage in anamnesis). This work analyses the results of surgical intervention in patients' groups operated by Bilrot-I (n=52) with the I, II, III types of stomach ulcer, by Maki-Shalimov (n=38) with the I type of stomach ulcers in comparison with the basic group (n=46) of patients, of which: pylorus-, vaguspreserving stomach resection with the I type of ulcer was performed at 24 patients; broadened pylorus-, vaguspreserving resection and duodenoplasty were performed at 12 patients; pylorusmodeling stomach resection with formation of end-loop gastroeunoanastomosis (according to Y.S. Gilevich and V.I. Onopriev) with stomach ulcers of the III type at 10 patients. Clear criteria of choice concerning method of surgical intervention depending on indices of acid production and morphological changes in stomach mucous membrane have been defined. In the remote period in basic group clinically meaning dumping-syndrome and duodenogastral reflux corresponding to the light degree 2,4 % - dumping-syndrome and the I degree of duodenogastral reflux – 4,8% of patients were not observed. In control group dumping-syndrome developed at 22,7 % of patients($p<0,05$), clinically meaning duodenogastral reflux – at 21,4 % of patients ($p,0,05$). Dynamics of remote results in basic group was compiled from data separately for each of the stomach ulcers types and performed operations. Positive (excellent, good) results in the group of patients with the I type were 95,7 %, satisfactory – 4,3 %, unsatisfactory – 0 %; with the II type accordingly 90,9 %, 9,1 %, 0 %; with the III type – 87,5 %, 12,5 %, 0 %. In control group with the same division positive remote results at patients with stomach ulcers of the I type made 64,4 % (according to Bilrot-I) and 77,4 % (according to Maki-Shalimov); satisfactory – 20,5 % (according to Bilrot-I) and 19,4 % (according to Maki-Shalimov); unsatisfactory – 18,1 % (according to Bilrot-I) and 3,2 % (according to Maki-Shalimov); of the II type – 61,4 %, 20,5%, 18,1 %, accordingly; of the III type – 61,0 %, 20,5 %, 18,1 %, accordingly.

Key words: stomach ulcer, stenosis, penetration, pylorus-, vaguspreserving stomach resection, pylorusmodeling stomach resection, duodenoplastyc.

