

На правах рукописи

Соколов Роман Андреевич

Сравнительная оценка хирургического лечения стенозирующих язв выходного отдела желудка

14.01.17 – Хирургия

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2021

Работа выполнена в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, доцент

Антонов Олег Николаевич

Официальные оппоненты:

Шестаков Алексей Леонидович, доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского», отделение хирургии пищевода и желудка, заведующий отделением

Матвеев Николай Львович, доктор медицинских наук, профессор, «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова», медико-биологический факультет, кафедра экспериментальной и клинической хирургии, заведующий кафедрой

Ведущая организация: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского» Департамента здравоохранения города Москвы

Защита диссертации состоится «28» февраля 2022 года в 14:00 на заседании диссертационного совета ДСУ 208.001.03 при ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) по адресу: 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2.

С диссертацией можно ознакомиться в ЦНМБ ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет) (119034, г. Москва, Zubovskiy bulvar, d.37/1) и на сайте организации <https://www.sechenov.ru>.

Автореферат разослан « ____ » _____ 2022 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
ДСУ 208.001.03,
доктор медицинских наук, профессор



Семиков Василий Иванович

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования

Стеноз выходного отдела желудка – это нарушение эвакуации пищи из желудка, обусловленное рубцеванием начального отдела луковицы двенадцатиперстной кишки или пилорического отдела желудка в результате язвенной болезни, рака антрального отдела желудка, ожога или гипертрофии привратника. В последние несколько десятилетий отмечается значительное снижение числа осложненных форм язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, что напрямую связывают с успехами консервативной терапии, этим обусловлено уменьшение научных исследований и публикаций на эту тему (Бебуришвили А.Г. с соавт., 2019). Тем не менее частота пилородуоденального стеноза в общей структуре осложнённых форм язвенной болезни варьирует от 7% до 63%, составляя в среднем 10-20% (Чернооков А.И. с соавт., 2006; Афендулов С.А. с соавт., 2008; Панцырев Ю.М., 2008; Дурлештер В.М. с соавт., 2013; Горбунов В.Н. с соавт., 2015). В структуре летальности от осложнений язвенной болезни на долю стеноза приходится превышающей тот же показатель при хирургическом лечении неосложнённой формы заболевания в 1,5-2 раза. Как свидетельствуют многие авторы, в настоящее время наблюдается преобладание суб- и декомпенсированной стадий этого осложнения язвенной болезни причём декомпенсация, хирургическое лечение которой сопряжено с летальностью, в 1,5-2 раза превышающей таковую при неосложнённой дуоденальной язве, встречается 5-15% случаев. Той или иной степени выраженности стеноз нередко сочетается с другими осложнениями язвенной болезни и наблюдается в 3,3-30% случаев (Дидигов М. Т. и соавт., 2007; Багненко С. Ф. и соавт., 2009; Антонов О.Н., 2015; Fadil A. et al., 1992). Летальность после резекции желудка в таких случаях достигает 35%, а среди больных пожилого и старческого возраста – 56-60%.

Если при осложнении язвенной болезни перфорацией или кровотечением возможно выполнение операции, не требующей резекции желудка, выполнения гастродуоденостомии или пилоропластики, то у больных с пилородуоденальным стенозом главной целью операции является восстановление эвакуаторной функции желудка: его резекция или один из способов дренирования. При этом одной из важнейших задач операций, выполняющихся по поводу язвенного стеноза, помимо восстановления эвакуаторной функции желудка, является обеспечение его наилучшего функционального состояния, что является залогом отличных результатов в отдалённом периоде.

Систематический обзор (Бебуришвили А.Г. с соавт., 2019), включающий 20 рандомизированных клинических исследований в период с 1968 по 2009 г. с общей выборкой 1794 пациента показал лишь целесообразность выполнения при органическом стенозе стволовой ваготомии в сочетании с дренирующей желудок операцией или антрумэктомией в модификации Ру или Бильрот I. Лечение декомпенсированных форм стеноза в рамках доказательной медицины не изучено и целенаправленных научных исследований в этом направлении не выявлено. Единичный характер носят исследования функционального состояния желудка после различных операций по поводу осложненной язвенной болезни (Горбунов В.Н., 1993; Столярчук Е.В., 1997; Антонов О.Н., 2015).

Цель исследования

Целью исследования явилось дать сравнительную оценку функционального состояния желудка после различных оперативных вмешательств, выполненных по поводу пилородуоденального язвенного стеноза и сочетанных с ним осложнений.

Задачи исследования

1. Изучить состояние кислотопродуцирующей функции желудка у больных с компенсированным и субкомпенсированным стенозом как до операции, так и после различных вмешательств на желудке.
2. Выявить и оценить особенности раннего послеоперационного периода после резекционных и органосохраняющих методов лечения в зависимости от степени стеноза, локализации и размеров язвы.
3. Уточнить противопоказания к пилоросохраняющим операциям, в зависимости от размеров язвенного дефекта.
4. Дать сравнительную оценку отдалённых результатов различных методов органосохраняющих вмешательств.
5. Дать сравнительную оценку различных резекционных методов лечения с целью определения оптимального способа резекции желудка с учётом характера кислотопродуцирующей функции

Научная новизна

Впервые на большом клиническом материале проанализированы ближайшие и отдаленные результаты органосохраняющих и резекционных методов хирургического лечения больных с язвенным пилородуоденальным стенозом.

В работе продемонстрирована и проанализирована зависимость состояния кислотопродуцирующей функции желудка от степени выраженности язвенного стеноза.

Продемонстрирована нецелесообразность выполнения пилоросохраняющих и пилоросберегающих операций у больных с большими размерами язвенного субстрата (более 15 мм до пилорического канала и более 20 мм в луковице двенадцатиперстной кишки) и суб- и декомпенсированным пилородуоденальным стенозом.

В работе проанализированы особенности раннего послеоперационного периода с учетом размеров и локализации язвы, и характер нарушений эвакуаторной функции желудка после пилоросберегающих операций у больных суб- и декомпенсированным пилородуоденальным стенозом и определена закономерность развития осложнений.

Продемонстрированы преимущества экономной резекции желудка в сочетании с комбинированной ваготомией культи желудка в отдаленном послеоперационном периоде у больных с компенсированным пилородуоденальным стенозом.

Практическое значение работы

Анализ кислотопродуцирующей функции желудка послужил основанием для рекомендации экономной резекции желудка в сочетании с комбинированной ваготомией культи желудка, как патогенетически обоснованного вмешательства у больных с компенсированным пилородуоденальным стенозом и показал высокую клиническую эффективность и наилучшие функциональные результаты по сравнению с классическими методами резекции желудка.

У больных с декомпенсированным стенозом целесообразно выполнение классической резекции желудка.

Продемонстрированы преимущества гастродуоденостомии по Финнею у больных с пилородуоденальным язвенным стенозом в сочетании с перфорацией и кровотечением.

Продемонстрирована эффективность выполнения пилоросохраняющих и пилоросберегающих операций при компенсированном и субкомпенсированном пилородуоденальном стенозе и размерах язвенного субстрата менее 15 мм.

На основании данных рентгенографии, эндоскопических исследований, исследований кислотопродуцирующей функции, внедрена в клиническую практику персонализация подхода при выборе конкретного метода хирургического лечения, разработан алгоритм ведения пациентов со стенозирующими язвами выходного отдела желудка с язвами различных размеров и локализаций.

Основные положения, выносимые на защиту

У больных с суб- и декомпенсированным пилородуоденальным стенозом имеется характерный тип кислотопродуцирующей функции желудка, заключающийся в преобладании гиперсекреции как в базальную, так и в стимулированную фазу по мере прогрессирования стеноза, что является основанием к удалению антрального отдела желудка в сочетании с комбинированной ваготомией культи желудка при компенсированном и субкомпенсированном стенозе.

Больным с сочетанным осложнением язвенной болезни – пилородуоденальным стенозом с перфорацией и (или) язвенным кровотечением целесообразно выполнение гастродуоденостомии по Финнею.

Больным с большими размерами язвенного субстрата нецелесообразно выполнение пилоросохраняющих и пилоросберегающих операций в связи с высоким риском развития осложнений в раннем послеоперационном периоде (несостоятельность швов и развитие моторно-эвакуаторных нарушений).

Стандартная резекция желудка у больных с суб- и декомпенсированным пилородуоденальным стенозом не сопровождается грубыми функциональными расстройствами в отдаленном периоде после операции.

Личный вклад автора

Автор самостоятельно выбрал направление и дизайн диссертационного исследования, курировал (обследовал, подготовил к операции и самостоятельно оперировал) 123 пациентов, страдающих стенозирующими язвами выходного отдела желудка. Автор лично осуществлял обработку и анализ полученных результатов, на основе которых подготовлены основные публикации, отражающие научные положения диссертации. Диссертантом лично были сформулированы выводы, практические рекомендации и положения, выносимые на защиту.

Внедрение результатов работы в практику

Основные положения и материалы диссертации внедрены в клиническую практику отделения хирургии пищевода и желудка ФГБНУ Российского научного центра хирургии имени академика Б.В. Петровского, хирургических отделений Городской клинической больницы имени С.С. Юдина Департамента здравоохранения города Москвы, рекомендуются для внедрения в других хирургических стационарах России.

Результаты диссертационного исследования используются в педагогическом процессе для студентов 5, 6 курсов, клинических ординаторов кафедры госпитальной хирургии института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

Публикация результатов исследования

По теме диссертации опубликовано 3 научные работы, из них 1 статья в рецензируемом журнале, рекомендованном ВАК РФ для публикации результатов исследования на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, 2 в зарубежных изданиях, входящих в базы Scopus, Medline и WoS.

Апробация результатов исследования

Основные материалы и положения работы доложены и обсуждены на объединенной научной конференции сотрудников кафедры госпитальной хирургии института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова и отделения хирургии пищевода и желудка ФГБНУ Российского научного центра хирургии имени академика Б.В. Петровского (февраль 2020 г.).

Фрагменты работы доложены и обсуждены на научно-практической конференции «Юдинские чтения» (Москва, сентябрь 2018 г.).

Соответствие диссертации паспорту специальности

Научная диссертация соответствует паспорту научной специальности 14.01.17–Хирургия.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на русском языке, на 123 страницах машинописного текста, состоит из оглавления, введения, обзора литературы, 3 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, иллюстрирована 18 таблицами и 27 рисунками. Список литературы включает 119 отечественных и 75 зарубежных источников.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

В основу диссертационной работы положен анализ результатов хирургического лечения 123 больных с язвенным пилородуоденальным стенозом, находившихся на лечении в хирургических отделениях ГКБ им. С.С. Юдина Департамента здравоохранения города Москвы в период с 1988 по 2018 г. Исследование носило ретроспективный характер.

Мы изучили результаты лечения 123 больных с язвенным пилородуоденальным стенозом в возрасте от 21 до 94 лет (средний возраст 54,6 года). Среди обследованных больных было 76 мужчин (61,8%) и 47 женщин (38,2%). При анализе продолжительности заболевания следует отметить, что у 11 больных (22,4%) она не превышала одного года. Около половины больных (44,9%) страдали язвенной болезнью от 6 до 15 лет, у 16 больных (32,7%) анамнез заболевания превысил срок более 15 лет.

По поводу изолированного пилородуоденального стеноза в нашем исследовании был оперирован 81 больной в возрасте от 20 до 94 лет, средний возраст больных составил 49,8 лет. У 68 больных (83,9%) язва локализовалась в пилорическом канале, у 7 (8,6%) – в луковице двенадцатиперстной кишки, и у 6 (7,4%) больных областью язвенного поражения явился постбульбарный отдел двенадцатиперстной кишки.

54 больных с изолированным стенозом (66,7%) не имели язвенного анамнеза, или его продолжительность не превысила одного года, и 27 больных (33,3%) страдали язвенной болезнью более 6 лет.

Объём и характер оперативных вмешательств зависел от степени стеноза, возраста больных, а также степени электролитных и белковых нарушений.

По характеру оперативных вмешательств больные распределены следующим образом: резекция желудка выполнена 26 больным, и 55 больным различные органосохраняющие операции.

Классическая резекция желудка в различных модификациях выполнена 16 больным, и у 10 больных выполнена экономная резекция желудка по Бальфуру в сочетании с комбинированной ваготомией культи.

Гастроэнтеростомия выполнена у 5 больных, различные виды дуоденопластики выполнены 5 больным, и 45 больным выполнены органосохраняющие вмешательства на выходном отделе желудка с ваготомией (n-38), или без неё (n-7). Гастродуоденостомия по Финнею выполнена 9 больным: у 8 в сочетании с комбинированной ваготомией, и у 1

больного без неё. У 36 больных выполнено иссечение язвы с поперечной пилоропластикой: у 30 с комбинированной ваготомией, и у 6 больных без парасимпатической денервации желудка.

Пилоро- или дуоденопластика без ваготомии выполнялась у больных с декомпенсированным пилорoduоденальным стенозом; больным с субкомпенсированным стенозом дренирующие желудок операции выполнялись в сочетании с комбинированной ваготомией.

Характеристика больных с сочетанными осложнениями язвенной болезни

Сопутствующие стенозу осложнения язвенной болезни наблюдались у 42 из 123 больных (33,3%).

Больные с пилорoduоденальным стенозом в сочетании с перфорацией язвы

Перфорация и стеноз наблюдались у 26 больных, причём почти у половины из них анамнез заболевания отсутствовал, или был непродолжительным. Субкомпенсированный пилорoduоденальный стеноз и перфорация наблюдались у 19 больных (70,4 %) и у 7 больных с перфорацией язвы во время операции выявлен декомпенсированный пилорoduоденальный стеноз. У 5 больных размеры язвы были более 15 мм, у одного из них размеры язвы составили 20 мм.

В области привратника перфоративное отверстие локализовалось у 16 больных (62,8%), и у 10 больных (37,2%) – в луковице двенадцатиперстной кишки. Все перфорации локализовались не передней стенке. У 7 (26%) больных была клинико-инструментальная картина «прикрытой» перфорации: перфоративное отверстие было прикрыто краем печени у 2 больных, и у 5 больных – желчным пузырьём. Двойная локализация язвы на передней и задней стенках была у 4 (14,8%) больных. Во всех случаях язвы задней стенки имели признаки состоявшегося кровотечения (тромбированные сосуды или гематин в кратере), клинически не проявлявшегося (изменённая кровь в тонкой кишке обнаружена у 1 больного).

В срок до 6 часов от момента перфорации госпитализированы 15 из 26 больных, 7 больных были доставлены в стационар от 6 до 12 часов от начала заболевания, и 4 больных поступили позднее 12 часов от момента перфорации.

Диаметр перфоративного отверстия у 4 пациентов (15,4%) был менее 0,5 см, у 16 (61,5%) – 0,5-1,0 см, у 5 (19,3%) – 1-2 см и у 1 (3,8%) – более 2 см. Диаметр язвенного

инфильтрата менее 2 см был у 5 больных (19,4%), 2-4 см – у 20 больных (77%) и более 4 см у 1 пациента (3,6%).

Интраоперационно серозный перитонит был обнаружен у 6 больных (22,2%), фибринозный – у 16 (63%), и у 4 (14,8%) больных, госпитализированных позднее 12 часов от момента перфорации, был фибринозно-гнойный перитонит.

Ушивание перфоративной язвы с последующей гастроэнтеростомией выполнено 5 больным пожилого возраста с распространённым фибринозным перитонитом вследствие перфорации на фоне суб- или декомпенсированного стеноза: у двоих больных в модификации Вёльфлера-Брауна, и у троих Гаккер-Петерсона. Субкомпенсированный стеноз был у 3 больных, и у 2 больных – декомпенсированный. У одной больной операция гастроэнтеростомии дополнена комбинированной ваготомией. Иссечение перфоративной язвы в сочетании с пилоро- или дуоденопластикой выполнено у 21 больных: у 7 больных выполнена гастродуоденостомия по Финнею, поперечная пилоропластика у 12 больных, и у двоих больных с локализацией перфоративной язвы в луковице двенадцатиперстной кишки выполнено иссечение язвы и поперечная дуоденопластика по типу Джадда.

Больные с пилородуоденальным стенозом в сочетании с кровотечением из язвы

Сочетание стеноза и кровотечения из язвы наблюдалось у 14 из 42 (33,3%) больных с сопутствующими стенозу осложнениями.

Резекция желудка выполнена троим больным: двоим с декомпенсированным стенозом (одному в модификации Бальфура, и одному- Гофмейстера-Финстерера) и одному больному с субкомпенсированным стенозом выполнена резекция желудка в модификации Ру.

Органосохраняющие операции выполнены у 11 больных, оперированных по поводу пилородуоденального стеноза и кровотечения. Иссечение и прошивание язвы с поперечной пилоропластикой выполнено у 9 больных, у двоих – с комбинированной ваготомией. У 7 больных был субкомпенсированный стеноз, и у двоих – декомпенсированный. Двоим больным с кровоточащими язвами луковицы двенадцатиперстной кишки выполнено иссечение и прошивание язвы с дуоденопластикой: одному в модификации Таннера-Кеннеди, и еще одному – поперечная дуоденопластика типа Джадда. У одного из них был субкомпенсированный стеноз, и у другого (с циркулярной язвой диаметром 30 мм) – декомпенсированный стеноз.

Методы обследования больных

При поступлении больного в клинику после выяснения жалоб и анамнеза проводилось полная клинико-лабораторная диагностика.

Обзорная рентгенография органов брюшной полости выполнялась всем больным с клинической картиной перитонита. При отсутствии рентгенологических признаков перфорации полого органа (свободный газ под куполами диафрагмы) исследование повторяли после эзофагогастродуоденоскопии (комплексное рентген-эндоскопическое исследование).

Эзофагогастродуоденоскопия при поступлении в стационар выполнялась всем больным, кроме больных с клинической картиной перитонита и рентгенологическими признаками свободного газа в брюшной полости.

Рентгенографию желудка с бариевой взвесью выполняли перед операцией, а также через 2 и 6 месяцев после операции, и в дальнейшем не реже одного раза в два года.

Кислотопродуцирующую функцию желудка исследовали аспирационно-титрационным методом с использованием максимального гистаминового теста по А. Кау.

Оперативные вмешательства на желудке у больных с пилородуоденальным язвенным стенозом

По характеру операций больные были разделены на две группы. Первую группу составили 29 больных, которым была выполнена резекция желудка в связи с изолированным стенозом, а также по поводу различных сочетанных осложнений. Во вторую группу включены 94 больных, которым были выполнены различные дренирующие желудок операции.

Резекция желудка

Резекция желудка выполнена у 29 больных: 28 больным с изолированным стенозом, и 1 больному с кровотечением из язвы в сочетании со стенозом. Классическая резекция в одном случае велась по типу Бильрот I и у 16 пациентов – по типу Бильрот II. Резекция по Бальфуру выполнена 11 больным, из них 10 – экономная резекция желудка в сочетании с комбинированной ваготомией культи. Резекция в модификации Ру – 1 больному.

Классическая резекция желудка

Классическая резекция желудка выполнялась, как правило, у больных с декомпенсированным стенозом, при больших размерах язвы (более 15 мм), а также в случае при сочетанных осложнениях. Декомпенсированный стеноз явился показанием к этой операции у 14 больных, и 3 больных оперированы в связи с субкомпенсированным стенозом.

Экономная резекция желудка в сочетании с комбинированной ваготомией культуры

Экономная резекция желудка в сочетании с комбинированной ваготомией культуры выполнена у 10 больных: 8 мужчин и 2 женщин в возрасте от 46 до 52 лет с компенсированным пилородуоденальным стенозом. У всех больных язва локализовалась в пилорическом канале. Показанием к выполнению этого вмешательства явилась выраженная гиперсекреция как базальная, так и после максимальной стимуляции гистамином.

Органосохраняющие операции на выходном отделе желудка.

Гастродуоденостомия по Финнею

Гастродуоденостомия по Финнею выполнена 16 больным с язвенным пилородуоденальным стенозом: у 14 в сочетании с комбинированной ваготомией и у 2 больных с декомпенсированным стенозом – без неё. Изолированный стеноз был у 9 больных (субкомпенсированный у 8 и декомпенсированный у 1). 6 больным это вмешательство выполнено по поводу сочетания перфорации язвы и стеноза, у 1 больной гастродуоденостомия по Финнею выполнена по поводу профузного кровотечения из пенетрирующей в печень циркулярной язвы двенадцатиперстной кишки размерами около 25 мм, сочетающейся с декомпенсированным стенозом. Размер язвенного кратера у большинства больных составлял 10-15 мм, у троих больных до 20 мм, и у одной больной с профузным кровотечением из язвы двенадцатиперстной кишки, пенетрировавшей в печень, на фоне декомпенсированного стеноза, диаметр язвенного кратера составил 25 мм.

Поперечная пилоропластика по Джадду

Поперечная пилоропластика по Джадду выполнена 60 больным: 38 больным с изолированным стенозом, 13 больным с сочетанием перфорации и стеноза, и 9 больным с язвенным кровотечением и стенозом.

У 48 больных (80 %) язва локализовалась на передней стенке пилорического канала, и у 7 – на переднебоковой стенке. Операция у большинства больных выполнялась при умеренно выраженных рубцово-воспалительных изменениях в пилородуоденальной области, и при размерах язвы, не превышающих 15 мм. Только у 3 больных размеры язвы превышали 15 мм.

Дуоденопластика

Дуоденопластика в различных модификациях была выполнена у 8 больных: у одного больного по типу Гейнеке-Микулича без иссечения язвы, у остальных с её иссечением. Показанием к её выполнению послужил суб- или декомпенсированный стеноз при локализации язвы в луковице двенадцатиперстной кишки или на границе луковицы и постбульбарного отдела; у большинства больных размеры язвы не превышали 10 мм, у одного больного размеры язвы составили 20 мм, и ещё у одного больного была циркулярная язва диаметром около 30 мм. У 3 больных дуоденопластика выполнена в сочетании с комбинированной ваготомией. Поперечная дуоденопластика в таком варианте выполнена у 4 больных. У 3 больных при локализации язвы в области луковично-дуоденального перехода выполнено иссечение язвы в продольном направлении с ушиванием двенадцатиперстной кишки в поперечном направлении- операция Таннера-Кеннеди. У одного больного с вовлечением в периульцерозный процесс холедоха и формированием холедохо-дуоденального свища выполнена дуоденопластика типа Гейнеке- Микулича.

Гастроэнтеростомия.

Гастроэнтеростомия была выполнена у 10 больных: у 5 больных с изолированным декомпенсированным стенозом, и у 5 больных с декомпенсированным стенозом, сочетающимся с перфорацией язвы после ушивания перфоративного отверстия выполнена гастроэнтеростомия. Все больные были пожилого возраста, с сопутствующими заболеваниями, а также выраженными водно-электролитными расстройствами. Впередободочный анастомоз по Вёльфлеру-Брауну выполнен у 6 больных, у одного из них в сочетании с комбинированной ваготомией и, у 4 больных позадибодочный анастомоз в модификации Гаккер-Петерсона, в одном случае- с комбинированной ваготомией.

Статистическая обработка данных

Статистическую обработку данных проводили с использованием программ Microsoft Excel 2017 и Statistica 10. Статистическую обработку выполняли методами параметрической статистики. Достоверность различий оценивали по t-критерию Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ВЫХОДНОМ ОТДЕЛЕ ЖЕЛУДКА

Осложнения в раннем послеоперационном периоде

Осложнения в раннем послеоперационном периоде после резекции желудка.

Осложнения в раннем послеоперационном периоде после резекции желудка наблюдались у 11 из 29 больных (38%). Их характер представлен в таблице 1.

Таблица 1 – Характер и частота ранних послеоперационных осложнений после резекции желудка

| Способ резекции | Нарушение эвакуации из культи | Несостоятельность швов | Нагноение послеоперационной раны | Пневмония |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------|----------------------------------|-----------|
| Резекция модификации Гофмейстера-Финстерера п-1 | 1 (100%) | - | 1 (100%) | - |
| Резекция модификации Ру, п-5 | 3 (60%) | - | 2 (40%) | 1 (20%) |
| Резекция модификации Бальфура, п-9 | 2 (22,2%) | - | 2 (22,2%) | 1 (11,1%) |
| Резекция модификации Бильрот-I, п-1 | - | - | - | - |
| Экономная резекция желудка с комбинированной ваготомией, п-10 | - | - | - | - |

У больных, которым была выполнена экономная резекция желудка в сочетании с комбинированной ваготомией, ранний послеоперационный период протекал без осложнений.

Осложнения в раннем послеоперационном периоде у больных после гастроэнтеростомии

У половины больных, которым выполнялась гастроэнтеростомия, ранний послеоперационный период протекал с осложнениями, их характер представлен в таблице 2.

Таблица 2 – Осложнения в раннем послеоперационном периоде у больных после гастроэнтеростомии

| Способ операции | Вид осложнения | | | | |
|------------------------------------------------|------------------------|----------------|--------------------------------|----------|-----------|
| | Несостоятельность швов | Нагноение раны | Нарушение эвакуации из желудка | ТЭЛА | ОНМК |
| Гастроэнтероанастомоз по Вёльфлеру-Брауну, n-6 | 1 (16,7%) | 3* (50%) | 3* (50%) | 1(16,7%) | 1 (16,7%) |
| Гастроэнтероанастомоз по Гаккер-Петерсену, n-4 | - | 1 (25%) | 1 (25%) | - | 1 (25%) |

* - $p < 0,001$

У одного больного на 8 сутки после операции Гаккера-Петерсена диагностирована пептическая язва анастомоза.

Умерли 4 из 10 больных: один от тромбоэмболии основного ствола лёгочной артерии, двое вследствие ОНМК, и еще у одного больного развилась несостоятельность швов анастомоза, повлекшая перитонит, явившийся причиной летального исхода.

Осложнения в раннем послеоперационном периоде у больных после операций пилоро- и дуоденопластики.

Осложнения в раннем послеоперационном периоде наблюдались у 27 из 84 больных (32,1%), которым были выполнены пилоро- или дуоденопластика, а также гастродуоденостомия по Финнею. Характер и частота осложнений представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Характер и частота послеоперационных осложнений у больных после пилоро- и дуоденопластики

| Характер осложнения | Гастродуоденостомия по Финнею (n-24) | Поперечная пилоропластика (n-80) | Дуоденопластика (n-12) |
|----------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|------------------------|
| Нарушения эвакуации | 2 (8,3%) | 9 (11,2%)* | 3 (25%)* |
| Несостоятельность швов | 1 (4,1%) | 1 (1,2%) | 1 (8,4%) |
| Нагноение послеоперационной раны | 3 (12,5%) | 4 (5%) | - |
| Пневмония | 2 (8,2%) | 1 (1,2%) | - |

* - $p < 0,001$

Оценка рентгенологической картины

Рентгенологическое исследование желудка в различные сроки после операции выполнено у 95 из 123 оперированных больных. Изучение пассажа бариевой взвеси выполнялось во всех случаях клинически значимого нарушения эвакуаторной функции желудка или его культы, а также у большинства больных на 12-14 сутки после операции (таблица 4).

Таблица 4. – Выраженность дуодено-гастрального рефлюкса по данным рентгенологического исследования у больных после различных оперативных вмешательств на желудке.

| Вид операции, сроки обследования, количество больных | Дуодено-гастральный рефлюкс |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Резекция по способу Ру, n-2 | - |
| Резекция по способу Бальфуру, n-7 | 2 |
| Пилоропластика по Джадду | |
| 12-14 сут, n-48 | 12 |
| 24-36 мес., n-24 | 6 |
| Пилоропластика по Финнею | |
| 12-14 сут, n-13 | 7 |
| 24-36 мес., n-14 | 3 |
| Дуоденопластика | |
| 12-14 сут, n-4 | 1 |
| 24-36 мес., n-5 | 1 |
| Экономная резекция желудка с комбинированной ваготомией культы | |
| 12-14 сут, n-10 | 2 |
| 24-36 мес., n-10 | - |
| Экономная резекция желудка n-8 | - |

Из таблицы следует, что после резекционных методов хирургического лечения, вне зависимости от сроков обследования рефлюкс контрастного вещества в культу желудка был более выраженным после резекции желудка по Бальфуру, и был минимальным после операции в модификации Ру, а также после экономной резекции желудка с комбинированной ваготомией культы.

Что касается дренирующих желудок операций, дуодено-гастральный рефлюкс чаще наблюдался в ранние сроки после операции как правило после гастродуоденостомии по Финнею. В отдалённом послеоперационном периоде частота рефлюкса снижалась у всех больных, чаще, однако присутствуя после операции Финнея.

Эндоскопическая оценка оперативных вмешательств на желудке

Эндоскопическое исследование в раннем послеоперационном периоде выполнено 123 оперированным больным. У 21 из них гастродуоденоскопия выполнялась неоднократно в связи с нарушением эвакуаторной функции желудка или его культы (таблица 5).

Таблица 5 – Эндоскопическая оценка вмешательств на желудке

| Вид операции, сроки обследования, число больных | Эзофагит | Дуодено-гастральный рефлюкс | Антрум-гастрит, гастрит культы |
|----------------------------------------------------|------------|-----------------------------|--------------------------------|
| Резекция в модификации Ру, 12-14 суток, n-2 | 2 (100%) | 1 (50%) | 2 (100%) |
| Резекция в модификации Бальфураа, 12-14 суток, n-7 | 3 (43%) | 3 (43%) | 7 (100%) |
| Экономная резекция желудка, 12-14 суток, n-10 | 3 (30%) | 2 (20%) | 6 (60%) |
| Экономная резекция желудка, 24-36 мес., n-9 | - | - | 2 (22,2%) |
| Пилоропластика по Джадду, 10-14суток, n-48 | 10 (20,8%) | 18 (37,5%) | 31 (64,6%) |
| Пилоропластика по Джадду, 24-36 мес., n-24 | 3 (12,5%) | 3 (12,5%) | 8 (33,3%) |
| Гастродуоденостомия по Финнею, 12-14 суток, n-12 | 8 (66,6%) | 10 (83,3%) | 12 (100%) |
| Гастродуоденостомия по Финнею, 24-36 мес., n-13 | 1 (7,7%) | 5 (38,5%) | 4 (33,4%) |
| Дуоденопластика, 10-14 суток, n-4 | 3 (75%) | 2 (50%) | 3 (75%) |
| Дуоденопластика, 24-36 мес., n-6 | - | 1 (16,6%) | 1 (16,6%) |

Кислотопродуцирующая функция желудка

Кислотообразующая функция желудка после различных дренирующих операций.

После различных дренирующих операций кислотопродуцирующая функция желудка изучена в сроки от 12 до 18 месяцев, а также через 2-2,5 года. Как после гастродуоденостомии по Финнею, так и после поперечной пилоропластики и дуоденопластики наблюдалось умеренно избыточное значение как объёма часовой секреции натощак, так и после максимальной стимуляции гистамином, а также умеренная базальная и стимулированная гиперсекреция, но в большей степени - после пилоропластики по Джадду (таблица 6).

Таблица 6 – Кислотопродуцирующая функция желудка после различных дренирующих операций в сочетании с комбинированной ваготомией

| Вид операции, сроки обследования, количество обследованных | Часовой объём секреции (мл) | | БПК (ммоль/ч) | МПК (ммоль/ч) |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------|---------------|---------------|
| Гастродуоденостомия по Финнею (n-11), 12-18 мес. после операции | 39±0,8 | 68±0,9* | 4,7±1,2 | 23,2±0,8* |
| Гастродуоденостомия по Финнею, 24-36 мес. после операции (n-13) | 20±1,2 | 45±0,9* | 2,9±1,4 | 16±1,5 |
| Пилоропластика по Джадду, 12-18 мес. после операции (n-21) | 44±1,2* | 81±1,3* | 5,3±2,2 | 25±1,7* |
| Пилоропластика по Джадду, 24-36 мес. после операции (n-23) | 27±0,9* | 52±1,7* | 3,6±1,2 | 19±0,8* |
| Дуоденопластика 12-18 мес. (n-5) | 41±0,9* | 76±1,1* | 5,7±0,6* | 25±0,7* |
| Дуоденопластика 24-36 мес. (n-6) | 25±1,3* | 42±2,3* | 3,8±1,3 | 19±1,4* |

* - $p < 0,05$

При анализе данных, полученных через два и более года после операции наблюдалась нормализация всех показателей кислотообразования: от часового объёма до максимальной кислотопродукции, с более высокими после пилоропластики по Джадду и дуоденопластики. Это можно объяснить сохранением, как после дуоденопластики, так и после поперечной пилоропластики, замыкательной функции привратника, что обеспечивает порционное поступление содержимого в двенадцатиперстную кишку, оказывая меньшее влияние на выработку подавляющих секрецию веществ, а также на тот факт, что утрата замыкательной функции привратника после операции Финнея делает возможным попадание желчи в желудок, которая оказывает нейтрализующее действие.

Кислотообразующая функция желудка после экономной резекции с комбинированной ваготомией культи.

Кислотопродукция желудка изучена у 8 из 10 больных после экономной резекции с комбинированной ваготомией культи через 2 года после операции. (таблица 7).

Из таблицы следует, что по сравнению с дооперационными показателями у всех больных наблюдалось значительное подавление всех показателей кислотообразования, при этом ни у кого из обследованных не зафиксировано ахлоргидрии.

Таблица 7 – Кислотопродуцирующая функция желудка после экономной резекции в сочетании с комбинированной ваготомией

| Сроки обследования | Часовой объём секреции (мл) | | БПК (ммоль/ч) | МПК (ммоль/ч) |
|-----------------------------------|-----------------------------|---------|------------------|------------------|
| | До операции (n-10) | 80±2,1 | 288±2,9* | 11,2* |
| Через 2 года после операции (n-8) | 32±1,2 | 54±1,8* | 1,4±0,2 | 6,3±0,9 |

* - $p < 0,05$

Оценка функциональных результатов операций

Оценка эффективности оперативных вмешательств проводилась на основании анализов персонального опроса больных с учётом данных проведенных в амбулаторных и стационарных условиях исследований. Полученные данные оценивали с помощью классификации Н. Visick в модификации Ю.М. Панцырева. Оценка проводилась через 2-9 лет после операции. Её результаты представлены в таблице 8.

Таблица 8 – Оценка функциональных результатов в зависимости от характера оперативного вмешательства

| Резекция желудка | Отличные результаты | Хорошие результаты | Удовлетворительные результаты | Неудовлетворительные результаты |
|---------------------------------------------|---------------------|--------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| В модификации Ру (n-4) | 3 (75%) | 1 (25%) | - | - |
| В модификации Гофмейстера-Финстерера (n-15) | - | - | 1 (демпинг) (6,7%) | - |
| В модификации по Бальфуру (n-11) | 4 (6,7%) | 3 (27,3%) | - | - |
| Экономная резекция (n-10) | 8 (80%) | 1 (10%) | - | 1 (10%) |
| Гастродуоденостомия по Финнею (n-24) | 8 (33,3%) | 3 (12,5%) | 1 (4,2%) | 1 (4,2%) |
| Поперечная Пилоропластика (n-80) | 16 (20%)* | 7 (8,75%)* | - | 1 (без ваготомии) (1,25%) |
| Дуоденопластика (n-12) | 1 (8,3%) | 4 (33,3%) | - | 2 (16,7%) (рецидив, без ваготомии) |

* - $p < 0,05$

После операции экономной резекции желудка с ваготомией культуры подавляющего числа больных наблюдались отличные и хорошие результаты: не было рецидива язвы, симптомов нарушения эвакуаторной функции желудка, явлений демпинг-синдрома или диареи. Все обследованные больные они прибавили в весе от 5 до 10 кг, сохраняли

трудоспособность и вели обычный образ жизни. При обследовании через два года и более после у большинства больных после классической резекции желудка наблюдались отличные и хорошие результаты; только у больного после операции Гофмейстер-Финстерера были симптомы демпинг-синдрома лёгкой степени, которые купировались диетой. У всех больных после резекции желудка в модификации Ру или Бальфура отмечались хорошие или отличные результаты. Не было симптомов пептической язвы, диареи, или демпинг- синдрома. Лишь один больной после резекции по Ру и 3 после операции Бальфура отмечали редко появляющуюся изжогу и полуоформленный стул после употребления жареной или жирной пищи, купирующуюся приёмом антацидов и ферментных препаратов. Все больные сохраняли трудоспособность и вели обычный образ жизни.

ВЫВОДЫ

1. Для больных с компенсированным и субкомпенсированным язвенным стенозом характерен пангиперхлоргидрический тип кислотопродукции, характеризующийся гиперсекрецией как до стимуляции, так и после максимальной стимуляции гистамином.

2. У больных, перенесших органосохраняющие операции с ваготомией отмечается стойкое снижение кислотопродукции до безопасного уровня. После гастродуоденостомии по Финнею показатели как базальной, так и стимулированной гистамином секреции желудка ниже, чем после пилоросохраняющих и пилоросберегающих операций.

3. Наилучшее функциональное состояние желудка отмечено в группе больных после экономной резекции желудка с комбинированной ваготомией культуры.

4. Наиболее частым осложнением раннего послеоперационного периода, независимо от характера операции, явилось нарушение эвакуаторной функции желудка или его культуры. Эвакуаторные нарушения чаще наблюдались после пилоросохраняющих и пилоросберегающих операций у больных с язвами размерами более 15 мм и декомпенсированным стенозом.

5. У пациентов с размерами язвенного субстрата более 15 мм наблюдалось сравнительно большее число осложнений в раннем послеоперационном периоде, независимо от характера операции (нарушение эвакуаторной функции желудка, несостоятельность швов пилоропластики, несостоятельность культуры двенадцатиперстной кишки), чем после гастродуоденостомии по Финнею.

6. При выполнении пилоросохраняющих и пилоросберегающих операций наилучшие результаты отмечаются при размерах язвенного субстрата, не превышающих 15 мм. При язвенном субстрате более 15 мм отмечены худшие функциональные результаты в виде анастомозита, нарушений эвакуаторной функции желудка.

7. При исследовании кислотопродуцирующей функции желудка через 6-12 месяцев после органосохраняющих операций (не зависимо от характера вмешательства) отмечено умеренное превышение базальной и стимулированной секреции, за счет сохраняющегося в эти сроки гастростаза. Эти показатели нормализуются через 2 года после радикальных операций.

8. У больных после классической резекции желудка в отдаленные сроки после операции не наблюдалось каких-либо значимых расстройств. Оптимальным способом резекции желудка по полученным данным можно считать экономную резекцию желудка с комбинированной ваготомией культи желудка. Данный вид вмешательства обеспечивает наилучшие функциональные результаты в отдаленном послеоперационном периоде: отмечено стойкое снижение как базальной, так и стимулированной секреции и отсутствие клинических проявлений нарушений эвакуации.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. С учетом характера кислотопродуцирующей функции желудка и результатов оперативных вмешательств больных с пилородуоденальным язвенным стенозом для достижения наилучших результатов дренирующие желудок операции целесообразно выполнять в сочетании с ваготомией.
2. Больным с декомпенсированным пилородуоденальным стенозом выполнение ваготомии нецелесообразно. Оптимальным вмешательством является резекция желудка.
3. Среди резекционных методов лечения у больных с суб- и компенсированным пилородуоденальным стенозом оптимальным можно считать экономную резекцию желудка в сочетании с комбинированной ваготомией культи.
4. При пилородуоденальных язвах размером более 15 мм нецелесообразно выполнение пилоро- или дуоденопластики.
5. Из органосохраняющих операций при язвах больших размеров предпочтительнее выполнение гастродуоденостомии по Финнею.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1) Столярчук Е.В., Антонов А.Н., Антонов О.Н., **Соколов Р.А.**, Белых Е.Н., Канадашвили О.В. Осложнение язвы двенадцатиперстной кишки субкомпенсированным стенозом и формированием дуоденохоледохеального свища // Московский хирургический журнал, №2 (66), март 2019 - С. 29-34. ISSN 2072-3180

2) Antonov O., Dolidze D., Gogolashvili D., Eminov M., **Sokolov R.** Peculiarities of acid production and pathogenesis of pyloric and prepyloric gastric ulcer complication // Georgian Medical News, №6(291), июнь 2019 - P.7-13. ISSN 1512-0112

3) Kosenkov A., Stolarchuk E., Belykh E., **Sokolov R.**, Mayorova E., Vinokurov I. Results of resection methods of treatment in patients with giant pyloroduodenal ulcers complications perforation and bleeding // Georgian Medical News, №7-8(304-305), июль-август 2020 - P . 7-12. ISSN 1512-0112