

## КЛАССИФИКАЦИЯ ПИЛОРУССОХРАНЯЮЩИХ И ПИЛОРУСКОРРИГИРУЮЩИХ ОРГ АНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

Шепетько Е.Н.

Национальный медицинский университет, г. Киев

Существующие методы оперативных вмешательств при осложненных дуоденальных язвах на основе ваготомии предусматривают два принципиальных момента: первый, - ваготомия не сопровождается дренирующей желудок операцией (ДЖО) и выполняется либо в изолированном виде либо с пилоруссохраняющей дуоденопластикой [1, 2, 3, 4, 6, 7]; второй, - ваготомия дополняется ДЖО в виде пилоропластики, гастроэнтеростомии или гастродуоденостомии. Последних два вида ДЖО применяются редко [5], а пилоропластика рассматривается как вмешательство на язве и пилорическом жоме. Разнообразие этих видов вмешательств послужило основанием к созданию классификации органосохраняющих операций с сохранением привратника и с вмешательством на нем при осложненных дуоденальных язвах.

Мы принципиально разделили все виды органосохраняющих вмешательств на пилоруссохраняющие органосохраняющие операции (ПСОСО - ваготомии с различными видами пилоруссохраняющей дуоденопластики) и пилорускорректирующие органосохраняющие операции (ПКОРОСО - ваготомии с пилоропластикой, с антирефлюксной клапанной пилоропластикой, с гемипилорэктомией).

Объектом исследований послужили 1845 пациентов, оперированных в клинике за период с 1983 по 1995 год с применением органосохраняющих операций. По поводу перфорации дуоденальной язвы оперативное вмешательство предпринято у 266 больных, в связи с острым язвенным кровотечением - у 1579. ПСОСО выполнены 307 пациентам, ПКОРОСО - 1538.

В зависимости от локализации, размеров язвы и обширности язвенной деструкции, удаленности от интактного пилорического жома различаем следующие типы (поперечная, продольная), виды (мостовидная, сегментарная) и варианты пилоруссохраняющей дуоденопластики (Табл. 1)

Констатация того факта, что пилорический жом не поврежден и нормально функционирует, является принципиальным соображением, на основании которого принимается решение о возможности выполнения пилоруссохраняющей дуоденопластики. Визуальный осмотр, измерение расстояния от пилоруса до язвенного инфильтрата в зависимости от его локализации, позволяет решить, какой вид дуоденопластики лучше предпринять, и, кроме этого, наметить последовательность этапов ее выполнения.

Анализируя особенности технического выполнения различных вариантов пилоруссохраняющих операций можно отметить следующее:

- пилоруссохраняющую дуоденопластику следует применять при неповрежденном пилорическом жоме, когда проксимальный край язвенного инфильтрата отстоит хотя бы на 0,3 см от пилоруса;

- выбор вида и варианта дуоденопластики зависит от локализации, размеров язвы, степени стеноза и характера пенетрации в соседние органы;

- при дилатированном привратнике показана клапанная дуоденопластика (Патент Украины №23127А от 30.06.98);

- при формировании дуоденопластики целесообразно применение однорядного шва (на заднюю стенку) и двухрядного на переднюю;

- целесообразно использование прецизионной техники и атравматического шовного материала;

- при стенозирующих язвах двойной локализации показано применение расширяющей комбинированной дуоденопластики (А.С. №1803048);

- необходима пристеночная мобилизация стенок ДПК с предельно экономным иссечением стенки, но радикальным удалением язвенного субстрата;

- из разных видов поперечных дуоденопластик предпочтение следует отдавать мостовидной, как операции сохраняющей нервно-мышечные связи между антральным отделом желудка и двенадцатиперстной кишкой;

- во всех случаях выполнения пилоросохраняющих операций необходима тщательная ревизия зоны дуодено-юнального перехода и при обнаружении признаков хронического нарушения дуоденальной проходимости (ХНДП) в стадии компенсации или субкомпенсации дополнять дуоденопластику с ваготомией операцией Стронга.

В выборе варианта операции, относящейся к группе пилоросохраняющих либо к группе пилорускорректирующих, главными факторами являются степень удаленности язвы от неизменного привратника, характер и степень поражения пилорического жома при переходе на него язвенного инфильтрата. Наши наблюдения показывают, что дуо-

денальная язва в 84,5% случаев не переходит на пилорический жом, а у остальных 15,5% пациентов язвенный инфильтрат в той или иной степени затрагивает привратник, нарушая его функцию. Удаленность язвы по отношению к неизменному привратнику хотя бы на 0,3 см создает условия для применения пилоросохраняющей дуоденопластики. При вовлечении пилорического жома в язвенную деструкцию приходится прибегать к операциям с коррекцией пилорического жома — пилоропластике в различных вариантах, гемипилорэктомии. Предложена классификация пилорускорректирующих органосохраняющих вмешательств (Табл. 2).

Таблица 1  
Классификация типов, видов и вариантов пилоросохраняющей дуоденопластики

Тип	Поперечная (261)		Продольная (46)
	мостовидная (255)	сегментарная (6)	
Вид			
Вариант	1. передняя (119) 2. передне-верхняя (45) 3. передне-нижняя (16) 4. на 2/3-4/5 периметра (с выведением язвы) (33) 5. комбинированная расширяющая (Т-образная (9), Z-образная (18)) 6. клапанная (15)	1. подпилорическая (1) 2. корпоральная (1) 3. дистальная (1) 4. постбульбарная (1) 5. комбинированная расширяющая (Т-образная, Z-образная (1) 6. клапанная (1)	Гейнеке-Микулича (28) Джадда (6) Финнея (12)

Таблица 2  
Классификация пилорускорректирующих операций

Пилоропластика (1512)				Гемипилорэктомия (26)		
Гейнеке-Микулича (22) Джадда (23)	Финнея (нестандартная) (499)			Поперечная (26)		
	С выведением язвы (249)	Тампонадой "килем" (86)	Арефлюксная "клапанная" (64)	Передне-верхняя (9)	Передняя (14)	Передне-нижняя (3)
Финнея (968) (по стандартным методикам)	1. на 2/3 (186) 2. на s (90) 3. на 4/5 (71) 4. с реимпл. БДС (2)			а) с сохр. Прав. Желуд. Артерии (7)	а) экономная (10) б) дозированная (4)	а) с дополнит. Мобилиз. По нижнему контуру (3)

Самым распространенным вариантом ПКРОСО при кровоточащих дуоденальных язвах является пилоропластика по Финнею.

При вмешательствах на кровоточащей язве, расположенной на задней стенке в непосредственной близости от пилорического жома, либо при переходе язвенного инфильтрата на пилорический жом, применяем пилорускорректирующие вмешательства, включающие иссечение язвы или выведение ее за пределы пилородуоденального канала при глубокой пенетрации в поджелудочную железу.

При локализации кровоточащей язвы на передней стенке с переходом на привратник возникает необходимость иссечения участка привратника (гемипилорэктомия) вместе с язвенным инфильтратом. В зависимости от того, какая часть передней полуокружности жома поражена и иссекается, различаем и применяем следующие варианты гемипилорэктомии (табл. 2): переднюю поперечную гемипилорэктомию, передне-верхнюю поперечную гемипилорэктомию, передне-нижнюю поперечную гемипилорэктомию.

Особенности применения ПКРОСО при острых язвенных кровотечениях и прободных дуоденальных язвах могут быть представлены следующими положениями:

- пилорускорректирующие вмешательства принимаем в тех случаях, когда пилорический жом поражен (переход язвенного инфильтрата на пилорус, рубцевание пилоруса, подозрение о вагусной денервации его в связи с техническими погрешностями в выполнении СПВ, стойкий спазм);

- из пилорускорректирующих операций предпочтение отдаем пилоропластике по Финнею, как лучшей дренирующей желудок операции;

- при переходе язвенного инфильтрата на переднюю полуокружность пилорического жома применяем один из вариантов поперечной гемипилорэктомии (экономной или дозированной);

- конкурирующей пилорускорректирующей операцией может быть пилоропластика по Финнею в варианте арефлюксной клапанной;

- при больших и гигантских язвах, пенетрирующих в поджелудочную железу и гепатодуоденальную связку в непосредственной близости к пилорическому жому, когда один из вариантов дуоденопластики не выполним, применяем пилорускорректирующую пластику по Финнею с "выведением язвы" из просвета пилородуоденального канала;

- в критической ситуации при операциях у больных пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией при операциях на высоте профузного кровотечения из пенетрирующей язвы задней стенки луковицы для сокращения времени оперативного вмешательства применяем пилорускорректирующую пластику по Финнею с тампонадой кратера "килем"; эта операция в сочетании со стволовой ваготомией является вынужденной, преследующей одну цель — спасение жизни больного;

- у лиц среднего и молодого возраста пилорускорректирующие операции в раннем отсроченном периоде предпочтительно сочетать с СПВ, а у больных, оперируемых на высоте кровотечения — с комбинированной ваготомией, трансгастральной или с селективной проксимальной ваготомией с трансгастральным завершением;

- при нарушении проходимости в области дуодено-еюнального перехода (ДЕП) различной природы (дуоденостаз, спаечный периеюнит, высокое стояние связки Трейца, артериомезентериальная компрессия) выполняем коррекцию в виде операции Стронга (при ХНДП в стадии компенсации или субкомпенсации); декомпенсированная стадия ХНДП вынуждает склониться к операции Робинсона или к селективной ваготомии и антрумэктомии с анастомозом по Ру.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Курбонов К.М. Комплексна діагностика і хірургічне лікування ускладнених дуоденальних виразок: Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. - Х., 1990. - 21 с.
2. Оноприев В. И. Этюды функциональной хирургии язвенной болезни. - Краснодар. - 1995.-293с.
3. Посмелов В.С., Кубышкин В.А., Козлов И.А. Хирургическое лечение постбульбарных дуоденальных язв // Хирургия. - 1997. - № 5. - С. 4-9.
4. Тутченко М.І., Рошин Г.Г., Клименко П.М., Лисенко В.М., Слонецький Б.І., Соломко А.В., Асланян С.А., Світличний Є.В. Лікування пилородуоденальної виразки, ускладненої перфорацією // Клін. хірургія. - 1998. - №9-10. - С.26-27.
5. Balafrej S., Echarrab E.M., el Ounani M., Mdaghri J., Amraoui M., el Alami F.H., Erroungani A., Benchekroun B.A, Chkoff M.R. treatment of bleeding duodenal ulcer. A study of mortality and indication of surgical treatment. Apropos of 557 cases//J. Chir (Paris).-1997.-Vol.134, N9.-P.406-409.
6. Bowden T.A.Jr., Hooks V.H.III, Rogers D.A. Role of highly selective vagotomy and duodenoplasty in treatment of postubular duodenal obstruction// Amer.J. Surg.-1990.-Vol.159.-P.15-20.
7. Chang T.M., Chen T.H., Shih C.M., Gueng M.K., Tsou S.S. Partial or complete circular duodenectomy with highly selctive vagotomy for severe obstructing duodenal ulcer disease: an initial experience// Arch Surg.- 1998.- Vol.133,N9.-P.998-1001.

## РЕЗЮМЕ

**Класифікація пилорусзберігаючих і пилорускоригуючих органозберігаючих операцій при ускладнених дуоденальних виразках**

**Шепетько Є.Н.**

Об'єктом дослідження послужили 1845 пацієнтів, оперованих в клініці з 1983 по 1995р. з приміненням органозберігаючих операцій. В залежності від локалізації, розмірів виразки і обширності виразкової деструкції, віддаленості від інтактного пилоричного сфінктера дана класифікація типів, видів і варіантів пилорусзберігаючої дуоденопластики.

## SUMMARY

**Classification of pylorus-saving and pylorus-correcting organs-saving operations in case of complicated duodenal ulcers**

**E.N. Shepetko**

The object of the investigation were 1845 patients operated in clinics from 1938 to 1995 with the use of the organs-saving operations. Dependent on the localisation, dimensions of the ulcer, the range of ulcer destruction, the distance from the intact pyloric sphincter, the classification is given of the types, kinds and variants of the pylorus-saving duodenoplasty.