

Міністерство охорони здоров'я України
Український інститут удосконалення лікарів МОЗ України

На правах рукопису

ШЕЙКО Володимир Дмитрович

**ОПТИМІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ
НЕСПРОМОЖНОСТІ КУКСИ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ ПІСЛЯ
РЕЗЕКЦІЇ ШЛУНКУ ПРИ УСКЛАДНЕНИХ ПОСТБУЛЬБАРНИХ
ВИРАЗКАХ**

(Клініко-експериментальне дослідження)

14.01.03. - хірургія

АВТОРЕФЕРАТ

дисертації на здобуття наукового ступеня

кандидата медичних наук

Київ - 1996

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Українській медичній стоматологічній академії (м. Полтава), на кафедрах факультетської хірургії (зав. - проф. Ф.І.Дуденко) та оперативної хірургії і топографічної анатомії (зав. - проф. М.С.Скрипніков).

Наукові керівники:

заслужений діяч науки і техніки України,

доктор медичних наук, професор **Микола Сергійович Скрипніков**

кандидат медичних наук, доцент **Борис Пилипович Лисенко**

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор **Микола Іванович Симорот**

доктор медичних наук, професор **Володимир Адамович Шуляренко**

Провідна організація:

Харківський НДІ загальної та невідкладної хірургії

Захист дисертації відбудеться " __ " _____ 1996 р. о __ годині на засіданні спеціалізованої ради Д.01.12.03 при Українському інституті удосконалення лікарів МОЗ України за адресою: 254112, м. Київ, вул. Дрогожицька, 9.

З дисертацією можна ознайомитися у бібліотеці Українського інституту удосконалення лікарів МОЗ України.

Автореферат розіслано " __ " _____ 1996 року.

Вчений секретар спеціалізованої ради,

кандидат медичних наук, доцент

М.М.Гвоздяк.

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність і ступень дослідженості проблеми. Неспроможність кукси дванадцятипарлої кишки залишається одним з найважчих ускладнень в ранньому післяопераційному періоді, після резекції шлунку по методу Більрот-II в різних модифікаціях, виконаної з приводу ускладнених виразок дванадцятипалої кишки, особливо при їх постбульбарній локалізації. Постбульбарними вважаємо всі виразки, що розміщуються в ділянці бульбодуоденального сфінктеру (низькі цибулинні) та дістальніше його.

При резекції шлунку з приводу ускладнених форм дуоденальних виразок зустрічаються труднощі в зашиванні кукси дванадцятипалої кишки у 21,6 % - 70,4 % хворих, при цьому найбільш часто при пенетруючих постбульбарних виразках (Земсков В.С. та співавт., 1984; Березницький Я.С. та співавт., 1994).

Неспроможність кукси дванадцятипалої кишки після резекції шлунку спостерігається у 0,4 - 19,4 % хворих. За даними А.В.Телія и А.З.Кутелія (1982) 87,5 % неспроможність кукси дванадцятипалої кишки припадає на постбульбарні виразки.

Летальність при цьому ускладненні коливається від 20 до 80 % (Бачев І.І., 1989; Калиш Ю.І., Торкін А.Э., 1994; Пономарьов А.А. та співавт., 1994).

В останні роки відмічена тенденція збільшення частоти неспроможності кукси дванадцятипалої кишки після резекції шлунку. Так, по збірній статистиці С.В.Кривошеєва и С.М.Рубашова за 1954 рік (1956), з 24 700 хворих, що перенесли резекцію шлунку по методу Більрот-II, неспроможність виникла у 1 % хворих. За даними Київського НДІ клінічної та експериментальної хірургії МОЗ України за 15 років з 1972 по 1987 рр. частота неспроможності швів кукси дванадцятипалої кишки становила 5,2 % (Саєнко В.Ф., Слабинський В.В., 1988).

Неспроможність дуоденальної кукси виникає частіше у хворих,

оперованих з приводу низькорозміщеної пенетруючої виразки дванадцятипалої кишки. Неприятливі місцеві умови для герметизації кукси: виразні запальні та склеротичні зміни стінки кишки, гігантські та "циркулярні" виразки створюють умови, коли неможливо уникнути значного натягу швів під час перитонізації кукси, що часто приводить до її неспроможності та смерті хворих (Земляний А.Г., Алієв С.А., 1988; Березницький Я.С. с співавт., 1994; Таранов І.І., Чернов В.Н., 1995).

Фактором ризику в ранньому післяопераційному періоді є також підвищення тиску у куксі дванадцятипалої кишки. Ряд хірургів надає цьому фактору вирішальне значення в виникненні ускладнення (Вітебський Я.Д., Ручкін В.І., 1985; Dadrik I., 1973). Смертельно небезпечна неспроможність кукси дванадцятипалої кишки внаслідок некрозу головки підшлункової залози (Зайцев В.Т. та співавт., 1988; Філін В.І. та співавт., 1990).

В останні роки багато дослідників вважають, що при виразці дванадцятипалої кишки слід виконувати ваготомію або резекцію шлунку "на вимкнення". Але при наявності грубих морфологічних змін в зоні дванадцятипалої кишки, викликаних запущеним виразковим процесом, сполучених з порушенням моторно-евакуаційної функції шлунку та дванадцятипалої кишки, профузною кровотечею - операцією вибору залишається класична резекція шлунку (Лобжанідзе Г.В., 1989; Телія А.В., Лобжанідже Г.В., 1990; Панцирев Ю.М. та співавт., 1993).

За столітню історію виконання резекції шлунку запропоновано біля двохсот способів закриття кукси дванадцятипалої кишки (Навроцький І.М., 1972; Башняк В.В., 1984). Але проблема надійності формування кукси дванадцятипалої кишки як і раніше залишається актуальною. Надійність кукси в значному ступеню залежить від техніки її закриття. Формування кукси дванадцятипалої кишки при ускладнених постбульбарних виразках залишається складною, не вирішеною проблемою. Це творчий процес і

вимагає індивідуального підходу до кожного хворого. В зв'язку з цим необхідні подальші поглиблені дослідження, розробка нових методів оперативних втручань.

Удосконалення методів оперативних втручань при ускладнених постбульбарних виразках дванадцятипалої кишки будуть сприяти зниженню частоти післяопераційних ускладнень та летальності хворих.

Мета дослідження. Вивчити фактори надійності зашивання кукси дванадцятипалої кишки в експерименті. Розробити та провести клінічну апробацію способу зашивання кукси дванадцятипалої кишки при резекції шлунку з приводу ускладнених постбульбарних виразок. Розробити алгоритм оперативного втручання при ускладнених постбульбарних виразках дванадцятипалої кишки.

Основні завдання дослідження. 1. В умовах експерименту вивчити фактори надійності ушивання короткої кукси дванадцятипалої кишки та морфологічні особливості регенерації по лінії шва кукси.

2. Розробити методику ушивання кукси дванадцятипалої кишки при ускладнених постбульбарних виразках в експерименті та клініці.

3. Дати обґрунтування інтраопераційним показанням до операції "на вимкнення" пацієнтам з ускладненою постбульбарною виразкою дванадцятипалої кишки.

4. Розробити при ускладнених постбульбарних виразках дванадцятипалої кишки алгоритм оперативного втручання, який забезпечував би надійне зашивання дуоденальної кукси з мінімальною інтраопераційною травмою та сприяв би зниженню ступеня операційного ризику.

5. Дати клінічну оцінку запропонованій методиці формування кукси дванадцятипалої кишки, вивчити перебіг та кінцевий результат лікування в

порівняні з традиційними методами операцій.

Новизна дослідження. 1. Запропонована методика ушивання кукси дванадцятипалої кишки при резекції шлунку з приводу ускладнених постбульбарних виразок покращує репаративні процеси і забезпечує надійність її швів.

2. Запропоновані методика визначення критичного рівню виділення ускладненої постбульбарної виразки дванадцятипалої кишки при резекції шлунку та показання до операції "на вимкнення".

3. Модифікований метод формування демукозованої кукси антрального відділу шлунку при його резекції "на вимкнення" полегшує виконання операції та забезпечує надійність укриття кукси.

4. При гігантських пенетруючих в підшлункову залозу дуоденальних виразках запропоновано метод профілактики неспроможності кукси дванадцятипалої кишки внаслідок білявиразкового панкреатиту.

5. Запропонований алгоритм хірургічних маніпуляцій на куксі дванадцятипалої кишки, при постбульбарних локалізаціях виразок, полегшує оперативну техніку, покращує результати хірургічного лікування цієї групи хворих.

Теоретичне значення результатів дослідження. Детально досліджена динаміка макроскопічних, морфологічних і гістохімічних змін у зоні швів кукси дванадцятипалої кишки сформованої різними способами; вивчена динаміка внутрішньодуоденальної гіпертензії в післяопераційному періоді при різних методах декомпресії сформованої кукси дванадцятипалої кишки.

Практичне значення результатів дослідження. Розроблені та впроваджені в практику: методика зашивання кукси дванадцятипалої кишки при ускладнених постбульбарних дуоденальних виразках, спосіб профілактики неспроможності кукси дванадцятипалої кишки внаслідок

білявиразкового панкреатиту; спосіб визначення критичного рівню виділення ускладненої постбульбарної виразки при операції "на вимкнення"; спосіб демукозації кукси антрального відділу шлунку при операції "на вимкнення".

Запропонований алгоритм хірургічних маніпуляцій при формуванні дуоденальної кукси покращує результати оперативного лікування хворих з ускладненими постбульбарними виразками дванадцятипалої кишки і може бути рекомендованим для використання в практичній медицині.

Впровадження наукових розробок в практику. Результати дисертаційних досліджень впроваджені в хірургічних відділеннях 1, 2-ї міських, обласної, центральної районної клінічних лікарнях м. Полтави; введені в програму навчання студентів на кафедрах оперативної хірургії та топографічної анатомії, факультетської хірургії Української медичної стоматологічної академії (м. Полтава).

Апробація результатів дослідження. По темі дисертації опубліковано 12 друкованих робіт, одержано рішення про видачу Патенту України, одержано посвідчення на 6 раціоналізаторських пропозицій. Основні положення дисертаційної роботи повідомлені і обговорені на I-му Національному конгресі анатомів, гістологів, ембріологів та топографоанатомів України (Івано-Франківськ, 1994), на III-ї науковій конференції морфологів "Морфофункціональний статус млекопитаючих и птиц" (Сімферополь, 1995), на I-му Міжнародному конгресі з інтегративної антропології (Тернополь, 1995), на науковій конференції анатомів, гістологів, ембріологів та топографоанатомів України "Актуальні проблеми функціональної анатомії судинної системи", присвяченої 100-річчю від дня народження професора А.П.Любомудрова (Львів, 1995).

Структура та обсяг дисертації. Дисертація викладена на 174 сторінках машинописного тексту, який включає вступ, чотири глави, обговорення, висновки, практичні рекомендації, покажчик літератури, що

містить 233 джерла відчизняної та 96 - іноземної літератури. Дисертація ілюстрована 16 таблицями та 23 малюнками.

Особистий внесок дисертанта у розробку основних положень дисертації. Всі положення, що винесені на захист розроблені автором.

Основні положення дисертації, що виносяться на захист.

1. Методики формування кукси дванадцятипалої кишки, методи профілактики її неспроможності при ускладнених постбульбарних виразках.

2. Порівняльна оцінка морфологічних досліджень репаративних процесів у сформованій різними способами куксі дванадцятипалої кишки та динаміка внутрішньодуоденального тиску в післяопераційному періоді.

3. Алгоритм хірургічних маніпуляцій при формуванні кукси дванадцятипалої кишки при резекції шлунку з приводу ускладнених постбульбарних виразок.

ОБ'ЄКТ, МЕТОДИ ТА МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Для вирішення поставлених в роботі завдань в експерименті на 32 беспородних собаках вивчені заживлення кишкових швів у сформованій короткій куксі дванадцятипалої кишки та комплекс заходів по профілактиці дуоденальної гіпертензії в післяопераційному періоді.

Під тіопенталовим наркозом після премедикації в асептичних умовах виконувалась резекція шлунку по Більрот-II. Куксу дванадцятипалої кишки зашивали відкритим способом: 16-ти тваринам (перша група) - кукса дванадцятипалої кишки зашивалась безперервним дворядним спіралеподібним швом з інвагинацією в кисетний шов (рішення про видачу Патенту України N 93121827, від 17.11.94). 16-ти тваринам (друга група) - кукса дванадцятипалої кишки зашивалась методами Кривошеєва: метод

"капошону", що занурюється (1954р.) та Юдина: метод "равлика" (1936р.). Внутрішній ряд швів в обох групах накладався розсмоктуючими нитками (Lyofil, Catgut plain, 3-0, F 6644, Pfrimmer-Viggo, West Germany: очищений кетгут 3/0); зовнішній - капроном, N 3. Потім у половини тварин обох груп створювали утруднення для відтоку дуоденального вмісту: формували в області зв'язки Трейтца перегин кишки у вигляді "двостволки". У тварин, що залишилися (по 8 з кожної групи) цю зону мобілізували. Закінчевали операцію введенням через гастростому поліхлорвінілової трубки в дванадцятипалу кишку.

Після операції тварин розташовували в окрему клітку в віварії, де вони знаходились під постійним наглядом. Інфузійну терапію проводили в перші три доби після операції. Обсяг інфузії залежав від кількості дуоденальних втрат. З другої - третьої доби післяопераційного періоду тварин переводили на ентеральне живлення, терапевтичні міроприємства припиняли.

Дуоденостомічна дренажна трубка не перетискувалась, а занурювалась в гумову рукавичку, куди вільно витікав дуоденальний вміст. Трубка та рукавичка фіксувались під бинтову пов'язку. На протязі післяопераційного періоду двічі на день всім тваринам вимірювали внутрішньодуоденальний тиск за допомогою апарату Вальдмана та проводили облік кількості виділеного дуоденального вмісту. Для об'єктивного обліку кількості виділень введено коефіцієнт втрат - доля маси тіла собаки, що втрачається за добу (к, %).

Евтаназію проводили в запрограмовані строки: на 3-ю, 5-у, 7-у и 15-у добу після операції.

При проведенні морфологічних досліджень особлива увага приділялась перебігу репаративних процесів в сформованій різними способами дуоденальній куксі. Стан тканин кукси по лінії шва вивчали на різних

структурно-функціональних рівнях: органному, тканинному, клітковому та молекулярному. Для цього використовували макроскопічний, мікроскопічний та гістохімічний методи дослідження.

Підчас секції вивчали макроскопічні зміни в зоні кукси дванадцятипалої кишки, котра гострим шляхом виділялась для подальшого гістологічного дослідження.

При гістологічному дослідженні тканини фіксували в 4 % розчині нейтрального формальдегіду з подальшим промиванням в проточній воді і послідуною проводкою через батарею спиртів з підвищенням міцності. Після просвітлення в ксилолі препарат в зоні шва кукси дванадцятипалої кишки розтинали на шматочки, розміром 1,0 x 1,0 см, в котрих лінія шва знаходилась в центрі і заливали парафіном. Підготовку і заливку тканин в парафін проводили по загальноприйнятих схемах, викладених в посібнику Г.А.Меркулова (1969). Зрізи товщиною 8 - 14 мкм одержували на мікромомі МПС-2.

Гістологічні зрізи, одержані з парафінових блоків, фарбували гематоксиліном і еозином для оглядової мікроскопії; пікрофуксином по ван-Гізон - для дослідження розвитку сполучної тканини; способом Маллорі - для виявлення фібрину. За допомогою ШК-реакції з дофарбуванням альціановим синім виявляли наявність нейтральних глікозаміногліканів, що входять до складу мукопротеїдів. Зафарбуванням Суданом-III виявляли нейтрофільні лейкоцити серед запального кліткового інфільтрату.

По гістотопогамі та динаміці гістохімічних реакцій визначали зміни в зоні шва кукси дванадцятипалої кишки, сформованої різними способами і в різні періоди її заживлення.

Морфологічні дослідження проведені і консультовані на кафедрі патологічної анатомії УМСА к.м.н., доцентом Л.Г.Ніколенко.

Клінічні спостереження проведені у 107 хворих з ускладненими постбульбарними виразками дванадцятипалої кишки - які становили 8,0 % від загальної кількості оперованих хворих в клініках міста Полтави в період з 1989 по 1995 р.

Чоловіків було 82 (76,6%), жінок - 25 (23,4 %). Вік хворих коливався від 22 до 76 років.

Клінічна картина захворювання характеризувалась великою різноманітністю симптомів, "маскуючих" його під інші захворювання органів системи травлення, впертим агресивним перебігом, швидким розвитком тяжких поєднаних ускладнень.

Діагноз ускладненої постбульбарної виразки дванадцятипалої кишки встановлювали при фіброгастродуоденоскопії та поліпозиційному рентгеноскопічному дослідженні.

Виразки локалізувались у 91,5 % в верхньогоризонтальному відділі і верхньому згині дванадцятипалої кишки, у 8,4 % - в нисхідному відділі. В 26,2 % випадків зустрічались циркулярні низькорозміщені виразки, в 36,5 % - гігантські виразки.

В усіх хворих постбульбарна виразка дванадцятипалої кишки була ускладнена. Як правило, ускладнення були поєднаними та численними. У 107 хворих виявлено 354 тяжких ускладнень, обумовлених виразковим процесом. Зашивання перфоративної виразки раніше проводилось 28 (26,2 %) хворим. Профузна виразкова кровотеча виникла у 40 (37,4 %), повторна - у 14 (13,1 %), багаторазова - у 4 (3,7 %). У 96 (89,7 %) хворих виразки пенетрували в прилеглі органи панкреато-дуоденальної зони, 49 (45,8 %) - в кілька органів. У 69 (64,5 %) хворих діагностовано стеноз просвіту дванадцятипалої кишки на рівні виразки, з яких в 39,1 % - декомпенсований. Інтраопераційно в усіх цих хворих має місце виразний перидуоденит та великі білявиразкові запальні інфільтрати, з яких в 20,6 % - вони становили

собою конгломерат розміщених поруч органів.

Передопераційна підготовка перед плановою операцією включала, окрім курсу сучасного противиразкового лікування, ендоскопічний вплив на ділянку виразки. На протязі 9 - 14 днів на ділянку виразки через зонд фіброгастроуденоскопа проводили аплікацію-заливку суміші аерозолей "Пропосол" і "Ротокан" (1 : 1), яким властиве виразна протизапальна та знеболююча дія, а також масла обліпихи, яке сприяє епітелізації виразкового кратеру.

Хворим, що поступили в клініку з гострою шлунково-кишковою кровотечею, при неефективності консервативного лікування та при кровотечі, що триває, виконували екстрене хірургічне втручання на висоті кровотечі.

В залежності від методу оперативного лікування хворі були розділені на дві групи. За віковим станом, статі, наявності супутньої патології в обох групах хворі ідентичні. Першій групі (80 хворих) виконана резекція шлунку з видаленням або екстратериторізацією пенетруючої постбульбарної виразки дванадцятипалої кишки та формуванням дуоденальної кукси запропонованим нами способом. Оперативні втручання виконували як в плановому, так і екстремому порядку. Планово оперовано - 62 (77,5 %), невідкладно з профузною кровотечею - 18 (22,5 %) хворих. В переважній більшості хворих (86,3 %) постбульбарна виразка пенетрувала в близькорозміщені органи, стенозувала просвіт дванадцятипалої кишки (58,8 %). Гігантські виразки знайдені у 28,8 %, циркулярні - у 21,3 % хворих.

Оперативне втручання проводили під ендотрахеальним наркозом, виконували верхньо-серединну лапаротомію. Шлунок і дванадцятипалу кишку широко мобілізували та виділяли з виразкового запального інфільтрату. По нижньому краю кратера пенетрації кишку косо перетинали з залишенням язикоподібного клаптя, протилежного виразці. Таким чином,

постбульбарна виразка дванадцятипалої кишки екстратериторизувалась або видалялась. Після надійного гемостазу формували куксу дванадцятипалої кишки розробленим нами способом. Просвіт кукси розкривали та утримували двома контрлатеральними трималками; під контролем зору накладали напівкисет на основу дванадцятипалої кишки через відсепаровану від кратера виразки стінку з захватом рубцевих тканин. Потім на основу відкритої кукси дванадцятипалої кишки над напівкисетом через всі шари стінки кишки проводили довгу нитку і зав'язували її, залишаючи рівні кінці від вузла. Один кінець нитки залишали біля вузла, другим - прошивали обидві стінки дванадцятипалої кишки натягнутої між трималками через всі шари так, щоб прошиваючи, нитка утворювала безперервну спіраль. Завдяки цьому прийому досягалось щільне змикання стінок кишки. Вільним кінцем нитки, залишеним біля вузла, накладали другий ряд безперервного спіралеподібного шва, захоплюючи серозно-м'язову оболонку стінок кишки таким чином, щоб перший ряд шва занурився в просвіт кишки. Проведені на протилежну сторону кишки кінці ниток дворядного спіралеподібного шва зв'язували між собою, гофруючи шов кукси. Опісля накладали повний кисетний шов, продовжуючи накладений раніше напівкисет так, щоб залишався мінімальний замкнений простір після інвагінації дворядного спіралеподібного шва в кисет. Сформовану куксу дванадцятипалої кишки одинарними швами підшивали до зовнішнього краю кратера виразки, тампонуючи його куксою, чим досягали її повної перитонізації. Кожний шов перед занурюванням в наступний обробляли спиртом. Після формування кукси дванадцятипалої кишки проводили типову резекцію 2/3 шлунку з накладанням гастроентероанастомозу по Більрот - II, в різних модифікаціях, або гастродуоденоанастомоз по Габереру (кінець-в-бік). Потім розтинали зв'язку Трейтца та опускали дуоденоєюнальний перехід. До кукси дванадцятипалої кишки підводили рукавично-трубчатий дренаж через контрапертуру у правому підреб'ї.

В другій групі (27 хворих) провести резекцію постбульбарної виразки виявилось неможливим. При пенетруючих постбульбарних виразках, що локалізуються в безпосередній близькості від великого дуоденального сосочка, з деформуючим панкреато-дуоденальну зону запальним інфільтратом та при наявності холедохо-дуоденальної нориці проводилась резекція шлунку "на вимкнення" в плановому порядку. Протипоказанням до цього виду хірургічного втручання вважали виразкову кровотечу. В усіх хворих цієї групи виразка пенетрувала в оточуючі органи, у 81,5 % - стенозувала просвіт кишки, у 59,3 % - була гігантською, у 40,7 % - циркулярною. У 4-х хворих була холедохо-дуоденальна нориця.

В післяопераційному періоді хворим проводили адекватну інфузійну та антибактеріальну терапію. На ентеральне живлення хворих переводили з 4 - 5 доби після операції. Дренажі видаляли на 5 - 7 добу, шви знімали на 7 - 10 добу після операції.

Оцінку ефективності лікування хворих обох груп проводили на основі динаміки комплексних клініко-лабораторних та біохімічних досліджень, строків перебування хворих в стаціонарі. При цьому враховувались інтраопераційна характеристика виразкового процесу, ускладнення, місцеві білявиразкові зміни, стан хворого до операції, перебіг післяопераційного періоду. Одержані дані оброблені статистично за допомогою методу варіаційної статистики та непараметричних методів на персональних комп'ютерах ЕС-1841, ІВМ-386.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Експериментальна частина. Встановлено, що у тварин з перегином дуоденоєюнального переходу внутрішньодуоденальний тиск в 1 - 4 добу після операції досягав 200 - 350 мм вд. ст. і до 5 - 6 доби знижувався до верхньої межі норми (80 - 120 мм вд. ст.). У тварин з мобілізацією цієї зони тиск в куксі

дванадцятипалої кишки не перевищував показників норми (від 80 до 140 мм в.д. ст.).

У тварин з перегином дуоденоєюнального переходу кількість дуоденальних виділень по дренажу в 1 - 4 добу після операції досягала 1,5 - 2,0 % від маси тіла собаки; у тварин з мобілізацією цієї зони - не перевищувала 0,3 %.

Отже, підвищення внутрішньодуоденального тиску і застій дуоденального вмісту залежить від високого розміщення зв'язки Трейтца з гострим кутом біля дуоденоєюнального переходу. Хоча дренажна трубка була постійно відкрита, адекватного зниження дуоденальної гіпертензії не спостерігалось. Зовнішня декомпресія, як самостійний метод, не забезпечує нормалізації внутрішньодуоденального тиску. Мобілізація зв'язки Трейтца супроводжується виразним зниженням дуоденальної гіпертензії та зменшує ймовірність виникнення неспроможності швів кукси дванадцятипалої кишки.

При макроскопічному дослідженні кукси дванадцятипалої кишки, сформованої методами Юдіна та Кривошеєва, розсмоктуюча нитка наскрізного обвивного шміденовського шва лягає на краї слизових оболонок по стику стінок кишки і не забезпечує адаптації слизових оболонок по лінії шва. В післяопераційному періоді в ділянці лінії шва виникає діастаз країв кишкової стінки, крайовий некроз і виразки. Кишечний інвагінат (метод Кривошеєва) створює замкнену септичну порожнину в сформованій куксі. При формуванні "равлика" Юдіна внутрішній обвивний шов місцями прорізувався через натягування тканин, що зшиваються, що вело до інфікування швів кукси та ненадійності гемостазу.

При мікроскопічному дослідженні лінії швів кукси дванадцятипалої кишки, сформованої запропонованим нами способом, спостерігається послаблення та згасання до 5-ї доби після операції

травматичного серозного запалення в слизовій оболонці стінки кукси з регенерацією слизової оболонки за рахунок базальних залоз, що збереглися. Раннє заживлення кишкової стінки кукси по лінії шва проходить по типу первинного натягу, з повним відновленням функції слизової оболонки дванадцятипалої кишки до 7-ї доби після операції.

При гістологічному вивченні лінії швів дуоденальної кукси зашитої методами Юдіна та Кривошеєва на 3-ю и 5-у добу експерименту виявлено наростання травматичного запалення всіх шарів стінки кишки з ознаками виразного порушення лімфо- та кровообігу, загибелі базальних залозистих структур з явищами нагноєння і міоцитолізу, дистрофії та некрозу кишкової стінки. До 7-ї доби після операції формується грануляційна тканина широким шаром в зоні шва кукси з неповною регенерацією слизової оболонки у вигляді незрілих залозистих структур. До 15-ї доби - формувалась рубцева тканина в області шва кукси, покрита епітелієм, з частковим відновленням функції неповноцінних залоз - заживлення вторинним натягом.

О.Є.Костін (1989) встановив, що розсмоктуюча (кетгутова) нитка під дією агресивного внутрішньодуоденального середовища деформується й розволокнується. До п'ятої доби експозиції в цих умовах міцність кетгуту знижується в 2,5 рази.

За нашими даними розсмоктуюча нитка в безперервному дворядному спіралеподібному шві забезпечує герметичність кукси та раннє заживлення стінки кишки. Розсмоктування ниток виключає їх відторгнення, прорізання і пов'язані з цим ускладнення. Механічну міцність забезпечує внутрішній ряд розсмоктуючого шва, захищений від дії дуоденального вмісту слизовою оболонкою кишки, зашитої першим рядом шва. Обидва ряди безперервного спіралеподібного розсмоктуючого шва створюють достатню адаптацію країв стінки кишки по лінії шва.

В сформованій по нашій методиці дуоденальній куксі на всьому протязі

лінії шва простежувалась адаптація та щільне дотикання слизової оболонки дванадцятипалої кишки. Рубець формувався в ранні строки. Широка мобілізація дуоденоєюнального переходу забезпечує виразне зниження дуоденальної гіпертензії.

Проведені експериментальні дослідження дали можливість застосувати розроблений нами спосіб зашивання кукси дванадцятипалої кишки в клініці у хворих з ускладненою постбульбарною виразкою.

Клінічна частина. Встановлено, що неспроможності кукси дванадцятипалої кишки сприяють: груба оперативна техніка; недостатня мобілізація дванадцятипалої кишки; перев'язка живлячих куксу судин; роздавлювання тканин стінки кишки затискачами; травма підшлункової залози, загального жовчного протоку; недостатньо старанне зашивання кукси; невідповідний вибір шовного матеріалу; створення замкненої порожнини між швами кукси; близьке розміщення до лінії швів фатерового сосочка; внутрішньодуоденальна гіпертензія; травма сформованої кукси дренажами; анемія та виснаження хворого.

На основі встановленого механізму дії негативних факторів на надійність кукси дванадцятипалої кишки при ускладнених постбульбарних виразках необхідно своєчасно проводити профілактичні міроприємства. Дії хірурга повинні бути початково комплексними і відповідати розробленій схемі, спрямованій на формування надійної кукси дванадцятипалої кишки.

Застосування ендоскопічної лікувальної дії на ділянку виразкового кратеру в комплексі з традиційною медикаментозною терапією, як передопераційної підготовки, сприяє зменшенню запального інфільтрату в ділянці виразки, що забезпечує менш травматичне та більш радикальне виконання оперативного втручання.

Спосіб зашивання дуоденальної кукси в умовах виразного запального інфільтрату та рубцевої деформації панкреатодуоденальної зони при

ускладнених низьких виразках дванадцятипалої кишки визначає успіх операції. Розробленим нами способом оперовано 80 (перша група) хворих.

У 72 (90 %) хворих виконана резекція шлунку по Більрот-II в різних модифікаціях, у 8 (10 %) - резекція шлунку по Більрот-I в модифікації Габерера ("кінець-в-бік"). Всім хворим першої групи куксу дванадцятипалої кишки зашивали розробленим нами способом. Зашивання кукси проводили після широкої мобілізації дванадцятипалої кишки по Кохеру та розтинання рубцевих накладень в ділянці інфільтрату. Для профілактики дуоденальної гіпертензії проводили мобілізацію зв'язки Трейтца по Strong'y.

Дренування кукси дванадцятипалої кишки тонким трансназальним зондом не проводили. За нашими даними і даними літератури (Вітебський Я.Д. та співавт., 1985) зовнішнє дренування кукси не попереджує післяопераційного дуоденостазу, але збільшує кількість післяопераційних легневих ускладнень. Ускладнень з боку кукси дванадцятипалої кишки не було.

В профілактиці неспроможності кукси дванадцятипалої кишки велике значення надається мінімальній травмі підшлункової залози під час виділення гігантської пенетруючої в неї дуоденальної виразки, ретельній зупинці кровотечі з арозованої судини у виразковому кратері. Білявиразковий панкреатит супроводжується місцевою ферментативною агресією, порушенням процесів заживлення, деструкцією стінки кишки сформованої кукси дванадцятипалої кишки.

У 70 (65,4 %) обстежених хворих розвинувся супутній виразковій хворобі хронічний панкреатит. В усіх хворих з хронічним панкреатитом виявлена глибока пенетрація виразки в підшлункову залозу. Хронічний панкреатит проявлявся ущільненням та збільшенням підшлункової залози, наявністю дифузного запального інфільтрату, зрощень з оточуючими тканинами та органами. В таких умовах незначна травма підшлункової

залози може сприяти прогресуванню панкреатита, аж до розвитку деструктивних форм.

В 93 (86,9 %) оперованих хворих постбульбарні виразки дванадцятипалої кишки глибоко пенетрували в тканину підшлункової залози. В 39 (41,9 %) з них пенетруючий кратер перевищував в діаметрі 2,0 см, в 19 (20,4 %) - був розміром від 4,0 до 8,0 см.

На висоті кровотечі оперовано 18 (16,8 %) хворих з постбульбарними виразками дванадцятипалої кишки, що кровоточать. Цим хворим при зупинці кровотечі прошивали судину, що кровоточить в кратері пенетрації, захоплюючи в шов тканину підшлункової залози.

Хірургічна тактика при маніпуляціях в ділянці гігантських пенетруючих в підшлункову залозу низьких виразках дванадцятипалої кишки з масивним білявиразковим інфільтратом передбачає стабілізацію і регресування панкреатиту. В комплексі з іншими лікувальними заходами нами використані для профілактики неспроможності кукси дванадцятипалої кишки ряд інтраопераційних прийомів. При формуванні кукси дванадцятипалої кишки безпосередньо поблизу від гігантських кратерів пенетрації в підшлункову залозу нами запропоновано спосіб профілактики неспроможності дуоденальної кукси при наявності супутнього локального білявиразкового панкреатиту.

Дванадцятипалу кишку виділяли з рубцевих накладень і запального інфільтрату чітко по вентральній безсудинній стінці кишки, щоб капсула підшлункової залози не травмувалась. Після зашивання кукси та прошивання судини, що кровоточить в виразковому кратері, викроювали відповідно розмірів кратеру пасмо великого сальника на живлячій ніжці. До пасма сальника фіксували мікроіригатор. Зформованим пасмом сальника тампонували виразковий кратер так, щоб кінець мікроіригатора підходив до дна виразки і по її периметру рідкими одинарними швами сальник фіксували

по краям виразки. Куксу дванадцятипалої кишки вкладали на виповнений сальником кратер виразки і одинарними швами підтягували та фіксували до кратеру пенетрації, сальника та капсули підшлункової залози. Кукса дванадцятипалої кишки, таким чином, вкладалась на "сальникову подушку". Через мікроіригатор в ділянку виразкового кратеру повільно крапельно вводили 200 мл 0,25 % розчину новокаїну з 20 000 ОД контрикалу та 1,0 канаміцину. Здійснювалась активна аспірація промивного розчину через дренажну трубку в під'єднану "грушу-гармошку". Видаляли мікроіригатор на 5 - 6 день після операції. Бережлива тактика оперативного втручання при гігантських, що кровоточать, пенетруючих низькорозміщених дуоденальних виразках забезпечує надійне укриття кукси дванадцятипалої кишки і попереджує розвиток післяопераційного панкреатиту.

Вивчення місцевих змін при виразковому інфільтраті дало можливість визначити топографоанатомічні орієнтири, що обмежують виділення постбульбарної виразки, розміщеної безпосередньо біля фатерового сосочка. При виконанні ревізії панкреато-дуоденальної зони визначали критичний рівень можливого виконання радикальної резекції шлунку з екстериторизацією постбульбарної виразки, або відмови від неї і виконання резекції шлунку "на вимкнення".

Абсолютним протипоказанням до виконання резекції шлунку "на вимкнення" ускладненої постбульбарної виразки вважаєм виразкову кровотечу не тільки підчас госпіталізації хворого, але й в анамнезі на протязі передуючого операції року; відносними - виразний больовий синдром, пов'язаний з глибокою пенетрацією виразки в підшлункову залозу та передперфоративний стан передньої стінки дванадцятипалої кишки.

Однак остаточне рішення про виконання резекції "на вимкнення" ускладненої постбульбарної виразки приймали під час операції, після ревізії панкреато-дуоденальної ділянки.

В профілактиці післяопераційних ускладнень основним залишається диференційований підхід до вибору методу операції.

З метою профілактики неспроможності кукси дванадцятипалої кишки при резекції шлунку "на вимкнення" виконували її надворотарний варіант. Підворотарний варіант резекції шлунку "на вимкнення" потребує широкої мобілізації дванадцятипалої кишки з інфільтрату для інвагінації кукси, що при залишенні виразки може привести до девіталізації стінки кишки й неспроможності кукси.

При виконанні надворотарного варіанту резекції шлунку "на вимкнення" ускладненої постбульбарної виразки дванадцятипалої кишки виділяємо ряд етапів зашивання її кукси: збереження достатнього кровопостачання стінки кишки й частини антрального відділу шлунку, що залишається; повна демукозація й ретельний гемостаз при формуванні серозно-м'язової манжетки; суворе дотримання асептики і надійне зашивання кукси дванадцятипалої кишки.

Запропоновані нами методи профілактики неспроможності кукси дванадцятипалої кишки при ускладнених постбульбарних виразках базуються на розроблених оперативних прийомах, котрі забезпечують раннє і надійне заживлення кукси, виключають внутрішньодуоденальну гіпертензію та розвиток післяопераційного панкреатиту.

Підчас оперативного втручання з приводу ускладнених постбульбарних виразок дванадцятипалої кишки нами визначений алгоритм (кінцевий набір правил дозволяючий чисто механічно вирішувати будь-які конкретні задачі), приписуючий порядок виконання операції:

- створення адекватного операційного простору,
- ретельна ревізія панкреато-дуоденальної зони,
- вибір виду операції,

-* широка мобілізація дванадцятипалої кишки з послідуочим виділенням її з інфільтрату,

- * екстратериторізація виразкового кратеру,

- формування дуоденальної кукси,

- мобілізація дуоденоєюнального переходу,

- резекція шлунку,

- дренивання підпечінкового простору.

(* - виключені при резекції шлунку "на вимкнення").

Використання розроблених нами способу зашивання дуоденальної кукси та алгоритму оперативного втручання при ускладнених постбульбарних виразках забезпечують надійність і герметичність швів кукси дванадцятипалої кишки, знижує операційний ризик при виконанні технічно складної резекції шлунку. Всі хворі, оперовані з приводу ускладнених постбульбарних виразок дванадцятипалої кишки, видужали. Неспроможності швів кукси дванадцятипалої кишки не було.

ВИСНОВКИ

1. Ускладнені постбульбарні виразки дванадцятипалої кишки зустрічаються в 8,0 % хворих, кількість їх не має тенденції до зменшення й супроводжується небезпечними для життя ускладненнями в перед- і післяопераційному періодах.

2. Оперативне втручання при ускладнених постбульбарних виразках дванадцятипалої кишки необхідно проводити диференційовано з урахуванням локалізації виразки та її ускладнень. Операцією вибору залишається резекція шлунку з видаленням або екстратериторізацією виразки.

3. Розроблений нами спосіб зашивання кукси дванадцятипалої кишки з використанням безперервного дворядного спіралеподібного шва та її інвагінацією в адекватний кисетний шов забезпечує більш раннє заживлення її швів первинним натягом.

4. Алгоритм оперативного втручання з адекватним вибором способу операції з урахуванням інтраопераційної характеристики виразкового процесу, попереджує виникнення важких післяопераційних ускладнень, знижує операційний ризик.

5. Операція "на вимкнення" ускладненої постбульбарної виразки виконується, як виняток, при високому ризику виділення виразки в зоні великого дуоденального соска і відсутності виразкової кровотечі в анамнезі.

6. Профілактика неспроможності кукси дванадцятипалої кишки при резекції шлунку полягає в зменшенні явищ перидуоденіту шляхом премінення адекватної терапії в передопераційному періоді, мінімальної інтраопераційної травми тканин панкреатодуоденальної зони, надійному зашиванні кукси дванадцятипалої кишки розробленим нами способом, попередженні внутрішньодуоденальної гіпертензії та цілеспрямованому веденні післяопераційного періоду.

7. Розроблений алгоритм операції і спосіб зашивання кукси дванадцятипалої кишки при ускладнених постбульбарних виразках її може бути рекомендований до застосування в хірургічній практиці.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Хворих з постбульбарною виразкою дванадцятипалої кишки відносить до групи підвищеного ризику в зв'язку з можливими інтраопераційними труднощами формування кукси дванадцятипалої кишки.

2. Хворим з постбульбарними виразками дванадцятипалої кишки, які готуються до планової операції, в передопераційному періоді для зменшення явищ перідуодениту проводить на ділянку виразки курс ендоскопічних лікувальних апликацій.

3. Для забезпечення повільних маніпуляцій на куксі дванадцятипалої кишки необхідно створювати адекватний операційний простор та максимально мобілізувати дванадцятипалу кишку по Кохеру на усему її протязі до нижньої порожнистої вени.

4. Для формування кукси дванадцятипалої кишки в умовах білявиразкового інфільтрату при постбульбарних виразках необхідно використовувати безперервний дворядний спіралеподібний шов, який занурюється в кисетний шов, по запропонованій нами методиці.

5. Використання розсмоктуючийся нитки в безперервному дворядному спіралеподібному шві створює добродійні умови для герметичності швів і більш раннього загоєння рани кишки.

6. Для профілактики неспроможності кукси дванадцятипалої кишки внаслідок локального білявиразкового панкреатиту при гігантських дуоденальних виразках необхідно сформовану куксу укласти і фіксувати на пасмо великого сальника, яким вистілається виразковий кратер по запропонованій нами методиці.

7. Для надійного закриття дванадцятипалої кишки при операції "на вимкнення" ускладненої постбульбарної виразки необхідно її виконувати в надворотарному варіанті з повною асептичною демукозацією кукси антрального відділу шлунка.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ, ЩО ВІДОБРАЖУЮТЬ ОСНОВНІ ПОЛОЖЕННЯ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Хирургическое лечение осложненной низкорасположенной язвы двенадцатиперстной кишки // Клініч. хірургія. - 1995. - N. 3. - С. 18-20. (Співавт. Дуденко Ф.І., Лисенко Б.П., Ковальов О.П., Баштан В.П. та ін.).

2. Профилактика возникновения несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки при локальном околоязвенном панкреатите // Клініч. хірургія. - 1995. - N 3.- С. 20-22.

3. Выбор метода хирургического лечения осложненных низкорасположенных язв двенадцатиперстной кишки // Вестник проблем современной медицины. - Харьков, 1995. - N 6. - С. 120-127.

4. Непосредственные результаты хирургического лечения больных при низких (постбульбарных) язвах двенадцатиперстной кишки // Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии. - Харьков, 1994. - Т. 2. - С. 41. (Співавт. Дуденко Ф.І., Лисенко Б.П., Ковальов О.П. та ін.).

5. Профилактика и лечение послеоперационного очагового околоязвенного панкреонекроза // Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии. - Харьков, 1994. - С. 74-75. (Співавт. Дуденко Ф.І., Лисенко Б.П., Ковальов О.П., Гірін Л.В. та ін.).

6. Новый вид хірургічного шва // Актуальні питання морфології. - Тези допов. 1 Національн. конгресу анатомів, гістологів, ембріологів та топографоанатомів України. - Івано-Франківськ, 1994. - С. 104. (Співавт. Лисенко Б.П., Лисенко Р.Б.).

7. Использование кетгута при ушивании культи двенадцатиперстной кишки // Фундаментальные и клинические аспекты современной реабилитации. - Тезисы докл. республ. науч.-практич. конференции. - Полтава, 1995. - С. 106.

8. Обоснование метода хирургического лечения больных с осложненными низкорасположенными язвами двенадцатиперстной кишки //

Фундаментальные и клинические аспекты современной реабилитации. - Тезисы докл. республ. науч.-практич. конференции. - Полтава, 1995. - С.126.

9. Профилактика дуоденальной гипертензии в сформированной культуре двенадцатиперстной кишки в эксперименте // Морфофункциональный статус млекопитающих и птиц. - Тезисы докл. 3-й научн. конференции морфологов. - Симферополь, 1995. - С. 194-195.

10. Внутридуоденальное давление в культуре двенадцатиперстной кишки при резекции желудка в эксперименте // Тези допов. 1 Міжнародного конгресу з інтегративної антропології. - Тернопіль, 1995. - С. 348-349.

11. Хирургическое лечение осложненных низкорасположенных язв двенадцатиперстной кишки // Тези допов. 1 Міжнародного конгресу з інтегративної антропології. - Тернопіль, 1995. - С. 349-350.

12. Профилактика несостоятельности швов "трудной" культуры двенадцатиперстной кишки при резекции желудка в эксперименте // Актуальні проблеми функціональної анатомії судинної системи / Матеріали наук. конферен. анатомів, гістологів, ембріологів і топографоанатомів України, присвяч. 100-річ. від дня народж. проф. А.П.Любомудрова. - Львів, 1995. - С.124-125.

Рішення про видачу Патенту України N 93121827 від 17.11.94 р.
"Спосіб ушивання відкритої кукси дванадцятипалої кишки при низькорозміщеній пенетруючій дуоденальній виразці" (Співавт. Скрипніков М.С., Лисенко Б.П., Лисенко Р.Б.).

Раціоналізаторські пропозиції:

1. Роздавлюючий шлунковий затискач. - Затверджено Українською медичною стоматологічною академією (м. Полтава), N 1741, від 25.04.94.

2. Спосіб створення адекватного операційного простору у черевній порожнині. - Затверджено Українською медичною стоматологічною академією (м. Полтава), N 1742, від 25.04.94.

3. Спосіб демукозації антрального відділу шлунку при резекції його "для вимкнення" низької дуоденальної виразки. - Затверджено Українською медичною стоматологічною академією (м. Полтава), N 1744, від 25.04.94.

4. Спосіб визначення критичного рівня виділення позацибулінної дуоденальної виразки. - Затверджено Українською медичною стоматологічною академією (м. Полтава), N 1745, від 25.04.94.

5. Спосіб профілактики неспроможності дуоденальної кулки внаслідок вогнищевого білявиразкового панкреонекрозу. - Затверджено Українською медичною стоматологічною академією (м. Полтава), N 1746, від 25.04.94.

6. Спосіб ушивання стінки дванадцятипалої кишки. - Затверджено Українською медичною стоматологічною академією (м.Полтава), N1756, від 17.03.95.

Summary:

Sheiko V.D. Optimisation of the surgical prophylaxis of duodenal stumps insolvency afther resection of stomach in case of postbulbar ulcers. Type-script thesis for competition of academic degree of the Candidate of medical sciences in speciality 14.01.03 - Surgery. Kiev state doctor's qualifing institute of the Ministry of Health. Kiev, 1996.

On the basis of carried clinico-experimental research the results of factors of reliability of formation of duodenal culde are presented. It was found out that the preposed way of duodenal culdoraphy helps earlier suturehealing by first intention and algorythm of operative interference prevents the appearance of

afteroperative complications and lowers operative risk. Results of the research were inculcated into practice.

Резюме:

Шейко В.Д. Оптимизация хирургической профилактики недостаточности культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка при осложненных постбульбарных язвах. Рукопись диссертации на соискание научной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03 - хирургия. Киевский государственный институт усовершенствования врачей МЗ Украины. Киев, 1996.

Защищается 12 научных работ, решение о выдаче патента Украины, 6 рационализаторских предложений, которые содержат экспериментальные исследования заживления культи двенадцатиперстной кишки в зависимости от способа ее закрытия, а также клинические данные формирования дуоденальной культи после резекции желудка при осложненных постбульбарных язвах. Предложенный способ ушивания культи двенадцатиперстной кишки обеспечивает более раннее заживление ее швов первичным натяжением, алгоритм оперативного вмешательства предупреждает возникновение тяжелых послеоперационных осложнений, снижает операционный риск. Результаты исследований внедрены в практику.

Ключеві слова: виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, постбульбарна виразка, кукса дванадцятипалої кишки, неспроможність швів.