

УДК 616.3-008.1-07-089

АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

**В.Н. Репин¹, М.В. Репин^{1*}, О.С. Гудков¹, А.С. Ефимушкина¹,
М.С. Артмеладзе², С.Н. Поляков³**

¹Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера,

²Медико-санитарная часть № 9 им. М.А. Тверье, г. Пермь,

³Городская клиническая больница № 4, г. Пермь, Россия

ASPECTS OF DIAGNOSIS AND RECONSTRUCTIVE-RESTORATIVE SURGERY IN FUNCTIONAL DISORDERS OF DIGESTIVE SYSTEM

V.N. Repin¹, M.V. Repin^{1*}, O.S. Gudkov¹, A.S. Efimusbkina¹, M.S. Artmeladze², S.N. Polyakov³

¹Perm State Medical University named after E.A. Wagner,

²Hospital № 9 named after M.A. Tverie, Perm,

³City Clinical Hospital № 4, Perm, Russian Federation

Цель. Улучшить непосредственные исходы и функциональные результаты операций на желудке, двенадцатиперстной кишке и взаимосвязанных с ними органах за счет совершенствования диагностики, хирургической коррекции и профилактики моторно-эвакуаторных и секреторных нарушений.

Материалы и методы. Для диагностики использовались специальные, в том числе оригинальные методики исследования: внутрижелудочная рН-метрия, баллонометрический, радиотелеметрический и тензометрический методы исследования моторики желудка и кишечника, радиоизотопные методики для оценки функционального состояния гепатобилиарной системы и желудочно-кишечного тракта, рентгенологические методики двойного контрастирования желудка и двенадцатиперстной кишки, эндоскопические методики, патоморфологические исследования, статистическая обработка результатов с использованием программ «Биостатистика».

Результаты. Селективная проксимальная ваготомия выполнена у 1248 больных, резекция желудка с формированием искусственного пилорического канала в разных объемах – от антрэктомии до субтотальной – у 2199 пациентов, гастрэктомия с формированием пищеводно-кишечного резервуара – у 190, реконструктивно-восстановительные операции по поводу послеоперационных функциональных расстройств – у 403.

У большинства больных можно добиться хороших результатов операции и предотвратить развитие послеоперационных осложнений за счет целенаправленной диагностики исходных нарушений, дифференцированного выбора способа операции, в зависимости от степени тяжести установленной па-

© Репин В.Н., Репин М.В., Гудков О.С., Ефимушкина А.С., Артмеладзе М.С., Поляков С.Н., 2016

тел. 8 902 808-43-97

e mail: max_repin@inbox.ru

[Репин В.Н. – доктор медицинских наук, профессор; Репин М.В. (*контактное лицо) – доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургии ФДПО; Гудков О.С. – кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской хирургии № 2; Ефимушкина А.С. – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры факультетской хирургии № 2; Артмеладзе М.С. – кандидат медицинских наук, врач-хирург; Поляков С.Н. – кандидат медицинских наук, врач-хирург].

тологии и соблюдения определенных технических приемов, обеспечивающих оптимальные условия для восстановления и сохранения важнейших функций пищеварительной системы.

Ключевые слова. Моторно-эвакуаторные нарушения, реконструктивно-восстановительные операции, селективная проксимальная ваготомия, резекция желудка, гастрэктомия.

Aim. The aim of the study was to improve the outcomes and functional results of gastric and duodenal surgeries and as well as those of associated organs at the expense of perfection of diagnosis, surgical correction and prevention of motor-evacuatory and secretory disorders.

Materials and methods. For diagnosis, the following special as well as original methods of study were used: intragastric pH-metry, balloonometric method, radiotelemetric and tensometric methods for assessment of gastric motor activity and intestinal motility; radioisotopic methods for estimation of functional status of hepatobiliary and gastrointestinal systems; roentgenological methods of double contrast study of the stomach and duodenum, endoscopic methods, pathomorphological studies, statistical processing of results with "Biostatic" program.

Results. One thousand two hundred and forty eight (1248) patients underwent selective proximal vagotomy; 2199 patients – gastric resection with formation of artificial pyloric canal in different volumes (from antrumectomy to subtotal); 190 patients – gastrectomy with formation of oesophageal-intestinal reservoir, 403 patients – reconstructive-restorative surgeries for postoperative functional disorders.

Conclusions. In most patients it is possible to reach good operative results and prevent development of postoperative complications at the expense of purposeful diagnosis of initial disorders, differentiated choice of surgical technique depending on the degree of severity of the diagnosed pathology and observation of certain techniques, providing optimal conditions for restoration and preservation of the most important functions of digestive system.

Key words. Motor-evacuatory disorders, reconstructive-restorative surgery, selective proximal vagotomy, gastric resection, gastrectomy.

ВВЕДЕНИЕ

Хирургия желудочно-кишечного тракта проделала долгий и сложный путь в разработке принципов и техники операций, от самых простых, направленных в первую очередь на спасение жизни больного, до сложнейших реконструктивно-восстановительных вмешательств, позволяющих устранять любые функциональные нарушения. Это стало возможным благодаря достижениям фундаментальной и прикладной науки в неразрывной связи с повседневной хирургической практикой, упорным анализом результатов работы, ошибок и осложнений. Именно в результате изучения неблагоприятных последствий таких операций, как гастроеюностомия, резекция желудка, гастрэктомия, удалось установить ведущие функциональные нарушения, которые определяют клиническую картину и течение таких распространенных заболеваний, как язвенная болезнь, опухоли и болезни

оперированного желудка. Накоплена мощная база исследований морфофункционального состояния секреторной функции желудка, двенадцатиперстной кишки, поджелудочной железы, пристеночного пищеварения тощей кишки, моторно-эвакуаторной функции, не говоря уже о сложных нейроэндокринных и сосудистых реакциях обеспечения всех физиологических процессов в организме в целом. Раскрытие патогенетических механизмов сложной послеоперационной патологии позволило определить ключевые звенья, на которые должна быть направлена операция: адекватная коррекция кислотопродуцирующей функции, резервуарной функции желудка и моторно-эвакуаторной деятельности двенадцатиперстной кишки. Получило развитие новое направление органосохраняющей хирургии, представляющее по сути профилактическое направление для достижения оптимальных результатов операций. В его основу положена концепция сохранения ре-

зервуарной функции желудка за счет денервации кислотопродуцирующих зон или путем экономных резекций желудка, выполняемых по показаниям: в связи с выраженными рубцово-язвенными изменениями, прежде всего в зоне пилородуоденального перехода, а также при декомпенсированных формах нарушения эвакуаторной функции желудка, двенадцатиперстной кишки (ДПК) при ее хронической непроходимости. Данные подходы вполне реализуемы как при плановых операциях, так и при неотложных вмешательствах по поводу наиболее частых осложнений патологии гастродуоденальной области. Не стали исключением органосохраняющие и моделирующие технологии и при онкологических операциях, связанных с удалением большей части или всего органа. Особое внимание при этом уделяется сохранению, восстановлению, а при необходимости созданию искусственных сфинктерно-клапанных структур в области желудочно-пищеводного и пилородуоденального переходов, а также создание различных резервуаров из тощей или толстой кишки [3, 7, 8, 11, 12, 14]. Вместе с тем справедливо мнение М.И. Кузина, «что ни один искусственный сфинктер не может компенсировать утрату пилорического жома», поэтому применение антирефлюксных технологий предполагает знание исходных функциональных особенностей оперируемых органов [4].

Неудовлетворительные результаты и осложнения хирургического лечения наиболее распространенных заболеваний желудка и ДПК далеко не всегда связаны с методиками операций, многие из которых хорошо отработаны и испытаны на практике. В большей степени прослеживается зависимость от недостатков хирургической техники или неадекватного выбора способа операции [6]. Это требует обоснования дифференцированного подхода к выбору как первичной, так и повторной реконструктивной операции для обеспечения адекватной проходимости

желудочно-кишечного тракта и предупреждения рефлюксных расстройств. Данный подход актуален и в отношении многих заболеваний, так как функциональные расстройства желудка и ДПК являются второй по частоте (после холедохолитиаза) причиной развития «постхолецистэктомического синдрома» и хронического панкреатита [1, 5].

Цель работы – улучшить непосредственные исходы и функциональные результаты операций на желудке, ДПК и взаимосвязанных с ними органах за счет совершенствования диагностики, хирургической коррекции и профилактики моторно-эвакуаторных и секреторных нарушений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У больных с патологией желудка, ДПК и функционально связанных органов пищеварения для диагностики использовались специальные методики исследования, часть из которых защищены патентами на изобретение. Кислотопродуцирующую функцию оценивали с применением внутрижелудочной и капсульной рН-метрии, моторную функцию – баллонометрическим, радиотелеметрическим и тензометрическим методами. Под руководством доцента Н.М. Плешковой и врача-радиолога, канд. мед. наук Т.Е. Вагнер разработан ряд оригинальных методик радиологической диагностики дуоденогастрального рефлюкса, нарушений динамики желчеоттока, недостаточности сфинктера Одди, позволяющих оценивать не только функциональное состояние гепатобилиарной системы, но и желудочно-кишечного тракта. Профессор Л.А. Герасимов разрабатывал и внедрял новые рентгенологические методики, например, двойное контрастирование желудка и ДПК, позволяющие регистрировать тонкие функциональные сбои работы сфинктерного аппарата.

Большое значение имеют патоморфологические исследования, позволяющие характеризовать морфогенез адаптационно-приспособительных процессов организма при различных функциональных отклонениях от нормы, а также послеоперационных состояниях. С участием профессора Н.С. Ефимовой изучена роль нарушения структуры и строения соединительной ткани в патологии желудочно-кишечного тракта. Учитывая многообразие функций соединительной ткани, изучение ее изменений позволило расширить представления о взаимосвязи синдрома дисплазии соединительной ткани с моторно-эвакуаторными и воспалительными заболеваниями желудка и кишечника.

Разработанная система интегральной оценки результатов эндоскопического исследования позволила оценивать тяжесть функционально-морфологических изменений пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, а также анализировать ее взаимосвязь с нарушениями сократительной деятельности желудочно-кишечного тракта, дисфункциями сфинктерного аппарата.

Статистическая обработка полученных результатов с использованием программ «Биостатистика» позволила достигнуть принципиально нового уровня характеристики функции органов и ее динамики до лечения и в различные сроки после операции, а также количественно охарактеризовать показатели качества жизни пациентов, отражающие эффективность реабилитационного периода.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Селективная проксимальная ваготомия (СПВ) выполнена у 1248 больных с осложненными и часто рецидивирующими дуоденальными язвами при неэффективности комплексного консервативного лечения. Операция применена у 458 больных с рубцо-

во-язвенным или рубцовым стенозом пилородуоденальной зоны, устраненным различными вариантами пилорoduоденопластики, у 358 пациентов с перфоративными язвами ДПК в реактивную стадию перитонита, у 422 – в отсроченном порядке при хронических язвах, осложненных кровотечением. У 96 из этих больных с хроническими дуоденальными язвами, протекающими на фоне дуоденостаза, СПВ дополняли дуоденоюноанастомозом по Грегори–Смирнову (рис. 1).



Рис. 1. Ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки с селективной проксимальной ваготомией и дуоденоюноанастомозом

Летальность после селективной проксимальной ваготомии по поводу язвы ДПК, осложненной стенозом, составила 1,3 %, после ушивания перфоративной язвы ДПК – 0,3 %; при кровоточащих язвах – 0,4 %. После СПВ, дополненной дуоденоюноанастомозом, летальных исходов не было. Отдаленные функциональные результаты были отличными и хорошими у 92 % обследованных. Рецидивы язв в сроки наблюдения от 2 до 10 лет за больными, оперированными по поводу перфорации язв, выявлены у 3,6 %. Отдаленные функциональные ре-

зультаты изучены у 64 человек из 96 оперированных, и они оценены как отличные и хорошие у 95 % обследованных. Эффективность хирургического лечения при этой патологии зависит от адекватной коррекции секреторной функции желудка и оптимального восстановления проходимости пилородуоденальной зоны. Предпочтительным среди дренирующих желудок операций считаем дуоденопластику, поскольку разрушение привратника при пилоропластике способствует дуоденогастральному рефлюксу. Непременным условием применения дуоденопластики в сочетании с ваготомией должна быть адекватная проходимость ДПК на всем протяжении.

Стремление к выполнению органосохраняющих операций вполне обосновано. Однако при длительном течении язвенной болезни, после многократных обострений, перенесенных перфораций в пилородуоденальной зоне развиваются грубые рубцовые изменения с вовлечением окружающих органов, затрудняющие восстановление проходимости ДПК. Не менее сложные ситуации возникают при пенетрирующих язвах, осложненных стенозами, кровотечением и инфильтратами, вовлекающими привратник. В подобных случаях более рациональными считаем резецирующие операции.

Резекция желудка с формированием искусственного пилорического канала в разных объемах – от антрэктомии до субтотальной – выполнена 2199 больным. На уровне намеченной резекции желудок пересекается со стороны большой кривизны между зажимами в поперечном направлении на протяжении 4–5 см. Из угла образовавшейся раны культи прошивается аппаратом УО-40 параллельно большой кривизне. Продолжая наложенный шов, под тупым углом к нему прошивается остальная часть желудка до верхней границы резекции по малой кривизне. Механический шов погружается отдельными серозно-мышечными швами.

Сформированная культя может быть свободно анастомозирована как с тощей кишкой, так и с ДПК (рис. 2).



Рис. 2. Техника резекции желудка с формированием искусственного пилорического канала

Разработанный способ формирования искусственного пилорического канала из большой кривизны желудка позволяет удалить малую кривизну на необходимом протяжении и вместе с тем сохранить значительную часть желудка за счет большой кривизны. Придание культе желудка конической формы обеспечивает порционную эвакуацию, то есть сохраняет резервуарную функцию желудка.

Восстановительный этап операции определяется состоянием дуоденальной проходимости: при отсутствии признаков хронической дуоденальной непроходимости формируется гастродуоденальное соустье или гастроеюнальный анастомоз на короткой петле с фиксацией ее к малой кривизне по Финстереру. Но если во время операции выявляется расширение диаметра ДПК, особенно в забрюшинном отделе, то обычно удастся обнаружить причину хронической дуоденальной непроходимости, чаще всего это артериомезентериальная компрессия.

В таких случаях наиболее оправданным является гастроэнтероанастомоз на длинной петле с межкишечным соустьем по принципу Бальфура, который формировали позадиободочно. Соблюдение этого приема считаем исключительно важным для обеспечения свободного опорожнения культи ДПК, особенно в случаях трудностей при ее ушивании. Анастомоз по Бальфуру обладает сходным с резекцией по Ру антирефлюксным эффектом, но выгодно отличается снижением риска пептического изъязвления за счет ощелачивания зоны гастроэнтероанастомоза. Это обстоятельство делает ее доступной для широкого применения в повседневной практике. Анастомозы формировали однорядным швом, за межкишечный анастомоз устанавливали ирригатор для энтерального зондового питания.

Непосредственные исходы резекции желудка с формированием пилорического канала изучены у 1395 больных с язвенной болезнью. Из их числа 393 оперированы на высоте кровотечения, 382 – на второй или третий день с момента поступления в связи с угрозой рецидива кровотечения и 620 – в отсроченном порядке. Летальность при экстренных и срочных операциях составила 6,2 %. Она связана, прежде всего, с острой кровопотерей и тяжелой фоновой патологией. Летальность при отсроченных операциях составила 0,8 %.

У 90 % больных в отдаленном периоде увеличилась масса тела от 2 до 25 кг, а снизилась на 2–3 кг лишь у 3 %. Секреция культи желудка уменьшились до гипоацидного уровня, внутрижелудочный pH в ответ на гистамин составил $2,36 \pm 0,33$. При рентгенологическом обследовании культи желудка имела хороший тонус и по форме после наложения гастродуоденального соустья напоминала нерезецированный желудок. Опорожнение культи было ритмичным, порционным и при гастродуоденальном соустье продолжалось в течение $105,0 \pm 7,4$ мин, при гастроеюнальном – $69,6 \pm 9,8$ мин, с равномерным распределением

контраста в тонкой кишке. Результаты признаны хорошими у 95 % обследованных и удовлетворительными – у 5 %. Большинство пациентов чувствуют себя абсолютно здоровыми и трудоспособными.

Гастрэктомия с формированием пищевода-кишечного резервуара проведена 190 пациентам, в том числе 86 – при раке, осложненном кровотечением, из них 9 больных оперированы экстренно, 9 – в срочном и 68 – в отсроченном порядке. При неосложненном раке гастрэктомия осуществлена 90 пациентам; 14 больным она выполнена при рецидивах рака после резекции желудка (рис. 3)

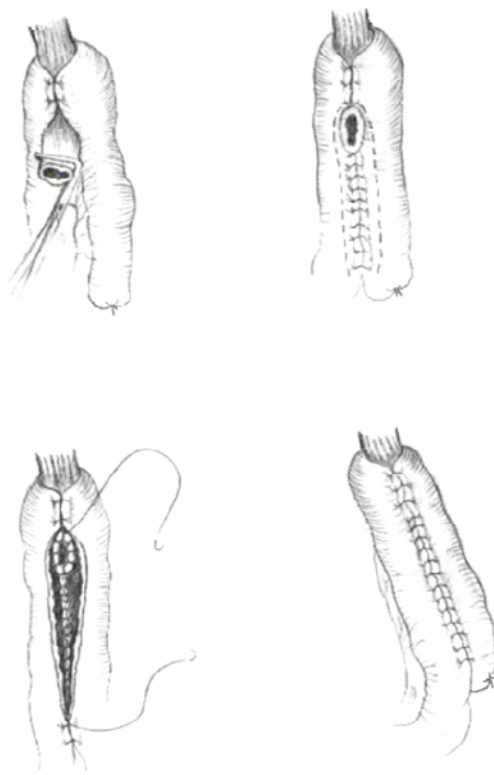


Рис. 3. Гастрэктомия с формированием резервуарного эзофагоеюноанастомоза

После гастрэктомии с формированием пищевода-кишечного резервуара несостоятельность пищевода-кишечного анастомоза возникла у 5 человек (2,5 %), при этом исходы были

летальными у 4. Все они оперированы по неотложным показаниям. У больных с неосложненным раком желудка несостоятельность пищевода наступила в одном случае (1,1 %) и закончилась выздоровлением. Послеоперационная летальность в целом составила 6,5 %, при кровоточащем раке – 8,1 %. При оценке отдаленных функциональных результатов операции в сроки от 1 года до 5 лет установлено, что муфтообразный пищеводно-кишечный анастомоз сохраняет замыкательную функцию. У больных нет клинических и выраженных эндоскопических признаков рефлюкс-эзофагита. При рентгенологическом исследовании эластичность стенок пищевода и резервуара была сохранена, резервуар приобретал форму, напоминающую резецированный желудок, с наличием в нем газового пузыря и перистальтических сокращений. Контрастное вещество задерживается в резервуаре от 40 до 60 мин и порционно поступает в отводящую петлю. В отдаленные сроки после операции больные принимают разнообразную пищу от 3 до 4 раз в сутки. Демпинг-синдром легкой степени и неустойчивый стул выявлены у 5 % обследованных. Масса тела увеличилась у 30 %, у 56 % осталась на прежнем уровне. Больные трудоспособного возраста были в состоянии выполнять прежнюю работу. В целом исследования показали достаточно высокую социальную адаптацию опе-

рированных. Продолжительность жизни три года – у 67 %, пять лет – у 44 %.

Реконструктивно-восстановительные операции по поводу послеоперационных функциональных расстройств выполнены у 403 больных: 100 – с демпинг-синдромом; 203 – с синдромом хронической дуоденальной непроходимости, включая часть больных с сочетанным видом расстройств, и 100 больных с рецидивными язвами после ваготомии или резекции желудка. Выбор реконструктивной операции зависел от преобладающего механизма формирования клинических проявлений и функциональных нарушений желудка, ДПК и смежных органов. Характер операции окончательно определяется после ревизии культи желудка, ДПК и анастомозов. Реконструктивные операции подразделяем на четыре вида: 1) восстанавливающие пассаж пищи по ДПК (редуоденизация); 2) выключающие ДПК (реконструкция по Ру, Бальфуру); 3) дренирующие ДПК (дуоденоюноанастомоз, ререзекция по Ру); 4) комбинированные операции.

Операция редуоденизации показана при отсутствии клинических и объективных признаков нарушения дуоденальной проходимости и связанных с ней функциональных нарушений гепатобилиарной системы. У больных демпинг-синдромом для замедления эвакуации из желудка применялась реконструкция культи желудка и диаметра анастомоза (рис. 4).

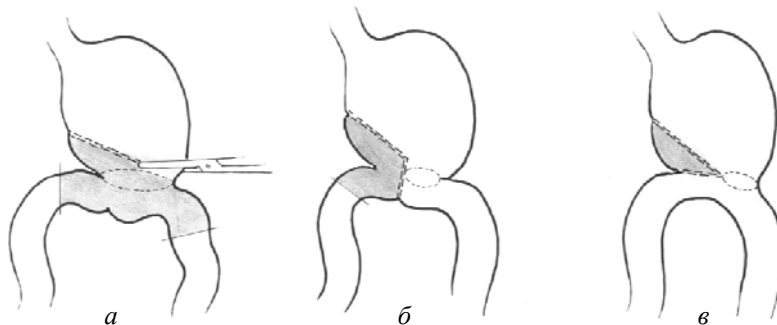


Рис. 4. Варианты коррекции диаметра гастроэнтероанастомоза: с резекцией гастроэнтероанастомоза (а); с резекцией гастроэнтероанастомоза и приводящей петли (б), без резекции гастроэнтероанастомоза (в)

При нарушении моторно-эвакуаторной функции ДПК в сочетании с функциональными расстройствами печени и желчевыводящих путей основной задачей операции является создание условий для свободного опорожнения ДПК. Для этого осуществляли комбинированную операцию, при которой дуоденальную непроходимость устраняли наложением дуоденоюноанстомоза, а замедления эвакуации из желудка достигали коррекцией диаметра гастроэнтероанстомоза и формы культи желудка (рис. 5).



Рис. 5. Комбинированная операция

Наиболее важным условием считали антирефлюксный характер операции. При высоких значениях дуоденогастрального рефлюкса на фоне сниженной моторной активности ДПК после резекции по Бильрот-1 или ваготомии применяли выключение ДПК из пассажа пищи, после резекции по Бильрот-2 – комбинированную операцию. При наличии органических изменений в зоне гастроэнтероанстомоза (язвы, лигатуры, рубцовая деформация) выполняли его резекцию с коррекцией формы культи желудка и гастроэнтероанстомозом по Ру. Также реконструкцию по Ру использовали при дуоденальной непроходимости в результате недостатков, связанных с формированием гастроэнтероанстомоза.

После реконструктивных операций осложнения наблюдались у 10 % больных и были связаны с нарушением проходимости в зоне операции в результате развития атонии, анастомозитов, воспалительных инфильтратов, деформаций или перегибов кишечных петель, спаечной непроходимости. У 5 % пациентов наблюдали дисфагию, обусловленную сдавлением абдоминального отдела пищевода фундопликационной манжетой. Нарушения эвакуации из желудка вследствие анастомозита зафиксированы у 9 % больных. Причиной его считаем выраженную воспалительную реакцию на операционную травму на фоне гипотонии культи желудка. У всех пациентов, особенно при синдроме хронической дуоденальной непроходимости, существуют исходные воспалительные изменения в культе желудка, которые усугубляют нарушения проходимости в зоне анастомозов. Поэтому важнейшим компонентом послеоперационного лечения таких больных считаем проведение энтерального питания через ирригатор, устанавливаемый во время операции. Послеоперационная летальность составила 0,9 %

Отдаленные результаты после реконструктивных операций изучены в срок от 1 года до 10 лет у 70 % больных. У них существенно изменилась моторно-эвакуаторная функция желудочно-кишечного тракта. Прежде всего, улучшилась резервуарная функция желудка, контраст задерживался в культе желудка 40–120 минут. Происходило равномерное заполнение и удлинение периода пребывания контрастной взвеси в тощей кишке. Однако эта закономерность наблюдалась не всегда. У 10 % больных сохранялся ускоренный пассаж по тонкой кишке, что проявлялось поносами, которые связаны не только с нарушениями моторики, но и с хроническим энтеритом. То есть тяжелая хроническая патология сохраняется и после реконструктивных операций и труднее поддается коррекции. Сложность проблемы со-

стоит в том, что многие послеоперационные расстройства имеют сочетанный и взаимосвязанный характер. Усиленная перистальтика тощей кишки при демпинг-синдроме нарушает нормальное опорожнение ДПК, в результате массивный рефлюкс дуоденального содержимого в культю желудка способствует развитию рефлюкс-гастрита и пептических язв. Имеются данные, что подобные изменения слизистой желудка являются морфологической основой рака желудка [10, 13]. Последствием дуоденальной гипертензии являются воспалительные изменения и функциональные расстройства поджелудочной железы и желчевыводящих путей [1, 5]. Поэтому наибольшее значение придаем антирефлюксным методикам операций.

Операции редуоденизации почти единодушно считаются наиболее эффективным методом лечения не только демпинг-синдрома, но и синдрома приводящей петли [2, 9]. Однако их применение без учета состояния моторно-эвакуаторной функции ДПК и сочетанной патологии гепатобилиарной системы приводит к развитию новых проблем, связанных с затруднением пассажа по ДПК. Поскольку физиологически дуоденальная моторика отличается повышенной активностью, а задержка содержимого в ДПК свыше 45 секунд считается признаком ее непроходимости, при демпинг-синдроме нет основания рассчитывать на замедление пассажа за счет редуоденизации. Поскольку скорость эвакуации из культи желудка зависит не столько от усиления ее моторики, сколько от формы культи и диаметра анастомоза, наиболее важными деталями реконструктивных операций считаем коррекцию диаметра анастомоза, формы культи желудка, а также устранение дуоденальной непроходимости. В случаях ее декомпенсации операции редуоденизации считаем противопоказанными. Это положение особенно важно при сочетании постгастрорезекционных синдромов, когда требуется воздействие

на разные патогенетические механизмы. В этих случаях сложность выбора способа реконструктивной операции затрудняется исходно тяжелым состоянием больных, у которых технически сложные операции имеют большой объем и представляют высокий риск. Предлагаемые нами комбинированные операции коррекции диаметра желудочного соустья в сочетании с дуоденоюноанастомозом не содержат сложных моментов мобилизации и транспозиции кишечных трансплантатов и обеспечивают оптимальное восстановление пассажа пищи и пищеварительных соков.

Ведение послеоперационного периода у таких пациентов является ответственным этапом лечения, при этом многие его аспекты достаточно хорошо отработаны. Однако наиболее актуальной остается проблема обеспечения их адекватного питания в период купирования осложнения. Таким методом считаем энтеральное зондовое питание, которое оказалось ведущим компонентом в лечении послеоперационных осложнений, связанных с моторно-эвакуаторными нарушениями. Энтеральные инфузии стимулируют моторику кишечника, следовательно, эвакуацию пищеварительных соков и питательных смесей, предохраняя анастомозы от перерастяжения. Отсутствие осложнений, связанных с энтеральным питанием на фоне однорядных анастомозов, позволяет рассматривать его как составную часть в системе профилактики и лечения послеоперационных осложнений, в качестве резерва снижения летальности после операций на желудочно-кишечном тракте.

Выводы

Таким образом, у большинства больных можно добиться хороших результатов операций и предотвратить развитие послеоперационных осложнений за счет целенаправленной диагностики исходных секреторных

нарушений, эвакуаторных расстройств желудка и ДПК, дифференцированного выбора способа операции, в зависимости от степени тяжести установленной патологии и соблюдения определенных технических приемов, обеспечивающих оптимальные условия для восстановления и сохранения важнейших функций пищеварительной системы.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Багненко С.Ф., Назаров В.Е., Кабанов М.Ю. Методы фармакологической коррекции двигательного-эвакуаторных нарушений желудка и двенадцатиперстной кишки. Русский медицинский журнал 2004; 6 (1): 19–23.
2. Жерлов Г.К., Кошель А.П., Клоков С.С. Реконструктивные операции на желудке в лечении постгастрорезекционных расстройств. Вопросы реконструктивной и пластической хирургии 2002; 3: 24–27.
3. Жерлов Г.К., Кошель А.П. Функциональные результаты операций формирования «искусственного желудка» после гастрэктомии и субтотальной дистальной резекции желудка. Вестник хирургии 1996; 106 (1): 26–29.
4. Кузин М.И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Хирургия 2001; 1: 27–32.
5. Лоранская И.Д., Вишневская В.В. Изучение моторной функции желчевыводительной системы и гастродуоденальной зоны при патологии билиарного тракта. Русский медицинский журнал 2005; 7 (1): 1–7.
6. Майстренко Н.А., Мовчан К.Н. Хирургическое лечение язвы двенадцатиперстной кишки. СПб.: Гиппократ 2000; 360.
7. Оноприев В.И. Этюды функциональной хирургии язвенной болезни. Краснодар 1995; 296.
8. Репин В.Н., Гудков О.С., Репин М.В. Гастрэктомия с созданием тонкокишечного резервуара. Хирургия 2000; 1: 35–36.
9. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Аба М. Диагностика и лечение синдрома приводящей петли. Хирургия 1995; 1: 41–45.
10. Fein M., Fuchs K.H., Stopper H., Diem S., Herderich M. Duodenogastric reflux and foregut carcinogenesis: analysis of duodenal juice in a rodent model of cancer. Carcinogenesis 2000; 21 (11): 2079–2084.
11. Hosouchi Y., Hara T. Evaluation of transverse colon interposition following total gastrectomy in patients with gastric carcinoma. Oncol. Rep. 1998; 5 (1): 87–98.
12. Ikeda M., Ueda T., Shiba T. Reconstruction after total gastrectomy by the interposition double jejunal pouch using double stapling technique. Brit. J. Surg. 1998; 85 (3): 398–402.
13. Lorusso D., Linsalata M., Pezzolla F., Berloco P., Osella A.R., Guerra V., Di Leo A., Demma I. Duodenogastric reflux and gastric mucosal polyamines in the non-operated stomach and in the gastric remnant after Billroth II gastric resection. A role in gastric carcinogenesis? Anticancer Res. 2000; 20 (3B): 2197–2201.
14. Nozoe T., Anai H., Sugimachi K. Usefulness of reconstruction with jejunal pouch in total gastrectomy for gastric cancer in early improvement of nutritional condition. Am. J. Surg. 2001; 181 (3): 274–278.

Материал поступил в редакцию 19.05.2016