МАЛОИНВАЗИВНЫЙ СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННЫХ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ СТЕНОЗОВ

© Джамалов Собир Илхомович, Умаров Дониёр Азадбекович

Ташкентская Медицинская Академия, 100169, Республика Узбекистан, г. Ташкент, Алмазарский район, ул. Фароби 2.
E-mail: doniyor.umarov.2017@mail.ru

Ключевые слова: пилородуоденальный стеноз; гастрэктазия; малоинвазивная операция; «однорядный» шов.

Введение. Пилородуоденальный стеноз (ПДС) относится к нередким осложнениям язвенной болезни и занимает третье место после таких жизнеугрожающих осложнений дуоденальной язвы как перфорация и язвенные гастродуоденальные кровотечения по данным ряда авторов. Частота встречаемости язвенного ПДС составляет, по данным разных исследователей, 10–18% и диагностируется преимущественно у пациентов с длительно протекающей дуоденальной язвой. Нередко встречается одновременное сочетание ПДС с другими осложнениями язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, что непременно усложняет тактику лечения. По данным ряда авторов, наиболее часто встречающимися осложнениями язвенной болезни двенадцатиперстной кишки оказались субкомпенсированные и декомпенсированные ПДС (17,4% и 9,6% соответственно), а также стеноз в сочетании с пенетрацией (14,8%), — с кровотечением (8,7%), — с перфорацией (6,9%). Проблема хирургического лечения язвенного суб- и декомпенсированного ПДС достаточно разработана. Так, в плановой хирургии таковой целесообразно выполнение резекции желудка или вариантов ваготомии с антрум- (гемигастр-) эктомией по одному из способов Бильрота или их модификаций. В экстренных ситуациях же (сочетание стеноза с кровотечением или перфорацией) предпочтение отдается органосохраняющим вмешательствам. Однако в некоторых случаях возникают трудности, препятствующие выполнению радикальных операций из-за высокого операционно-анестезиологического риска. К таковым относятся: пожилой возраст и истощенность больного, перфоративная язва, сочетанная пилоростенозом с гастрэктазией и распространенным перитонитом и др.). В таких случаях требуется выполнять «минимальную», «малоинвазивную», в тоже время обоснованную, операцию по возможности за короткий промежуток времени. Обычно при этом выполняется ваготомия с различными вариантами пилоро- или дуоденопластики, а применение резекционных методов порой невозможно из-за высокого риска. Некоторые авторы рекомендуют в экстренных случаях выполнять лапароскопическую ваготомию и пилоропластику из минидоступа при отсутствии выраженной гастрэктазии, а при наличии последней — антрумэктомию. Проблема состоит в том, что часто в условиях высокого операционно-анестезиологического риска эктазированный желудок остаётся нетронутым, что и обуславливает моторно-эвакуаторные нарушения в послеоперационный период. Учитывая вышесказанные, данная проблема является актуальной в абдоминальной хирургии.

Цель исследования. уменьшение травматичности и длительности операции по поводу язвенного пилородуоденального стеноза с гастрэктазией, а также предупреждение послеоперационных моторно-эвакуаторных расстройств за счет дилатированного желудка.

Материалы и методы. В клинике (хирургическое отделение Республиканской клинической больницы №1 — база кафедры факультетской и госпитальной хирургии Ташкентской медицинской академии) разработан «Способ лечения пилородуоденальных язвенных стенозов» (Патент №IAP 03921 РУз, 2007), который на наш взгляд является оптимальным у больных с язвенными ПДС в сочетании с гастрэктазией при наличии высокого операционно-анестезиологического риска.

Результаты исследования. Предложенным способом прооперированы 28 больных (15 больных в экстренном, 13 — в плановом порядке) с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной пилородуоденальным стенозом и гастрэктазией, специфических осложнений (моторно-эвакуаторные расстройства, несостоятельность швов и пр.), в ранний и поздний периоды после операции, не наблюдали.

Выводы. 1. Предложенный способ является эффективным при хирургическом лечении пи-

лородуоденальных язвенных стенозов, особенно у пожилых и истощенных больных (а также в экстренных ситуациях), где имеет значение, как патофизиологическое обоснование операции, так и ее техническая простота, и переносимость больными.

2. Способ является несложным в техническом исполнении, не требует специальной подготовки хирурга, особого шовного материала и аппаратуры, поэтому может найти широкое применение в абдоминальной хирургии.