

УДК 617

*Алиева Севда Октай кызы,
Баяндина Софья Германовна
Студенты 4 курса педиатрического факультета,
Научный руководитель: Некрасова Людмила Владимировна,
к.м.н, доцент
ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет
имени академика Е.А. Вагнера» Минздрава России
г. Пермь*

РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ

***Аннотация:** несмотря на создание и многочисленные клинические испытания новых препаратов и терапевтических методик, на сегодняшний день хирургическое лечение перфоративные язв при язвенной болезни желудка играет очень важную роль, а в некоторых случаях является и вовсе является основным и наиболее эффективным методом лечения. Поэтому изучение методик резекции желудка и их модификаций представилось для нас очень интересным.*

***Ключевые слова:** резекция желудка, перфоративная язва, гастроэнтероанастомоз, перитонит, модификации резекции.*

***Annotation:** despite the creation and numerous clinical trials of new drugs and therapeutic techniques, today surgical treatment of perforated ulcers in gastric ulcer plays a very important role, and in some cases is the main and most effective method of treatment. Therefore, the study of gastric resection techniques and their modifications was very interesting for us.*

***Key words:** gastric resection, perforated ulcer, gastroenteroanastomosis, peritonitis, resection modifications*

Перфоративная язва – это дефект слизистой оболочки, насквозь повреждающий стенку желудка или проксимальном отделе двенадцатиперстной кишки, образуя отверстие, ведущее в брюшную полость. Перфоративная язва желудка является распространенным показанием к хирургическому вмешательству, которое приводит к высоким показателям смертности и заболеваемости. Ежегодно во всем мире от язвенной болезни умирает четверть миллиона человек. Заболеваемость перфоративной язвенной болезни желудка составляет 8-14 на 100 000, а смертность составляет 10-25% [1].

Этиология

Существует несколько причин возникновения прободных язв и одной из самых распространенных является язвенная болезнь. Перфоративные язвы составляют от 2 до 32% среди других ее осложнений. Всего в России язвенной болезнью страдает около 3 000 000 человек [2]. Также двумя основными факторами, влияющими на этиологию, являются нестероидные противовоспалительные препараты и *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). Что касается инфекции *H. pylori*, то она может быть причиной до 80% язв желудка [2]. А в свою очередь 30-50% перфораций язв связаны с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов. Чаще всего это происходит у пожилых пациентов с сопутствующими заболеваниями, которые подвергаются повышенному риску послеоперационных осложнений. Другие факторы включают курение, хронические заболевания печени, хроническую почечную недостаточность, особенно во время диализа и трансплантации, и гиперпаратиреоз [3].

Классификация

Выделяют перфоративные язвы по клиническому течению:

1) Типичная форма – излитие желудочного содержимого в свободную брюшную полость с возможным дальнейшим развитием разлитого перитонита

2) Атипичная форма – дефект прикрыт сальником, поджелудочной железой или другими соседними органами

3) Форма в виде пенетрации – дно перфорации открывается не в брюшную полость, а в соседние органы.

По локализации:

1) Язва желудка (передней стенки, задней стенки, малой или большой кривизны).

2) Пилородуоденальная язва

3) Сочетанная форма – язва находится и в желудке и в двенадцатиперстной кишке.

Осложнения

Перитонит является самым распространенным осложнением перфоративных язв. Выделяют первичный и вторичный перитонит. Первичный перитонит возникает в результате бактериальной транслокации, гематогенного распространения или ятрогенного загрязнения брюшной полости без макроскопического дефекта в желудочно-кишечном тракте. В отличие от этого, вторичный перитонит возникает в результате прямого загрязнения брюшины выделениями из желудочно-кишечного тракта или мочеполовых путей или связанных с ними твердых органов. Третичный перитонит относится к вторичному перитониту, который сохраняется более 48 часов после попытки хирургического лечения. Вторичный перитонит составляет 1% случаев срочной или неотложной госпитализации и является второй по значимости причиной сепсиса у пациентов в отделениях интенсивной терапии во всем мире. Общая смертность составляет 6%, но смертность возрастает до 35% у пациентов, у которых развивается тяжелый сепсис [3].

Хирургическое лечение

В настоящее время, в эпоху увеличения эффективности медикаментозного лечения перфоративных язв в пользу закрытия

сальниковым пластырем, первичного закрытия и удаления язвы, вопрос о выборе хирургической стратегии является очень актуальным. Конкретно же в случае перфоративной язвы желудка почти при каждой операции возникает вопрос: “Какой выбор лучше? Небольшая или серьезная операция? Первичное закрытие или резекция желудка?” и требует многоаспектного подхода. Также выбор метода резекции желудка, его модификаций, в свою очередь, является предметом дискуссий хирургов во всем мире.

Изучив иностранные статьи, можно увидеть, что наиболее предпочитаемыми методами резекции желудка за рубежом является Бильрот-2, с его различными модификациями, главным преимуществом которого является возможность осуществить обширную резекцию желудка без натяжения гастроэюнальных швов. Среди наиболее часто предпочитаемых модификаций следует отметить модификацию Ру, когда гастроэнтероанастомоз после резекции желудка формируется с отключенной петлей тощей кишки [6].

Если же говорить об отечественной хирургии, взяв в пример конкретный клинический случай, мы можем на его примере рассмотреть один из методов резекции желудка – резекция по Бильрот-1.

Клинический случай:

Так, 52-летняя пациентка Х. из сельской местности была госпитализирована в Пермскую городскую клиническую больницу медицинской помощи с 6-дневными болями в животе, усталостью и гипертермией до 39 ° С. В анамнезе было значительное кровотечение из язвы двенадцатиперстной кишки, отягощенная наследственность по язвенной болезни. При поступлении у пациентки наблюдалась гипотензия (артериальное давление [АД] = 80/50 мм рт.ст.) и гипертермия ($t = 38,2^{\circ} \text{C}$).

Был поставлен клинический диагноз перфоративной пептической язвы, осложненный перитонитом. Пациентка была реанимирована в отделении

интенсивной терапии до стабилизации физиологических параметров и переведена в операционную, когда систолическое АД составило 140 мм рт.ст.

Операция: была выполнена лапаротомия. При ревизии был обнаружен большой некротический дефект в мезоколоне. Сальниковая сумка была вскрыта, после чего была обнаружена перфоративная язва желудка размером 4 см. Дальнейшей стратегией была выбрана резекция желудка по Бильрот -1, как наиболее физиологический метод резекции при перфоративных язвах желудка.

Были учтены все этапы операции по способу Бильрот-1: произведена мобилизацию желудка по большой кривизне. В технике операции: желудок и поперечно-ободочную кишку выводят в рану. Желудочно-ободочную связку вскрывают на уровне средней трети желудка. Между зажимами пересекают связку и артерии до намеченного уровня по левой половине большой кривизны. Также перевязывают и рассекают ветви *a.gastroepiploica dextra* вправо от начала мобилизации до уровня привратника. На уровне привратника отдельно перевязывают основной ствол *a.gastroepiploica dextra*. Ветви, идущие от центрального отдела *a.gastroepiploica dextra* к привратнику и двенадцатиперстной кишке рассекают между зажимами и перевязывают. Перевязывают и пересекают 2-3 ветви артерии, идущие к задней поверхности двенадцатиперстной кишки. Малый сальник сначала рассекают в бессосудистой зоне, а затем накладывают зажимы, пережимая между ними левую желудочную артерию, которую пересекают и перевязывают. Перевязывают правую желудочную артерию между зажимами. Далее осуществляют непосредственно саму резекцию 2/3 желудка, далее формируют культю желудка и на ушиваемую ее часть накладывают краевой обвивной шов. Верхний край малой кривизны желудка погружают полукисетным швом. На остальную часть накладывают отдельные серозно-мышечные швы. Затем создают анастомоз между культей желудка и двенадцатиперстной кишкой. В заключении, послойно ушивают рану. Следуя технике операции, в данном

случае была использована модификация Габерера, то есть после резекции просвет культи желудка был сужен рядом гофрирующих швов до окружности 12-перстной кишки, с культей которой был создан анастомоз по типу конец в конец.

Послеоперационное ведение

После операции пациентке в течение 3 дней внутривенно вводились ингибиторами протонной помпы и антибиотики широкого спектра действия. Пациентка питалась через назоеюнальный зонд в течение 4 дней, а на 5-й послеоперационный день трубки были удалены и пероральное питание возобновлено. Пациентка выздоровела без осложнений и была выписана на 10-й послеоперационный день. При последующем наблюдении через 4 месяца пациентка чувствовала себя хорошо.

Анализируя научные иностранные статьи, можно увидеть, что наиболее предпочитаемыми методами за рубежом являются модификации Бильрот-2, когда гастроэнтероанастомоз накладывается по типу конец в бок, а также модификация по способу Ру, когда гастроэнтероанастомоз после резекции желудка формируется с отключенной петлей тощей кишки [5,6].

Заключение

В мире существуют множество методик хирургического лечения перфоративных язв, но несмотря на то, что к резекции желудка в современной медицине стали прибегать значительно реже, чем мы могли наблюдать это годами ранее, необходимость и значимость этого метода при некоторых случаях, как, например, в приведенном нами клиническом случае остается очевидной и еще многие годы будет предметом дискуссий хирургов во всем мире.

Литература:

1. Søreide K, Thorsen K, Søreide JA. Strategies to improve the outcome of emergency surgery for perforated peptic ulcer. *Br J Surg.* 2014 Jan;101(1):e51-64. doi: 10.1002/bjs.9368. Epub 2013 Nov 29. PMID: 24338777.
2. Bertleff MJ, Lange JF. Perforated peptic ulcer disease: a review of history and treatment. *Dig Surg.* 2010 Aug;27(3):161-9. doi: 10.1159/000264653. Epub 2010 Jun 22. PMID: 20571260.
3. Weledji EP. An Overview of Gastroduodenal Perforation. *Front Surg.* 2020 Nov 9;7:573901. doi: 10.3389/fsurg.2020.573901. PMID: 33240923; PMCID: PMC7680839.
4. Ross JT, Matthay MA, Harris HW. Secondary peritonitis: principles of diagnosis and intervention. *BMJ.* 2018 Jun 18;361:k1407. doi: 10.1136/bmj.k1407. PMID: 29914871; PMCID: PMC6889898.
5. Weledji EP. An Overview of Gastroduodenal Perforation. *Front Surg.* 2020 Nov 9;7:573901. doi: 10.3389/fsurg.2020.573901. PMID: 33240923; PMCID: PMC7680839.
6. Søreide K, Thorsen K, Harrison EM, Bingener J, Møller MH, Ohene-Yeboah M, Søreide JA. Perforated peptic ulcer. *Lancet.* 2015 Sep 26;386(10000):1288-1298. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00276-7. PMID: 26460663; PMCID: PMC4618390.