DOI:https://doi.org/10.37699/2308-7005.3-4.2019.22

Е. Н. Шепетько, П. Д. Фомин

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, г. Киев

© Шепетько Е. Н., Фомин П. Д.

КЛАССИФИКАЦИЯ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

Резюме. Предложена унифицированная классификация операций при осложненных гастродуоденальных язвах для понимания их места в структуре хирургических вмешательств, технологических особенностей и методов их выполнения, а так же функциональной эффективности и профилактики рецидивного язвообразования. Представлена классификация операций в пилородуоденальной зоне при осложненных язвах двенадцатиперстной кишки, классификация ваготомий, классификация гастроэнтеростомий, классификация резекции желудка. Предложенная классификация операций при осложненных гастродуоденальных язвах позволит помочь широкому кругу хирургов не только в понимании спектра оперативных вмешательств, но и в стремлении освоить методики операций для применения их в хирургической практике.

Ключевые слова: *классификация, гастродуоденальная язва, ваготомия, резекция желудка, гастроэнтеростомия, дуоденопластика.*

В течение последних трех десятилетий разрабатывались различные оперативные вмешательства, как органосохряняющие, так и резекционные, при осложненных гастродуоденальных язвах. Возникла необходимость в создании унифицированной классификации операций для понимания их места в структуре хирургических вмешательств, технологических особенностей и методов их выполнения, а так же функциональной эффективности и профилактики рецидивного язвообразования.

Классификация операций в пилородуоденальной зоне при осложненных язвах двенадцатиперстной кишки

1. Пилоросохраняющие операции (дуоденопластика): а) продольная (по Гейнеке-Микуличу, Джадду, Финнею); б) поперечная мостовидная (субциркулярная) дуоденопластика: передняя, передне-верхняя, передне-нижняя, на 2/3–4/5 периметра с выведением язвы, Т-образная и Z-образная комбинированная расширяющая, клапанная; в) поперечная сегментарная (циркулярная) дуоденопластика: подпилорическая, корпоральная, дистальная, постбульбарная, Т-образная и Z-образная комбинированная расширяющая, клапанная (Оноприев В. И., Велигоцкий Н. Н., Шепетько Е. Н.).

2. Пилорокорригирующие операции (пилоропластика по стандартным методикам по Гейнеке-Микуличу, Джадду, Финнею; пилоропластика по Финнею с выведением язвы на 2/3, 3/4, 4/5 периметра (Фомин П. Д.); пилоропластика по Финнею с реимплантацией БДС (Шепетько Е. Н.); пилоропластика по Финнею с тампонадой «килем» (Фомин П.Д.); пилоропластика по Финнею арефлюксная «клапанная»(Фомин П.Д.); гемипилорэктомия: передне-верхняя с сохранением правой желудочной артерии, передняя (экономная и дозированная), передне-нижняя с дополнительной мобилизацией по нижнему контуру (Шепетько Е. Н.).

3. Пилоровосстанавливающие операции (пластика круглой связкой печени, иссечение части привратника, пилоропластика при дилятированном привратнике, «искусственный пилорус») (Тутченко Н. И.).

Более детально становимся на оперативных вмешательствах в пилородуоденальной зоне, которые не так широко известны.

Поперечная мостовидная (субциркулярная) дуоденопластика (передняя, передне-верхняя, передне-нижняя, на 2/3-4/5 периметра с выведением язвы) заключается в иссечении язвы и рубцов на передней, верхней, нижней стенке при дуоденотомии поперечно оси двенадцатиперстной кишки с сохранением мостика из стенки кишки с последующем сшиванием стенок кишки, а при субциркулярной дуоденопластике с выведением кратера язвы за пределы просвета двенадцатиперстной кишки [1, 2, 11].

Т-образная дуоденопластика при стенозирующих дуоденальных язвах состоит в иссечении язвы по передней стенке в зоне стеноза, осуществлении послабляющего разреза по оси ДПК в дистальном направлении на 0,8-1см, выкраивании двух треугольных лоскутов стенки с последующим сшиванием вновь увеличенных периметров стенки ДПК в поперечном оси кишки направлении [11].

Z-образная дуоденопластика при симметричном корпоральном стенозе включает иссечение язвы и рубцов в зоне стеноза, осуществлении двух послабляющих разрезов в дистальном направлении по верхнему контуру, в проксимальном направлении по нижнему контуру ДПК, выкраивании двух треугольныхтравнобедренных лоскутов стенки с последующим сшиванием вновь увеличенных периметров в поперечном оси кишки направлении [11].

Пилоропластика по Финнею с реимплантацией БДС в верхний угол пилоропластики выполняется с транспапиллярным трансдуоденальным наружным управляемым дренированием холедоха [12].

Пилоровосстанавливающая операция с формирование искусственного пилоруса заключается в выкраивании васкуляризированного лоскута стенки антрального отдела желудка, ротации его на 90 градусов поперечно оси кишки с прецизионным вшиванием его в дефект привратника [8].

Классификация ваготомий

I. СПВ

1. С эзофагофундопликацией (Панцырев Ю.М.);

2. Расширенная — с ДБК-денервацией большой кривизны; (Шалимов А.А., Братусь В.Д., Кузин М.И.);

3. СПВ расширенная с поперечной серомиотомией на границе тела и антрального отдела (Полинкевич Б.С.);

4. Лазерная СПВ (Грубник Ю.В.);

5. СПВ-Harmonic (Шепетько Е.Н.);

6. Трансгастральная СПВ (серомиотомия по Petropoulos);

7. Экспресс-СПВ (Шепетько Е.Н.).

II. КВ

1. Передняя СПВ, задняя ТВ (Hill-Barker);

2. Передняя СВ, задняя ТВ (Burge);

3. Передняя ТВ, задняя СВ (Jackson);

4. Передняя серомиотомия, задняя ТВ (Taylor).

III. ТВ

1. Наддиафрагмальная (трансторакальная) (Dragstedt);

2. Поддиафрагмальная двусторонняя (Exner).

IV. СВ (Frankson, Панцырев Ю.М.).

V. Лапароскопическая.

1. Трункулярная (ТВ);

2. Передняя серомиотомия, задняя ТВ (Taylor);

3. СПВ по Gomez-Ferrer;

4. Лазерная передняя серомиотомия, задняя ТВ по Taylor (Грубник В. В.).

Кратко остановимся на технологиях выполнения некоторых вариантов ваготомий, применяемых при осложненных дуоденальных язвах.

Лазерная СПВ – операция осуществляется с применением неодимового лазера, которым выполняют СПВ в виде серомиотомии по передней и задней стенке желудка от гусиной лапки n. Letarget параллельно малой кривизне на расстоянии 2-2,5 см от нее до угла Гисса [4].

СПВ-Harmonic - выполняют при помощи сосудистого диссектора и ультразвукового скальпеля Harmonic расширенную СПВ с эзофагофундопликацией. Время операции составляет 12-22 минуты и способ может быть применен в ургентной хирургии осложненных дуоденальных язв [9].

Экспресс-СПВ – расширенная СПВ с помощью специального инструмента-зажима с продетой в канавках на конце рабочей части нитью, когда после прохождения рабочей частью пряди сальника (ткани) нить разрезается в средней части у носика раскрытого инструмента-зажима на два фрагмента, прядь сальника перевязывают двумя лигатурами на обе стороны с последующим пересечением ткани между ними и срезанием свободных концов нитей над узлами лигатур [11].

Трансгастральная СПВ (серомиотомия по Petropoulos) — выполняют СПВ в виде серомиотомии по передней и задней стенке желудка от «гусиной лапки» n. Letarget параллельно малой кривизне на расстоянии 2-2,5 см от нее с продолжением параллельно краю фундального отдела желудка до уровня верхней a. gastrica brevis [10].

СПВ по Gomez-Ferrer – лапароскопически с помощью линейного сшивателя со сменными кассетами высекают серозномышечноподслизистый слой стенки кишки по передней и задней стенке желудка от гусиной лапки n. Letarget параллельно малой кривизне на расстоянии 2-2,5 см от нее до угла Гисса [7]. При этом в толще стенки желудка пересекаются тонкие вагусные нервные ветви, идущие к кислотопродуцирующей зоне тела, фундального отдела и кардии.

Классификация гастроэнтеростомий

1. Гастродуоденостомия (Жабуле)

2. Гастроеюностомия

А) на короткой петле задний позадиободочный анастомоз (по Гаккеру–Петерсену)

Б) на длинной петле с брауновским соустьем (по Вельфлеру):

а) передний впередиободочный

б) передний позадиободочный в) задний впередиободочный

г) задний позадиободочный.

Классификация резекции желудка

1. Классическая:

IA Дистальная,

а) Бильрот I:

1) Лестничная (Поше- Шумахера-Шмидена);

2) а) термино-латеральный анастомоз (Габерера-Финнея);

б) перемещенный термино-латеральный анастомоз (Велигоцкий Н.Н).

б) Бильрот II:

1) Гофмейстера-Финстерера;

2) Райхель-Полиа (анастомоз на весь просвет культи желудка);

3) Бальфура (на длинной петле впередиободочно с брауновским соустьем);

4) Ру

а) с сохранением артериальной дуги по малой кривизне (Дзюбановский И.Я.);

б) с сохранением артериальной дуги по большой кривизне (Дзюбановский И. Я.);

5) На выключение:

а) по Finsterer;

б) Кекало;
в) Якобовичи;
г) Козак И.А.;
6) С клапанным гастроеюноастомозом и ПАДЕС (поперечной антиперистальтической дуоденоеюностомией); (Витебский Я. Д.); IIA Проксимальная:
а) ручной эзофагогастроанастомоз;
б) аппаратный эзофагогастроанастомоз (Шалимов А.А.).
2. Привратниксохраняющая:
1) Надпривратниковая по Маки-Шалимову;
2) Клиновидная;
3) Сегментарная с сохранением иннервированного привратника (Саенко В. Ф., Лаврик А. С.);
4) Модифицированная:
а) сегментарная с сохранением иннервированного привратника и субсерозной скелетизацией надпривратниковой части антрума (Шепетько Е.Н.);
б) сегментарная с сохранением иннервированного привратника и эзофагокорпорофундальной реконструкцией (Шепетько Е. Н.);
5) Резекция малой кривизны желудка с предварительной скелетизацией как при СПВ (Ковальчук Л. Я.);
6) Т-образная эзофагогастропластика (Велигоцкий Н. Н., Ганжий В. В.).
3. Реконструктивная:
1) Ререзекция желудка;
а) Бильрот II в модиф. Гофмейстера–Финстерера;
б) Ру;
2) Ререзекция желудка:
а) с гастроеюнопластикой (Захарова-Генлея);
б) с тонкокишечной вставкой (Мерендино);
в) с толстокишечной вставкой (Бойко В. В.).
4. Ваготомия (СВ, реже ТВ) с антрумэктомией (Harkins et Nyhus) — по:
1) Б I;
2) Б II;
3) Ру.

Технологии выполнения некоторых вариантов резекции желудка.

Резекция малой кривизны желудка с предварительной скелетизацией малой кривизны желудка как при СПВ, иссечением язвы и ишемизированной стенки малой кривизны с последующим ушиванием дефекта стенки желудка двухрядным швом [5].

Сегментарная резекция желудка с сохранением иннервированного привратника и эзофагокорпорофундальной реконструкцией, заключающейся в формировании гастрогастроанастомоза с наложением 2-3-х боковых эзофагофундальных швов и центального тройного шва в верхнем углу анастомоза с захватыванием передней и задней стенки фундального отдела желудка, передней стенки пищевода, стенки антральной культи желудка по малой кривизне [6].

Т-образная эзофагогастропластика выполняется в виде мобилизации по малой кривизне как при СПВ, иссечении кардиальной язвы с ушиванием дефекта стенки Т-образно эзофагофундальными швами [2, 3].

Выводы

Предложенная классификация операций при осложненных гастродуоденальных язвах позволит помочь широкому кругу хирургов не только в понимании спектра оперативных вмешательств, но и в стремлении освоить методики операций для применения их в хирургической практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Велигоцкий Н.Н. Хирургия осложненных дуоденальных язв и дуоденопластика. Харьковская медицинская академия последипломного образования. – Харьков: «Атос», 2009. – 88 с.
2. Велигоцкий Н.Н. Современные органосохраняющие методы в хирургии кровоточащих и перфоративных язв(тенденции XXI века): учебное пособие. — Х.: С.А.М., 2015. - 108с.
3. Ганжий В. В., Тропешко В. В. Органосохраняющие подходы в хирургическом лечении «трудных» язв, осложненных острым кровотечением // Харківська хірургічна школа. - 2009. - №4.1(36). - С.178-180.
4. Грубник В.В., Грубник Ю.В., Грубник В.Ю. Миниинвазивные операции при хирургическом лечении осложненных дуоденальных язв // Харківська хірургічна школа.-2009.- №4. - С. 188-192.
5. Ковальчук Л.Я., Дзюбановский І. Я. Хірургія демпінг-синдрому.-Тернопіль, «Укрмедкнига», 2002. – 167 с.
6. Ковальчук Л. Я., Шепетько Е. Н., Дзюбановский И. Я., Шапринский В. А., Грубник Ю. В., Ганжий В. В., Никишаев В. И., Иващук А. И., Шуляренко В. А., Рачкевич С. Л. Инновационные технологии хирургического лечения острых желудочно-кишечных кровотечений. Под ред. проф. Шепетько Е. М. - Киев: «Фенікс», 2014. - 324с.
7. Саенко В. Ф., Грубник В. В., Грубник Ю. В., Четвериков С. Г. Современные методы лечения язвенной болезни. - К.: Здоров'я, 2002. - 272с.
8. Тутченко М. І., Бабій В. П. Досвід лікування шлунково-кишкових кровотеч // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. - 2007. -Т.11, №1. - С. 26-27.
9. Фомін П. Д., Шепетько Є. М., Смікодуб О. О. Хірургічне лікування виразкових гастродуоденальних кровотеч та корекція постгеморагічних анемій гемопоетичними стовбуровими клітинами.-К.: Феникс, 2011. - 140с.
10. Шалимов А. А., Саенко В. Ф. Хирургия пищеварительного тракта. - К.: Здоров'я, 1987.- 568 с.
11. Шепетько Є. М., Струменський Д. О. Еволюція тактики хірургічного лікування перфоративних дуоденальних виразок : монография. -Л. К.: «Феникс», 2012.- 128с.
12. Шепетько Е.Н. Хирургическое лечение осложненных юкстапапиллярных язв.- «Бизнесполиграф», 2012. - 198с.

КЛАСИФІКАЦІЯ ОПЕРАЦІЙ ПРИ УСКЛАДНЕНИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗКАХ

Є. М. Шепетько, П .Д. Фомін

Резюме. Запропоновано уніфіковану класифікацію операцій при ускладнених гастродуоденальних виразках для розуміння їх місця в структурі хірургічних втручань, технологічних особливостей і методів їх виконання, а також функціональної ефективності та профілактики рецидивного виразкоутворення. Представлена класифікація операцій в пілородуоденальній ділянці при ускладнених виразках дванадцятипалої кишки, класифікація ваготомій, класифікація гастроентеростомій, класифікація резекції шлунка. Запропонована класифікація операцій при ускладнених гастродуоденальних виразках дозволить допомогти широкому колу хірургів не тільки в розумінні спектра оперативних втручань, а й в прагненні засвоїти методики операцій для застосування їх в хірургічній практиці.

Ключові слова: *класифікація, гастродуоденальна виразка, ваготомія, резекція шлунка, гастроентеростомія, дуоденопластика*

CLASSIFICATION OF OPERATIONS FOR COMPLICATED GASTRODUODENAL ULCERS

E. N. Shepetko, P. D. Fomin

Summary. A unified classification of operations for complicated gastroduodenal ulcers has been proposed to understand their place in the structure of surgical interventions, technological features and methods for their implementation, as well as functional efficacy and prevention of recurrent ulceration. This is a classification of operations in the pyloroduodenal zone with complicated duodenal ulcers, classification of vagotomy, classification of gastroenterostomy and classification of gastric resection. The proposed of operations classification for complicated gastroduodenal ulcers will help to a wide range of surgeons not only in understanding the range of surgical interventions, but also in an effort to master the techniques of operations for their application in surgical practice.

Key words: *classification, gastroduodenal ulcer, vagotomy, gastric resection, gastroenterostomy, duodenoplasty.*