

არჩვაძე ბ., ბერიშვილი კ., ასანიძე ს., ლომსაძე გ.

რადიკალური დუოდენოპლასტიკა წყლულოვანი სტენოზის მკურნალობაში

თსსუ, ქირურგიულ დაავადებათა პროპედევტიკის დეპარტამენტი, ჯეო ჰოსპიტალსი

დღესდღეობით კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება ერთ-ერთი გავრცელებული პათოლოგიაა, რომელიც ხშირ შემთხვევაში სხვადასხვა სახის გართულებებით მიმდინარეობს (3,5,6).

მათ შორის ხშირია ისეთი გართულება, როგორცაა თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვან-ნაწიბუროვანი სტენოზი (5,7), რომლის რეგეციული მეთოდით მკურნალობა, ოპერაციის შემდგომ გართულებებთანაა დაკავშირებული, როგორც უახლოეს, ასევე შორეულ პერიოდში (1,4,5).

დღეისათვის დაგროვილია დიდი მასალა, რომლის საფუძველზეც ცალსახად შეიძლება ითქვას, რომ თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვან - ნაწიბუროვანი სტენოზის ეფექტური მკურნალობა შესაძლებელია რადიკალური დუოდენოპლასტიკის გამოყენებით, პილორუსის სარქველის შენარჩუნებით (1,7,8).

ჩვენ მიზნად დავისახეთ თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვან- ნაწიბუროვანი სტენოზის ქირურგიული მკურნალობის მეთოდების გამარტივება რადიკალურ დუოდენოპლასტიკასთან ერთად უკანა სელექციური და წინა სერომიოტომიის მეთოდის გამოყენებით.

#### **კვლევის მასალა და მეთოდი.**

ჩვენს მიერ შესწავლილი და გაანალიზებული იქნა ჯეო ჰოსპიტალსში, 2007-2015 წწ., სტენოზით გართულებული თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის დიაგნოზით შემოსული 75 ავადმყოფის მონაცემები. პაციენტებში ქალების რიცხვს (15) სჭარბობდა მამაკაცების რიცხვი (60). წყლულოვანი დაავადების ანამნეზი მოიცავდა 3-დან 50 წლამდე პერიოდს. ავადმყოფების ასაკი მერყეობდა 21-დან 75 წლამდე ( $\pm 8$  წელი). აღნიშნული ავადმყოფებიდან წარსულში წყლულის პენეტრაცია ჰქონდა 20 ავადმყოფს, სისხლისდენა - 18-ს. კომპენსირებული სტენოზი ჰქონდა

35 ავადმყოფს, სუბკომპენსირებული - 22-ს, დეკომპენსირებული - 15-ს. ავადმყოფთათვის ოპერაციის წინა პერიოდში ჩატარებული კომპლექსური კვლევები მოიცავდა კლინიკურ და ბიოქიმიურ ანალიზს, რენდგენოლოგიურ და ენდოსკოპიურ კვლევებს. მათ ვისაც დაუდგინდათ დეკომპენსირებული სტენოზი, ჩაუტარდათ სპეციალური წინასაოპერაციო მომზადება (კუჭის დეკომპრესია ნაზოგასტრული ზონდით, გასტროენტერული კვება). ყველა შემთხვევაში წარმოებული იქნა რადიკალური დუოდენოპლასტიკა, უკანა სელექციური ვაგოტომია და წინა სერომიოტომია. მიუხედავად იმისა, რომ უკანა ცდომილი ნერვი ნაკლებად არღვევს კუჭის მოტორულ და ევაკუაციურ ფუნქციას, ვიდრე წინა, ჩვენ უკანა ღეროვან ვაგოტომიას მაინც ვევიდებოდით მეტი სიფრთხილით და მისი წარმოების დროს ვინარჩუნებდით მზის წნულში შემავალ ტოტს, ხოლო წინა სერომიოტომიას ვანარმოებდით ელექტროდანიტით - ლატერაუს ნერვის შენარჩუნებით. რადიკალური დუოდენოპლასტიკისას ვიყენებდით ვ. ი. ონოპრიევის მეთოდს (7,8), რითაც შესაძლებელია თორმეტგოჯა ნაწლავის ნებისმიერ მონაკვეთში განლაგებული წყლულის ამოკვეთა პილორუსის სარქველის შენარჩუნებით. რადიკალური დუოდენოპლასტიკის წარმოების დროს მნიშვნელოვანია წყლულოვანი პროცესის ლოკალიზება სწორედ იმის მიხედვით, რომელ კედელს აზიანებს წყლული. ზემოაღნიშნული მიდგომით წარმოებს აღნიშნული კედლის რეგეცია წყლულთან ერთად და თორმეტგოჯა ნაწლავის მთლიანობის აღდგენა. წყლულის მობილიზების დროს მნიშვნელოვანია მაგისტრალური სისხლძარღვების შენარჩუნება, რისთვისაც აუცილებელია მხოლოდ ორგანოს კედელში შემავალი ტერმინალური სისხლძარღვების მობილიზება. ამგვარი მიდგომით თავისთავად ხორციელდება ორგანოს სიმპათიკური ინერვაციის შენარჩუნებაც. რაც შეეხება თორმეტგოჯა ნაწლავის ბოლქვის ან პოსტულბალური ნაწილის რეგეციას ანუ სექტორულ დუოდენოპლასტიკას განსაკუთრებულ გათვლებს საჭიროებს. ამ დროს მთავარია სწორად იქნას გათვლილი თორმეტგოჯა

ნაწლავის ანასტომოზის როგორც გამტარიანობა, ასევე სისხლის მიმოქცევა. წარმოებული 75 რადიკალური დუოდენოპლასტიკიდან სეგმენტური პლასტიკა შესრულდა 55 შემთხვევაში, აქედან უმეტესად შენარჩუნებული იყო თორმეტგოჯა ნაწლავის ბოლქვის მედი ალური კედელი. თორმეტგოჯა ნაწლავის სექტორული რეზექცია ბოლქვის მიდამოში მოხერხდა 15 შემთხვევაში, ხოლო 5 შემთხვევაში კი ანასტომოზი შეიქმნა პოსტბულბარულ ზონაში.

**მიღებული შედეგები და მათი განსჯა.** აღნიშნული ოპერაციის შემდგომი პერიოდი, კუჭის რეზექციისგან განსხვავებით, მიმდინარეობდა გართულებების გარეშე, თუმცა სტენოზით გამოწვეულ კუჭის მოტორული და ევაკუაციური ფუნქციის აღდგენას გარკვეული დრო დასჭირდა. განასხვავებენ კუჭის მოტორული და ევაკუაციური ფუნქციის დარღვევის 3 ხარისხს (2). მსუბუქი ხარისხის შემთხვევაში, ოპერაციის მესამე დღეს, კუჭიდან შიგთავსის რაოდენობა არ აღემატება 150-200 მგ/ლიტრს, საშუალო ხარისხის შემთხვევაში მოტორული ფუნქციის დარღვევა შესაძლოა გაგრძელდეს 5-6 დღეს, მძიმე ხარისხის შემთხვევაში კი - 1 კვირაზე მეტხანს, რაც კორეგირდება ნაწლავების აქტიური დეკომპრესიით და სტიმულაციით. ჩვენმა დაკვირვებებმა გვიჩვენა, რომ ავადმყოფების უმრავლესობას (60) აღენიშნებოდა კუჭის მოტორული და ევაკუაციური ფუნქციის მსუბუქი ხარისხის დარღვევა; ეს ავადმყოფები მე-3 დღიდან იღებდნენ მინერალურ წყალს, წვენებს, ხოლო მე-5 დღიდან - მანონს, რძეს, არაჟანს, კარტოფილის პიურეს, მანანის ფაფას და ა.შ. საშუალო სიმძიმის დარღვევებს ადგილი ჰქონდა 15 შემთხვევაში და განვითარდა მხოლოდ სექტორული რადიკალური დუოდენოპლასტიკის შემდეგ. აღნიშნული ავადმყოფები საკვების მიღებას იწყებდნენ ძირითადად მე-5 დღეს, რაც აისახა მათ სანოლზე დაყოვნებაში. ავადმყოფები, მსუბუქი ხარისხის დარღვევებით, სტაციონარიდან გაეწერნენ მე-7-8 დღეს, საშუალო ხარისხის სიმძიმით კი - მე-9

- მე-10 დღეს. ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ადგილი ჰქონდა სხვადასხვა სახის გართულებას. მათ შორის: კუჭიდან სისხლდენას - 2 შემთხვევაში, მუცლის ღრუდან სისხლდენას - 1 შემთხვევაში. ამ ავადმყოფებიდან 2-ს დასჭირდა რელაპარატომიის ჩატარება. ერთ ავადმყოფს განუვითარდა მიოკარდიუმის იშემია, ერთსაც - ოპერაციის შემდგომი

ბრონქოპნევმონია. აღსანიშნავია, რომ ორგანული სახის სამივე გართულებას ადგილი ჰქონდა მეთოდის ათვისების პერიოდში. ლეტალურ შემთხვევას ადგილი არ ჰქონია. მიმდინარეობს შორეული შედეგების შესწავლა.

### **დასკვნა:**

1. რადიკალური დუოდენოპლასტიკა უკანა სელექციურ ვაგატომიასთან და წინა სერომიოტომიასთან ერთად თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი სტენოზის მკურნალობის ერთ-ერთი ალტერნატიული და ეფექტური მეთოდია.

2. რადიკალური დუოდენოპლასტიკა კუჭის რეზექციასთან შედარებით ნაკლებად ტრავმული ოპერაციაა.

3. მეთოდი გამოირჩევა მინიმალური გართულებებით და ლეტალობით, რაც ძალზედ მნიშვნელოვანია წყლულოვანი დაავადების მკურნალობისას.

### **ლიტერატურა:**

1. Бальян А.С. Радикальная дуоденопластика при осложненных постбульбарных ранее ушитых перфоративных язвах. Дис. на соискание уч. степени кан. мед. наук. Краснодар, 2007г. 24с.

2. Дигилдов М. Т. Органосохраняющие хирургические технологии лечения больных декомпенсированной рубцово -язвенным стенозом двенадцатиперстной кишки. Дис. на соискание уч. степени кан. мед. наук. Краснодар, 2014г. 48с.

3. Дурпштер В.М. Радикальная дуоденопластика и селективная проксимальная ваготомия в лечении декомпенсированного рубцово-язвенного стеноза двенадцатиперстной кишки: дис. канд. мед.наук. Краснодар: Кубанская гос. мед. академия, 1992.-126с.
4. Ермолаев Ю.Д. Выбор способа радикальной операции после ранее ушитых перфоративных гастродуоденальных язв: автореф. дис. канд. мед. наук- Томск: Сибирский гос. мед. академия. 2003.-20с.
5. Карипиди Г.К. Радикальная дуоденопластика после ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки: дис. д-ра мед. наук.- Краснодар: Кубанский гос. медю университет. 2006,-478с.
6. Курбанов К.М., Назаров Б.О. Хирургическая тактика при перфоративных гастродуоденальных язвах, сочетающихся с пенетрацией и стенозом/ / Хирургия.2005-№2.-с. 33-35.
7. Оноприев В.И., Пахилина А.Н. Патоморфология низкой дуоденальной язвы и способы ее хирургического лечения//Кубанский научный медицинский вестник. 2006,-№7-8.С. 6-19.
8. Оноприев В.И. Дуоденопластика новое направление в хирургическом лечении осложненных дуоденальных язв.// Сборник научных трудов.- Краснодар.1984.- С.6-19.

**Archvadze B., Berishvili K., Asanidze S., Lomsadze G.**

## **RADICAL DUODENOPLASTY FOR THE TREATMENT OF ULCERATIVE STENOSIS**

**TSMU, DEPARTMENT OF GENERAL SURGERY DISEASES PROPEDEUTICS; GEO HOSPITALS**

By the authors have been delivered a method of radical duodenoplasty for the treatment of duodenum ulcerative-cicatrical stenosis, by conduction of posterior selective vagotomy and anterior seromyotomy. Totally were operated 75 patients diagnosed as duodenum ulcerative-cicatrical stenosis. 2 basic methods of radical duodenoplasty were used:

Segmental duodenoplasty of duodenal cap that is to say radical resection of ulcer from cap area by resection of a wall located at duodenum ulcer; sectoral radical duodenoplasty by duodenum resection together with ulcer and restoration of duodenum integrity by duodeno anastomosis.

Postoperative period conducted with minimal complications, in 2 cases there was stomach bleeding; in 1 case bleeding from abdominal cavity. 2 relaparotomies were made, also developed two inorganic complications, there was no lethal cases.