

раствор с концентрацией озона на выходе из аппарата 1200–1500 мкг/л вводился внутривенно (по 200 мл). Кроме того, озонированный физиологический раствор с концентрацией 5000 мкг/л вводился внутрь патологических очагов в железе по 1,0–1,2 мл на 1 мл объема образования. Курс лечения из 5–6 процедур через 1–2 дня. Озонотерапию проводили 1 раз в 6 месяцев под контролем ультразвукового, цитологического и гормонального исследований.

При изучении ультрасонограмм щитовидной железы у детей, получавших интраструмально озон по поводу кистозных образований, отмечено две закономерности. Кисты небольших размеров без плотной капсулы заполнялись от периферии к центру, а при наличии плотной капсулы отмечалось равномерное заполнение кисты тканевым компонентом, по структуре идентичным ткани щитовидной железы. У больных с узловыми образованиями после лечения медицинским озоном оболочка узла становилась менее заметной, прерывистой, а ткань образования по структуре – идентичной ткани щитовидной железы [4].

Ценность любого метода лечения зависит от его результатов в отдаленный период. Изучен катамнез заболевания через 8–10 лет у 19 человек, получавших ранее лечение с использованием озонных технологий: 12 женщин и 7 мужчин в возрасте 23–26 лет. Выполняли анкетирование и прямое обследование пациентов. В анкетах основное внимание уделяли вопросам состояния здоровья и эндокринологического статуса. Все обследуемые жалоб, характерных для патологии щитовидной железы, не предъявляли и не состояли на учете у эндокринолога. Вели активный образ жизни, работали, 8 человек создали семьи, имеют детей.

При ультразвуковом обследовании в 11 случаях объем щитовидной железы соответствовал норме. Во всех наблюдениях при доплерографии зарегистрирован равномерный кровоток, соответствующий 2–3 баллам, по всему органу. Уровень гормонов щитовидной железы находился в пределах возрастных норм.

Таким образом, мы считаем, что применение озонных технологий в комплексном лечении очаговых образований щитовидной железы дает хорошие отдаленные результаты. Несмотря на то, что необходимо дальнейшее изучение результатов такого лечения, его уже на данном этапе следует рассматривать как успешное и шире внедрять в клиническую практику.

Литература

1. Александров Ю.К., Добордженидзе Т.Р., Крюкова Н.А. Малоинвазивные хирургические вмешательства на щитовидной железе под контролем УЗИ // Тез. Второго конгресса Ассоциации хирургов им. Н.И. Пирогова. Ярославль, 2000. С. 28–32.
2. Алясова А.В., Конторщикова К.Н., Шахов Б.Е. Озонные технологии в лечении злокачественных опухолей. Нижний Новгород, 2006. 199 с.
3. Касаткина Э.П. Диффузный эутериоидный зоб у детей и подростков // Педиатрия. 2000. № 5. С. 45–48.
4. Кузьмичев П.П. Применение медицинского озона в хирургии очаговых поражений щитовидной железы у детей и подростков (экспериментально-клиническое исследование): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Омск, 2006. 22 с.
5. Чернов В.Л. Медикаментозное лечение узлового зоба // *Consilium medicum*. 2000. № 5. С. 24–32.

Поступила в редакцию 19.11.2010.

AFTERHISTORY OF THYROID GLAND MASS LESIONS USING OZONIC TECHNOLOGIES

P.P. Kuzmichev¹, V.V. Shapkin², N.E. Kuzmicheva¹, G.S. Malinskaya³, A.E. Karpova³

¹Institution of Advanced Training for Medical Officers (9 Krasnodarskaya St. Khabarovsk 680009 Russia), Vladivostok State Medical University (2 Ostryakova Av. Vladivostok 690950 Russia), Children's Regional Hospital (36 Pionerskaya St. Birobidzhan 679016 Russia)

Summary – The paper analyses long-term outcomes of ozone therapy of thyroid gland mass lesions which has been performed based upon the authors' method. They have carried out questioning and instrumental and laboratory examination of 19 patients aged 23 to 26 years, which proceeded with the ozonic therapy treatment 8–10 years ago. The volumes of thyroid bodies of 11 patients were within normal limits; in all the cases, the level of thyroid hormones were within age limits. The authors consider that it is required to make large-scale implementation of ozonic technologies for treating thyroid gland mass lesions.

Key words: thyroid gland, ozonic therapy, therapy results.

Pacific Medical Journal, 2011, No. 3, p. 74–75.

УДК 616.33-002.44-089.87

ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА В УСЛОВИЯХ ТРУДНОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ

О.В. Зайцев, С.В. Тарасенко, А.А. Натальский, К.С. Морозов

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова (390026 г. Рязань, ул. Высоковольная, 9)

Ключевые слова: язвенная болезнь, двенадцатиперстная кишка, резекция желудка, дуоденоэюностомия.

Описана авторская методика модифицированной резекции желудка по Бильрот-I при осложненной (трудной) язве двенадцатиперстной кишки. Целесообразность резекции по Бильрот-I продиктована не столько стремлением создать физиологичный пассаж пищевых масс, сколько преимуществами

гастродуоденоанастомоза «конец в конец». Чтобы уменьшить натяжение в зоне анастомоза, предлагается трубковидная резекция желудка с полным иссечением малой кривизны. При наличии хронической дуоденальной непроходимости авторы считают показанной резекцию желудка по Ру с наложением декомпрессионной дуоденоэюностомы. Анализируются 119 клинических наблюдений, демонстрирующих преимущества предлагаемой методики.

Зайцев Олег Владимирович – канд. мед. наук, доцент кафедры госпитальной хирургии РязГМУ; e-mail: ozaitsev@rumbler.ru

Благодаря развитию фармакотерапии, количество плановых хирургических вмешательств по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки значительно сократилось, но число вмешательств, выполняемых в условиях осложненной язвенной болезни, остается высоким [3, 12, 13]. В экстренной ситуации хирургу приходится сталкиваться с грубыми морфологическими изменениями в зоне язвенного дефекта, часто распространяющимися на прилежащие анатомические структуры, что значительно усложняет экстериоризацию язвы и, следовательно, – технику радикального вмешательства [2]. В научных публикациях подобные язвы двенадцатиперстной кишки именуются «трудными» [7, 10].

«Ахиллесовой пятой» резекции желудка по Бильрот-II в условиях трудной язвы является ушивание культи двенадцатиперстной кишки. В литературе можно найти описание около 200 методик ушивания, ни одна из которых не дает гарантии от несостоятельности [4]. Альтернативой здесь может служить резекция желудка по Бильрот-I: используя определенные технические приемы, можно значительно улучшить непосредственные результаты вмешательства [2].

В предлагаемом материале мы решили поделиться собственным опытом выполнения резекции желудка в условиях трудной язвы двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы. В клинике госпитальной хирургии РязГМУ на базе МУЗ ГК БСМП г. Рязани и ФБЛПУ БО УФСИН по Рязанской области с 1996 по 2010 г. выполнено 119 резекций желудка по поводу трудной язвы двенадцатиперстной кишки. Под «трудными» подразумевались хронические язвы, обладающие одной или несколькими из нижеперечисленных характеристик:

- 1) гигантская язва с массивным воспалительным инфильтратом;
- 2) пенетрация язвы в соседние органы (обычно в головку поджелудочной железы или печеночно-двенадцатиперстную связку);
- 3) язва с тубулярным стенозом, распространяющимся на базально-луковичный или постбульбарный отделы двенадцатиперстной кишки;
- 4) рецидивная язва после ушивания перфораций и различных вариантов ваготомий с пилоропластикой, приводящих к грубым нарушениям топографо-анатомических взаимоотношений с прилежащими органами;
- 5) язва постбульбарной и базально-луковичной локализации.

Результаты исследования и обсуждение полученных данных. Операцией выбора при трудной дуоденальной язве считаем резекцию желудка по Бильрот-I с конце-концевым гастродуоденоанастомозом. Целеобразность резекции по Бильрот-I продиктована здесь не столько стремлением создать физиологичный пассаж пищевых масс через двенадцатиперстную кишку, обеспечивающий низкую частоту постгастрорезекционных синдромов в отдаленном периоде,

сколько преимуществами гастродуоденоанастомоза «конец в конец» в сравнении с любой методикой ушивания культи двенадцатиперстной кишки. Основным аргументом является отсутствие необходимости широкой мобилизации культи двенадцатиперстной кишки, которая потребовалась бы для ее ушивания двух- или трехрядным швом. Как следствие, уменьшается опасность повреждения желчных и панкреатических протоков. Кровоснабжение культи двенадцатиперстной кишки при ее ушивании хуже, так как при формировании лоскутов проводится их мобилизация на протяжении 1,5–2 см. При ушивании культи в трудных ситуациях создается большое натяжение сшиваемых тканей. Наличие гастродуоденоанастомоза создает возможность дренирования двенадцатиперстной кишки в послеоперационном периоде, что способствует снижению интрадуоденального давления и, следовательно, профилактике несостоятельности швов.

Техника выполнения резекции желудка по Бильрот-I подробно описана в классических руководствах [1, 8]. При наложении гастродуоденоанастомоза в условиях трудной язвы классическая методика этой операции была дополнена следующими техническими приемами:

1. Обязательное условие: наложение однорядного серозно-мышечно-подслизистого узлового шва. Однорядный шов позволяет выполнить экономную мобилизацию двенадцатиперстной кишки – для его наложения достаточно 5 мм ее стенки;

2. Экстериоризация язвы, располагающейся по задней стенке двенадцатиперстной кишки, достигается выделением стенки кишки только до верхнего края язвенного дефекта. В дальнейшей мобилизации кишки не только нет необходимости, но она может привести и к серьезным осложнениям в виде повреждения малого или большого дуоденального сосочков. При формировании задней стенки анастомоза в шов захватываются рубцово-измененные ткани, являющиеся нижним краем язвенного дефекта.

3. В ходе операции часто оказывается, что при локализации язвенного дефекта на задней стенке луковицы рубцово-язвенный процесс циркулярно распространяется на переднюю стенку кишки. В этом случае проводится иссечение передней стенки луковицы, и срез культи двенадцатиперстной кишки приобретает тангенциальное направление.

4. Анастомоз формируется на открытой культе двенадцатиперстной кишки с предварительной визуализацией фатерова соска.

5. Проводится широкая мобилизация двенадцатиперстной кишки по Кохеру, позволяющая уменьшить натяжение в зоне гастродуоденоанастомоза.

При резекции желудка по Бильрот-I одной из проблем, с которой сталкивается хирург, является большой диастаз между культей желудка и двенадцатиперстной кишкой. Степень натяжения анастомозируемых органов может быть столь велика, что ни мобилизация

двенадцатиперстной кишки по Кохеру, ни частичное пересечение желудочно-селезеночной связки не позволяют безопасно наложить гастродуоденоанастомоз. В этой ситуации может возникнуть соблазн уменьшить объем резецируемого желудка, отступив в дистальном направлении по большой кривизне несколько сантиметров. Но неадекватный объем резекции может привести к рецидиву язвенной болезни и ухудшению отдаленных результатов. Решением этой проблемы может являться модификация известной методики Shoemaker, предложившего при мобилизации дистальных 2/3 желудка иссекать всю малую кривизну до пищеводно-желудочного перехода. Иссечение малой кривизны за счет снижения вагусных влияний должно способствовать уменьшению кислотопродукции в культе желудка и замедлению эвакуации из нее и, следовательно, – улучшению отдаленных результатов хирургического лечения [1, 11]. Вероятно, отсекая полностью малую кривизну, можно несколько уменьшить объем резекции желудка по большой кривизне, и это не приведет к повышенной кислотопродукции по сравнению с классической резекцией по Бильрот-I.

Учитывая вышесказанное, в условиях трудной язвы двенадцатиперстной кишки мы использовали модифицированный подход в определении границ резекции желудка. В классическом варианте по Бильрот-I пересечение желудка проходит по линии, соединяющей границу средней и верхней трети малой кривизны, а по большой кривизне – до точки, располагающейся на 2–3 см ниже нижнего полюса селезенки. Анатомическим ориентиром для определения границы верхней и средней трети малой кривизны служит промежуток между первой и второй поперечными ветвями нисходящей ветви левой желудочной артерии. В модифицированном варианте граница резекции по малой кривизне располагается непосредственно у пищеводно-желудочного перехода, а по большой кривизне – на 3–4 см дистальнее, чем обычно, то есть в 5–6 см от нижнего полюса селезенки (рис. 1). Несмотря на кажущееся малозначительным удлинение большой кривизны, оно часто оказывалось решающим фактором, позволяющим наложить гастродуоденоанастомоз без какого-либо натяжения. Далее в тексте этот вариант резекции желудка по Бильрот-I будет называться «трубковидная резекция».

Принципиальным моментом является решение о выполнении трубковидной резекции на этапе мобилизации желудка, до момента его отсечения по предполагаемой границе резекции. Совершенно очевидно, что, если значительный диастаз между культей желудка и двенадцатиперстной кишки будет обнаружен только на этапе наложения гастродуоденоанастомоза, дефицит длины большой кривизны будет неустраним. Для индикации возможного натяжения в зоне гастродуоденоанастомоза были предложены следующие критерии: 1) наличие рубцово-язвенного процесса, распространяющегося на переднюю стенку двенадцатиперстной кишки, который потребует иссечения передней

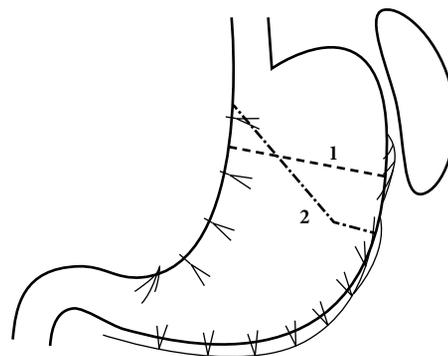


Рис. 1. Границы резекции желудка:
1 – классическая резекция по Бильрот-I, 2 – трубковидная резекция.

полуокружности кишки на расстоянии более чем 2 см от границы привратника;
2) базально-луковичная или залуковичная локализация язвы по задней полуокружности двенадцатиперстной кишки;
3) гиперстеническое телосложение пациента.

Предлагаемая техника резекции желудка при трудной язве двенадцатиперстной кишки имеет недостаток, который нельзя не отметить. В литературе широко обсуждается проблема хронической дуоденальной непроходимости (дуоденостаза), ассоциированной с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки [4–6]. Очевидно, что наложение гастродуоденоанастомоза в условиях дуоденостаза приведет к формированию в отдаленном периоде дуоденогастрального рефлюкса и щелочного рефлюкс-гастрита. В этой ситуации хирург оказывается перед дилеммой: завершить операцию по Бильрот-II с риском несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки в условиях трудной язвы и дуоденостаза, либо выполнить резекцию желудка по Бильрот-I и получить неудовлетворительные отдаленные результаты за счет дуоденогастрального рефлюкса.

С целью решения этой проблемы предложен метод, названный декомпрессионной дуоденоюностомией. После выполнения резекции желудка накладывается конце-концевой гастроюноанастомоз на петле Ру длиной около 50 см. Затем, отступя от гастроюноанастомоза около 10–15 см, напротив культи двенадцатиперстной кишки выполняется продольный разрез по противобрыжеечному краю тощей кишки, своим размером соответствующий диаметру культи. Следующим этапом накладывается однорядный анастомоз между культей двенадцатиперстной кишки и тощей кишкой (рис. 2). Накладывая дуоденоюноанастомоз, следует руководствоваться теми же принципами, как и в описанной выше технике наложения гастродуоденоанастомоза при трудной язве.

Так как большинство наших больных было оперировано в экстренном и срочном порядке, диагностика сопутствующей хронической дуоденальной непроходимости проводилась непосредственно в ходе оперативного вмешательства, исходя из критериев, предложенных Н.А. Никитиным [4]:

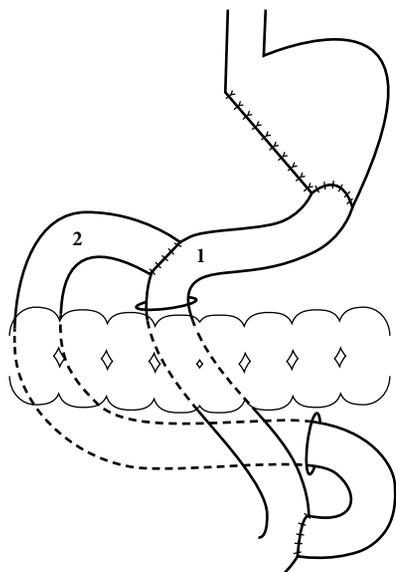


Рис. 2. Декомпрессионная дуоденоюностомия:

1 – петля тощей кишки, выделенная по Ру, 2 – культя двенадцатиперстной кишки.

- 1) наличие препятствия дуоденальной эвакуации;
- 2) расширение просвета нисходящей и, особенно, нижнегоризонтальной ветвей двенадцатиперстной кишки более 3,5 см;
- 3) видимое преобладание диаметра двенадцатиперстной кишки над диаметром начального отдела тощей кишки;
- 4) изменение тонуса двенадцатиперстной кишки, уменьшение ее тонуса в ответ на механическое раздражение более чем на 1/2 или менее чем на 1/3 первоначальной величины.

Кроме того, в ходе оперативного вмешательства у нескольких пациентов были обнаружены явления хронического панкреатита – резкое уплотнение, склероз и кальцификация поджелудочной железы. Учитывая точку зрения ряда авторов, что в патогенезе хронического панкреатита определенную роль играет повышение внутрипросветного давления в двенадцатиперстной кишке [9], эти больные были условно учтены как пациенты с явлениями дуоденостаза.

По нашему мнению, декомпрессионная дуоденоюностомия позволяет решить несколько задач:

- 1) избежать такого рискованного в условиях трудной язвы и дуоденостаза этапа операции, как ушивание культи двенадцатиперстной кишки;
- 2) обеспечивать снижение внутрипросветного давления в двенадцатиперстной кишке и, следовательно, в отдаленном послеоперационном периоде купировать хроническую дуоденальную непроходимость;
- 3) способствовать участию двенадцатиперстной кишки в процессе пищеварения и нейровегетативной регуляции функции других отделов желудочно-кишечного тракта.

Сравнивая методику декомпрессионной дуоденоюностомии с известной техникой резекции

желудка по Henley, когда производится восстановление непрерывности желудочно-кишечного тракта путем вшивания между культей двенадцатиперстной кишки и культей желудка выделенного сегмента тощей кишки, хотелось бы подчеркнуть следующее. Основной целью декомпрессионной дуоденоюностомии является использование выделенной по Ру петли тощей кишки именно как пластического материала для закрытия трудной дуоденальной культи, а вовсе не «редуоденизация» с целью улучшения отдаленных результатов. Возникающую частичную редуоденизацию мы рассматриваем лишь как вторичный аргумент, хотя и способный, вероятно, несколько улучшить качество жизни. Важным преимуществом предлагаемой методики является отсутствие необходимости скрупулезного сохранения сосудистой архитектоники брыжейки выделенного сегмента тощей кишки, когда умеренный перекрут или натяжение могут критически ухудшить кровоснабжение [1, 8]. Кроме того, декомпрессионная дуоденоюностомия не требует такой тщательной подготовки культи двенадцатиперстной кишки к анастомозированию, как иссечение рубцовых тканей или приведение ее диаметра в соответствие с диаметром тощей кишки.

С использованием описанных технических приемов было выполнено 87 резекций желудка (табл.).

Таблица

Характеристика больных, перенесших резекцию желудка в различных модификациях, по поводу трудной язвы двенадцатиперстной кишки

Характеристика		Модификация резекции			
		Бильрот-I (n=70)	Бильрот-II (n=32)	по Ру ¹ (n=17)	
Возраст, лет (M±m)		44,4±10,9	43,9±11,2	37,1±13,2	
Пол, абс.		муж.	61	27	17
		жен.	9	5	0
Осложнения язвенной болезни ²	перфорация	абс.	31	14	1
		%	44,3	43,8	5,9
	кровотечение	абс.	13	3	2
		%	18,6	9,4	11,9
	стеноз	абс.	23	17	10
		%	32,9	53,1	58,8
	пенетрация	абс.	58	27	16
		%	82,9	84,4	94,1
Несостоятельность гастродуоденоанастомоза	абс.	1	–	–	
	%	1,4	–	–	
Несостоятельность гастроюноанастомоза	абс.	–	0	0	
	%	–	0,0	0,0	
Несостоятельность культи 12-перстной кишки	абс.	–	6	–	
	%	–	18,8	–	
Летальный исход	абс.	4	7	0	
	%	5,7	21,9	0,0	

¹ С дуоденоюностомией.

² Суммарное количество осложнений может превышать численность группы, так как у ряда пациентов имелось несколько осложнений.

С целью объективизации непосредственных результатов оперативного лечения был произведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, которым в сходной клинической ситуации была выполнена резекция желудка в различных модификациях Бильрот-II. Выборка проводилась случайным способом за 1996–1998 гг., когда преобладали другие тактические подходы к выбору методики резекции желудка.

Возраст больных колебался от 29 до 79 лет, большинство из них принадлежало к старшей возрастной группе. В экстренном и срочном порядке выполнена 81 операция. Группы пациентов, перенесших различные варианты вмешательств, были близки по полу, возрасту и структуре осложнений язвенной болезни.

Наиболее важным критерием оценки непосредственных результатов оперативного лечения трудной язвы можно считать частоту несостоятельности хирургических швов, накладываемых на полый орган, претерпевший определенные патоморфологические изменения вследствие периульцерозного рубцевания и инфильтрации. В случае резекции желудка по Бильрот-I речь идет о гастродуоденоанастомозе, а по Бильрот-II – о культе двенадцатиперстной кишки. Как видно из таблицы, при выполнении резекции желудка по способу Бильрот-I, несостоятельность гастродуоденоанастомоза наблюдалась лишь в одном случае.

В группе лиц, перенесших резекцию желудка по Бильрот-II, частота несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки была значимо выше. В 3 наблюдениях это осложнение потребовало релапаротомии. Несмотря на релапаротомии, дренирование подпеченочного пространства и просвета двенадцатиперстной кишки, 3 пациентов умерли в результате прогрессирования перитонита и интоксикации.

17 больным, имевшим признаки хронической дуоденальной непроходимости, выполнена резекция желудка по Ру с наложением декомпрессионной дуоденоюностомии. Ни в одном из наблюдений несостоятельности анастомоза мы не наблюдали. Отдаленные результаты по шкале Визик удалось проследить у 11 пациентов, получены отличные и хорошие результаты.

Выводы

1. Соблюдая определенные технические приемы в условиях трудной дуоденальной язвы, выполнение резекции желудка по Бильрот-I позволяет существенно улучшить непосредственные результаты хирургического лечения по сравнению с методикой по Бильрот-II.

2. При сопутствующих признаках хронической дуоденальной непроходимости в условиях трудной дуоденальной язвы целесообразно выполнять резекцию

желудка по Ру с наложением декомпрессионной дуоденоюностомии.

Литература

1. Атлас абдоминальной хирургии. Т. 2. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки [Итала Э.] / пер. с англ. М.: Мед. лит., 2007. 472 с.
2. Власов А.П., Сараев В.В., Степанов Ю.П., Рубцов О.Ю. Новые технологии в хирургии «трудных» язв двенадцатиперстной кишки // Хирургия. 2008. № 8. С. 44–48.
3. Лапина Т.Л. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки // Cons. Med. 2004. Т. 4, № 1. С. 8–13.
4. Никитин Н.А. Недостаточность швов дуоденальной культи в ургентной хирургии язвенной болезни. Киров: Вятка, 2002. 144 с.
5. Оскретков В.И., Вильгельм Н.П. Хирургическое лечение хронической язвы двенадцатиперстной кишки, сочетанной с хронической дуоденальной непроходимостью // Хирургия. 1998. № 3. С. 41–44.
6. Репин В.Н., Репин М.В. Хирургическое лечение язвенной болезни при артериомезентериальной компрессии двенадцатиперстной кишки // Хирургия. 2005. № 1. С. 37–40.
7. Сахаров В.В. Выбор способа операции при «трудных» язвах луковицы двенадцатиперстной кишки (гигантских, пенетрирующих): автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 2003. 23 с.
8. Шалимов А.А., Полупан В.Н. Атлас операций на пищеводе, желудке и двенадцатиперстной кишке. М.: Медицина, 1975. 304 с.
9. Шишкин И.М. Диагностика и оперативное лечение хронического калькулезного холецистита и хронического панкреатита при артериомезентериальной компрессии двенадцатиперстной кишки: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Пермь, 2007. 20 с.
10. Bianchi P., Parente F. «Difficult» duodenal ulcer patients: clinical and therapeutic problems // Dig. Dis. 1991. Vol. 9, No. 4. P. 219–228.
11. Lewis A., Qvist G. Operative treatment of high gastric ulcer with special reference to Pauchet's method // Brit. J. Surg. 2005. Vol. 59, No. 1. P. 1–4.
12. Ohmann C., Imhof M., Ruppert C. et al. Time-trends in the epidemiology of peptic ulcer bleeding // Scand. J. Gastroenterol. 2005. Vol. 40, No. 8. C. 914–920.
13. Thors H., Svanes C., Thjodleifsson B. Trends in peptic ulcer morbidity and mortality in Iceland // J. Clin. Epidemiol. 2002. Vol. 55, No. 7. C. 681–686.

Поступила в редакцию 28.07.2010.

TECHNICAL ASPECTS OF STOMACH RESECTION IN CONDITIONS OF DIFFICULT DUODENAL ULCER

O.V. Zaitsev, S.V. Tarasenko, A.A. Natal'skiy, K.S. Morozov
Ryazan State Medical University named after Acad. I.P. Pavlov
(9 Vysokovolt'naya St. Ryazan 390026 Russia)

Summary – The paper describes the authors' methods of modified stomach Bilrot-I resection in the case of complicated (difficult) duodenal ulcer. The Bilrot-I resection advisability is imposed by advantages of “end-to-end” gastroduodenostomia rather than the purpose to create the food passage adjusted to human physiology. In order to decrease tension in the zone of anastomosis, the authors suggest applying the tabulate stomach resection with complete ablation of lesser curvature. In case of chronic duodenal ileus, the authors prescribe to make Rou stomach resection with application of decompression duodenojejunostomy. The authors analyse 119 clinical observations, which demonstrate advantages of the method suggested.

Key words: stomach ulcer, duodenum, stomach resection, duodenojejunostomy.