

## **Выбор метода лечения осложнений язв желудка и двенадцатиперстной кишки в плановой и экстренной хирургии**

*<sup>1</sup>ГУ «1134 Военный медицинский центр ВС РФ»*

*<sup>2</sup>УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

В работе анализируются результаты хирургического лечения осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у 24 пациентов. У 18 больных операциями выбора явились органосохраняющие и дренирующие желудок операции. Резекции желудка в различных модификациях осуществлены троим пациентам. У двух из них в связи с наличием сопутствующей хирургической патологии произведены симультанные брюшнополостные операции. Трижды выполнено ушивание перфоративного отверстия. Приведён собственный опыт предоперационной подготовки больных с осложненной язвенной болезнью, назначения адекватной медикаментозной терапии, коррекции нарушений гомеостаза и сопутствующих заболеваний, выбора метода оперативного вмешательства в зависимости от вида осложнения и с учетом специфики реконвалесценции для дальнейшего прохождения военной службы.

Язвенная болезнь - самостоятельное хроническое рецидивирующее заболевание гастродуоденальной области с образованием язв желудка и двенадцатиперстной кишки. В индустриально- развитых странах язвенной болезнью страдает 6 - 10% взрослого населения, при этом преобладают дуоденальные язвы по сравнению с желудочной локализацией [1]. В последнее время наблюдается рост осложнённых форм язвенной болезни, являющейся наиболее частой причиной стеноза. По данным некоторых авторов, от 10 до 54% показаний к оперативному лечению язвенной болезни составляет стеноз выходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки [3]. Рак желудка является второй по частоте причиной нарушений эвакуации из желудка. Операции по поводу стеноза выходного отдела желудка сопровождаются большим количеством осложнений и высокой послеоперационной летальностью. В лечебных подходах при острых осложнениях гастродуоденальных язв присутствуют закономерные динамические параллели существующей хирургической тактики [7]. Статистика гастроэнтерологических отчётов подтверждает, что при достаточно значимом уменьшении числа плановых операций при язвенной болезни, количество неотложных вмешательств, в связи с кровотечением из язвы или её перфорацией стабильно остаётся на одном уровне и даже возрастает [2]. Несмотря на широкий диапазон мнений о лечении язвенной болезни, общепринятым и оправданным является подход к хирургическому лечению осложнений язв желудка и 12-ти перстной кишки [8]. Ваготомия в хирургии язвенной болезни прошла сложный путь становления и на сегодняшний день признаётся далеко не всеми хирургами [9]. В последние годы оптимальным вариантом считается расширенная селективно-проксимальная ваготомия в сочетании с дренирующей желудок операцией. Однако, по данным А.И. Нечая и соавторов результаты стволовой и проксимальной ваготомий во многом идентичные. Атония желудка после стволовой ваготомии в большей или меньшей степени может развиваться даже при адекватном дренировании [4]. Зайцев

В.Т. с соавторами наблюдали нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка после ваготомии у 23% пациентов, у 4,2% - тяжёлые формы гастростаза. Значительно чаще атония желудка возникает у больных, оперированных по поводу стеноза, у которых уже до операции имелись нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка [5].

#### Материал и методы

В хирургическом отделении ГУ 1134 ВМЦ ВС РБ за последние 5 лет в плановом и экстренном порядке было оперировано 24 больных по поводу осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Наибольшее число оперированных (22) имело осложненное течение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. На основании данных, полученных в результате исследования и интраоперационной ревизии, в большинстве случаев язва выявлена на передней стенке двенадцатиперстной кишки - 15 (68,2%) больных. У 3 (13,6%) пациентов установлена ее локализация на задней стенке, у 2 (9,1%) больных имелись язвы заднемедиальной (боковой, большой кривизны), еще у 2 (9,1%) - переднелатеральной (боковой, малой кривизны) стенок двенадцатиперстной кишки. Две осложненные язвы желудка располагались на малой кривизне (1 тип по Н.Д. Johnson) и в препилорическом отделе (Ш тип по Н.Д. Johnson) [6]. В двух случаях имело место наличие сопутствующей хирургической патологии брюшной полости (хронический калькулезный холецистит и артерио-мезентериальная дуоденальная непроходимость).

Одиночные осложнения течения язвенной болезни имели место у 21 оперированного. Особое место занимали сочетания и одновременное наличие двух осложнений гастродуоденальных язв. У 3-х (12,5%) больных диагностировано сочетание двух осложнений (кровоотечение + стеноз - 1, пенетрация + стеноз - 1, перфорация + кровоотечение - 1). Острые осложнения, потребовавшие хирургического лечения, наблюдались у 11 больных (перфорация - 8 (33,3%), повторные или рецидивные кровоотечения - 3 (12,5%)). Два пациента имели перфорационные отверстия 2мм диаметром (22,2%), еще у 2-х человек диаметр составил 3мм (22,2%), в одном случае размер прободного отверстия был 5мм (11,1%), в 2-х случаях - 6мм (22,2%). По одному разу встречались перфорации 7мм (11,1%) и 15мм (11,1%). У 9 оперированных было зарегистрировано развитие перитонита. В 6 случаях (66,7%) он был разлитым, а в 3 (33,3%) - местным. У 6 больных (66,7%) перитонит был представлен серозно-фибринозным выпотом, ещё у 3 (33,3%) - серозным. Явившиеся показаниями к операции хронические осложнения развились у 10 пациентов. Язва, резистентная к длительному консервативному лечению с нарушением эвакуации из желудка, субкомпенсированный и декомпенсированный пилородуоденальный стеноз был у 8 больных (33,3%), пенетрация дуоденальной язвы у 1 (4,2%) и малигнизация циркулярной препилорической язвы - у 1 (4,2%) оперированной.

В большинстве случаев у 18 больных операциями выбора явились органосохраняющие и дренирующие желудок операции (двухсторонняя стволовая (17) или селективная проксимальная (1) ваготомия + пилоропластика по Финею - 17 и по Джадду - 1). Резекция желудка в различных модификациях осуществлена 3 пациентам (дистальная субтотальная -1, по Ру-Гебереру - 1 и Гофмейстеру-Финстереру -1). При прободениях 3 больным произведено ушивание перфоративного отверстия. У двух пациентов при наличии сопутствующей хирургической патологии выполнены симультанные брюшнополостные операции. Хирургическое лечение

осложнений язвенной болезни дополнено холецистэктомией и наложением дуоденоюно анастомоза «бок в конец».

Результаты и обсуждение

Хирургическое вмешательство при осложнениях язвенной болезни предполагает надежную и рациональную ликвидацию угрожающих жизни больного патологических состояний и в большинстве случаев призвано иметь патогенетически обоснованный лечебный эффект язвенной болезни. Исходя из этого, определялись показания к операциям, включающие решение вопроса о сроках и варианте ее выполнения, что в свою очередь зависело от локализации язвы и клинического течения осложнения. Важным моментом при этом являлись возможности социальной и служебной реабилитации кадровых военнослужащих.

У 2 пациентов (20 и 42 лет) при перфорации нелеченной и с коротким анамнезом язвы двенадцатиперстной кишки произведено ушивание прободного отверстия с наложением двух рядов швов вдоль поперечной оси. Еще у 1 больного с 6 мм. перфоративным колезным язвенным отверстием и наличием серозно-фибринозного перитонита выполнено ушивание и тампонирование дефекта сальником по Поликарпову. Органосохраняющие операции в хирургии прободных язв позволяют значительно снизить летальность и улучшить функциональные результаты. У 6 оперированных лиц молодого и среднего возраста при отсутствии разлитого фибринозного перитонита и выраженной воспалительной инфильтрации стенки кишки отдавали предпочтение стволовой ваготомии с иссечением прободного отверстия и последующей пилоропластикой по Финнею (5) и Джадду (1). После ликвидации источника перитонита у 4 больных с местным и серозным перитонитом произведена одномоментная санация брюшной полости. Одномоментный лаваж, включающий неоднократное (3-4 -кратное) промывание брюшной полости подогретыми антисептиками, осуществлялся 5 оперированным в ранней стадии разлитого перитонита с наличием серозно-фибринозного и серозно-геморрагического выпота. 8 пациентам операция закончена дренированием брюшной полости ПВХ трубками. У всех пациентов с кровотечениями из язв тела желудка и пилородуоденальной области сразу после госпитализации достигнут эндоскопический гемостаз, с последующей активной гемостатической и патогенетической терапией. Показания к проведению оперативного лечения повторных кровотечений поставлены после проведения 10-12 дневной предоперационной подготовки. Методом хирургического лечения у двух пациентов с состоявшимся кровотечением и у одного в сочетании с пилородуоденальным стенозом явилось иссечение язвы при выполнении пластики по Финнею и стволовая ваготомия. При кровотечении из калезной язвы (диаметром до 3 см) средней трети тела желудка по малой кривизне у 1 больного произведена дистальная резекция желудка по Гофмейстеру-Финстереру. Двум больным, которые поступали в период обострения при имевшихся у них нарушениях эвакуации и болевом синдроме, а у 1 пациента с пенетрирующей в гепатодуоденальную связку язвой двенадцатиперстной кишки обязательно проводился курс противоязвенной терапии. Он включал в себя диетотерапию, антацидные препараты, -гистаминоблокаторы, блокаторы протонного насоса, М-холиноблокаторы, антибактериальные средства для уничтожения *Helicobacter pylori*, комплекс витаминов, водно-солевые растворы, концентрированные растворы глюкозы с инсулином, применялись физиотерапевтические процедуры. Обязательно проводилась фиброгастродуоденоскопия с местным воздействием на язву (орошение,

обкалывание) заживляющими препаратами (облепиховое масло, солкосерил, актовегин). При подготовке 7 больных с пилородуоденальным стенозом (6-язвенной, 1-раковой этиологии и 1- с сочетанием стеноза и пенетрации) придерживались несколько иных правил. Во-первых, такие больные получали дробное частое питание жидкой и полужидкой пищей. Количество пищи за один приём был ограничен в объёме. Всегда производилось систематическое опорожнение желудка толстым зондом: 2 раза в сутки - до первого и после последнего приёмов пищи. После опорожнения желудка его промывали изотоническим раствором. Во-вторых, у таких больных производилась коррекция имеющихся водно-электролитных и метаболических нарушений путём инфузионной терапии. Для этой цели использовались гидролизаты белка и растворы аминокислот, растворы хлорида натрия и хлорида калия, полиионные растворы, концентрированные растворы глюкозы с инсулином, витаминные препараты. Подбор инфузионных растворов и их количество определялись в каждом конкретном случае индивидуально. При хирургическом лечении хронических осложнений язвенной болезни у 9 оперированных применили ваготомию (8 - двухсторонняя поддиафрагмальная стволовая, 1 - селективная проксимальная) в сочетании с дренированием желудка (пилоропластика по Финею). Троем из них с целью достижения адекватного пассажа по двенадцатиперстной кишке и при наличии рубцового процесса в области связки Трейца дополнительно выполнили операцию Стронга (освобождение и низведение дуодено-еюнального угла). Показаниями для проведения у 1 больного резекции 2/3 желудка по Ру-Гебереру явилась вторая фаза декомпенсированного пилородуоденального стеноза, пенетрация язвы двенадцатиперстной кишки в головку поджелудочной железы и дуоденостаз. В случае малигнизированной циркулярной язвы пилорического отдела осуществлена субтотальная резекция желудка с лимфодиссекцией, удалением большого и малого сальников.

У лиц пожилого и старческого возраста, имеющих сопутствующие заболевания проводили коррекцию нарушений деятельности сердечно-сосудистой, дыхательной систем, почек, печени, свёртывающей системы крови. У больных молодого и среднего возраста при неосложнённом течении язвенной болезни, как правило, специальной предоперационной подготовки не требовалось. В день операции опорожнялся через зонд желудок, ставилась очистительная клизма, проводилась обычная премедикация. Подготовка к операции по экстренным показаниям не содержала каких-либо особенностей и проводилась общепринятым методом.

Положительный клинический результат получен во всех случаях оперативного лечения осложнений язв желудка и двенадцатиперстной кишки. У 2 больных после стволовой ваготомии и пилоропластики по Финею в течение нескольких недель сохранялись явления достаточного выраженного гастростаза и анастомозита, купированные консервативными мероприятиями с включением в схему прокинетиков, М, Н-холиномиметиков, ганглиоблокаторов и электростимуляции. Поскольку после оперативного вмешательства изменяются условия функционирования всей пищеварительной системы, это часто приводит к обострению хронических заболеваний и возникновению послеоперационных осложнений. Поэтому в послеоперационном периоде необходимо целенаправленное воздействие на организм больного с целью профилактики и специального лечения. В течение послеоперационного периода лечение было направлено на реализацию следующих требований:

1. Непрерывность и длительность восстановления нарушенных функций;
2. Раннее начало реабилитационных мероприятий;
3. Комплексный характер лечения;
4. Сокращение сроков временной нетрудоспособности;
5. Разработка индивидуальных программ реабилитационных мероприятий.

После операции больным назначалось физиотерапевтическое лечение: активное поведение в постели, массаж грудной клетки, электростимуляция кишечника, дыхательная гимнастика, вставание на 2-3 сутки. Большую роль играло также назначение адекватной медикаментозной терапии: а) веществ, направленных на стимуляцию репаративно-регенераторных процессов (метилурацил, витамины группы «В», «С», никотиновая кислота), б) средств, улучшающих микроциркуляцию и моторно-эвакуаторную деятельность желудочно-кишечного тракта (реополюглокин, бензогексоний), в) препаратов, улучшающих функциональное состояние печени (эссенциале), г) противовоспалительной и десенсибилизирующей терапии (диазолин, тавегил). Важным мероприятием являлась регуляция эвакуаторной функции кишечника. В течение первых двух-трёх суток после операции производилась двукратная аспирация желудочного содержимого. Лечебное питание являлось частью комплексного лечения. Питание носило дробный характер.

#### Выводы

1. Стволовая ваготомия является безусловно патогенетически обоснованной методикой и эффективным способом лечения как острых, так и хронических осложнений язв двенадцатиперстной кишки.
2. В хирургической тактике сочетания осложнений пилородуоденальных язв и при наличии сопутствующей брюшнополостной патологии присутствуют динамические закономерности, направленные на ликвидацию более угрожающего жизни процесса с учетом патогенетического лечения всего спектра имеющейся патологии.
3. Предоперационная противоязвенная терапия с полным рубцеванием язвенного дефекта в совокупности со специфическим многокомпонентным комплексным лечением, начатым сразу после проведенного оперативного вмешательства, являются обязательным элементом профилактики возможного развития анастомозита с гастростазом и полноценной служебной реабилитации кадрового военного контингента.

#### Литература

1. Батвинков, Н. И., Иоскевич Н. Н. Органосохраняющая хирургия язвенной болезни // Гродно: «ГГМИ», 1995. 172 с.
2. Мартов, Ю. Б. и соавт. Язвенная болезнь глазами хирурга // Витебск: «Витебская областная типография», 1995. 269 с.
3. Пугаев, А. В. и др. Лечение больных с пилородуоденальным стенозом // Хирургия. 2007. № 10. С. 23-27.
4. Нечай, А. И., Зуев, В. К., Волков, В. Г. Отдалённые результаты стволовой и селективной проксимальной ваготомии с пилоропластикой // Хирургия. 1989. № 10. С. 10-14.
5. Чирков, Ю. В. Выбор вида ваготомии в плановой хирургии язвенной болезни // Вестн. хирургии. 1995. № 4. С. 17-18.
6. Шорох, Г. П., Климович, В. В. Язвенные гастродуоденальные кровотечения (тактика и лечение) // Минск: «Промпечать», 1998. 155 с.
7. Курыгин, А. А., Стойко, Ю. Н., Багненко, С. Ф. Неотложная хирургическая

гастроэнтерология: руководство для врачей. СПб., 2001. 243 с.

8. Стойко, Ю. Н., Багненко, С. Ф., Курыгин, А. А. и др. Язвенные желудочно-кишечные кровотечения // Хирургия. 2002. № 8. С. 32-35.

9. Rossi, R.L., Ria, P.F., Georgi, B. et al A five to ten year follow-up study of parietal cell vagotomy // Surg. Gynec. Obstet. 1986. Vol 162. № 4. P. 301-306.