

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ
БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИ-
ПЕРСТНОЙ КИШКИ

В.М.Величенко, Ю.Б.Мартов, С.А.Сушков,
С.Г.Подолинский, Л.А.Фролов (г.Витебск)

В основу работы положен анализ результатов обследования и лечения 691 больного язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБДК), находившихся в клинике общей хирургии Витебского мединститута с 1965 по 1984 гг., из них оперировано 569 (ЯБЖ 85, ЯБДК 484).

По нашим данным пути улучшения результатов оперативного лечения больных ЯБЖ и ЯБДК лежат в реализации 5 принципов:

I. Дифференцированный подход к лечению ЯБЖ и ЯБДК. ЯБЖ I типа по *Jonston* протекает на фоне нормальной или сниженной секреторной и моторной функции желудка, ЯБДК характеризуется высокоактивной, непрерывной кислотопродукцией, нарушением нейтрализующей и ощелачивающей функции антрального отдела желудка и двенадцатиперстной кишки, повышением активности и напряженности ферментовыделения желудка, повышенной моторной деятельностью желудка. ЯБЖ II и III типов по *Jonston* по секреторной и моторной характеристике близка к ЯБДК.

2. Отказ от стандартной резекции желудка и применение органосохраняющих и органосберегающих операций.

До 1978 года 236 больным выполнили резекцию 2/3 желудка по Гофмейстеру-Финстереру вне зависимости от локализации язвы (при ЯБЖ 64, ЯБДЖ 173). Осложнения возникли у 11,8%, летальность 2,8%. Средний срок временной нетрудоспособности 93,4±2,5 дня. Инвалидами III группы признаны 64 человека (32,7%), II группы -- 14 (7,5%). С 1978 года после внедрения органосберегающих операций оперировано 333 больных (ЯБЖ 22, ЯБДЖ 311). При ЯБЖ I типа по *Jonston* выполняли экономную резекцию желудка с прямым гастродуоденоанастомозом, II типа - ТВ и антрумэктомию, III типа - СПВ с иссечением язвы и пилоропластикой. Осложнений и летальных исходов не было. Рецидив язвы отмечен у I больного. При ЯБДЖ у 213 больных выполнили СПВ (у 103 в чистом виде, у 103 с дренирующими желудок операциями, у 2 СПВ дополнена бульбодуоденостомией и у 4 пилородилатацией), 95 пациентам произвели КЖВ - переднюю СПВ и заднюю ТВ, эту операцию выполняли у лиц с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, с обильным отложением жира в малом сальнике, а также в условиях экстренной хирургии (у 20 она выполнена в чистом виде, у 6 дополнена подпривратниковой дуоденопластикой, у 9 ушиванием язвы по Оппелю-Поликарпову и у 60 дренирующими желудок операциями). После плановых и экстренных операций летальность 0,6%, рецидив язвы возник у 6 больных (1,7%). Инвалидами III группы признаны 2 (0,6%).

3. Ранее, до развития осложнений язвенной болезни, оперативное лечение дает значительно лучшие результаты, чем при осложнениях. Так, послеоперационные осложнения после первых возникли в 2,8%, летальность 0, срок временной нетрудоспособности составил 55,8±1,2 дня, инвалидности никто не имел. После вторых - осложнения имели место в 7,6%, летальность 1,1%, срок временной нетрудоспособности составил 62,3±1,8 дня, инвалидами III группы признаны 2 человека (1,1%).

4. Внедрение КЖВ вместо ТВ в ургентной хирургии.

После ТВ отмечена длительная атония желудка, явления демпинг-синдрома и диареи, срок временной нетрудоспособности 78,6±2,2 дня. При КЖВ сохраняется передняя ветвь *Lateralget*, что позволяет выполнять ее без разрушения привратника и достигнуть результатов близких к СПВ, а по срокам выполнения приблизить к ТВ.

Срок временной нетрудоспособности после ЮЖВ $55,8 \pm 1,2$ дня.

5. Применение системы реабилитационных мероприятий в послеоперационном периоде по системе стационар-поликлиника-санаторий-профилакторий у 90 больных позволило сократить временную нетрудоспособность, а также способствовало более раннему восстановлению не только общей, но и профессиональной трудоспособности, так при обычном ведении послеоперационного периода основная масса больных приступила к труду в срок от 3 до 4 месяцев, а после курса реабилитационных мероприятий - от 2-х до 3-х месяцев.