

УДК 616.342-002.44]-089

Профессор В. М. ВЕЛИЧЕНКО, кандидат медицинских наук Ю. Б. МАРТОВ

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

Кафедра общей хирургии (заведующий — профессор В. М. Величенко)
Витебского медицинского института

Распространенность язвенной болезни 12-перстной кишки среди лиц молодого и среднего возраста, хроническое, упорное течение, склонность к развитию тяжелых, опасных для жизни осложнений делают это заболевание социально значимым (М. И. Кузин, 1978). Вместе с тем, результаты консервативного, а порой и оперативного лечения его малозффективны.

Классическая операция, применяемая для лечения осложненной язвенной болезни (резекция желудка) при плановом выполнении дает летальность в среднем 4%, при прободных язвах — 5,1%, при язвенном кровотечении — 10% и более (М. И. Кузин, 1978; А. А. Шалимов с соавт., 1980). В 10—15% случаев возникают тяжелые пострезекционные осложнения, не поддающиеся медикаментозной, а порой и хирургической коррекции (В. Р. Пурмалис с соавт., 1979; А. А. Шалимов с соавт., 1980).

Применение органосохраняющих операций (ваготомии) в плановой и экстренной хирургии язвенной болезни позволяет по-новому оценить возможности излечения этого контингента больных, пересмотреть вопрос о показаниях к хирургическому вмешательству и выборе метода оперативного лечения при прободной и кровоточащей язвах (М. И. Кузин, 1978; В. С. Маят с соавт., 1978; М. И. Лыткин с соавт., 1979; Ю. М. Панцырев с соавт., 1979; В. Р. Пурмалис с соавт., 1979; А. А. Шалимов с соавт., 1980).

Нами проанализированы результаты оперативного лечения 241 больного язвенной болезнью 12-перстной кишки, проведенного в клинике общей хирургии Витебского медицинского института. До ноября 1978 г. единственной операцией, выполняемой в плановом порядке и у больных с кровотечением, была резекция $\frac{2}{3}$ желудка по Экк — Бильроту. Эта операция производилась также при перфоративной язве у больных среднего возраста с длительным язвенным анамнезом, поступивших в первые 6 часов после прободения, при отсутствии тяжелых сопутствующих заболеваний и выраженного перитонита. Оперировано 197 человек (резекция желудка произведена 183 и ушивание перфоративной язвы — 14 больным).

Все плановые больные поступали в хирургическое отделение после длительного безуспешного консервативного лечения, с развившимися осложнениями. Так, у 68 человек был «первичный» стеноз привратника, у 7 — стеноз привратника после ушивания перфоративной язвы, у 9 — пенетрация язвы в соседние органы, у 10 — дуоденальное язвенное кровотечение, у 7 — пенетрация и кровотечение, у 56 — пенетрация и стеноз, у 10 — перфорация язвы и лишь 16 больных оперированы в связи с выраженным болевым синдромом и отсутствием эффекта от медикаментозной терапии.

Наиболее ответственным и трудным этапом резекции желудка является ушивание культи 12-перстной кишки. По данным многих авторов, несостоятельность культи 12-перстной кишки встречается от 0,7 до 10%, при этом летальность достигает 50—60% (И. И. Навроцкий, 1972; Э. Н. Ванян с соавт., 1976). Из 183 оперированных нами больных это тяжелое осложнение возникло у 7 человек (3,7%), 5 из них умерли. Основными причинами несостоятельности культи 12-перстной кишки являлись: выраженная анемия и снижение регенераторных свойств тканей при массивных кровотечениях, послеоперационный панкреатит при низких пенетрирующих язвах, нарушение кровоснабжения желудочных локутов при резекции на выключение, дуоденальная гипертензия в результате механического препятствия опорожнению приводящей петли. У 2 пациентов в раннем послеоперационном периоде возникло кровотечение из сосудов культи желудка по линии гастроэнтероанастомоза, потребовавшее повторного вмешательства. Оба больных выздоровели.

Дальнейшее наблюдение за 164 оперированными больными показало, что у 134 из них (82,2%) результаты можно оценить как отличные и хорошие. У 9 пациентов развился демпинг-синдром различной степени тяжести, по поводу которого они периодически лечатся амбулаторно или в стационаре. 4 человека, оперированные по поводу дуоденального кровотечения и которым была произведена резекция для выключения язвы, поступали с повторными кровотечениями; у 7 отмечаются сопутствующие заболевания органов пищеварения (хронический панкреатит, хронический колит), требующие специального лечения.

Из 14 больных с перфоративной язвой, которым произведено ушивание, 2 умерли

в раннем послеоперационном периоде от прогрессирующего перитонита, 8 больных в последующем были оперированы в связи с развившимся стенозом привратника.

Неудовлетворенность исходами операций вынудила нас пересмотреть характер необходимого оперативного вмешательства при язвенной болезни 12-перстной кишки и с ноября 1978 г. в клинике внедрены и выполняются различные варианты ваготомии. За это время оперировано 44 человека, 35 из них — в плановом порядке. Показаниями к операции являлись: стеноз привратника — у 9, пенетрация язвы в соседние органы — у 5, пенетрация и стеноз — у 4, стеноз после ушивания перфоративной язвы — у 7, частые обострения и безуспешность длительной консервативной терапии — у 8. Двое больных оперированы после остановки дуоденального язвенного кровотечения, а 9 больных операция произведена в экстренном порядке (3 — на высоте массивного кровотечения и 6 — в связи с перфорацией язвы).

До внедрения в клинику методов дооперационной и интраоперационной рН-метрии, 4 пациентам в плановом порядке произведена двусторонняя поддиафрагмальная стволовая ваготомия с антрумэктомией и гастродуоденальным анастомозом; 2 больным с массивным кровотечением и 1 с перфоративной язвой выполнены двусторонняя поддиафрагмальная стволовая ваготомия с прошиванием или иссечением язвы и пилоропластикой по Джадду.

С марта 1979 г. основной операцией у больных язвенной болезнью 12-перстной кишки, выполняемой в плановом порядке, стала расширенная селективная проксимальная ваготомия с обязательными интраоперационным рН-метрическим контролем ее полноты (М. И. Кузин с соавт., 1980). Учитывая значительное число больных, оперированных по поводу стеноза привратника, наличие выраженных рубцово-спаечных деформаций в пилорической и препилорической зонах при пенетрации язвы с опасностью последующего стенозирования, селективную проксимальную ваготомию сочетали с пилоропластикой по Гейнеке—Микуличу (2 больных), по Финнею (8) и гастродуоденостомией по Жабалею (17 больных). Лишь одному пациенту селективная проксимальная ваготомия выполнена без дренирующей операции. 3 больным с наличием желудочно-пищеводного рефлюкса, подтвержденного дооперационной раздельной рН-метрией, дополнительно произведена фундопликация по Ниссену.

6 больным, оперированным в экстренном порядке (5 по поводу перфоративной язвы и 1 в связи с массивным кровотечением), выполнена разработанная в клинике, комбинированная желудочная ваготомия, включающая переднюю селективную проксимальную ваготомию и заднюю стволовую. Комбинированная желудочная ваготомия обеспечивает адекватную денервацию кислотопродуцирующей зоны желудка, сохраняет иннервацию пилорoduоденального отдела, печени, желчевыводящих путей, вдвое сокращает время операции и упрощает технику ее выполнения. Уступая в функциональном отношении расширенной селективной проксимальной ваготомии, в связи с чем применение ее в плановой хирургии нецелесообразно, комбинированная желудочная ваготомия превосходит стволовую и может производиться вместо ее при экстренных операциях на высоте кровотечения и при перфорации язвы. Ваготомия дополнялась иссечением язвы или ее прошиванием при кровотечении с пилоропластикой по Джадду.

Осложнений в послеоперационном периоде и летальных исходов у больных, оперированных с применением органосохраняющих операций, не было. Наблюдение в течение года показало, что у подавляющего большинства из них результаты можно оценить как отличные и хорошие. 37 человек вернулись к прежнему труду, 3 больных пенсионного возраста выполняют обычную домашнюю работу. У 2 больных, длительно страдавших язвенной болезнью (12 лет и 22 года), наблюдались выраженные обострения сопутствующего хронического колита и для восстановления их трудоспособности потребовалось стационарное лечение; 2 больных, перенесших селективную проксимальную ваготомию с пилоропластикой по Финнею в связи с обширной, пенетрирующей в головку поджелудочной железы язвой, страдают демпинг-синдромом средней степени тяжести и периодически лечатся амбулаторно и в стационаре.

ВЫВОДЫ

1. Селективная проксимальная ваготомия, дополненная по показаниям дренирующей желудок операцией, является эффективным методом хирургического лечения язвенной болезни 12-перстной кишки и имеет неоспоримые преимущества перед резекцией желудка.

2. Комбинированная желудочная ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой сочетает в себе быстроту и простоту выполнения стволовой ваготомии с функциональными достоинствами селективной проксимальной ваготомии и может быть рекомендована для лечения перфоративной и кровоточащей дуоденальных язв.

3. Раннее оперативное лечение больных язвенной болезнью 12-перстной кишки улучшает результаты терапии этой категории больных.

ЛИТЕРАТУРА

Ванцян Э. Н., Черноусов А. Г., Стражеско Е. Г. — Хирургия, 1976, № 3, с. 125. — Кузин М. И. В кн.: Всесоюз. конференция по органосохраняющим операциям (ваготомии) при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки: (Тезисы). Москва, 1978, с. 3. — Кузин М. И., Постолов П. М., Кузин Н. М. — Хирургия, 1980, № 2, с. 3. — Лыткин М. И., Горелов Ф. И., Румянцев В. В. и др. —

Вестн. хир., 1979, № 1, с. 5.— М а я т В. С., П а н ц ы р е в Ю. М., Г р и н б е р г А. А.— Хирургия, 1978, № 6, с. 106.— Н а в р о ц к и й И. И. Ушивание культи 12-перстной кишки.— М., 1972.— П а н ц ы р е в Ю. М., Г р и н б е р г А. А. Ваготомия при осложненных дуоденальных язвах.— М., 1979.— П у р м а л и с В. Р., В е л д е Я. Я., Б у ш а В. А.— В кн.: Современные аспекты практической гастроэнтерологии. Рига, 1979, с. 47.— Ш а л и м о в А. А., С а е н к о В. Ф., П о л и н к е в и ч Б. С. и др.— Клин. хир., 1980, № 8, с. 3.

Поступила 25.11.80.

A SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH DUODENAL ULCER

V. M. Velichenko, Yu. B. Martov

Results of an operative treatment of 241 patients with duodenal ulcer are adduced. It is stated that the most effective method of the surgical treatment of the disease is a selective proximal vagotomy. A combined gastric vagotomy with ulcer dissection and a pyloroplasty should be applied for the treatment of a perforative and bleeding duodenal ulcers.