

ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

В. М. Величенко, Ю. Б. Мартов

Кафедра общей хирургии

Язвенная болезнь в развитых странах стала социально значимой проблемой, поскольку 500 человек из 100000 населения страдают ею (1). Общеизвестно, что возвращение больных к общественно полезному труду является основной задачей реабилитации. Это достигается проведением медицинских, профессиональных, педагогических и социально-экономических мероприятий. С позиции медицинской реабилитации во главу угла должен быть поставлен принцип строгой ответственности и целесообразности (консервативного или оперативного) сроков стационарного, поликлинического и санаторно-курортного лечения.

Являясь хроническим заболеванием с упорным, длительным течением, склонным к тяжелым осложнениям, язвенная болезнь в значительной части случаев требует хирургического лечения. По данным МЗ СССР в плановом порядке ежегодно оперируется около 17,5 человек на 100000 населения, по поводу прободения — 12,5 на 100000, у 70 из 100000 наблюдаются гастродуоденальные кровотечения. Соотношение плановых и экстренных операций выглядит как 1,4 : 1,0, что нельзя считать нормальным. Операция при язвенной болезни должна проводиться своевременно в плановом порядке, она должна предупреждать осложнения. Старые представления, относительно показаний к оперативному лечению, базирующиеся на основе лечения язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки стандартным методом резекции желудка, должны быть пересмотрены. Результаты этого метода нельзя признать удовлетворительными. Летальность после резекции высокая (в среднем по СССР при плановых операциях — 4%, при прободных язвах — 5,1%, при кровотечении более 10%). Летальность при органосохраняющих операциях (ваготомиях) не превышает 1% (1).

Средний срок временной нетрудоспособности после резекции желудка составляет 6—7 месяцев, после ваготомии — 2,5—3 месяца, инвалидами 3 группы в течение года после резекции признаются в среднем 32% оперированных, после ваготомии — 4,8%, инвалидами 2 группы соответственно — 17% и 2% (2).

Все это позволяет по новому оценить возможности излечения больных язвенной болезнью.

В клинике общей хирургии ВГМИ находилось на лечении 326 больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Из них с локализацией язвы в желудке — 65 и в двенадцатиперстной кишке — 261 человек.

Учитывая ведущее значение в патогенезе язвенной болезни желудка нарушения трофических процессов в желудочной стенке, низкие показатели кислотопродукции, а также реальную опасность малигнизации, единственно возможным методом лечения хронических желудочных язв считаем хирургический, а операцией выбора — резекцию желудка с гастродуоденальным анастомозом. Все оперированные таким образом больные благополучно перенесли вмешательства, летальных исходов не было.

Больным язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки до 1978 года также производили резекцию желудка (197 человек) при этом тяжелое осложнение — несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки развилось у 7 пациентов (3,7%), 4 из которых погибли.

При дальнейшем наблюдении за судьбой 164 оперированных установлено, что у 134 человек (82,2%) результаты можно оценить как отличные и хорошие. У 9 пациентов развился демпинг-синдром разной степени тяжести, 4 человека, оперированных по поводу дуоденального кровотечения, которым произведена резекция желудка для исключения язвы, поступали с повторными кровотечениями, 7 пациентов страдают сопутствующими заболеваниями органов пищеварения (хронический колит, панкреатит, холецистит).

Неудовлетворенность исходами заставила нас пересмотреть вопрос о характере необходимого оперативного вмешательства при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и с ноября 1978 года в клинике внедрены и выполняются различные варианты ваготомии. Оперировано 55 человек. Осложнений и летальных исходов не было. Наблюдения в сроки до 2 лет показали, что подавляющее большинство из них чувствуют себя здоровыми, трудоспособность восстановлена, лишь двое страдают демпинг-синдромом.

Вместе с тем следует отметить, что больные поступают для оперативного лечения поздно, как правило с развившимися тяжелыми осложнениями (11 оперированы в экстренном порядке по поводу перфоративной язвы или профузного кровотечения, 35 — в связи с развившимся стенозом привратника

и только 9 пациентов — в связи с длительной, многолетней безуспешной консервативной терапией).

Постоянная гиперсекреция соляной кислоты и пепсина с нарушениями ощелачивающей функции антрального отдела желудка приводит к морфологическим и функциональным нарушениям в печени, поджелудочной железе, кишечнике. страдают межорганные регуляторные механизмы всей системы органов пищеварения. Поэтому вопрос о своевременном оперативном лечении является одним из наиболее важных в цельной системе медицинской реабилитации. Современные методы диагностики (эндоскопия с биопсией края язвы для выявления признаков хронизации, раздельная желудочная рН-метрия с атропиновым тестом, пробное консервативное лечение в стационаре в течение 3—4 недель с повторным контрольным обследованием) позволяют сразу выделить группу больных, у которых консервативное лечение будет безуспешным и предлагать им оперативное вмешательство. Любые степени стеноза, кровотечения в анамнезе также следует считать показанием к операции.

Однако, играя ведущую роль в патогенетическом лечении больного, операция не может считаться заключительным его этапом. Имевшиеся до операции нарушения со стороны смежных органов, изменения условий их функционирования после операции требуют активного ведения периода адаптации.

Мы применяем комплекс медикаментов и физиотерапевтических мероприятий с первого дня послеоперационного периода: витамины группы «В», «С», никотиновая кислота, сирепар, 20% р-р глюкозы, с 5—6 суток — метилурацил, масло облепихи или шиповника, с 9—10 суток — бензогексоний, электрофорез с витаминами и хлористым калием. В дальнейшем, после снятия швов, оптимальным следует считать перевод больного в терапевтическое отделение сроком на 2—3 недели для коррекции имевшихся до операции и возникших после нее обострений сопутствующих заболеваний, а затем санаторно-курортное лечение. Подобный систематизированный подход позволит восстановить трудоспособность больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в более короткие сроки.

ВЫВОДЫ

1. Современные методы диагностики (эндоскопия, желудочная рН-метрия) позволяют выявить больных язвенной бо-

лезною двенадцатиперстной кишки, подлежащих оперативно-му лечению, до развития у них тяжелых осложнений и сопутствующих заболеваний.

2. Селективная проксимальная ваготомия, выполненная у больных до развития осложнений и дополненная комплексным консервативным лечением в терапевтическом стационаре, поликлинике и санатории позволяют в более короткие сроки излечить больного язвенной болезнью и вернуть его к труду.