

УДК 616.33+616.342:002.44-089-06-036.838

Профессор В. М. ВЕЛИЧЕНКО, доцент Ю. В. МАРТОВ, С. Г. ПОДОЛИНСКИЙ,
С. А. СУШКОВ, Л. А. ФРОЛОВ

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

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

Реферат. Проанализированы результаты обследования и лечения 1015 больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки. Авторы приходят к выводу, что ранние операции у таких больных с неблагоприятным в прогностическом плане течением заболевания, дифференцированный подход к выбору метода операции, применение органосохраняющих и органосберегательных вмешательств, а также применение в послеоперационном периоде системы реабилитационных мероприятий позволяют улучшить результаты лечения больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки.

Библиогр.: 17 назв. Табл. 1.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, оперативное лечение, ваготомия, преимущества.

Язвенная болезнь — чрезвычайно распространенное заболевание. В экономически развитых странах страдает язвенной болезнью 400—500 человек на 100 000 населения [8]. По данным А. Г. Сафронова [12], около 1 миллиона таких больных состоят на учете в лечебно-профилактических учреждениях нашей страны.

Осуществление диспансерного наблюдения и оздоровление обширного контингента больных требует колоссальных затрат, в то время как эффективность диспансеризации оставляет желать лучшего. В. М. Удод с соавт. [13], проводившие диспансерное наблюдение и противорецидивное лечение с эндоскопическим контролем в течение 3 лет, отмечали, что у 33,93 % наблюдавшихся больных, несмотря на лечение, бывали по 1—2 обострения в год. Применение только консервативного лечения не позволяет добиться излечения значительной части больных. Так, в среднем по поводу перфоративной язвы оперируются 12,5 человека на 100 000 населения, у 70 человек (на 100 000 населения европейских стран) возникают гастродуоденальные кровотечения, купировать большинство которых удается только оперативным лечением [6]. Соотношение плановых и экстренных операций по поводу язвенной болезни в среднем по СССР составляет 1,4 : 1,0, что нельзя считать оптимальным. Путь дальнейшего снижения летальности и улучшения отдаленных результатов лечения этого контингента больных заключается в выполнении операций в плановом порядке до развития осложнений, на что неоднократно указывали М. И. Кузин [6, 8] и А. А. Шалимов [14, 15].

Применение органосохраняющих операций в лечении язвенной болезни 12-перстной кишки позволило значительно улучшить непосредственные и отдаленные результаты операций, со-

кратить сроки временной нетрудоспособности и первичный выход на инвалидность [7, 9, 10, 14, 15]. Так, по данным В. С. Волкова [3], срок временной нетрудоспособности после органосохраняющих операций оказался в 2 раза меньшим, чем после резекции желудка, а выход на III и II группы инвалидности соответственно в 6,5 раза и 8,5 раза меньшим. Вместе с тем, по данным других авторов [5, 16], язвы после ваготомии рецидивируют в 10,0—42,9 % случаев. В. Ф. Жупан с соавт. [4], Madden et al. [17] получили плохие отдаленные результаты в 12,3 %. А. А. Русанов [11] считает, что ваготомия как метод лечения язвенной болезни не может быть рекомендована для внедрения в хирургическую практику, так как результаты после ваготомии хуже, чем после правильно выполненной резекции желудка.

Однако, как нам кажется, период, когда господствовало два принципиально различных подхода к лечению язвенной болезни — только резекция желудка или только ваготомия, уже заканчивается. Накоплено достаточно данных для осмысленного, дифференцированного выбора оперативного метода. Спор и разногласия по этому вопросу возникают по трем причинам.

I. Некоторые хирурги являются принципиальными противниками ваготомии. К оценке такого вмешательства они относятся сдержанно, но весьма пристрастны в оценке результатов резекции желудка. К тому же они, как правило, не имеют достаточного собственного опыта в применении органосохраняющих операций, сопоставимого с опытом по резекции желудка.

II. Ограниченное применение органосохраняющих операций в лечении дуоденальных язв обусловлено и тем, что неоправданно широко используется технически простая, но физиологически наименее оправданная стволовая ваготомия с неизбежным разрушением привратника.

III. Операции при язвенной болезни выполняют многие хирурги с различным уровнем теоретической и практической подготовки, не прошедшие специального обучения, ими допускается много технических погрешностей, вследствие чего получаются плохие результаты, дискредитирующие метод.

На современном этапе единственно оправданным является выбор такого метода операции, который основан на понимании патогенеза заболевания. Нельзя стандартизировать один метод для всех больных.

Материал и методы

В основу нашего исследования положен анализ результатов обследования и лечения 1015 больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки. В результате наблюдений за этими больными мы сделали несколько выводов.

1. Язвенная болезнь желудка с локализацией дефекта в области угла желудка и выше (I тип по Джонсону) возникает и протекает на фоне нормальных или пониженных показателей секреторной и моторно-эвакуаторной функций желудка. Язвенная болезнь 12-перстной кишки и язвенная болезнь желудка с локализацией дефекта в пилорическом отделе (III тип по Джонсону) и двойной локализацией (II тип по Джонсону) возникают и протекают при значительном повышении активности кислотопродукции, длительном «закислении» луковицы 12-перстной кишки, снижении рН желудочного сока до сильнокислых показателей, возрастании активности и напряженности ферментовыделения, снижении реальной протеолитической способности сока в зону действия «агрессивного» пепсина.

2. Агрессивность течения дуоденальных язв тесно связана с особенностями секреторной функции желудка. Изучение последней с использованием раздельной внутрижелудочной рН-метрии и атропинового теста, суточной динамики кислотопродуцирующей и нейтрализующей функций желудка, ощелачивающей функции 12-перстной кишки, позволяет выявить больных с неблагоприятным в прогностическом отношении течением заболевания и рекомендовать им ранее, до развития осложнений, оперативное лечение.

Нами [2] ранее описаны прогностические критерии тяжести течения заболевания и опасности развития осложнений при дуоденальных язвах, которые легли в основу отбора больных для ранних (до развития осложнений) операций.

Основываясь на этих прогностических критериях 762 больных (из 1015) подлежали хирургическому и 253 консервативному лечению.

Кроме общеизвестных показаний к операции при дуоденальных язвах мы сочли возможным предложить новые. Ранние (до развития осложнений) операции показаны:

- при непрерывном типе кислотопродукции;
- при декомпенсации ощелачивающей функции антрального отдела;
- при отрицательном атропиновом тесте.

Такой подход к лечению язвенной болезни перспективен, обеспечивает своевременное и эффективное лечение, предупреждает опасные для жизни больного осложнения язвенной болезни и заметно снижает послеоперационную летальность и нетрудоспособность больных. Однако он не может быть решен с позиций резекционной хирургии без широкого освоения хирургами современных органосохраняющих операций — селективной проксимальной ваготомии и комбинированной желудочной ваготомии.

Низкая активность секреторной и моторной функций желудка при язвенной болезни желудка I типа по Джонсону, опасность малигнизации язв этой локализации делает оправданной экономную резекцию желудка с обязательным удалением язвы. Почти всегда операция может быть закончена наложением более функционально выгодного прямого гастродуоденоанастомоза.

Особенность секреторной и моторной функций желудка при язвенной болезни 12-перстной кишки и язвенной болезни желудка II и III типов по Джонсону позволяет считать патогенетически обоснованными выполнение органосохраняющих операций (ваготомий), и именно наиболее функционально оправданных их вариантов — селективной проксимальной и комбинированной желудочной. Последняя применена нами впервые в марте 1979 г. в условиях ургентной хирургии и в апреле 1979 г. — в плановом порядке [1].

Вместе с тем только выполненные в ранние сроки (до развития осложнений) селективная проксимальная и комбинированная желудочная ваготомии без дренирующих операций позволяют избежать нежелательных последствий включения регулирующих влияний антрального отдела и привратникового механизма и получить лучшие непосредственные и отдаленные результаты, чем те же вмешательства, дополненные пилоропластикой или гастродуоденоанастомозом. Эти положения подтверждаются анализом непосредственных и отдаленных результатов оперативного лечения 762 больных.

Нами по поводу язвенной болезни желудка оперированы 105 и дуоденальной язвы 657 больных.

У 237 выполнена резекция $\frac{2}{3}$ желудка по Гофмейстеру — Финстереру (при язвенной болезни желудка у 64, при язвенной болезни 12-перстной кишки у 173).

При язвенной болезни I типа по Джонсону 21 больному произведена экономная резекция желудка с прямым гастродуоденоанастомозом; при язвенной болезни III типа по Джонсону 12 больным — селективная проксимальная ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой; при язвенной болезни II типа по Джонсону 8 больным — экономная резекция желудка со стволовой ваготомией (анализ непосредственных и отдаленных результатов показал, что эта операция не имеет преимуществ перед обычной резекцией $\frac{2}{3}$ желудка).

При язвенной болезни 12-перстной кишки у 484 больных выполнены органосохраняющие операции: селективная проксимальная ваготомия произведена 172 больным, селективная проксимальная ваготомия с пилоропластикой или гастродуоденоанастомозом по Жабудею — 150 больным, селективная проксимальная ваготомия с подпривратниковой бульбодуоденопластикой — 3 и селективная проксимальная ваготомия с пилородилатацией — 4 пациентам.

Комбинированная желудочная ваготомия осуществлена у 126 больных. Этот вид вмешательства в основном применялся в ургентной хирургии, а также в условиях планового хирургического вмешательства при определенных показаниях: у больных с выраженным спечным процессом в верхнем этаже брюшной полости при повторных вмешательствах, у тучных больных со значительным отложением жира в листьях малого сальника.

Основным достоинством применения комбинированной желудочной ваготомии в экстренной хирургии можно считать ее функциональные преимущества перед стволовой ваготомией — сохранение передней ветви Латерже, а следовательно сохранение моторной и рефлекторной функций антрума, что не требует разрушения привратника, а также более простое техническое ее исполнение, занимающее в 2 раза меньше времени, чем классическая селективная проксимальная ваготомия.

Непосредственные и отдаленные результаты оперативного лечения больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки

Название операции	Число оперированных	Умерло	Летальность	Количество дней нетрудоспособности	Инвалидность	
					II гр.	III гр.
Резекция $\frac{2}{3}$ желудка	237	7	2,8%	92,4	7,5%	32,3%
Экономная резекция желудка со стволовой ваготомией или без нее	41	1	2,4%	63,5	—	—
Стволовая ваготомия с дренирующими операциями	29	—	—	78,6	3%	6%
Стволовая проксимальная и комбинированная желудочная ваготомии с дренирующими операциями	255	2	0,7%	62,3	—	11%
Стволовая проксимальная и комбинированная желудочная ваготомии	200	—	—	55,8	—	0,5%
Всего	762	10	1,3%	—	—	—

В изолированном виде комбинированная желудочная ваготомия выполнена 28 больным, с иссечением язвы 12-перстной кишки и подпривратниковой дуоденопластикой — 14, с ушиванием перфоративной язвы по Опделю — Поликарпову — 12, дополнена гастродуоденоанастомозом — у 16 и пилоропластикой с прошиванием язвы 12-перстной кишки — у 56 больных.

Стволовая ваготомия с пилоропластикой или гастродуоденоанастомозом произведена нами только 29 больным.

Наибольшая летальность (2,8 %) выявлена нами у больных, которым производилась стандартная резекция желудка. У этих же больных выявлен и наибольший процент инвалидов II и III группы.

В группе больных (41), которым произведена экономная резекция желудка в сочетании со стволовой ваготомией или без нее, погибла одна больная пожилого возраста, оперированная по поводу язвенной болезни желудка II типа по Джонсону, осложнившейся профузным кровотечением. Ей была выполнена антрумэктомия в сочетании со стволовой ваготомией.

Результаты и обсуждение

Наилучшие результаты получены после применения селективной проксимальной и комбинированной желудочной ваготомий без разрушения привратника, т. е. выполненных до развития осложнений. После этих вмешательств летальности не было и только один пациент получил III группу инвалидности.

Непосредственные и отдаленные результаты лечения больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки представлены в таблице. В ней суммированы результаты операций, выполненных как в плановом порядке, так и по экстренным показаниям.

Добиться улучшения результатов оперативного лечения больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки позволила также разработанная нами система реабилитационных мероприятий. Она была применена у 90 оперированных больных и включала следующие этапы:

- стационарный (12—14 дней);
- поликлинический (12—14 дней);

— санаторный-профилактический (21—24 дня).

Стационарный этап.

1. Активное поведение в постели с первых суток, дыхательная гимнастика, массаж грудной клетки и конечностей, вставание на 1—2-е сутки.

2. Медикаментозная терапия: препараты, стимулирующие репаративные процессы, средства, улучшающие микроциркуляцию и моторно-эвакуаторную функции желудка и желудочно-кишечного тракта, препараты, улучшающие функциональное состояние печени, противороспалительная и десенсибилизирующая терапия.

В течение 2—3 суток проводилась инфузионная терапия. Антибиотики, как правило, не назначали, за исключением больных, оперированных по поводу перфоративной язвы с явлениями перитонита.

Важным являлся контроль за эвакуаторной функцией желудка. В течение 2—3 суток после операции осуществляли ежедневную двукратную аспирацию желудочного содержимого. Если объем желудочного содержимого был невелик (до 100 мл), то аспирацию прекращали раньше и больного начинали кормить.

Поликлинический этап.

Отличается от стационарного тем, что больные получали восстановительное лечение, находясь в реальной жизненной обстановке.

Комплекс реабилитационных мероприятий, проводимых в поликлинике, включал следующие компоненты:

- диетотерапия;
- физиотерапевтические процедуры — гальваногрязь, озокерит на эпигастральную область;
- при явлениях астенизации — элементы аутогенной тренировки, иглорефлексотерапию, а при необходимости медикаментозную терапию (элениум, мепробамат, седуксен);
- у некоторых больных с моторными нарушениями функции желудка и 12-перстной кишки (дуоденостаз, дуоденогастральный рефлюкс), а также с явлениями дисфагии применяли церукал, реглан, бензогексоний;
- лечение коктейлями из лекарственных трав.

Санаторно-профилактический этап.

На этом этапе проводились диетотерапия, ЛФК. Эти мероприятия позволили сократить продолжительность временной нетрудоспособности, способствовали более раннему восстановлению не только общей, но и профессиональной трудоспособности. Так, если при обычном ведении послеоперационного периода большинство больных приступили к труду через 3—4 месяца, то после курса реабилитационных мероприятий по системе стационар—поликлиника — санаторий-профилакторий — через 2—3 месяца.

Заключение

Таким образом, пути улучшения результатов лечения больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, по нашему мнению, лежат в реализации следующих принципов.

1. Отбор пациентов с неблагоприятным в прогностическом отношении течением заболевания из диспансерной группы больных для раннего (до развития осложнений) оперативного лечения.

2. Применение дифференцированного подхода к выбору метода оперативного вмешательства, широкое внедрение органосохраняющих и органосохраняющих операций.

3. Применение системы реабилитационных мероприятий по этапам: стационар — поликлиника — санаторий-профилакторий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Величенко В. М., Мартов Ю. Б. Хирургическое лечение больных язвенной болезнью 12-перстной кишки // *Здравоохранение Белоруссии*.— 1981.— № 3.— С. 42—44.

2. Величенко В. М., Макаров Ю. Б. Раннее оперативное лечение больных язвенной болезнью 12-перстной кишки // *Здравоохранение Белоруссии*.— 1983.— № 10.— С. 23—26.

3. Волков В. С., Курыгин А. А., Семко Л. А. Трудоспособность больных после резекции желудка и ваготомии по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // *Хирургия*.— 1980.— № 9.— С. 25—28.

4. Жупан В. Ф., Сацукевич В. Н. Результаты лечения дуоденальной язвы селективной ваготомией и пилоропластикой // *Вестн. хир.*— 1972.— № 10.— С. 43—45.

5. Кальченко И. И., Ковалева М. И., Скрипченко Д. Ф. Спорные вопросы в хирургии осложненных форм язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.— // *Труды Всесоюз. 29-го съезда хирургов*.— Киев, 1975.— С. 106—107.

6. Кузин М. И. Хирургия язвенной болезни в СССР // *Всесоюз. конф. по органосохраняющим операциям (ваготомиям) при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки*.— М., 1978.— С. 3—4.

7. Кузин М. И. Ваготомия вчера и сегодня // *Труды XXX Всесоюз. съезда хирургов*.— Минск, 1981.— С. 237—241.

8. Кузин М. И., Постолов П. М. Ваготомия в лечении язвенной болезни // *Хирургия*, 1982.— № 12.— С. 7—14.

9. Лыткин М. И., Горелов Ф. И., Румянцев В. В. Непосредственные и отдаленные результаты ваготомии, выполненной по неотложным и срочным показаниям // *Вестн. хир.*— 1979.— № 1.— С. 5—10.

10. Панцырев Ю. М., Сидоренко В. И. Место селективной проксимальной ваготомии в хирургии дуоденальной язвы // *Хирургия*.— 1983.— № 10.— С. 26—31.

11. Русанов А. А. Ваготомия при язве желудка и двенадцатиперстной кишки // *Вестн. хир.*— 1981.— № 1.— С. 18—31.

12. Сафонов А. Г. Состояние и перспективы гастроэнтерологической помощи населению в СССР // *Первый Всесоюзный съезд гастроэнтерологов*: Тез. докл.— М., 1973.— С. 5—6.

13. Удод В. М., Миронюк Н. В., Андруль П. К. Опыт диспансеризации больных с заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки // *Клин. мед.*— 1981.— № 2.— С. 32—34.

14. Шалимов А. А., Саенко В. Ф., Полинкевич Б. С., Ващенко А. Е. Выбор метода хирургического лечения язвенной болезни // *Клин. хир.*— 1980.— № 8.— С. 1—5.

15. Шалимов А. А., Саенко В. Ф., Полинкевич Б. С., Ващенко А. Е. Результаты селективной проксимальной ваготомии в хирургическом лечении пилородуоденальных язв // *Клин. хир.*— 1985.— № 8.— С. 1—4.

16. Herzog K. Operationen am Magen und Zwölffingerdarm.— Leipzig, 1972.— Bd. 4/1.— S. 279.

17. Madden L., Lee B., Mc Kann W. Analisis de la resection de las neumogastricas eu et ulcera gastroduodenal // *Arem. und Augent.*— 1970.— Vol. 57, N 27.— P. 1299—1304.

Поступила 04.11.86.

HOW TO IMPROVE RESULTS OF OPERATIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH GASTRODUODENAL ULCER

V. M. Velichenko, Yu. B. Martov,
S. G. Podolinsky, S. A. Sushkov,
L. A. Frolov

The authors discuss results of examination and treatment of 1015 patients with gastroduodenal ulcer. They have come to a conclusion that in patients with the unfavourable prognostication of the disease it is necessary to perform early operations with differential choice of operative methods, to apply organ-preserving interventions. It is also considered obligatory to use rehabilitation measures after the operation so as to improve results of the treatment of patients with gastroduodenal ulcer.