

Проф. В. М. ВЕЛИЧЕНКО, канд. мед. наук Ю. В. МАРТОВ

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Кафедра общей хирургии (зав. — засл. деят. науки БССР проф. В. М. Величенко) Ви-
тебского медицинского института

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки является распространенным заболеванием, поражающим лиц молодого и среднего возраста, характеризуется хроническим рецидивирующим течением, склонностью к развитию тяжелых, порой опасных для жизни осложнений, что делает проблему ее лечения социально значимой [4].

Ваготомия как метод хирургического лечения дуоденальных язв находит в настоящее время все более широкое применение [3, 5, 7, 17], хотя ее целесообразность и патогенетическая обоснованность признаются не всеми [1, 13].

В свете современных представлений о неоднородности больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки по клиническому течению, возможности развития осложнений, перспективности консервативного лечения одной из важных задач является обоснование показаний к оперативному лечению.

Показания к операции, разработанные в период, когда единственным обоснованным вмешательством, выполняемым в плановом порядке, была резекция желудка, с внедрением органосохраняющих операций (ваготомии) необходимо пересмотреть. Операция должна выполняться до развития осложнений, опережать их [3—5].

В то же время четких критериев, позволяющих выбрать оптимальный момент для операции при неосложненной дуоденальной язве, нет. Положение о том, что операция показана при безуспешной консервативной терапии, расплывчато и дает возможность произвольно устанавливать срок операции независимо от особенностей клинического течения болезни. F. Holle и соавт. [19] считают сам факт наличия дуоденальной язвы абсолютным показанием к операции, расценивая консервативную терапию как нерациональную. А. А. Шалимов и соавт. [18] рекомендуют операцию при первом же рецидиве язвы. Другие авторы предлагают оперировать больных при безуспешности правильно проводимого консервативного лечения на протяжении 3—5 лет, хотя и они отмечают, что иногда показания к операции возникают и при длительности страдания менее 3 лет, когда, несмотря на использование всех известных методов консервативной терапии, добиться ремиссии не удается [3].

Нет единства мнений относительно варианта органосохраняющей операции при высоком дооперационном

уровне кислотопродукции и выраженных степенях стеноза.

А. А. Шалимов и соавт. [18] выполняют селективную ваготомию с антрумрезекцией при дуоденальных язвах с резко повышенной секреторной функцией, когда максимальная кислотопродукция превышает 60 ммоль/ч. У. Ф. Сибуль и Р. А. Труве [14] производят ваготомию с антрумэктомией при базальном рН в антральном отделе желудка около 2,0. В то же время П. М. Постолов и соавт. [12], В. С. Помелов и соавт. [11] считают возможным применение селективной проксимальной ваготомии (СПВ) по расширенной методике с интраоперационным контролем полноты ваготомии у «гиперсекреторов» без вмешательства, связанных с удалением большей или меньшей части желудка.

При субкомпенсированном и декомпенсированном стенозе привратника многие хирурги, в том числе сторонники ваготомии, отрицательно относятся к СПВ с дренирующей операцией, считая необходимой в этих ситуациях ваготомию с антрумэктомией [2, 10].

М. И. Кузин и П. М. Постолов [5], А. И. Нечай и соавт. [8], Р. М. Нурмухамедов и соавт. [9], анализируя результаты СПВ с дренирующими операциями у больных с выраженными степенями стеноза, указывают на полное восстановление моторно-эвакуаторной функции желудка в сроки до 6 мес после операции.

В настоящей работе анализируются результаты обследования и лечения 543 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Анализ суточной динамики кислотопродуцирующей и кислотонейтрализующей функции желудка, ощелачивающей функции двенадцатиперстной кишки у 5 практически здоровых лиц показал наличие 3 четко очерченных периодов: 1) межпищеварительного дневного, характеризующегося умеренной активностью кислотопродукции (рН в теле желудка 2,5—3,0); 2) пищеварительного, характеризующегося активной кислотопродукцией и длящегося 1½—3 ч (рН 1,4—1,7); 3) межпищеварительного ночного, или период покоя, когда кислотопродукция практически отсутствует (рН 6,0—7,2). В первом периоде в антральном отделе и двенадцатиперстной кишке сохраняется среда, близкая к щелочной (рН 6,0—7,2), во втором периоде отмечается «закисление», по срокам совпадающее с активной кислотопродукцией в теле желудка (рН 1,9—2,9). В третьем периоде в антральном отделе регистрируются показатели, близкие к щелочным (рН 6,2—7,3). В первый и третий периоды в двенадцатиперстной кишке стойко сохраняется

щелочная среда (рН 6,5—7,4). Во втором периоде происходит «закисление» луковицы двенадцатиперстной кишки (рН 2,9—4,0), наступающее на 30—45 мин позже активной кислотопродукции в теле желудка и возвращающееся к исходному уровню в течение 30—45 мин.

Из 35 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки у 28 в отличие от здорового человека кислотопродуцирующая функция желудка характеризовалась непрерывным типом кислотообразования, без четко очерченных периодов (рН 1,5—2,3), с парадоксальной тормозной реакции на прием пищи (рН 4,0—5,7), декомпенсацией ощелачивающей функции антрального отдела, длительным «закислением» (рН 2,0—3,7) луковицы двенадцатиперстной кишки (зона локализации язвы у подавляющего большинства больных) и нарушением ощелачивания нисходящей части двенадцатиперстной кишки (рН 3,0—4,4). В клиническом течении заболевания у больных этой группы отмечались частые, длительные, не поддающиеся консервативному лечению обострения, непродолжительные ремиссии, развитие осложнений (11 больным ранее произведено ушивание перфоративной язвы, у 8 в анамнезе имелось кровотечение, у 7 — пенетрация язвы).

У 7 больных ночью были разные по продолжительности периоды покоя с восстановлением щелочных показателей в теле и антральном отделе желудка и двенадцатиперстной кишке. Клиническое течение заболевания в этой группе более благоприятное, обострения редкие и непродолжительные, легко поддавались консервативному лечению, после которого наблюдались длительные ремиссии, осложнений не наблюдалось.

У 360 человек произведена отдельная внутрижелудочная рН-метрия с применением атропинового теста [15]. При сопоставлении показателей с характером клинического течения болезни, наличием и временем развития осложнений, анатомических изменений, выявленных в зоне язвы во время операции (у 102 человек), у всех больных выявлена сильно- и среднекислая среда в теле желудка (рН 0,9—2,9). Декомпенсация ощелачивающей функции антрального отдела (рН 3,0 и менее) отмечена у 126 больных, длитель-

но страдавших язвенной болезнью, что связано с истощением его резервных возможностей и явилось неблагоприятным прогностическим признаком. У 82 больных с коротким сроком заболевания при компенсированной функции антрального отдела, но при отсутствии реакции на атропин наблюдалось более бурное течение язвенной болезни и раннее развитие осложнений (стеноза, пенетрации, кровотечения).

У 50 человек из группы «антропин-негативных» больных, кроме того, оценен объем часовой секреции и суммарный pH желудочного сока, полученного в базальных условиях и после введения 1 мл 0,1 % раствора атропина. В базальных условиях за 1 ч исследования в среднем выделялось 130 ± 20 мл желудочного сока с суммарным pH $1,5 \pm 0,2$. После введения атропина объем часовой секреции снижался до 50 ± 5 мл, а суммарный pH существенно не изменялся (pH $1,6 \pm 0,2$).

Оперативное лечение в плановом порядке проведено 285 больным. Из 183 человек, оперированных до 1978 г. и перенесших резекцию $\frac{2}{3}$ желудка по Гофмейстеру — Финстереру, тяжелые послеоперационные осложнения развились у 11 (6,1 %), из которых 5 (2,7 %) умерли. Дальнейшее наблюдение за 164 оперированными показало, что у 134 (81,7 %) результаты можно оценить как отличные и хорошие, у 20 (12,2 %) — как удовлетворительные и у 10 (6,1 %) — как неудовлетворительные.

102 больным выполнена расширенная СПВ по методике М. И. Кузина, П. М. Постолова и Н. М. Кузина (6), дополненная у 83 гастродуоденостомией по Джабулею или пилоропластикой по Финнею и у 4 бульбодуоденостомией без разрушения привратника. В раннем послеоперационном периоде осложнение (анастомозит после пилоропластики по Финнею) развилось у одного больного (0,9 %). Летальных исходов не было. Последующее наблюдение в сроки до 3 лет показало, что отличные и хорошие результаты получены у 96,5 % больных, удовлетворительные — у 3,5 %. Неудовлетворительных результатов не отмечено.

Наши данные, основанные на изучении моторно-эвакуаторной функции желудка в послеоперационном перио-

де методом электрогастрографии и рентгенологически у больных с субкомпенсированным и декомпенсированным стенозом, свидетельствуют о восстановлении тонуса и перистальтической активности желудка в сроки от 2 до 4 мес после СПВ с дренирующей операцией.

Изучение суточной динамики кислотопродуцирующей и кислотонейтрализующей функций желудка и ощелачивающей функции двенадцатиперстной кишки, проведенное на 12—14-е сутки после СПВ у 20 больных (с дренирующей операцией у 14 и без дренирующей операции у 6), показало, что натощак pH в теле желудка был на уровне средне- и слабокислой среды (pH 2,5—4,0), в антральном отделе и двенадцатиперстной кишке среда была близкой к щелочной (pH 5,9—6,4). После приема пищи pH в теле желудка снижался до 2,0 с кратковременными пиками «защелачивания» (pH 2,2—2,8) в антральном отделе в течение $1\frac{1}{2}$ —2 ч. У 5 больных pH в теле желудка круглосуточно сохранял прежний уровень 6,0—6,5, в двенадцатиперстной кишке — 6,0—7,5. У остальных 15 человек на всем протяжении сна во всех контролируемых отделах pH был 6,0—7,5. После подъема и утреннего туалета восстанавливались средний и умеренно кислый pH в теле и наблюдалось некоторое понижение его (5,5—6,0) в антральном отделе. Изменений pH в двенадцатиперстной кишке не отмечено.

У 102 больных в послеоперационном периоде проведена раздельная внутрижелудочная pH-метрия. У 81 больного адекватность ваготомии оценивали на фоне инсулин-гистаминовой стимуляции, у 21 больного объем секреции и суммарный pH желудочного сока изучали в базальных условиях и после введения атропина. У всех 102 больных отмечено значительное снижение базального pH в теле желудка (2,5—4,0), восстановление ощелачивающей функции антрального отдела желудка (pH 5,5—7,0). После введения инсулина в течение 1 ч существенных изменений pH в теле желудка не произошло. Гипогликемию купировали внутривенным введением 40—60 мл 40 % раствора глюкозы, затем внутримышечного ввели 2 мл 1 % раствора димедрола и через 15 мин — 0,1 % раствор гистамина из расчета

0,04 мг на 1 кг массы тела больного. У всех обследованных отмечено выраженное снижение рН в теле желудка (1,5—2,9).

Объем секретиции после СПВ с дренирующей и без дренирующей операции достоверно снижался и составлял 90 ± 10 мл/ч, суммарный рН желудочного сока смещался в умеренно кислую сторону ($3,4 \pm 0,3$). Введение 1 мл 0,1 % раствора атропина приводило к выраженному уменьшению объема секретиции (36 ± 4 мл/ч), существенно не влияя на суммарный рН сока ($3,2 \pm 0,2$).

Анализ секреторной функции желудка свидетельствует о неоднородности больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Для части из них характерны непрерывный тип кислотопродукции с отсутствием периода покоя, нарушением ощелачивающей функции антрального отдела и длительным «закислением» двенадцатиперстной кишки. У этих пациентов наблюдается неблагоприятное клиническое течение заболевания. Парентеральное введение атропина значительно снижает суммарный объем секрета, но у части больных не влияет на активность кислотопродукции, поскольку не наблюдается изменений внутрижелудочного и суммарного рН сока. Последнее обстоятельство связано, по-видимому, с тем, что регуляция активности кислотопродукции у этих больных обусловлена вневагальными влияниями, в то время как объем секретиции контролируется блуждающими нервами [16].

СПВ с дренирующей и без дренирующей операции значительно изменяет секреторную функцию желудка. Ее влияние не ограничивается снижением активности кислотопродукции в теле желудка, уменьшением объема секретиции, снижением суммарного рН сока, восстановлением ощелачивающей функции антрального отдела независимо от дооперационных показателей, но изменяет также тип секретиции, восстанавливает периодичность, приближающуюся к типу секретиции здорового человека.

СПВ не приводит к необратимым изменениям обкладочных клеток, поскольку всегда имеется выраженный секреторный ответ на введение гистамина.

Вместе с тем СПВ снижает объем секретиции в меньшей степени, чем парентеральное введение атропина в дооперационном периоде, но значительно уменьшает активность кислотопродукции. Введение атропина после операции вызывает еще большее «подавление» объема секретиции, не отражаясь на активности кислотопродукции. Все это позволяет рассматривать СПВ как операцию, влияющую не только на вагальную регуляцию секреторного поля тела желудка и сохраняющую моторную активность антрального отдела его. Физиологический эффект ее обусловлен парасимпатической, симпатической денервацией и деваскуляризацией тела желудка, а также усилением регулирующего тормозного влияния иннервированных антрального отдела и двенадцатиперстной кишки, являющихся регуляторами многогранных функций желудка.

Выводы

1. У больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки при наличии непрерывного типа кислотообразования, декомпенсации антрального отдела, а также при компенсации его ощелачивающей функции, но отсутствии реакции на атропин консервативное лечение может дать лишь временный эффект, и им показано раннее, независимое от сроков заболевания оперативное лечение до развития тяжелых осложнений.

2. СПВ имеет несомненные преимущества перед резекцией желудка: значительно уменьшается количество послеоперационных осложнений и резко снижается летальность, а также надежно излечивается язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

3. Восстановление после СПВ с дренированием желудка моторно-эвакуаторной функции желудка у больных с выраженным стенозом обуславливает нецелесообразность выполнения антрумэктомии.

4. Значительное снижение активности кислотопродукции, объема секретиции, восстановление периодичности секреторной функции желудка после СПВ независимо от дооперационных показателей позволяют считать обоснованной антрумэктомию у больных с высоким уровнем кислотопродукции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зиневич В. П. — Вестн. хир., 1980, № 7, с. 7—10.
2. Краковский А. И., Иванов С. В., Фролов Е. Б. — Хирургия, 1981, № 7, с. 13—16.
3. Кузин М. И., Постолов П. М. — Там же, 1976, № 6, с. 126—132.
4. Кузин М. И. — В кн.: Всесоюзная конф. по органосохраняющим операциям (ваготомии) при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. М., 1978, с. 3—4.
5. Кузин М. И., Постолов П. М. — Хирургия, 1979, № 4, с. 114—115.
6. Кузин М. И., Постолов П. М., Кузин Н. М. — Там же, 1980, № 2, с. 3—9.
7. Маят В. С., Панцырев Ю. М., Гринберг А. А. — Там же, 1978, № 6, с. 106—112.
8. Нечай А. И., Ситенко В. М., Курыгин А. А. — Вестн. хир., 1979, № 9, с. 3—7.
9. Нурмухамедов Р. М., Суюмов С. А., Нугиев А. А. — Хирургия, 1981, № 7, с. 30—32.
10. Панцырев Ю. М., Гринберг А. А., Агеев В. А. и др. — Там же, 1979, № 2, с. 19—25.
11. Помелов В. С., Кулешов С. Е., Булгаков Т. А. и др. — Там же, 1981, № 9, с. 33—36.
12. Постолов П. М., Кузин Н. М., Бабкин О. В. — Там же, 1980, № 9, с. 65—69.
13. Русанов А. А. — Вестн. хир., 1981, № 1, с. 18—31.
14. Сибуль У. Ф., Труве Р. А. — Хирургия, 1980, № 9, с. 11—13.
15. Скуя Н. А., Данипанс А. Я. — В кн.: Язвенная болезнь, ахлоргидрии. Смоленск, 1972, с. 212—219.
16. Скуя Н. А., Орников Г. А. — В кн.: Заболевания органов пищеварения. М., 1980, № 12(3), с. 94—99.
17. Шалимов А. А., Саенко В. Ф. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки. Киев, 1972.
18. Шалимов А. А., Саенко В. Ф., Полинкевич Б. С. — Клин. хир., 1980, № 8, с. 1—5.
19. Holle F. — Münch. med. Wschr., 1976, Bd 118, S. 777.

Поступила 12.04.82

SURGICAL MANAGEMENT OF DUODENAL PEPTIC ULCER

V. M. Velichenko, Yu. B. Martov

- Analysis of the results of examination and treatment of 543 patients, 285 of whom underwent operation, showed early operation performed before the development of complications to be indicated in patients with continuous type of acid production, decompensated alkalizing activity of the antrum, and absence of response to atropine. Selective proximal vagotomy is a reliable measure leading to full recovery from peptic ulcer and has unquestionable advantages over resection of the stomach. The performance of antrumectomy with vagotomy is not advisable in patients with pyloric stenosis or a high level of preoperative acid production.