

УДК 616.342-002.44-089

В. М. ВЕЛИЧЕНКО, Ю. Б. МАРТОВ

РАННЕЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

Кафедра общей хирургии (заведующий — заслуженный деятель науки БССР, профессор В. М. Величенко) Витебского медицинского института

Внедрение органосохраняющих операций (ваготомий) позволило значительно улучшить результаты лечения больных язвенной болезнью 12-перстной кишки. Вместе с тем, анализируя приводимые в литературе сведения, приходится констатировать тот факт, что и сейчас большинство таких больных поступает в хирургические стационары в поздние сроки с развившимися осложнениями (стеноз, перфорация, кровотечение, пенетрация). Естественно, что и непосредственные и отдаленные результаты оперативного лечения в этом случае хуже, чем у больных, оперированных по поводу неосложненных язв (М. И. Кузин с соавт., 1976; М. И. Кузин с соавт., 1982; В. С. Маят с соавт., 1978; А. И. Нечай с соавт., 1979; Ю. М. Панцирев с соавт., 1979; У. Р. Сибуль с соавт., 1980; А. А. Шалимов с соавт., 1980; А. И. Краковский с соавт., 1981 и др.).

Пути дальнейшего снижения летальности и

улучшения отдаленных результатов лечения этого обширного контингента больных заключаются в выполнении операций в плановом порядке до развития осложнений (М. И. Кузин, 1979; А. А. Шалимов, 1980; В. И. Стручков, 1982.).

В то же время в литературе отсутствуют четкие критерии, позволяющие выбрать оптимальный момент для выполнения операции у больных с неосложненной язвой. Положение о том, что операция показана при безуспешной консервативной терапии неконкретно и позволяет произвольно, в широких пределах устанавливать срок операции. Так, Holle (1976) считает, что уже сам факт наличия дуоденальной язвы является абсолютным показанием к операции, расценивая консервативную терапию как нерациональную. А. А. Шалимов (1980) рекомендует оперативное вмешательство при первом же рецидиве язвы. Другие авторы предла-

гают оперировать больных после 3—5-летнего безуспешного правильно проводимого консервативного лечения, хотя и они отмечают, что иногда показания к операции возникают и при длительности заболевания менее 3-х лет (М. И. Кузин с соавт., 1976).

А. А. Ольшевский с соавт. (1982) справедливо отмечают, что существует определенный тип язвенной болезни, резистентный к консервативной терапии и практически заканчивающийся развитием какого-либо осложнения. Эти авторы предлагают прогнозировать течение заболевания и определять показания к оперативному лечению до развития осложнений. Однако описанные указанными авторами методика прогнозирования громоздка, включает 12 различных признаков, среди которых характеристике секреторной функции желудка отведено весьма скромное место, хотя ведущую роль в патогенезе язвенной болезни 12-перстной кишки играют именно нарушения регуляции кислото- и ферментовыделения (наличие агрессивного кислотно-пептического фактора), что снижает ее ценность и усложняет широкое внедрение в практику.

Материал и методы

В клинике общей хирургии Витебского медицинского института, а также поликлинике № 1 г. Витебска нами проведено изучение секреторной функции желудка у 830 человек с целью выявления прогностически значимых критериев для проведения хирургического лечения. Из 830 обследованных 350 страдали язвенной болезнью 12-перстной кишки, 380 — гастритом и дуоденитом и 100 были практически здоровыми. Возрастной и половой состав во всех группах был идентичен.

В комплекс исследований включали отдельную желудочную рН-метрию с оценкой кислотопродуцирующей функции тела желудка и кислотонейтрализующей функции антрального отдела в базальных условиях и после введения 1 мл 0,1 %-ного раствора сульфата атропина, изучение суточной динамики кислотопродуцирующей и кислотонейтрализующей функции желудка и ощелачивающей функции 12-перстной кишки с использованием многоканального микро-рН-зонда.

Кроме того, изучены непосредственные и отдаленные результаты оперативного лечения 153 больных, которым была выполнена органосохраняющая операция (в сроки до 3,5 лет от начала заболевания), а также катамнез у 99 больных язвенной болезнью, которые не были оперированы.

Исследование суточной динамики секреторной функции желудка проведено у 10 здоровых лиц, 50 больных язвенной болезнью 12-перстной кишки и у 10 больных гастритом и дуоденитом.

Анализ суточной динамики секреторной функции желудка у здоровых лиц выявил три четко очерченных периода: межпищеварительный дневной, характеризующийся умеренной активностью кислотопродукции (рН в теле желудка 2,5—3,6); пищеварительный, характеризующийся активной кислотопродукцией и длящийся от 1,5 до 3-х часов (рН 1,4—1,7); межпищеварительный ночной или период покоя, когда кислотопродукция практически отсутствует (рН 6,0—7,2). В первом периоде в антральном отделе желудка и 12-перстной 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 оба отдела 12-перстной кишки стойко сохраняют щелочную среду (рН 6,5—7,4), во втором периоде происходит «закисление» луковицы 12-перстной кишки (рН 2,9—4,0), наступающее на 30—45 минут позже активной кислотопродукции в теле желудка и возвращающееся к исходному уровню в течение 30—45 минут.

У 40 из 50 больных язвенной болезнью 12-перстной кишки, в отличие от здоровых лиц, кислотопродуцирующая функция желудка характеризовалась непрерывным типом кислотообразования, без четко очерченных периодов (рН 1,5—2,3), декомпенсацией ощелачивающей функции антрального отдела, длительным «закислением» луковицы 12-перстной кишки и нарушением ощелачивающей функции нисходящей части 12-перстной кишки (рН 3,0—4,4). Клиническое течение заболевания у этой группы больных характеризовалось частыми длительными обострениями, развитием осложнений (7 больных ранее произведено ушивание перфоративной язвы, у 8 человек отмечалось кровотечение по анамнезу, у 8 — пенетрация язвы).

У 10 пациентов, страдающих язвенной болезнью, и у 10 больных гастритом и дуоденитом имели место ночью разные по продолжительности периоды покоя с восстановлением щелочных показателей в теле и антральном отделе желудка и 12-перстной кишке. Клиническое течение болезни у этой группы больных было благоприятным, обострения редкими, не продолжительными, после консервативного лечения наблюдались длительные ремиссии, осложнений не наблюдалось.

При изучении показателей атропинового теста путем раздельной желудочной рН-метрии у 100 здоровых лиц в теле в базальных условиях определены умеренно и среднекислые показатели (рН 2,2—3,5), ощелачивающая функция антрального отдела была компенсированной (рН 6,0—7,2), атропиновый тест положительный (рН в теле желудка увеличивался до 4,0—4,5).

Все больные (730) с язвенной болезнью, гастритом и дуоденитом по характеру секреторной функции и в зависимости от вида патологии разделены на 5 групп.

В первую отнесены 126 больных язвенной болезнью с сильно- и среднекислой желудочной средой в теле (рН 0,9—2,9), декомпенсированной кислотонейтрализующей функцией антрального отдела (рН < 3,0). Реакция на введение атропина у них отсутствовала. При детальном анализе клинических проявлений заболевания и анатомических изменений, выявленных во время операции, установлено, что у них по анамнезу заболевание было длительным (8—20 лет), имели место различные осложнения (стеноз, пенетрация, кровотечение, перфорация в анамнезе).

Вторую группу составили 82 пациента с язвенной болезнью с сильно- и среднекислой средой в теле желудка, компенсированной кислотонейтрализующей функцией антрального отдела и отсутствием реакции на атропин. У этих больных язвенный анамнез был менее продолжительным (2—6 лет), однако обострения наблюдались часто (3—5 раз в год), осложнения возникали в более короткий срок (из 82 чело-

век кровотечения, перфорации в анамнезе имелись у 21, поступили с кровотечением — 8, с перфорацией — 6, с пенетрацией — 7, со стенозом — 18, не было осложнений в момент обследования только у 22 человек).

В третью группу вошли 43 пациента с язвенной болезнью с сильно- и среднекислой средой в теле, декомпенсированной кислотонейтрализующей функцией антрального отдела и слаболожительной реакцией на атропин (повышение pH на 1,0 по сравнению с базальными показателями), течение болезни было продолжительным (8—15 лет), обострения отмечались 2—3 раза в год, консервативная терапия довольно быстро купировала болевой синдром, однако ремиссии были непродолжительными.

99 больных с сильно- и среднекислой средой в теле желудка, компенсированной кислотонейтрализующей функцией антрума и положительной реакцией на атропин (повышение pH более чем на 1,0 по сравнению с базальными показателями) составили четвертую группу. Эти больные страдали язвенной болезнью от 2 до 18 лет, обострения возникали относительно редко (не чаще 1 раза в год), консервативная терапия приводила к длительным ремиссиям с заживлением язвенного дефекта (подтверждено эндоскопически), хотя уровень кислотопродукции в теле желудка оставался прежним.

В пятую группу выделены 380 больных гастритом и дуоденитом с явлениями раздраженного желудка (сильно- и среднекислой средой в теле). У 360 из них нейтрализующая функция антрума была компенсированной, у 20—декомпенсированной, у 330 реакция на атропин положительная, у 13—слаболожительная и у 37—отрицательная.

Оперативному лечению с применением органосохраняющих операций подвергнуто 153 больных: у 113 имелись осложнения язвенной болезни и 40 оперированы при неосложненной язве.

Из 113 больных с осложнениями язвенной болезни выполнены следующие вмешательства: 19 была произведена стволовая ваготомия с антрумрезекцией (7 больных), либо дренирующими операциями, 67—селективная проксимальная ваготомия, у 53 из них дополненная гастродуоденоанастомозом по Жабуюлю и у 11—пилоропластикой по Финнею, 3 больным с постбульбарным стенозом селективная проксимальная ваготомия с бульбодуоденостомией была произведена без разрушения привратника, 31 больному—разработанная в клинике комбинированная желудочная ваготомия—задняя стволовая и передняя селективная проксимальная ваготомии (у 10 дополненная гастродуоденостомией, у 17—пилоропластикой, 3 пациентам с перфоративной язвой—ушиванием язвы по Оппелю-Поликарпову, одному—подпривратниковой дуоденопластикой).

Из 40 больных с неосложненной язвой 9 произведена комбинированная желудочная ваготомия, 31—селективная проксимальная ваготомия без дополнительных вмешательств.

Осложнения развились у 5 больных, оперированных по поводу осложненных язв. Один больной, которому операция производилась в связи с профузным кровотечением, умер от неадекватного анестезиологического пособия.

При анализе отдаленных результатов, рецидива язвенной болезни не выявлено ни у одного пациента. Следует отметить, что если все

43 пациента, которым селективная проксимальная и комбинированная желудочная ваготомия выполнена без дренирующих желудок вмешательств, чувствуют себя практически здоровыми (диареи, демпинг-синдрома не было ни у одного пациента), то из 113 больных с дренирующими желудок вмешательствами у 27 имели место явления демпинг-синдрома, у 8 периодически (2—3 раза в сутки) отмечался жидкий стул, у 5—обострение хронического колита, у 18—явления анастомозита, рефлюкс-гастрита, потребовавшие дополнительных лечебных мероприятий.

Следует также отметить, что ни у одного из 99 пациентов с компенсированной функцией антрального отдела и положительной реакцией на атропин, оперативное лечение которым было противопоказано за период наблюдения (3,5 года), осложнений не развилось. Вместе с тем из 22 больных второй группы (с компенсированной функцией антрума и отсутствием реакции на атропин), не имевших первоначально осложнений и отказавшихся от предложенного оперативного лечения, в те же сроки вынужденно оперировано 12 человек в связи с развитием осложнений.

ВЫВОДЫ

1. Язвенная болезнь 12-перстной кишки характеризуется разнообразием клинического течения, разной опасностью развития осложнений и эффективностью консервативной терапии, что связано с различием секреторной функции желудка.

2. Углубленное изучение секреторной функции желудка с использованием раздельной желудочной pH-метрии и атропинового теста, точной динамики кислотопродуцирующей и нейтрализующей функции желудка и ощелачивающей функции 12-перстной кишки позволяют выявить больных с неблагоприятным вариантом течения заболевания и рекомендовать им раннее, вне зависимости от сроков заболевания, оперативное лечение до развития осложнений.

3. Операция в ранние сроки при неосложненной язвенной болезни показана больным с непрерывным типом секреции, декомпенсацией антрального отдела, а также при компенсации его ощелачивающей функции, но отрицательном атропиновом тесте.

4. Селективная проксимальная и комбинированная желудочная ваготомии, выполненные в ранние сроки, до развития осложнений, без дренирующих желудок вмешательств являются патогенетически обоснованными и позволяют надежно излечить язвенную болезнь, избегая нежелательных последствий выключения регулирующих антрального и привратникового механизмов.

ЛИТЕРАТУРА

Краковский А. И., Иванов С. В., Флоров Е. Б. Селективная проксимальная ваготомия при пилородуоденальных язвах.— Хирургия, 1981, № 7, с. 13—16. ÷ Кузин М. И., Постолов М. П. Выбор метода хирургического лечения язвенной болезни.— Хирургия, 1976, № 6, с. 126—132. ÷ Кузин М. И. Хирургия язвенной болезни в СССР.— В сб.: Тезисы Всесоюз. конф. по органосохраняющим операциям (ваготомии) при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. М., 1979, с. 3—4. ÷ Кузин М. И., Постолов

П. М., Кузин Н. М. Ваготомия в лечении язвенной болезни.—Хирургия, 1982, № 12, с. 7—14.÷ Мятт В. С., Панцирев Ю. М., Гринберг А. А. 10-летний опыт применения ваготомии в лечении дуоденальной язвы.—Хирургия, 1978, № 6, с. 106—112.÷ Нечай А. И., Ситенко В. М., Курыгин А. А. Ваготомия с пилоропластикой в лечении дуоденальной язвы.—Вестн. хир., 1979, № 9, с. 3—7.÷ Ольшеванецкий А. А., Кирпиченко Б. Б., Троценко Г. В. и др. О прогностических показаниях к операции при язвенной болезни.—Клин. хир., 1982, № 8, с. 44—47.÷ Панцирев Ю. М., Гринберг А. А., Агейчев В. А. и др. Выбор метода операции при язвенном пилородуоденальном стенозе.—Хирургия, 1979, № 2, с. 19—25.÷ Сибуль У. Р., Труве Р. А. Проксимальная селективная ваготомия в лечении пилородуоденальных язв.—Хирургия, 1980, № 9, с. 11—13.÷ Стручков В. И. Проблема инфекции при острых, хирургических заболеваниях внутренних органов.—Хирургия, 1982, № 8, с. 3—8.÷ Шалимов А. А., Саенко В. Ф., Полинкевич Б. С. Выбор метода хирургического лечения язвенной болезни.—Клин. хир., 1980, № 8, с. 1—5.÷ Holle F.—Munch. med. Wschr., 1976, 118, 24, 777.

Поступила 27.01.83.

EARLY OPERATIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH DUODENAL ULCER

V. M. Velichenko, Yu. B. Martov

The authors studied thoroughly the secretory function of the stomach in 350 patients with duodenal ulcer, in 380 patients with gastritis and duodenitis and in 100 practically healthy subjects. They also analysed results of the application of organ-preserving operations in 150 patients. It was stated that duodenal ulcer was characterized by different variants of a clinical course, by various degrees of the development of complications and by effectiveness of a conservative therapy. The application of separate gastric pH-metry with atropinic test as well as the study of day-and-night dynamics of acid-forming and acid-neutralizing function of the stomach, an alkalization function of the duodenum allow to detect patients with an unfavourable course of the disease and to recommend for them an early operative treatment before the development of complications. Selective proximal and combined gastric vagotomy without drainage performed in early terms allow to completely cure ulcerous disease and to avoid unnecessary complications.