

Профессор В. М. ВЕЛИЧЕНКО, доцент Ю. Б. МАРТОВ, С. Г. ПОДОЛИНСКИЙ

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

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

Р е ф е р а т. Изучены отдаленные результаты у 419 больных из 569 оперированных по поводу язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Установлено, что экономная резекция желудка с прямым гастродуоденоанастомозом при язвенной болезни желудка имеет преимущества перед классической резекцией 2/3 желудка по Бильрот II в модификации Гофмейстера—Финстерера.

При язвенной болезни 12-перстной кишки селективная проксимальная и комбинированная желудочная ваготомии в значительной степени улучшают отдаленные результаты по сравнению с резекцией желудка по Бильрот II в модификации Гофмейстера—Финстерера и являются патогенетически обоснованными эффективными вмешательствами. Дренирующие желудок операции (гастродуоденоанастомоз по Жабунелю, пилоропластика по Финнею), дополняющие селективную проксимальную и комбинированную желудочную ваготомии при стенозах, ухудшают отдаленные результаты этих операций.

Библиогр.: 16 назв.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки органосохраняющие операции, отдаленные результаты.

Хирургическое лечение больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки остается актуальным разделом клинической медицины, поскольку ежегодно по поводу этого заболевания в нашей стране подвергаются операции более 60 000 человек [5]. В последнее время при язвенной болезни 12-перстной кишки все большее распространение получают органосохраняющие операции как с дренирующими желудок вмешательствами, так и без них. Отдаленные результаты этих операций, в отличие от классической резекции желудка, до настоящего времени изучены недостаточно.

По данным В. С. Волкова с соавт. [2], срок временной нетрудоспособности у больных после органосохраняющих операций в 2 раза меньше, чем после резекции желудка, выход

на III группу инвалидности снижается в 6,5 раза, на II группу — в 8,5 раза.

Отличные и хорошие результаты получены различными авторами у 84,8—95,2 % больных, удовлетворительные — у 3,9—5,3 % и неудовлетворительные — у 2,2—4,8 % оперированных больных [1, 8, 9, 10, 13]. Вместе с тем, по данным И. И. Кальченко с соавт. [4], Negroz [14], язвы после ваготомии рецидивируют в 10,0—42,9 % случаев. Демпинг-синдром развивается от 22,0 до 44,0 % [15]. В. Ф. Жупан с соавт. [13] получили плохие отдаленные результаты в 12,3 %, а Madden et al. [16] — в 24,4 %.

А. А. Русанов [12] считает, что ваготомия, как метод лечения язвенной болезни, не может быть рекомендована для внедрения в хирургическую практику, так как результаты после ваготомии несравненно хуже, чем после правильно выполненной резекции желудка.

Материал и методы

С 1965 по 1984 г. в клинике общей хирургии Витебского медицинского института оперированы 569 больных в возрасте от 21 до 74 лет. Язвенная болезнь желудка диагностирована у 85 и язвенная болезнь 12-перстной кишки — у 484 больных.

Отдаленные результаты изучены у 411 пациентов в сроки от 1 до 20 лет. У всех больных отдаленные результаты оценивались по данным заполнения специальных анкет, а у 120 пациентов, кроме того, по данным обследования в клинике. Рецидив язвы или факт ее длительного незаживления подтверждались обязательным фиброгастродуоденоскопическим и рентгенологическим исследованиями.

Результаты и обсуждение

До 1978 г. единственной операцией, выполняемой в плановом порядке вне зависимости от локализации язвы, была резекция желудка по Бильрот II в модификации Гофмейстера —

Финстерера. За этот период по поводу язвенной болезни желудка оперированы 63 пациента. Отдаленные результаты изучены у 44 больных. Продолжительность временной нетрудоспособности у этих пациентов составила $94,3 \pm 2,4$ дня, инвалидами III группы в течение первого года после операции признаны 10 (22 %), инвалидами II группы — 2 (4,5 %). У 11 (2,5 %) больных развился демпинг-синдром (у 4 средней и у 7 легкой степени). Отличные и хорошие результаты по Visick получены у 35 (79,8 %) больных, удовлетворительные — у 9 (20,2 %).

По поводу язвенной болезни 12-перстной кишки за этот же период оперированы 173 больных. Средняя продолжительность временной нетрудоспособности у них составила $92,8 \pm 2,8$ дня. Из 142 обследованных в отдаленные сроки инвалидами III группы в течение первого года после операции признаны 54 (38 %) пациента, II группы — 12 (8,4 %). У 56 (38,2 %) возник демпинг-синдром (у 14 средней и у 42 легкой степени). У 10 (7 %) пациентов отмечен синдром приводящей петли, у 3 (2,1 %) — пептическая язва анастомоза. Отличные и хорошие результаты получены у 114 (80,2 %), удовлетворительные — у 23 (16,3 %), неудовлетворительные — у 5 (3,5 %) пациентов.

Из 186 больных, перенесших резекцию желудка по Бильрот II в модификации Гофмейстера — Финстерера по поводу язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки и обследованных в отдаленные сроки, отличные и хорошие результаты получены у 149 (80,1 %), удовлетворительные — у 32 (17,1 %), неудовлетворительные — у 5 (2,8 %).

С 1978 г. в клинике стали внедряться органосохраняющие и органосберегающие операции. В этот период по поводу язвенной болезни желудка оперированы 22 человека в возрасте от 38 до 64 лет. При язвенной болезни I типа по Jonston выполняли экономную (1/3) резекцию желудка с обязательным удалением язвы и прямым гастродуоденоанастомозом. По этой методике оперированы 8 пациентов. Срок временной нетрудоспособности у них составил $72,2 \pm 1,7$ дня. Инвалидность не была определена ни у одного пациента. Отдаленные результаты у всех признаны как отличные и хорошие, однако у 2 больных развился демпинг-синдром легкой степени, который хорошо купировался диетой.

Язвы II и III типов по Jonston расценивались как патогенетически близкие к дуоденальным. При язвенной болезни II типа производилась поддиафрагмальная стволовая ваготомия и антрумэктомия. Отказ от селективной ваготомии и применение стволовой обусловлено данными П. М. Постолова с соавт. [11] о том, что селективная ваготомия не имеет преимуществ перед стволовой, но требует значительно большего времени на ее выполнение. При язвенной болезни III типа осуществлялась селективная проксимальная ваготомия с иссечением язвы. Эти две последние группы больных мы анализировали вместе с больными, оперированными по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки.

Основным видом вмешательства при дуоденальной язве являлась селективная проксимальная ваготомия, выполняемая по расширенной методике [7] с обязательной скелетизацией 4—5 см абдоминального отдела пищево-

да, эзофагофундопликацией по Ниссену и гастропренопексией. При суб- и декомпенсированных стенозах такую ваготомию дополняли дренирующей желудок операцией (гастродуоденоанастомоз по Жабулею или пилоропластика по Финнею).

Стволовая ваготомия произведена 25 пациентам (6 с антрумэктомией по Бильрот II, 4 с антрумэктомией по Бильрот II, 12 с пилоропластикой по Финнею и 1 с гастродуоденоанастомозом по Жабулею, двум эта операция выполнена при пептической язве).

Селективная проксимальная ваготомия выполнена 213 больным (у 103 изолированная, у 3 она дополнена бульбодуоденостомией, у 103 по поводу различных степеней стеноза использована одна из дренирующих желудок операций и у 4 пациентов пилородилатация).

Комбинированная желудочная ваготомия (выполнена впервые в клинике в марте 1979 г. и описана в 1981 г.), произведена у 95 пациентов: у 20 изолированная, у 6 она дополнена подпривратниковой дуоденопластикой, у 9 — ушиванием язвы по Оппелю — Поликарпову и у 60 пациентов с различными степенями стеноза — одной из дренирующих желудок операций.

Отдаленные результаты изучены у всех больных со сроком после операции не менее одного года. Поддиафрагмальная стволовая ваготомия с дренирующей желудок операцией осуществлена 9 пациентам, поддиафрагмальная стволовая ваготомия с резекцией желудка — 7, селективная проксимальная ваготомия с дренирующей операцией — 77, изолированная селективная проксимальная ваготомия — 83, комбинированная желудочная ваготомия с дренирующей операцией — 35 и комбинированная желудочная ваготомия — 14.

Большинство (44,8 %) больных страдало язвенной болезнью 12-перстной кишки более 10 лет, от 6 до 10 лет — 22,2 %, до 5 лет — 29,8 %, с впервые выявленными язвами оперировано 7 (3,2 %) пациентов.

Средний срок временной нетрудоспособности у больных, которым была произведена стволовая ваготомия, составил $78,6 \pm 2,2$ дня. III группа инвалидности в течение первого года после операции определена 2 пациентам (1 после поддиафрагмальной стволовой ваготомии с пилоропластикой и 1 после поддиафрагмальной стволовой ваготомии с экономной резекцией желудка). Отличные и хорошие результаты получены у 10 больных, удовлетворительные — у 5, неудовлетворительные (рецидив язвы) — у 1 пациента. Демпинг-синдром развился у 8 оперированных (у всех он был легкой степени, у 3 с периодической диареей и у 2 с изжогом).

После селективной проксимальной ваготомии без разрушения привратникового механизма срок временной нетрудоспособности составил $54,2 \pm 1,7$ дня. На инвалидность не переведен ни один пациент. Отличные и хорошие результаты получены у 81 (97,6 %) человек, удовлетворительные — у 1 (1,2 %) и неудовлетворительные у 1 (1,2 %) больного (рецидив язвы). У 4 больных развился демпинг-синдром слабой степени выраженности, который под воздействием медикаментозной и физиотерапии купирован в течение года после операции. Изжога и нерегулярные поносы после операции беспокоили 2 пациентов.

После селективной проксимальной ваготомии с дренирующими операциями средний срок временной нетрудоспособности составил $62,3 \pm 3,1$ дня. Инвалидности никто не имел. Вместе с тем демпинг-синдром легкой степени наблюдался у 28 пациентов, периодические поносы отмечены у 3. Отличные и хорошие результаты получены у 69 (89,3 %) больных, удовлетворительные — у 7 (9,5 %), неудовлетворительные — у 1 (1,2 %) больного (рецидив язвы). Средний срок временной нетрудоспособности после комбинированной желудочной ваготомии составил $58,1 \pm 1,2$ дня, а после такой ваготомии с дренирующей желудок операцией — $62,2 \pm 1,7$ дня. Группу инвалидности никто не получил. Демпинг-синдром легкой степени развился у 6 пациентов после комбинированной желудочной ваготомии с дренирующей операцией. Отличные и хорошие результаты получены у 46 (94,3 %) пациентов, удовлетворительные — у 2 (3,8 %), неудовлетворительные (рецидив язвы) — у 1 (1,9 %).

Представляет интерес раздельный анализ отдаленных результатов операций с сохранением и разрушением привратникового механизма. После ваготомии (селективной проксимальной и комбинированной желудочной) с сохранением функционирующего привратника обследовано 97 пациентов, после этих видов ваготомий с дренирующим желудок операциями с разрушением привратника — 112.

Средний срок временной нетрудоспособности в первой группе составил $55,8 \pm 1,2$ дня, легкий демпинг-синдром в течение первого года после операции возник у 4 (4,1 %) больных. Отличные и хорошие результаты получены у 94 (96,9 %) пациентов, удовлетворительные — у 2 (2 %), неудовлетворительные — у 1 (1,1 %).

У больных второй группы срок временной нетрудоспособности составил $62,3 \pm 1,8$ дня, легкий демпинг-синдром отмечен у 34 пациентов (30,3 %). Отличные и хорошие результаты получены у 102 (91 %) человек, удовлетворительные — у 8 (7,1 %), неудовлетворительные — у 2 (1,9 %).

Анализ отдаленных результатов подтверждает точку зрения М. И. Кузина с соавт. [6] о высокой эффективности органосохраняющих операций у больных язвенной болезнью 12-перстной кишки и их преимуществе перед резекцией желудка. Частота рецидивов после этого вида вмешательства, по нашим данным, невысока (1,7 %, 4 человека на 225 обследованных). Разрушение привратника при выполнении дренирующих операций в значительной степени лишают селективную проксимальную и комбинированную желудочную ваготомии их функциональных преимуществ и сопровождаются рядом поздних осложнений (демпинг-синдром, гастродуоденальный рефлюкс). Изолированная комбинированная ваготомия или такая ваготомия с дренирующими желудок операциями в отдаленные сроки мало отличается от изолированной селективной проксимальной и от селективной проксимальной ваготомии с дренирующей операцией и дают лучшие результаты, чем стволовая ваготомия.

ВЫВОДЫ

1. Экономная резекция желудка с прямым гастродуоденостомозом позволяет получить значительно лучшие отдаленные результаты по сравнению с резекцией 2/3 желудка по Бильрот II в модификации Гофмейстера — Финстержера.

2. Органосохраняющие операции (селективная проксимальная и комбинированная желудочная ваготомии) являются патогенетически обоснованными, высокоэффективными методами лечения язвенной болезни 12-перстной кишки.

3. Отдаленные результаты таких ваготомий, дополненных дренирующими желудок вмешательствами, хуже, чем изолированные ваготомии такого вида.

4. Для дальнейшего улучшения отдаленных результатов хирургического лечения язвенной болезни 12-перстной кишки необходимо выполнять ранние (до развития осложнений), не требующие разрушения привратника операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агейчек В. А., Чернякевич С. А. Отдаленные результаты операций с ваготомией при язвенном пилородуоденальном стенозе. — Хирургия, 1983, № 10, с. 36—42.

2. 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.

3. Жупан В. Ф., Сацукевич В. Н. Результаты лечения дуоденальной язвы селективной ваготомией с пилоропластикой. — Вестн. хир., 1972, № 10, с. 43—45.

4. Кальченко И. И., Ковалева М. М., Скрипниченко Д. Ф. Спорные вопросы в хирургии осложненных форм язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. — В кн.: Тр. Всесоюз. 29-го съезда хирургов. Киев, 1975, с. 106—107.

5. Кузин М. И. Всесоюзная конференция по органосохраняющим операциям (ваготомиям) при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. — М., 1978.

6. Кузин М. И. Селективная проксимальная ваготомия в лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. — Хирургия, 1979, № 4, с. 114—115.

7. Кузин М. И., Постолов П. М., Кузин Н. И. Техника расширенной селективной проксимальной ваготомии. — Хирургия, 1980, № 2, с. 3—7.

8. Маят В. С., Панцирев Ю. Н., Гринберг А. А. 10-летний опыт применения ваготомии в лечении дуоденальной язвы. — Хирургия, 1978, № 6, с. 106—112.

9. Панцирев Ю. М., Сидоренко В. И. Место селективной проксимальной ваготомии в хирургии дуоденальной язвы. — Хирургия, 1983, № 10, с. 26—31.

10. Постолов П. М., Киселев Ю. М. Отдаленные результаты ваготомии с экономной резекцией желудка. — Хирургия, 1979, № 7, с. 12—19.

11. Постолов П. М., Курыгин Н. М., Киселев Ю. И. и др. Влияние различных типов ваготомий на эндокринную функцию поджелудочной железы. — Хирургия, 1976, № 10, с. 29—34.

12. *Русанов А. А.* Ваготомия при язве желудка и двенадцатиперстной кишки.— Вестн. хир., 1981, № 1, с. 18—31.

13. *Сибуль У. Ф., Труве Р. А.* Отдаленные результаты ваготомии и резекции желудка при пилорoduodenальных язвах.— Вестн. хир., 1982, № 4, с. 19—22.

14. *Herzog K.* Operationen am Magen und Zölfingerdarm.— In: Bier Braum. Künmel chirurgische operationslehre.— 8 Auflag.— Leipzig, 1972, Bd. 4/1, S. 279.

15. *Jensen H., Straud L., Amgrup E.* One hundred patient.— Bull. Soc. int. Chir., 1974, 33, 5—6, 211—216.

16. *Madden J., Lee B., Mc Kann W.* Analisis de la resection de las mumogastricas en et ulcera gastroduodenale. Prem. und Angent, 1970, 57, 26, 1299—1304.

Поступила 05.05.85.

THE FOLLOW-UP OF THE OPERATIVE TREATMENT IN PATIENTS WITH GASTRODUODENAL ULCER

*V. M. Velichenko, Yu. B. Martov,
S. G. Podolinsky*

The follow-up was studied in 419 patients out of 569 operated apropos of gastroduodenal ulcer. It was stated that the economic gastric resection with the direct gastroduodenostomosis in stomach ulcer had advantages as compared with classical Billroth II operation modified by Hofmeister — Finsterer. In duodenal ulcer a selective proximal and a combined gastric vagotomy improved the follow-up considerably as compared with Billroth II operation modified by Hofmeister — Finsterer. It is considered a pathogenetically justified effective intervention. Drainage gastric operations in addition to selective proximal and combined gastric vagotomy in stenoses aggravate the follow-up.