

НОВЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

В. А. Кузнецов, Б. Л. Еляшевич, А. Ф. Агеев, И. В. Федоров

Кафедра хирургии (зав.— проф. В. А. Кузнецов) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина.

Мы проанализировали опыт хирургического лечения с 1965 г. 2000 больных язвенной болезнью. Главный итог исследования можно свести к двум основным положениям:

1) проблему оперативного лечения гастродуоденальных язв нельзя решить с помощью однозначной унифицированной хирургической методики;

2) дальнейший прогресс в хирургическом лечении гастродуоденальных язв следует ожидать на пути объективизации показаний к ранней операции, интенсификации предоперационной подготовки, совершенствования методических подходов к оперативным вмешательствам и их технического решения.

Применение местного трансэндоскопического лечения у 300 больных с терапевтическими резистентными язвами позволило увеличить процент зарубцевавшихся язв с 68 до 86,6 при одновременном сокращении срока госпитального периода на $22,4 \pm 1,3$ койко-дня. Поэтому лечебная эндоскопия должна стать неотъемлемой частью комплексного лечения язвенной болезни. В целях ускорения заживления язвы и реабилитации больных диагностическую эндоскопию следует переводить в лечебную. Субмукозное введение 0,5% раствора новокаина по малой кривизне желудка от его угла до пищевода (В. А. Кузнецов, Р. Ш. Сафин) можно рассматривать как средство неспецифической патогенетической терапии. Его эффект усиливается при сочетании с эндоскопической санацией язвенной поверхности и перифокальной инъекцией одного из репаративных. При отсутствии службы эндоскопии местное лечение дуоденальной язвы с успехом может быть осуществлено способом прицельного дробного орошения лечебными препаратами через зонд-ирригатор (В. А. Кузнецов). Полагаем, что независимо от длительности заболевания отрицательный непосредственный результат местного лечения при комплексной терапии язвенной болезни и ранние рецидивы язвы следует считать абсолютным показанием к хирургическому вмешательству.

До 1970 г. доминирующей операцией была резекция желудка по Бильрот-II в модификации Гоффмейстера — Финстерера. Однако результаты этой операции находятся в тесной зависимости от вариантов ее исполнения. Сравнительное исследование показало, что этот вид резекции в классиче-

ском исполнении далек от совершенства в связи с большим процентом осложнений и летальности. Так, кровотечение в просвет желудочно-кишечного тракта встретилось в 2,6% наблюдений, анастомозит — в 14,6%, несостоятельность дуоденальной культи — в 3%, летальность же в различные годы колебалась от 6 до 10%.

От классической методики выгодно отличается вариант резекции с межкишечным соустьем, выполненным электрохирургическим асептическим способом, разработанным у нас в клинике Р. К. Харитоновым. Однако демпинг-синдром наблюдается при этом способе столь же часто, как и при классическом варианте операции.

Дальнейшей разработкой в этом направлении явилась оригинальная методика операции по Б. Л. Еляшевичу. Принципиальное ее отличие от других прототипов заключается в том, что гастроэнтероанастомоз на предельно короткой петле формируется анизоперистальтически между большой кривизной культи желудка и флексурным отделом тощей кишки после рассечения связки Трейца. Преимущества такой операции заключаются в следующем:

1) конструкция анастомоза способствует включению части двенадцатиперстной кишки в акт пищеварения;

2) нижний латеро-латеральный анастомоз без «шпоры» исключает возможность формирования синдрома приводящей петли;

3) формирование анастомоза с большой кривизной культи желудка, где имеются особенности сосудистой архитектоники и сосуды лигированы в процессе мобилизации органа, практически исключает кровотечение из шва, наложенного аппаратом НЖКА;

4) операция выполняется в более короткое время благодаря использованию сшивающих аппаратов (рис. 1).

Операция достаточно надежно предупреждает развитие анастомозита и демпинг-синдрома. Из 308 вмешательств несостоятельность дуоденальной культи встретилась лишь в 4 наблюдениях.

Период с 1972 по 1978 г. характеризовался отходом от резекции желудка по Бильрот-II в пользу наложения прямого гастродуоденального анастомоза. У 76% оперированных больных были отличные и хорошие результаты при летальности, равной 1,1%. Однако все возрастающая частота выявления различных форм хронической дуо-

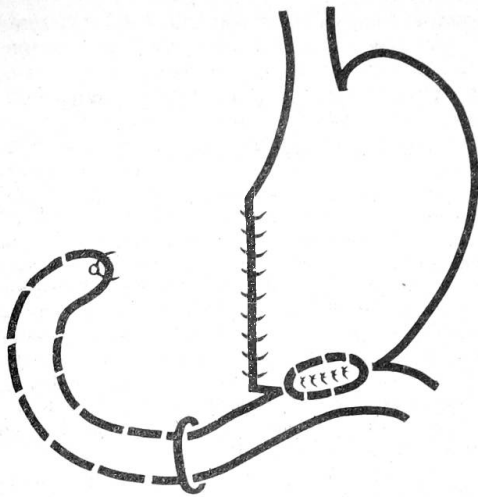


Рис. 1. Способ резекции желудка с наложением нижнего анизоперистальтического гастроэнтероанастомоза на предельно короткой петле.

денальной непроходимости (ХДН), неблагоприятные топографо-анатомические условия, нередко сопутствующие осложненным формам язвенной болезни, явились главной причиной летальных исходов и постгастро-резекционных синдромов. Все это побудило вновь пересмотреть вопросы хирургической тактики.

С 1979 г. показания к хирургическому лечению строго индивидуализированы на основе учета данных клинической формы болезни, ее осложнений, вариантов течения и результатов многопланового комплексного исследования функционального состояния желудка, двенадцатиперстной кишки и смежных органов. С целью улучшения исходов операции предшествует интенсивное консервативное лечение, направленное на ликвидацию воспалительного процесса, гастродуоденальной дисмоторики и нивелирование агрессивного действия кислотно-пептического фактора. Подтверждена эффективность местного трансэндоскопического лечения как средства предоперационной подготовки больного.

Основным видом хирургического лечения терапевтически резистентных и осложненных дуоденальных язв стала органосберегающая операция, компонентом которой является ваготомия. При сочетанных и множественных язвах с пенетрацией в поджелудочную железу или гепатодуоденальную связку способом выбора считаем селективную ваготомию в комбинации с антрумрезекцией.

Сотрудником клиники доцентом А. Ф. Агеевым был разработан и применен у 39 больных модифицированный способ надпривратниковой резекции желудка «на выключение».

после демукозации дистальной культы желудка мышечно-серозный футляр ушивают последовательно внутренними кистетными швами до полного замыкания ее канала (рис. 2). При осложнении язвы массивным перифокальным инфильтратом разработана и внедрена в клиническую практику трехкомпонентная органосберегающая операция:

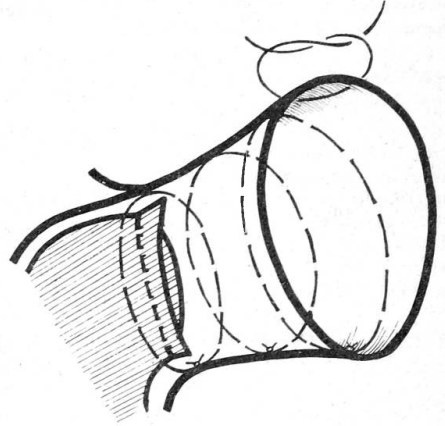


Рис. 2. Способ надпривратниковой резекции желудка «на выключение».

надпривратниковая заглушка механическим швом, селективная ваготомия, формирование нижнего анизоперистальтического анастомоза на предельно короткой петле, так как он обеспечивает наиболее полноценное дренирование, устраняет ХДН и достаточно эффективно предотвращает возникновение демпинг-синдрома (рис. 3).

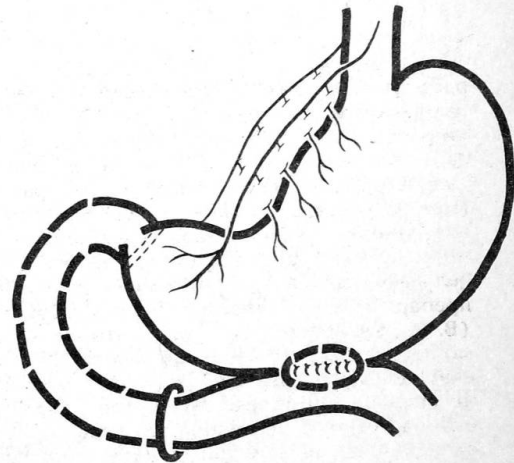


Рис. 3. Трехкомпонентная органосберегающая операция: надпривратниковая заглушка механическим швом, селективная ваготомия, формирование нижнего анизоперистальтического анастомоза на предельно короткой петле.

Селективная проксимальная ваготомия как самостоятельная операция занимает самое скромное место в структуре наших оперативных вмешательств, так как практически к нам не поступают больные с неосложненными язвами и гипервагальным типом секреции. Выполнение такой операции при гиперпанхлоргидрии в наших наблюдениях неизменно сопровождалось ранним рецидивом язвенной болезни.

При субкомпенсированных стенозах пилородуоденального канала в деле профилактики постваготомического гастростаза не оценимую помощь оказывает разработанная нами методика временной минимальной гастродуоденостомии на протяжении с использованием круглой связки печени. При этом отмечено более легкое послеопера-

ционное течение. К тому же она позволяет проводить раннее энтеральное питание и местное лечение дуоденальных язв в послеоперационном периоде.

В заключение следует отметить, что ваготомию мы не рассматриваем как альтернативу резекции. В частности, при лечении желудочных язв резекция была и остается способом выбора. Однако первый опыт проведения органосберегающих привратникосохраняющих операций без применения ваготомии показал, что эти операции также имеют реальные перспективы. Следовательно, необходимо и далее совершенствовать методы оперативного лечения и прежде всего не только с технических, но и с методологических позиций.

Поступила 20.10.88.

УДК 616.34—002.44—006.5—072.1—089.8

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ПОЛИПЫ ЖЕЛУДКА

Ю. В. Васильев, Л. И. Болдырева

Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии (директор — акад. АМН СССР, проф. А. С. Логинов), Москва

Известно, что заболевания верхних отделов пищеварительного тракта могут сочетаться. Поэтому своевременная диагностика основной и сопутствующей патологии, а также лечение больных с учетом этих заболеваний имеют важное практическое значение. В частности, до настоящего времени не ясен ряд моментов относительно язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, которая может сочетаться с полипозом желудка. Как часто сочетается язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки с полипами желудка? Следует ли удалять полипы желудка у таких больных, учитывая возможность их злокачественного происхождения, и возможно ли перерождение полипов желудка у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки? Целесообразно ли удаление полипов желудка в периоде обострения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки с помощью эндоскопической полипэктомии желудка?

В начальном периоде работы нами проанализированы безвыборочно результаты 20965 эндоскопических исследований пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, выполненных одновременно при обследовании так называемых гастроэнтерологических больных. Сочетание полипов желудка с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (язва луковицы двенадцатиперстной кишки, рубцово-язвенная деформация луковицы по эндоскопическим данным) было отмечено в 18 (0,086%) случаях. Однако анализ, произведенный только среди больных язвен-

ной болезнью, показал, что сочетание язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и полипов желудка встречается значительно чаще (3,6%).

В настоящем сообщении мы проанализировали результаты обследования и лечения 39 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, у которых при эндоскопическом исследовании выявлены полипы желудка. Больные были в возрасте от 23 лет до 61 года, среди них было 26 мужчин и 13 женщин. Продолжительность заболевания язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки составляла от одного года до 16 лет. Большинство больных (36) поступили в ЦНИИ гастроэнтерологии в периоде ухудшения своего состояния. При поступлении эти больные жаловались на боли различной интенсивности и продолжительности, возникающие в пилородуоденальной и (или) эпигастриальной областях, а также на диспептические расстройства — изжогу, отрыжку, горечь в полости рта, метеоризм, задержку стула. При эндоскопическом обследовании у 14 из 36 больных в луковице двенадцатиперстной кишки на фоне обострения дуоденита была выявлена язва. У остальных 22 из 36 больных, поступивших в ЦНИИ гастроэнтерологии с указанными выше жалобами, была обнаружена рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки на фоне обострения дуоденита (отек и гиперемия слизистой оболочки луковицы двенадцатиперстной кишки, у отдельных больных — и ее нисходящей части). При