

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ КАК ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

В. А. Кузнецов

*Кафедра хирургии (зав.— проф. В. А. Кузнецов)
Казанского института усовершенствования врачей*

Состояние проблемы. Язвенная болезнь (ЯБ) желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) и сегодня остается актуальной медико-биологической и социальной проблемой. Реально существуют относительный и абсолютный приросты заболеваемости. Относительный прирост объясняется улучшением диагностики. По данным гастроэнтерологических стационаров Татарстана, число эндоскопически подтвержденных диагнозов ЯБ почти в 2 раза превышает цифру клинико-рентгенологических заключений. Настораживает абсолютный прирост, которому в немалой степени способствует «синдром социального напряжения» как спутник политического и экономического кризисов.

Изменилась и картина ЯБ. Расширились возрастные границы заболевания, участились рецидивы и осложнения, возросло число терапевтически резистентных язв. Все чаще стали болеть женщины, которые в силу гормонально-конституциональных особенностей имеют худшие отдаленные результаты оперативного лечения. Частота общей и профессиональной инвалидизации по причине этой болезни, безвозвратные потери после операций стабилизировались на довольно высоком уровне.

Несмотря на историческую давность учения о ЯБ, целый ряд его положений является достаточно дискуссионным. В частности, вызывают споры следующие вопросы: кого, когда и как надо оперировать при ЯБ? Известно, что ЯБ исходно считается проблемой терапевтической. Хирургической она становится только по мере присоединения осложнений и терапевтической резистентности. Кардинальный вопрос заключается в том, как определить пределы эффективности консервативного лечения? На каком этапе эволюции заболевания должна состояться передача больного от терапевта хирургу? У каждого специалиста на этот счет существует свое мнение. Лечение «до упора», чем

грешат терапевты, обрекает больного на тяжелые осложнения, при которых хирург любого ранга иногда уже не в состоянии обеспечить полноценную его реабилитацию. Бывает и наоборот — оперируют пациента, который еще «не созрел» для этого. У таких больных также наблюдается высокая частота послеоперационных патологических синдромов.

Концепция патогенеза язвенной болезни. В последние годы понятие о патогенезе и патогенетической терапии претерпело существенные изменения. Ульцерогенез рассматривается как результат несоответствия между факторами агрессии и факторами защиты слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. К защитным факторам относят антроуденальный кислотный «тормоз» и резистентность гастродуоденальной слизистой. Последняя обеспечивается защитным слизистым барьером, замыкательной функцией привратника, активной регенерацией и достаточностью кровоснабжения. Факторами агрессии являются усиление обратной диффузии H^+ , гастродуоденальная дисмоторика, травмы слизистой, повышенная продукция HCl и пепсина. Последняя обусловлена активностью париетальных клеток, ваготонией, гиперпродукцией гастрина и плотностью «Ж»-клеток.

В настоящее время схема дополнена важными сведениями о нейроэндокринной регуляции секреторной, моторной, протективной и трофической функций желудка. Установлена роль генетических факторов и мембранной микрофлоры в пато- и саногенезе заболевания. Одно из достижений современной гастроэнтерологии — это обоснование патогенетической концепции язвенной болезни как желудка, так и двенадцатиперстной кишки.

При ЯБЖ основные терапевтические мероприятия должны быть направлены на подавление процесса обратной диффузии ионов водорода из

слизистой желудка, а также на снижение уровня микробной контаминации класса «Хеликобактер», на ликвидацию дуоденогастрального рефлюкса и воспалительного процесса. Эта цель успешно достигается назначением коллоидного раствора субцитрата висмута (Де-Нол), вяжущих и обволакивающих средств, препаратов миотропного действия.

При ЯБДК основу ulcerогенеза составляет ацидо-пептическая агрессия. Ингибция протеолиза, подавление кислотопродукции, назначение витаминов, транквилизаторов, седативных средств, общий и диетический режим — по-прежнему остаются основными положениями лечебной программы. Прогрессивным направлением консервативной терапии следует признать отход от строгих диет, что позволяет максимально использовать в лечебных целях буферные свойства пищи. Применение антагонистов H_2 -рецепторов гистамина (циметидин, ранитидин, фамотидин) и блокаторов мускариновых рецепторов (гастроцепин) с полным правом можно считать новой эрой консервативного лечения ЯБ и эффективным способом предоперационной подготовки больного.

Решат ли терапевты проблему язвенной болезни? С помощью современных фармакологических препаратов и физических средств направленного действия в большинстве гастроэнтерологических отделений удается добиться заживления язвы у 65—75% заболевших. Данная цифра может оказаться завышенной, так как не во всех лечебных учреждениях проводят эндоскопический контроль на заключительном этапе курса противоязвенного лечения. Рубцевание язвы еще не означает выздоровления. Рецидив и обострение ЯБ после лечения регистрируют у 60—80% больных, причем у 40—60% из них они наблюдаются в ранние сроки. Следовательно, около 30% пациентов нуждаются в операции.

Можно ли повысить эффективность консервативного лечения и избежать операции? С появлением эндоскопов на базе волоконной оптики такая возможность стала реальной. Сформировалось новое перспективное направление — местное трансэндоскопическое лечение гастродуоденальных язв. Нами апробированы несколько его ва-

риантов (В. В. Одинцов, Р. Ш. Сафин, А. А. Шамов):

- эндоскопическая санация язвы;
- аппликация язвы пленкообразующими композициями (МК-6—9, КЛ-3, гастрозоль, статизоль и др.);
- инъекция в зону язвы анестетика, репаративных;
- нанесение на язвенную поверхность масла облепихи;
- эндоскопическая лазеротерапия, облучение красным монохроматическим светом;
- внутрижелудочная новокаиновая блокада;
- введение 60% раствора глюкозы в подслизистую оболочку кислотопродуцирующей зоны желудка;
- комбинация способов физического и лекарственного воздействия непосредственно на язву.

Дополняя традиционное лечение местным эндоскопическим, мы добились существенного увеличения числа больных с зарубцевавшимися язвами (88,6% против 68% в контроле). Столь благоприятные результаты получены у больных той категории, которым не помогло многократное лечение в условиях гастроэнтерологического стационара. Не будет преувеличением такое мнение, что современная патогенетическая консервативная терапия, дополненная адекватным вариантом местного эндоскопического лечения, приближает конец безраздельной диктатуры хирургического скальпеля. В практическом преломлении это означает, что лечебная эндоскопия должна стать неотъемлемой частью комплексного лечения ЯБ. В целях ускорения заживления язвы диагностическую эндоскопию следует переводить в лечебную. Отрицательный результат такой комплексной терапии и ранние рецидивы означают предел эффективности консервативного лечения и больному абсолютно показано оперативное вмешательство.

Показаниями к операции при ЯБЖ являются следующие случаи: 1) перфорация язвы; 2) продолжающееся или рецидивное кровотечение; 3) малигнизация или подозрение на малигнизацию; 4) атипичная локализация большой или гигантской язвы (передняя, задняя стенки, дно желудка, большая кривизна); 5) ранний рецидив желудочной язвы; 6) пилородуоденальный стеноз II—III степени в руб-

дво-язвенной или в рубцовой стадии; 7) пенетрация с явлениями панкреатита; 8) сочетанные и множественные язвы желудка; 9) неэффективность консервативной терапии в течение 6 месяцев с применением местно-эндоскопического лечения.

Выбор метода операции при ЯБЖ. Вопрос об оперативном лечении ЯБ нельзя решать с помощью однозначной унифицированной хирургической методики. В каждом конкретном случае выбор способа хирургического вмешательства должен быть индивидуализирован с учетом локализации, осложнений, показателей желудочной секреции, состояния моторно-эвакуаторной функции желудка, двенадцатиперстной кишки, возраста, сопутствующих болезней и тяжести общего состояния больного. Пройдя этапы увлечения и разочарования в ваготомии, мы пришли к заключению, что многолетние споры о целесообразности того или иного вида, в частности резекции или ваготомии, следует признать схоластическими. В хирургии ЯБ нет хороших или плохих способов, каждый из них имеет свои показания. Любой метод не может дать больше того, что он в себе заключает.

При ЯБЖ в принципе не остается места для любого варианта ваготомии, как бы ее ни пропагандировали апологеты метода (М. И. Кузин, 1981 и др.). По их мнению, селективная проксимальная ваготомия (СПВ) имеет при ЯБЖ патогенетический смысл, так как снижает интенсивность процесса обратной диффузии ионов H^+ в слизистой оболочке желудка. Может, это и так, но слишком велик риск малигнизации язвы, кровотечения, перфорации или рецидива ЯБЖ, даже при одномоментном дополнении селективной проксимальной ваготомии (СПВ) иссечением язвы. Исключение могут составить только большие с желудочными язвами II типа по классификации Д. Джонсона, которых лечат по принципам хирургии дуоденальной язвы. При прочих равных условиях предпочтение следует отдавать резекции желудка (РЖ) по Бильрот-I (Б-I). Выполнение прямого гастродуоденального анастомоза требует соблюдения принципов прецизионной хирургии. Привратниксохраняющие вмешательства в значительной мере предупреждают развитие патологических

постгастрорезекционных синдромов. Основными противопоказаниями к РЖ по Б-I являются дуоденостаз, постгеморрагическая анемия II—III степени, сочетание ЯБЖ с постбульбарной язвой и пенетрация язвы с явлениями панкреатита.

РЖ по Б-II в классическом варианте Гофмейстера—Финстерера не исчерпала свои возможности. Ее часто компрометируют техническое исполнение и формирование чрезмерно широкого анастомоза. При склонности больного к демпинг-синдрому (ДС) РЖ по Б-II мы рекомендуем заканчивать операцию созданием нижнего анизоперистальтического анастомоза диаметром не более 2,5—3,0 см на предельно короткой петле по Б. Л. Еляшевичу.

При язвах медиогастральной локализации мы нередко пользуемся аппаратной резекцией малой кривизны желудка, несущей язву. При этом сохраняется иннервируемый привратник, потеря которого функционально невосполнима. При язвах кардиальной и субкардиальной локализаций хорошо зарекомендовал себя другой вариант органосохраняющей операции — поперечная привратниксохраняющая РЖ по А. И. Горбашко. Обязательным ее элементом является инцизионная биопсия язвы с экспресс-гистологическим исследованием. Предоперационная эндоскопическая биопсия надежно не исключает малигнизации язвы. При отсутствии возможности выполнить срочное морфологическое исследование во время операции органосохраняющие вмешательства при ЯБЖ вообще не следует предпринимать. В экстренной ситуации надо применить тот вариант резекции желудка, которым лучше владеет хирург. И, наконец, в хирургии желудочной язвы незыблемым остается принцип: сроки терапевтического лечения надо сокращать тем увереннее, чем больше и глубже язва, длительнее анамнез, старше больной и чем ниже кислотность желудочного сока.

Показания к операции при ЯБДК: 1) перфорация язвы; 2) продолжающееся или рецидивное кровотечение; 3) стеноз II—III степени в рубцово-язвенной или рубцовой стадии; 4) незажившая, рецидивная или повторная язва после операции ушивания; 5) со-

четанные и множественные язвы двенадцатиперстной кишки; 6) сочетание язвы с калькулезным холециститом; 7) сочетание язвы с дуоденостазом; 8) сочетание ЯБДК с холециститом и грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (синдром Сейнта); 9) пенетрация язвы с явлениями панкреатита; 10) непрерывно рецидивирующий тип течения ЯБДК; 11) безуспешность длительной комплексной противоязвенной терапии.

Выбор метода операции при ЯБДК. Этот вопрос остается остро дискуссионным. Основные сложности возникают при лечении больных с низкими постбульбарными язвами, при наличии предельно высокой желудочной секреции, а также при обширных околоязвенных инфильтратах. Многолетний опыт, накопленный нами в хирургии ЯБ, и знакомство с литературой позволяют изложить следующие суждения.

1. Селективная проксимальная ваготомия (СПВ). Из всех способов парасимпатической денервации желудка наилучшие результаты дает СПВ. Дополнительная дренирующая желудок операция значительно снижает ее достоинства, так как выключает привратниковый механизм, что способствует развитию ДС и щелочного рефлюкс-гастрита. СПВ как самостоятельную операцию следует применять при отсутствии предельно высокой желудочной секреции (не более 45 ммоль/ч), нормальной кислотопродукции во второй фазе, нарушенной эвакуации из желудка или дуоденостаза и гигантской каллезной язвы.

2. Селективная проксимальная ваготомия (СПВ) или селективная ваготомия (СВ) в сочетании с дренирующей желудок операцией. Это вмешательство показано при гигантских, больших, пенетрирующих язвах, гипомоторных нарушениях желудка, деформации и сужении пилородуоденального канала.

3. Стволовая ваготомия (СТВ) в сочетании с дренирующей операцией. В плановой хирургии этот вид вмешательства ЯБ мы не применяем, так как у лиц молодого и среднего возраста он часто приводит к неудовлетворительным результатам. У пожилых и ослабленных больных СТВ может быть полезной при необходимости закончить операцию в кратчайшие сроки.

4. СВ в сочетании с антрумэктомией. Многие хирурги предпочитают эту операцию при высокой желудочной секреции в I и II фазах, сочетанных и множественных язвах, низких постбульбарных язвах и при наличии дуоденостаза и ХДН. Мы сдержанно относимся к такому методу по ряду следующих соображений. Антрумэктомия в сочетании с СВ вызывает глубокое угнетение секреции вплоть до ахилии, что на сегодня не признается целесообразным состоянием. «Сухой желудок» обрекает пациента на пожизненную заместительную терапию ферментами. Кроме того, мнение, что такая операция проще клас-

сической РЖ, совершенно безосновательно; чем экономнее РЖ, тем тяжелее послеоперационное течение. Более того, этой комбинированной операции присущи все недостатки ваготомии и РЖ. Дополняя СВ блоками мускариновых рецепторов и антагонистами H_2 -рецепторов гистамина нового поколения, мы, по существу, производим фармакологическую антрумэктомию и тем самым избавляем больного от экономной резекции. В нашей клинике разработан эндоскопический метод снижения желудочной секреции, который с успехом редуцирует гиперпанхлоргидрическое состояние, обеспечивая тем самым заживление непрерывно рецидивирующей и терапевтически резистентной язвы (В. В. Одинцов).

5. СВ в сочетании с надпривратниковым прошиванием желудка и гастропроэнтероантозом на предельно короткой петле по способу, принятому в нашей клинике. Операцию рекомендуют в качестве метода выбора при наличии околоязвенного инфильтрата.

6. Гастрэктомия. Она показана при синдроме Золлингера—Эллисона и малигнизированной язве кардиальной локализации.

7. Резекция желудка. Это вмешательство рекомендуется при декомпенсированном пилородуоденальном стенозе, пенетрации язвы в гепатико-холедох (РЖ на выключение) и при кровоточащей и перфоративной язвах по индивидуальным показаниям.

8. Симультанные операции. Их целесообразно проводить при сочетании ЯБДК с желчнокаменной болезнью, сочетании ЯБ с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы и недостаточностью кардии.

Судьбу больного, перенесшего органосберегающую операцию, определяет не только полнота ваготомии, но и правильный выбор дренирующей операции. Мы отдаем предпочтение гастродуоденоантомозу по Жабуле. Пилоропластика по Гейнеке—Микуличу дает наихудшие результаты. Ее применение в плановой хирургии должно быть ограничено. При наличии каллезной язвы двенадцатиперстной кишки, осложненной пенетрацией в поджелудочную железу и перифокальным воспалением, надежнее сделать РЖ «на выключение». Стремление непременно иссечь язву чревато осложнениями, опасными для жизни больного.

Приведенная схема выбора метода операции при ЯБДК призвана облегчить положение хирурга при решении тактической задачи в стандартной ситуации, но она не претендует на универсальность. Клиническая действительность рождает порой такие ребусы, которые могут потребовать индивидуального конструктивного подхода. Но каким бы удачным ни был выбранный вариант операции, каким бы элегантным ни было ее исполнение, не следует забывать о том, что хирурги-

ческое вмешательство является только одним из этапов планомерного лечения больного. Выздоровление через операцию не означает возврат к исходному здоровью: это всегда качественно новое состояние, для которого ха-

рактерно несовершенство функциональной реадaptации. Пациент, перенесший операцию, нуждается в диспансерном наблюдении и проведении реабилитационных мероприятий.

Поступила 24.12.94.

ЛЕКЦИИ

УДК 616.211+616.216]—089.8

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

*Л. Г. Сватко, В. Н. Красножен, Р. У. Батыршин, И. М. Будник,
Р. В. Латыпов*

*Кафедра оториноларингологии (зав.— доц. Р. У. Батыршин)
Казанского института усовершенствования врачей*

В последние годы отмечается значительное увеличение частоты воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух, синусогенных осложнений, трансформации острого течения заболевания в хроническое [1]. В качестве причин такого характера изменений заболеваемости рассматриваются полиэтиологичность синусита, не снижающийся уровень распространенности гриппа и острых респираторных заболеваний, экологическая нагрузка на верхние дыхательные пути в связи с загрязнением атмосферного воздуха, снижение иммунологических свойств организма и аллергия [2].

До 50% больных ЛОР-клиник находятся на лечении по поводу заболеваний носа и околоносовых пазух [3]. Степень распространенности заболеваний данной локализации свидетельствует о необходимости разработки и внедрения новых методов их диагностики и лечения. Одним из таких методов, практически неизвестных в нашей стране, но широко применяемых во всем мире, является эндоскопическая хирургия носа и околоносовых пазух.

Широкое использование эндоскопической диагностики и хирургии в ринологии началось в 60-х годах после разработки жестких оптических систем Гопкинса и специального набора эндоскопов. Пионерами в этой области стали фирма «Карл Шторц» и В. Мессерклингер, теоретически обосновавшие анатомические и физиологические концепции данного метода.

Заболевания околоносовых пазух в большинстве случаев возникают риногенно, то есть распространяются от носа на околоносовые пазухи. Если воспалительный процесс в пазухах не поддается санации или рецидивирует, причину этого следует искать в полости носа, решетчатом лабиринте, в области естественных соустьев синусов. При закрытии соустьев удаление секрета из пазух становится невозможным, нарушается микроциркуляция крови в слизистой оболочке в виде ее усиления, что приводит к нарастанию поглощения кислорода в просвете пазухи. В связи с недостатком кислорода угнетается мукоцилиарный транспорт. Нарушение транспортной функции мерцательного эпителия, застой слизи в пазухах способствуют росту анаэробных бактерий, которые содержатся в основном в секреторных выделениях и очень редко — в слизистой оболочке.

Следовательно, в профилактике и лечении синусита важно освободить соустье для хорошей вентиляции и удаления содержащегося в пазухах секрета, так как хорошая вентиляция не только улучшает мукоцилиарный транспорт, но и оказывает бактериостатическое действие.

Обычно исходной точкой для нарушения дренажа верхнечелюстных и лобных пазух является стенозированный область, находящаяся в передних отделах среднего носового хода, передней группе пазух решетчатой кости. Данное анатомическое образование