

Принципы планового хирургического лечения хронической дуоденальной язвы (40-летний опыт клиники им. С.П. Фёдорова)

Майстренко Н.А., Курьгин А.А., Курьгин Ал.А.

The principles of planned surgical treatment of chronic duodenal ulcer (40-years experience of Clinic named for S.P. Fyodorov)

Maystrenko N.A., Kurygin A.A., Kurygin Al.A.

Военно-медицинская академия, г. Санкт-Петербург

© Майстренко Н.А., Курьгин А.А., Курьгин Ал.А.

На основании непосредственных и отдаленных (10—30 лет) результатов планового хирургического лечения более 2 тыс. больных хронической дуоденальной язвой разработан диагностический алгоритм, основу которого составляет комплексное исследование кислой желудочной секреции. Определены принципы выбора органосохраняющего, резекционного или комбинированного вмешательства, а также варианта пилоропластики. Правильный выбор операции при осложненной дуоденальной язве обеспечивает отличные и хорошие результаты у 85% больных.

Ключевые слова: хроническая дуоденальная язва, диагностический алгоритм, плановое хирургическое лечение.

The experience of planned treatment more than 2 000 patients with chronic duodenal ulcer makes it possible to work out the diagnostic algorithm, based on complex research of acidic stomach secretion. The principles of choosing of interference (organ-retaining, resecting or combining interference) and kind of pyloroplasty were defined. The right choice of operation of complicated duodenal ulcer secures excellent and good results for 85% patients.

Key words: chronic duodenal ulcer, diagnostic algorithm, planned surgical treatment.

УДК 616.342-002.44-089

Клиника факультетской хирургии им. С.П. Федорова Военно-медицинской академии (г. Санкт-Петербург) обладает 40-летним опытом лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК) и научных исследований по этой проблеме. Фактический материал включает более 2 тыс. наблюдений, из них около 1 тыс. больных обследованы в сроки от 10 до 30 лет после операции. Результаты этой работы отражены в 7 докторских и 12 кандидатских диссертациях, а также в 6 монографиях. Накопленный коллективом клиники практический и научный опыт позволяет определить твердые позиции по многим аспектам диагностики и хирургического лечения ЯБ ДПК.

Объем, методики и оценка результатов инструментальных и лабораторных исследований при хронической дуоденальной язве в плановых ситуациях следующие:

1. Фиброгастродуоденоскопия.
2. Фиброгастрохромоскопия (определение границы антрального отдела желудка).
3. Рентгеногастродуоденоскопия с оценкой эвакуаторной функции желудка и ДПК.

4. Исследование моторной функции желудка.
5. Исследование дневной базальной кислой желудочной секреции.
6. Исследование максимальной кислой желудочной секреции (тест Кея).
7. Исследование ночной кислой желудочной секреции или 24-часовой рН-мониторинг.
8. Базально-атропиновый тест (тест медикаментозной ваготомии).
9. Исследование гастрина сыворотки крови и спиральная компьютерная томография при подозрении на синдром Золлингера—Эллисона.

При фиброгастродуоденоскопии определяются число, локализация и характер язв. При этом особое значение придается сочетанным, множественным, гигантским и залуковичным язвам, что существенно влияет на выбор вмешательства в целом и дренирующей желудок операции в частности. При залуковичной язве (10% от всех дуоденальных язв) и при сочетании язвенной болезни с желчнокаменной (5%) оценивается состояние большого дуоденального

сосочка и отношение его к язве. Эти данные учитываются при планировании симультанной операции и варианта воздействия на язву (65% залуковичных язв осложняются кровотечениями). Эндоскопически определяется ширина просвета пилородуоденальной зоны, что необходимо для комплексной оценки степени стеноза.

Наиболее распространенным методом хромогастроскопии является внутривенное введение 5 мл 1%-го раствора нейтрального красного и визуальное наблюдение через фиброгастроскоп за выделением красителя слизистой оболочкой желудка. При этом кислотообразующая зона желудка окрашивается в малиновый цвет, а антральный отдел приобретает желтую окраску. Таким образом можно точно определить протяженность антрального отдела, который у пациентов с очень высокой желудочной секрецией составляет до половины желудка и даже больше.

При рентгеногастродуоденоскопии необходимо оценить размеры желудка, уровень перистальтической активности, степень и протяженность стеноза ДПК, сроки эвакуации первой порции, половины и всего контрастного вещества из желудка, а также время поступления бариевой взвеси в тощую кишку (диагностика дуоденостаза). У большинства больных дуоденальной язвой без суб- и декомпенсированного стеноза происходит ускоренная эвакуация из желудка первой половины контрастного вещества. Своевременное поступление начальной порции бариевой взвеси в ДПК с последующим замедлением опорожнения желудка свидетельствует о функциональном эвакуаторном расстройстве. В случае замедленного поступления контрастного вещества по ДПК, особенно при ее расширении и продолжительных маятникообразных сокращениях, необходимо во время операции исключить или устранить механическую причину дуоденостаза (чаще в зоне связки Трейтца). Функциональная природа данного осложнения встречается редко.

Моторную функцию желудка целесообразно исследовать одним из способов, регистрирующих внутрипросветное давление. Оптимальными из них являются телеметрический метод (датчик давления проводится в желудок на кабеле-зонде, который подключается к регистрирующему устройству) и метод открытого катетера. Уровень сократительной активности желудка не имеет решающего значения при выборе оперативного вмешательства. Снижение тонуса желудка, в том числе при декомпенсированном дуоденальном стенозе, не является противопоказанием к стволовой вагото-

мии. При резекции желудка у таких пациентов целесообразно формирование широкого гастроэнтероанастомоза.

Значимость уровня кислой желудочной секреции как ведущего прогностического критерия убедительно доказывается с двух позиций. Во-первых, при ночной желудочной секреции выше 50 ммоль частота рецидива язвы в течение 10 лет после стволовой ваготомии в 3 раза выше, чем у пациентов с более низкой кислотностью. Во-вторых, имеется достоверная зависимость между частотой рецидива язвы и степенью подавления базальной и стимулированной желудочной секреции после ваготомии.

Наиболее надежным прогностическим признаком и одним из ведущих критериев выбора того или иного оперативного вмешательства является уровень ночной кислой желудочной секреции, которая исследуется в 12-часовых порциях с 20.00 до 08.00. Уровень соляной кислоты до 20 ммоль считается нормальным, от 20 до 40 ммоль — умеренно повышенным, от 40 до 70 — высоким и свыше 70 ммоль — очень высоким. Больные, относящиеся к последней группе, получили название «гиперсекреторы». Анализ отдаленных результатов убедительно свидетельствует о важности показателя ночной секреции для выбора операции при дуоденальной язве, а также подтверждает известный принцип «чем выше секреция желудка, тем хуже результаты ваготомии». Так, в течение 10 лет после стволовой ваготомии частота рецидива язвы у больных с исходной ночной секрецией до 50 ммоль составила 6,8%, а у пациентов с более высокой секрецией — 18,5%.

О значимости максимального гистаминового теста для выбора оперативного вмешательства при язве ДПК существуют разные мнения. Многие исследователи считают, что ваготомию можно планировать при уровне MAO ниже 30 ммоль/ч, особенно если имеется второе благоприятное для этой операции условие — повышенная базальная секреция. При высоких показателях MAO (более 30 ммоль/ч), особенно сочетающихся с низкой базальной секрецией, рекомендуется отказаться от ваготомии и выбрать резекцию желудка, потому что у таких больных вторая фаза секреции преобладает над вагусной. Однако существует и другое, основанное на большом опыте мнение, что максимальный гистаминовый тест не позволяет до операции предсказать отдаленный исход ваготомии. Об этом свидетельствуют как результаты 10-летнего наблюдения за больными, так и тот факт, что тест Кея не всегда выявляет способность желудка к сильной кислотопродукции. Нередко приходится наблю-

дать очень высокие показатели ночной желудочной секреции у больных, у которых максимальный гистаминовый тест, выполненный в дневные часы, свидетельствует о низкой кислотообразующей функции желудка.

Существующие в литературе разногласия указывают на то, что при выборе вида операции ни в коем случае нельзя полностью доверяться какому-либо одному прогностическому тесту и основываться лишь на одном исследовании желудочной секреции.

Известно, что уровень базальной секреции отражает активность преимущественно первой, вагусной, фазы желудочной секреции, которая, как правило, превалирует у большинства больных язвой ДПК. Можно считать доказанным, что однократно полученный показатель ВАО не является надежным дооперационным прогностическим признаком исхода ваготомии. Дело в том, что даже у здорового человека при многократном исследовании базальной секреции ее уровень может колебаться от анацидного до гиперацидного состояния в зависимости от самочувствия, настроения, погодных условий, обстановки вокруг испытуемого во время исследования и некоторых других факторов. Не следует забывать и о том, что сама процедура зондирования желудка для большинства людей является стрессовой ситуацией.

Таким образом, информативность и прогностическая ценность исследования базальной секреции значительно возрастают, если оно выполняется дважды в разные дни в сочетании с максимальным гистаминовым тестом и тестом медикаментозной ваготомии. Установлено, что ваготомия с дренирующей желудок операцией наиболее эффективна у больных с уровнем ВАО от 5 до 10 ммоль/ч и снижением его после внутривенного введения 1 мл атропина на 55% и более. Следует подчеркнуть, что тест медикаментозной ваготомии, описанный в литературе в трех разных вариантах, нередко имеет решающее значение в выборе операции между ваготомией и резекцией желудка в спорных ситуациях.

Выбор оперативного вмешательства при хронической язве двенадцатиперстной кишки в плановом порядке

Выбор оптимального оперативного вмешательства при дуоденальной язве заключается в определении показаний к ваготомии, резекции желудка или к их комбинации. При этом учитываются несколько основных факторов, ведущими из которых являются уровень и характер кислой желудочной секреции.

Выбор плановой операции при язве ДПК основывается на тщательном обследовании больного и соблюдении некоторых

методологических принципов. Каждого больного следует определить в одну из трех групп.

Первую группу составляют пациенты, которым показана резекция двух третей желудка или вмешательство, направленное на устранение синдрома Золлингера—Эллисона. В эту группу входят:

1) больные осложненной язвой с уровнем ночной желудочной секреции выше 70 ммоль и отрицательным тестом медикаментозной ваготомии;

2) больные неосложненной длительно протекающей язвой, резистентной к консервативной терапии с уровнем ночной секреции выше 40 ммоль, стимулированной секреции выше 30 ммоль/ч независимо от показателя базальной секреции и отрицательным тестом медикаментозной ваготомии;

3) больные осложненной или резистентной к консервативной терапии рецидивной язвой после ваготомии;

4) пациенты с синдромом Золлингера—Эллисона.

Редким исключением из 1-й и 2-й подгрупп могут явиться молодые нерожавшие женщины, так как замечено, что после обширной резекции желудка у подавляющего числа пациенток беременность не наступает. При гиперсекреции и пилородуоденальном стенозе в таких случаях целесообразно выполнить стволовую ваготомию с антрумэктомией, а при резистентной к терапии неосложненной язве альтернативной операцией является селективная проксимальная ваготомия с пилоропластикой, так как в молодом возрасте, и особенно у женщин, число рецидивов в течение 10 лет почти в 2 раза меньше, чем после стволовой ваготомии.

Вторую группу составляют больные, у которых ваготомия дает, как правило, отличные и хорошие результаты. В эту группу входят:

1) мужчины и женщины старше 50 лет с осложненной язвой и уровнем ночной желудочной секреции ниже 50 ммоль с положительным тестом медикаментозной ваготомии. У этой категории больных частота рецидива язвы после стволовой ваготомии с дренирующей операцией наименьшая — 3—4%;

2) мужчины и женщины в возрасте от 30 до 50 лет с осложненной язвой, уровнем ночной желудочной секреции ниже 70 ммоль, показателем максимального гистаминового теста менее 30 ммоль/ч, базальной секрецией выше 5 ммоль/ч с подавлением ее атропином на 55% и более.

Сложнее всего выбрать оптимальную операцию для больных третьей группы, в которую входят:

1) пациенты обоего пола в возрасте до 30 лет с осложненной язвой, не относящиеся к «гиперсекреторам», но, как пра-

вило, имеющие высокий уровень стимулированной гистамином секреции — более 30 ммоль/ч;

2) мужчины и женщины любого возраста с неосложненной резистентной к терапии язвой с уровнем ночной желудочной секреции ниже 40 ммоль и показателем теста Кея ниже 30 ммоль/ч.

К указанным категориям больных предлагается дифференцированный подход, так как в этих случаях может оказаться правомочным и органосохраняющий, и резекционный методы. Ваготомию следует выполнять при высокой базальной секреции и надежно ее подавлении атропином, при этом результаты ваготомии у женщин оказываются значительно лучше, чем у мужчин. В условиях нормальной или низкой базальной секреции, а также при отрицательном тесте медикаментозной ваготомии операцией выбора, особенно у мужчин, является резекция желудка.

Выбор вида ваготомии для больных, которым она показана, представляет собой менее сложную задачу. В настоящее время в специализированных учреждениях выполняется стволовая и селективная проксимальная ваготомия, причем доля последней не превышает 10%. При правильном определении показаний к ваготомии ее стволовой и селективный проксимальный виды в сочетании с дренирующей желудок операцией дают примерно одинаковые 10-летние результаты. Преобладание стволовой ваготомии определяется простотой ее выполнения, а также тем, что только она применяется в неотложной хирургии.

Отдельно следует остановиться на вопросе о сочетании стволовой ваготомии с антрумэктомией. Многие авторы считают эту операцию альтернативой резекции двух третей желудка и успешно применяют ее у больных любого возраста с очень высокой ночной желудочной секрецией, за исключением пациентов с синдромом Золлингера—Эллисона, а также у лиц молодого возраста и больных неосложненной язвой с высокими показателями ночной и стимулированной гистамином секреции (соответственно от 40 до 70 ммоль/ч и выше 30 ммоль/ч). Важно подчеркнуть, что стволовая ваготомия с антрумэктомией практически теряет смысл альтернативы резекции желудка, если высокая и очень высокая кислая желудочная секреция сочетается с отрицательным тестом медикаментозной ваготомии.

Установлено, что после ваготомии с антрумэктомией у 60% больных развивается ахлоргидрия вплоть до гистаминорезистентной формы, и еще у 30—35% пациентов продукция свободной соляной кислоты находится на таком уровне,

при котором возникновение пептической язвы маловероятно. Такое резкое угнетение желудочной секреции после ваготомии с антрумэктомией достигается за счет исключения мозговой и желудочной фаз регуляции.

Нельзя не отметить и некоторые отрицательные моменты сочетания стволовой ваготомии с антрумэктомией. Вполне логично, что после этой операции негативные последствия встречаются чаще, так как ей присущи и постваготомические, и пострезекционные моторно-эвакуаторные и диспепсические расстройства. Кроме того, возрастает вероятность язвенного или опухолевого поражения парасимпатически денервированной культи желудка в условиях гипо- или ахлоргидрии. Заметим, что после резекции двух третей желудка по поводу дуоденальной язвы рак культи возникает, по имеющимся данным, в 2,1% случаев.

Дренирующая желудок операция должна отвечать следующим принципиальным требованиям:

1. Обеспечить интраоперационную ревизию просвета пилородуоденальной зоны и возможность прошивания или иссечения язвы.

2. Дренирующая операция должна быть наиболее физиологичной в отношении эвакуации из желудка в каждом конкретном случае.

3. Ширина просвета желудочно-кишечного соустья должна составлять от 2,5 до 3 см по данным послеоперационной фиброгастроуденоскопии.

4. Правильно выполненная дренирующая операция практически исключает развитие в этой зоне стеноза, который может быть как следствием рецидивной язвы, так и причиной ее возникновения.

Следует сразу сказать, что в подавляющем большинстве случаев всем перечисленным требованиям отвечает только пилоропластика по Финнею. Все другие виды дренирующих операций бывают оптимальными в редких случаях.

Важнейшим критерием эффективности дренирующей операции является характер эвакуации из желудка как в раннем периоде, так и в отдаленные сроки после вмешательства. После ваготомии повышается тонус желудка и значительно уменьшаются его размеры даже при выраженном растяжении органа до операции вследствие декомпенсированного стеноза. Сократительная активность желудка после стволовой ваготомии отсутствует в течение длительного времени — от 2 нед до 1 мес, а иногда и больше. Однако адинамия желудка или очень слабая сократительная актив-

ность его не сопровождаются задержкой опорожнения желудка: после ваготомии с дренирующей операцией эвакуация происходит даже быстрее, чем до вмешательства. Причем наличие стеноза ДПК до операции не сказывается на скорости опорожнения желудка после ваготомии. Эвакуация из желудка в условиях его послеоперационной адинамии обеспечивается тремя факторами: возрастанием тонического напряжения желудочных стенок, более высоким (на 3—10 мм рт. ст.), чем в ДПК, внутрижелудочным давлением, а также «насосным» эффектом ДПК, который возникает во время ее мигрирующего моторного комплекса. Многолетние клинические исследования показали, что истинная постваготомическая атония желудка развивается крайне редко, проявляясь резким расширением желудка и тяжелыми эвакуаторными расстройствами при свободной проходимости в зоне пилоропластики. Следовательно, подавляющее большинство случаев нарушения эвакуации из желудка обусловлено механической причиной в результате какого-либо дефекта дренирующей операции. Для формального объяснения подобных случаев в раннем послеоперационном периоде нередко используется термин «анастомозит», хотя совершенно ясно, что посттравматический отек тканей и воспалительные изменения имеют место в каждом без исключения анастомозе, но при этом эвакуация, как правило, не страдает. Наиболее частыми дефектами дренирующих операций являются недостаточная мобилизация ДПК и ее резкий перегиб непосредственно за соустьем Финнея, малая ширина пилоропластики, а также сдавление соустья грубым двухрядным швом передней губы.

В отдаленные сроки после ваготомии нарушение эвакуации из желудка обусловлено, как правило, развитием стеноза в зоне дренирующей операции. В этом отношении худшие результаты отмечены после пилоропластики по Гейнеке—Микуличу. По данным настоящего исследования, стеноз после нее возник в 7% случаев, а после пилоропластики по Финнею — в 2,2%, хотя и та, и другая дренирующие операции выполнялись

по показаниям, и пилоропластика по Гейнеке—Микуличу не применялась у больных со стенозом ДПК.

В отдаленные сроки после одного и того же вида ваготомии эвакуация из желудка происходит быстрее при пилоропластике по Финнею, чем после операций по Гейнеке—Микуличу или Жабуле. Поэтому вполне логично, что в однородных по уровню желудочной секреции и виду ваготомии группах больных рецидив язвы встречается на 2% и более реже после пилоропластики по Финнею, чем после других дренирующих операций. Этот факт объясняется тем, что ускоренная эвакуация из желудка способствует значительному снижению кислой желудочной секреции — до 20—25% от дооперационного уровня кислотопродукции.

В заключение необходимо подчеркнуть, что улучшение результатов хирургического лечения ЯБ ДПК может быть достигнуто только при строгом соблюдении научно обоснованных принципов, проверенных многолетней практикой и целенаправленными исследованиями. Отрицание доказанных принципов и стремление внести сиюминутную новизну наносят непоправимый вред больным и развитию научной проблемы.

Литература

1. Зуев В.К. Негативные результаты ваготомии, пути изучения их причин и возможности профилактики: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 1993. 40 с.
2. Курьгин А.А. Лечение язвы двенадцатиперстной кишки ваготомией в сочетании с пилоропластикой: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Л., 1977. 39 с.
3. Курьгин А.А., Румянцев В.В. Ваготомия в хирургической гастроэнтерологии. СПб.: Гиппократ, 1992. 304 с.
4. Курьгин А.А. Ваготомия в хирургической гастроэнтерологии: легенды и действительность // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. 2006. Т. 165. № 4. С. 83—86.
5. Майстренко Н.А., Мовчан К.Н. Хирургическое лечение язвы двенадцатиперстной кишки. СПб.: Гиппократ, 2000. 360 с.
6. Матросова Е.М., Курьгин А.А., Гройсман С.Д. Ваготомия (последствия и их механизмы). Л.: Наука, 1981. 216 с.
7. Ситенко В.М., Курьгин А.А. 10-летний опыт лечения язвы двенадцатиперстной кишки ваготомией // Хирургия. 1975. № 7. С. 3—9.