

современным представлениям, «желудочный барьер» состоит из двух компонентов: 1) секретируемой слизи и 2) поверхностного желудочного эпителия. Нарушение слизистого барьера при стрессовых ситуациях происходит следующим образом: гиперактивность кортикоадреналовой системы приводит к повышению выделения кортикостероидов, оказывающих двойное влияние на барьер: уменьшение секреции слизи и снижение индекса обновления клеток поверхностного эпителия. Замедление процессов клеточного обновления эпителия слизистой оболочки — основная причина снижения ее резистентности и одна из причин образования эрозий. В условиях репаративной регенерации высокодифференцированные клетки слизистой оболочки могут быть источником менее дифференцированных клеточных элементов и в случае поражения слизистой оболочки эрозиями, они могут способствовать полному восстановлению строения слизистой оболочки. В последнее время широко обсуждается вопрос о возможности участия в этиологии эрозии *HP (Helicobacter pylori)*.

С 2003–2006 гг. в Лечебно-диагностическом центре при ГВВ г. Казани обследованы 8678 человек. Пациентов с впервые выявленными эрозивно-язвенными поражениями слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ было 32,7% (в возрасте от 14 до 90 лет).

Обследованы 579 студентов 1–5 курсов различных ВУЗов г. Казани. Пациенты обращались с жалобами, в основном, в послесекционный период. Пациентов с эрозивно-язвенным поражением слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки выявлено в 67,4%, а впервые — в 46,7%.

У 92% пациентов обострение эрозивно-язвенной патологии было связано с психоэмоциональным напряжением, вызванным в большей степени экзаменационным периодом. У остальных не было выявлено убедительных этиопатогенетических факторов, спровоцировавших обострение.

Заключение

1. Эрозивно-язвенные поражения гастродуоденальной зоны являются наиболее распространенным заболеванием в гастроэнтерологической практике, часто эти поражения сочетаются с патологией желчевыводящих путей, что требует комбинированной терапии всех этих состояний.

2. Первичная и вторичная профилактика эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны заключается прежде всего в профилактике психоэмоционального перенапряжения. Для повышения стрессоустойчивости необходимо выделить фактор, вызывающий стресс и постараться устранить, смягчить или избежать его. Хорошее здоровье — лучшая защита от стресса. Поэтому для повышения стрессоустойчивости необходимо заняться физическим оздоровлением, которое включает рациональное питание, регулярные занятия физическими упражнениями, соблюдение режимов труда и отдыха, отказ от вредных привычек. Следующим важным фактором защиты от стресса является позитивная эмоциональная и нравственная атмосфера на экзаменах.

Эндоскопическая коррекция стенозов выходного отдела желудка

М. Ф. САМИГУЛЛИН, М. А. АГЕЕВ, В. А. ПЫРКОВ,
Ш. А. ДАВЛЕТКИЛЬДЕЕВ, Р. Ф. ЗАКИРОВ, Р. Р. РАХИМОВ
Госпиталь для ветеранов войны, г. Казань

В последнее десятилетие отмечается значительное снижение числа осложненных форм язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, что напрямую связано с успехами консервативного лечения. Вопрос о хирургической коррекции данной патологии продолжает оставаться одной из актуальных и интенсивно разрабатываемых проблем. Согласно наблюдениям многочисленных авторов (Курыгин А. А., 1977, Кузин М. И., 1987; Панцырев с соавт., 2000, Циммерман Я. С., 2000), у 7–11% больных язвой развивается обструкция выходного отдела желудка, 80% которых обусловлено рецидивами язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Рубцовое перерождение привратника и 12пк приводит к ригидности кишечной трубки, несмыканию пилорического сфинктера, создавая условия для возникновения дуоденогастрального рефлюкса и рецидива язвы. Проникая в желудок, компоненты желчи изменяют рН среды до щелочной, и этим стимулируется секреция гастрина с увеличением выработки соляной кислоты и пепсина. Возникший антрум-гастрит и гиперсекреция соляной кислоты создают благоприятные условия не только для рецидива язвы двенадцатиперстной кишки, но и для образования язв в антральном отделе желудка. Постоянно чередующиеся периоды обострения язвенной болезни и процессов рубцевания и являются непосредственной причиной прогрессивного стенозирования пилородуоденального отдела.

Все вместе взятое в перспективе обуславливает (в том числе и у лиц молодого и среднего возрастов) развитие различной сте-

пени стенозирования выходного отдела, что делает оперативное вмешательство неизбежным. По данным D. C. Rubin (1992), различным видам оперативных вмешательств подвергаются 30–34% больных пилородуоденальным стенозом.

Наиболее радикальным методом оперативного пособия при стенозирующих язвах 12пк признается резекция желудка, но, в то же время, и она не лишена своих очевидных недостатков. Пилоросохраняющие операции в данной ситуации не всегда применимы, а органосохраняющие операции с пилоропластикой, способы резекции по обоим вариантам Бильрота, неизбежно приводят к ликвидации универсального привратникового сфинктера, что является пусковым механизмом для развития многочисленных пострезекционных осложнений.

Отмечено, что более 70% ранних и поздних пострезекционных синдромов возникло у больных, которым выполнялась резекция желудка по Бильрот-2, зарекомендовавшей себя наиболее функционально адекватной при рубцовых деформациях 12пк, а летальность даже после плановых резекций, по данным N. Burns-Cox et al. (1997), держится на уровне 1,2–3,5%.

Следует также принимать во внимание, что прогрессирование процесса рубцевания вследствие рецидивирующих обострений язвенной болезни, обуславливающее показания к оперативному вмешательству, бывает наиболее демонстративно в пожилом возрасте. Применительно к задаче хирургического лечения фактор возраста должен учитываться с 50 лет (Маят В. С., 1995; Кузнецов Н. А., 1996), что обусловлено значительно более быстрым





прогрессированием патологических деструктивных процессов со стороны органов и систем, многократно повышающих риск оперативного вмешательства.

Все вышесказанное позволяет считать актуальной разработку методов малоинвазивной коррекции рубцовых стенозов выходного отдела желудка с целью избежать значительно более травматичного полостного вмешательства, особенно у пациентов преклонного возраста. Изучение результатов эндоскопической коррекции язвенных стенозов, представляется целесообразным для решения вопроса о наиболее адекватных методах лечения этой категории больных.

Целью исследования являлось улучшение результатов лечения больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной пилородуоденальным стенозом и имеющих высокую степень операционного риска.

Сужение пилородуоденального отдела на почве язвенной болезни носит рубцовый или воспалительно-спастический характер. Клиническое проявление непроходимости пищи из желудка в двенадцатиперстную кишку обусловлено различными причинами — деформацией просвета кишки или рубцовым стенозом различной степени выраженности.

При перивисцерите, который развивается между желудком и двенадцатиперстной кишкой и соседними органами (поджелудочной железой, печенью, желчным пузырем) рентгенологически и эндоскопически обнаруживаются деформации и ограничение подвижности желудка и двенадцатиперстной кишки. Просвет двенадцатиперстной кишки деформирован, но не сужен. И рубцовый стеноз пилоробульбарной зоны различной степени выраженности.

Стеноз привратника формируется обычно после рубцевания язв, расположенных в пилорическом канале или начальной части двенадцатиперстной кишки. Нередко развитию данного осложнения способствует операция ушивания язвы данной области. При декомпенсированном стенозе привратника может прогрессировать истощение больных, присоединяются электролитные нарушения.

Материалы и методы

За 2000–2006 гг. в Лечебно-диагностическом центре при ГВБ г. Казани проведено 17 тыс. эндоскопических исследований верхних отделов пищеварительного тракта. Выявлено 147 больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной пилородуоденальным стенозом. Большую часть больных (71%) составили пациенты с локализацией язвенного дефекта в луковице двенадцатиперстной кишки, больных с локализацией язвенного дефекта в пилорическом отделе желудка было 23%, меньшую часть составили больные с пилоробульбарной локализацией язвенного дефекта — 6% больных. Пациентов с декомпенсированным пилородуоденальным стенозом было 15%, с субкомпенсированным — 78% больных. Самую незначительную часть составили больные с компенсированным стенозом — 7% больных. Пациентов с высокой степенью операционного риска было 66%, больных с крайне высокой степенью — 34%. Средний возраст больных основной группы составил $50 \pm 1,3$ лет.

Одна группа — 21 пациент оперированные (4 больных по поводу перфоративной язвы, 17 больных — ушивание кровоточащей язвы), у которых деформация и сужение луковицы 12пк являлось следствием ушивания язвы. После эндоскопического удаления лигатур и консервативного лечения моторно-эвакуаторные функции были восстановлены.

Вторая группа — 23 пациента с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной стенозом пилородуоденальной зоны. Из них с декомпенсированным стенозом — 17 и субкомпенсированным стенозом — 6 больных. Этим пациентам проведено эндоскопическое бужирование в комплексе с консервативной терапией (диетотерапией, и противоязвенной фармакотерапией). Лечебная эндоскопия проводилась на 2–4 сутки на фоне консервативной терапии 9 больным, у которых отмечалась замедленная динамика репаративного процесса в зоне язвы. Она включала подслизисто-мышечное введение под края язвы 0,5% водного раствора метиленового синего и 5% раствора аскорбиновой кислоты, орошение поверхности язвы и перифокальной зоны хлорэтилом с целью купирования болевого синдрома.

Эндоскопическое бужирование при рубцовых стенозах в большинстве случаев выполняли под местной анестезией глотки. В случаях, когда вмешательство может быть достаточно длительным или оно сопровождается выраженным болевым синдромом, а также у легко возбудимых больных, целесообразна премедикация, включающая спазмолитики, анальгетики и седативные препараты. Выполнение эндоскопического вмешательства при сохраненном сознании больного предпочтительнее, так как позволяет ориентироваться на степень болевых ощущений, что уменьшает вероятность возникновения осложнений. Однако у некоторых пациентов оправдано применение наркоза.

Для бужирования использовали баллонные дилататоры различного диаметра. Особенность современных баллонных дилататоров заключается в том, что баллон не растягивается под влиянием нагнетаемой в него жидкости или воздуха, то есть он не меняет своего наружного диаметра, что существенно уменьшает риск перфорации органа.

Бужирование в зависимости от состояния больного проводили через 1–2 дня. Мы избегали форсированного бужирования, по нашему мнению, при форсированном бужировании увеличивается риск возникновения осложнений (перфорация, кровотечение). Кроме того, образующиеся при использовании этого метода глубокие надрывы в области стриктуры впоследствии заживают с образованием грубого рубца, что приводит к быстрому рестенозу.

Баллонный дилататор в зону рубцовой стриктуры подвели двумя способами:

- по инструментальному каналу эндоскопа;
- по направляющей струне, предварительно проведенной через стриктуру.

Осложнений при проведении бужирования нами не наблюдалось. У 21 больного ликвидировали моторно-эвакуаторные нарушения, в среднем потребовалось 5–7 сеансов. 1 больной отказался от бужирования. Один больной сменил место жительства.

Выводы

Впервые показана возможность эффективной ликвидации моторно-эвакуаторных нарушений и болевого синдрома у больных с язвенным пилородуоденальным стенозом посредством эндоскопического бужирования. Лечебное воздействие бужирования связано с разрывом «порочного» круга, возникающего при язвенной болезни (язвенный дефект, болевой синдром, моторно-эвакуаторные нарушения, нарушения микроциркуляции в зоне язвенного дефекта). Восстановление проходимости у больных с язвенным пилородуоденальным стенозом позволяет уменьшить тяжесть метаболических нарушений, нормализовать водно-электролитный баланс.

При частичном восстановлении проходимости возможно оперативное лечение в плановом или отсроченном порядке по мере снижения степени операционно-анестезиологического риска после коррекции белково-энергетической недостаточности и нарушений гомеостаза.

Литература

1. Курыгин А. А. Лечение язвы двенадцатиперстной кишки ваготомией в сочетании с пилоропластикой. Автореф. дис. на соиск. уч. ст. д.м.н. — Л, 1977, 39 с.
2. Кузнецов Н. А. Факторы операционного риска: возраст? — Хир., 1995, № 5. — С. 74–80.
3. Маят В. С. Операции у долгожителей. — Хир., 1995, № 3. — С. 33–34.
4. Панцырев Ю. М., Михалев А. М., Федоров Е. Д., Натрошвили И. Г. Опыт применения малоинвазивных вмешательств с использованием лапароскопической техники при осложнениях язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 2000, № 6. — С. 65–68.
5. Циммерман Я. С. Хронический гастрит и язвенная болезнь. — Пермь, 2000. — 250 с.
6. Burns-Cox N. et al. Surgical care and outcome for patients in their nineties. — Br. J. Surg. — 1997; 84; 496.
7. Rubin D. C., 1992. В кн. Manual of Therapeutics. Boston, Toronto, London. — 1992.