

ХИРУРГИЧЕСКИЙ И МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ ПАТОМОРФОЗ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРФОРАЦИЕЙ

ФГУ «Российский центр функциональной хирургической гастроэнтерологии Росздрава», г. Краснодар

Проблема экстренной диагностики, лечения и последующей реабилитации больных с перфоративными язвами далека от своего разрешения и, несомненно, продолжает волновать хирургов, гастроэнтерологов и организаторов здравоохранения. В последние годы увеличивается число перфоративных язв, развивающихся в сочетании с другими болезнями, что затрудняет диагностику, удорожает лечение и ухудшает прогноз. Поскольку перфорации нередко развиваются у пожилых людей с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, операцией выбора становится максимально щадящее оперативное вмешательство. В этих ситуациях наиболее часто выполняется ушивание прободного отверстия перфоративной язвы – операция, чреватая реперфорацией, не устраняющей сопутствующие пенетрации и язвенные кровотечения, нередко ведущая к формированию стеноза. Мы считаем операцией выбора радикальную дуоденопластику (РДП), однако сопоставительный анализ отдаленных результатов РДП и простого ушивания перфоративной язвы до настоящего времени не проводился.

Цель исследования – оценить трансформацию течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК), осложненной перфорацией, после выполнения радикальной дуоденопластики (РДП) или простого ушивания язвы и последующих реабилитационных мероприятий.

Методика исследования

В условиях городской многопрофильной больницы (г. Геленджик) с 1999 по 2006 г. наблюдалось 106 больных с перфоративными дуоденальными язвами (ДЯ). Осложненную дуоденальную язву устраняли методом РДП ($n=89$); если дежурила бригада хирургов, не владеющих этими технологиями, применяли простое ушивание язвенного дефекта ($n=17$). В послеоперационном периоде оценивали контаминацию слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori*, при наличии показаний проводили эрадикационную терапию и в последующем длительно применяли антисекреторные препараты в поддерживающих дозировках. Динамическое наблюдение (ЭФГДС-контроль, оценку качества жизни согласно опроснику SF-36) проводили в последующем 1 раз в 6 месяцев на протяжении не менее 3 лет.

Результаты исследования

Объективную тяжесть заболевания оценивали на основе анализа длительности течения заболевания, числа рецидивов, наличия и характера осложнений за период наблюдения, морфофункционального состояния гастродуоденального комплекса.

Объективно тяжелое течение заболевания после РДП имело место у 13 человек, из них мужчин – 10 (76,9%), женщин – 3 (23,1%), у 5 из них рецидив ДЯ отмечен в сроки до 3 месяцев после оперативного лечения, от 3 до 6 месяцев – у 4, от полугода до года – у 4 больных, длительность язвенного анамнеза составила $13,1 \pm 1,9$ года, сроки временной нетрудоспособности – $3,4 \pm 0,5$ месяца. Степень НР-контаминации составила $3,2 \pm 0,3$ балла. Среднетяжелое течение ЯБ ДПК в течение 1 года послеоперационного наблюдения отмечено у 14 пациентов, у которых по данным ЭФГДС на фоне поддерживающего приема H_2 – блокаторов сохранялись явления эрозивного дуоденита и (или) гастрита, не было отмечено хирургических осложнений в период диспансерного наблюдения, сроки временной нетрудоспособности составили $1,4 \pm 0,2$ мес., длительность язвенного анамнеза – $7,3 \pm 0,8$ года. Объективно легкое течение было свойственно 62 пациентам, у которых в течение 1 года диспансерного наблюдения отсутствовали рецидивы ДЯ, не отмечено осложнений в послеоперационном периоде, интраоперационные параметры соответствовали катаральному гастриту (дуодениту) или нормальной слизистой, степень контаминации пилорическим хеликобактером составляла $1,4 \pm 0,2$ балла.

Объективная контролируемость заболевания после РДП определялась частотой рецидивов дуоденальной язвы, ее осложнений, а также степенью хеликобактериозной контаминации после стандартных эрадикационных схем при условии проведения поддерживающей антисекреторной терапии, соблюдения диеты. Оценивая объективную контролируемость заболевания, мы фиксировали также длительность временной и (или) стойкой утраты трудоспособности.

Результаты исследований свидетельствуют о том, что, несмотря на адекватную противоязвенную терапию, у 18 (19,1%) пациентов отмечено объективно неконтролируемое течение заболевания. У 12 (13,5%) из них диагностирован рецидив ДЯ, у 1 (1,1%) пациента выявлена язва желудка, у 8 (8,9%) – эрозивный дуоденит во время поддерживающего приема антисекреторных препаратов, причем «немые» рецидивы имели место у 7 из 13 пациентов. В группе с объективно не контролируемым течением заболевания у 10 (11,2%) пациентов отмечены побочные эффекты от приема антисекреторных препаратов, у 7 (7,9%) человек – развитие дисбиотических реакций в связи с приемом антибиотиков. Длительность временной нетрудоспособности по поводу рецидива ДЯ составила $4,5 \pm 0,3$ нед., рецидив ДЯ после санаторно-курортного лечения отмечен у 4 пациентов. Объективно контролируемое течение нами диагностировано у 71 (79,8%) больного, у которых вышеперечисленные симптомы отсутствовали.

**Объективные и субъективные критерии течения
язвенной болезни двенадцатиперстной кишки
после различных вариантов оперативного лечения**

Критерии течения заболевания, чел. (%)	Вид оперативного лечения	
	РДП, n=89	Ушивание, n=17
Объективные критерии		
Легкое течение	62 (69,7)	7 (41,2)
Средней тяжести	14 (15,7)	4 (23,5)
Тяжелое течение	13 (14,6)	6 (35,3)
Контролируемое	71 (79,8)	12 (70,6)
Неконтролируемое	18 (20,2)	5 (29,4)
Субъективные критерии		
Легкое течение	72 (80,9)	7 (41,2)
Тяжелое течение	17 (19,1)	10 (58,8)*
Контролируемое	79 (88,8)	9 (52,9)
Неконтролируемое	10 (11,2)	8 (47,1)*

Примечание: звездочкой (*) отмечены достоверные ($p < 0,05$) отличия от показателей течения заболевания у больных, перенесших РДП.

Субъективную тяжесть течения заболевания у пациентов, перенесших РДП, мы оценивали на основе изучения показателей качества жизни. Субъективно тяжелое течение ЯБ ДПК было отмечено у 17 (19,1%) человек, у которых в период диспансерного наблюдения рецидивы заболевания были сопряжены с телесным дискомфортом и страхом, а параметры качества жизни были снижены по шкалам «физическое функционирование» и «ролевое физическое функционирование».

Показатель субъективной контролируемости заболевания позволяет судить о влиянии болезни на эмоциональный фон пациентов и влиянии адекватной терапии на их семейный бюджет. Субъективно трудноконтролируемое течение имело место у 10 (11,2%) пациентов. Для этой группы больных было свойственно общее снижение эмоционального фона во время рецидива ДЯ, более длительные сроки временной нетрудоспособности, меньшая субъективная эффективность антисекреторных препаратов.

Далее мы проанализировали объективную и субъективную тяжесть и контролируемость заболевания у больных, подвергшихся в экстренном порядке простому ушиванию перфоративных язв.

Объективно тяжелое течение заболевания имело место у 7 пациентов, у 3 из них отмечен рецидив ДЯ в течение 1 года наблюдения, причем в сроки до 6 месяцев – у 2, от полугода до года – у 1 больного, длительность язвенного анамнеза составила $12,3 \pm 2,4$ года, сроки временной нетрудоспособности – $4,5 \pm 0,6$ месяца, у 3 пациентов сформировался стеноз ДПК, по поводу которого была выполнена РДП. Степень НР-контаминации составила $3,3 \pm 0,3$ балла. Среднетяжелое течение заболевания отмечено у 4 пациентов, у которых по данным ЭФГДС на фоне поддерживающего приема H_2 -блокаторов сохранялись явления эрозивного дуоденита ($n=1$), эрозивного гастрита ($n=2$), не было отмечено хирургических осложнений в период диспансерного наблюдения, сроки временной нетрудоспособности составили $1,7 \pm 0,3$ мес., длительность язвенного анамнеза – $6,7 \pm 0,9$ года. Объективно легкое течение было свойственно 7 пациентам, у кото-

рых в течение 1 года диспансерного наблюдения отсутствовали рецидивы ДЯ, не отмечено осложнений в послеоперационном периоде, интраскопические параметры соответствовали катаральному гастриту (дуодениту) или нормальной слизистой, степень контаминации пилорическим хеликобактером составляла $0,8 \pm 0,3$ балла.

Далее мы проанализировали показатели объективной контролируемости заболевания после ушивания перфоративной язвы. Несмотря на адекватную противоязвенную терапию, у 5 (29,4%) пациентов отмечено объективно не контролируемое течение заболевания. У 3 (17,6%) из них выявлен рецидив ДЯ и у 2 (11,8%) – эрозивный гастрит, дуоденит во время поддерживающего приема антисекреторных препаратов, причем «немые» рецидивы имели место у 2 из 3 пациентов. В группе с объективно не контролируемым течением заболевания у 4 (23,5%) пациентов отмечены побочные эффекты от приема антисекреторных препаратов и антибиотиков. Длительность временной нетрудоспособности по поводу рецидива ДЯ составила $4,8 \pm 0,5$ недели, рецидив ДЯ после санаторно-курортного лечения отмечен у 2 пациентов. Объективно контролируемое течение нами диагностировано у 12 (54,5%) пациентов, у которых вышеперечисленные симптомы отсутствовали.

Субъективно тяжелое течение ЯБ ДПК после простого ушивания язвы было отмечено у 10 из 17 пациентов (58,8%), у которых параметры качества жизни были снижены по шкалам «физическое функционирование», «ролевое физическое функционирование» и «общее здоровье».

Субъективно трудноконтролируемое течение имело место у 8 (47,1%) пациентов, у которых временная нетрудоспособность во время рецидива ДЯ составляла более 4 недель, необходимость проведения эрадикационной и антисекреторной терапии воспринималась как тяжелое бремя для семейного бюджета, в этой же группе отмечена наименьшая комплаентность.

Далее нами было проведено сопоставление особенностей объективного и субъективного течения заболевания после РДП и ушивания перфоративной язвы.

Из таблицы видно, что для больных, перенесших простое ушивание перфоративной язвы, характерно субъективно более тяжелое и неконтролируемое течение, что является следствием необходимости у этой группы пациентов в послеоперационном периоде чаще прибегать к медикаментозной терапии при условии ее меньшей эффективности.

Заключение

При перфорации ДЯ операция РДП спасает жизнь пациентов, радикально устраняет сопутствующие осложнения (кровотечение, стеноз), восстанавливает нормальные морфофункциональные взаимоотношения гастродуоденопанкреатобилиарного комплекса. Вследствие трансформации течения осложненной ЯБ ДПК у больных, перенесших РДП, отмечается объективно и субъективно более мягкое течение заболева-

ние в послеоперационном периоде, что способствует повышению КЖ пациентов, снижению прямых и косвенных затрат системы здравоохранения.

N. V. KOROCHANSKAJA,

K. I. POPANDOPULO, S. A. ONOPRIEVA

SURGICAL AND MEDICAMENTAL TRANSFORMATIONS OF DUODENAL ULCERS, COMPLICATED BY PERFORATION

In article is done the comparative analysis of objective and subjective clinics of the duodenal perforated ulcers after radical duodenoplastics and simple closed ulcers.

Key words: perforated duodenal ulcers, radical duodenoplastics.

В. И. ОНОПРИЕВ, С. Э. ВОСКАНЯН, И. Б. УВАРОВ, Н. В. МЕДНИКОВА

ПОКАЗАНИЯ И ТЕХНОЛОГИИ ПРОТИВОРЕЦИДИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПОСЛЕ ИЗОЛИРОВАННОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ДУОДЕНОПЛАСТИКИ

ФГУ «Российский центр функциональной хирургической гастроэнтерологии Росздрава», г. Краснодар

Радикальная дуоденопластика (РДП) предусматривает надежное устранение осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ДПК) и сохранение морфофункциональной целостности пищеварительного конвейера. У больных, перенесших РДП, формируется так называемое состояние «язвенная болезнь без язвы» [2]. Благодаря успехам в изучении патогенеза язвообразования и существенному увеличению эффективности современной консервативной терапии кислотозависимых заболеваний хирургическая тактика при осложненных дуоденальных язвах была трансформирована в сторону выполнения РДП (устранения язвенных осложнений) на первом этапе с последующим уточнением доминирующего механизма формирования язвы и проведением комплексного противоязвенного лечения и реабилитации больных [1, 2, 3]. При неэффективности последних на этапах диспансерного наблюдения выставляются показания к тем или иным противорецидивным операциям. Тем не менее ввиду многокомпонентности патогенеза язвенной болезни ДПК проблема выбора оптимального способа противорецидивной операции остается чрезвычайно актуальной. Особенно она высока у больных, перенесших истинно органосохраняющую и органовосстанавливающую хирургическую коррекцию осложнений язвы ДПК с учетом высоких требований, предъявляемых функциональной хирургией к качеству жизни оперированных пациентов.

Цель – исследовать механизмы гиперсекреции у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, разработать показания, этапность и технологии оптимальных противорецидивных операций у больных, перенесших радикальную дуоденопластику.

Методика исследования

В исследование вошли 360 больных осложненной дуоденальной язвой, перенесших радикальную дуоденопластику. У всех больных в различные сроки после операции отмечен рецидив дуоденальной язвы. В сроки от 1 до 3 месяцев рецидив возник у 21 (5,8%) больного, от 3 до 6 месяцев – у 195 (54,2%), от 6 до 12 месяцев – у 94 (26,1%) и свыше 1 года – у 50 больных (13,9%). Из них мужчин было 343 (95,3%), женщин – 17 (4,7%).

285 больных (79,2%) получили весь комплекс современного антисекреторного и эрадикационного лечения, а также прошли санаторно-курортную реабилитацию в послеоперационном периоде. 75 пациентов (20,8%) имели низкую комплаентность к лечению и диспансерному наблюдению. Показатели кислотнопептической агрессии оценивались на основании базальной, стимулированной кислотопродукции, атропинного теста, дебита пепсиногена, теста с блокаторами H_2 -гистаминовых рецепторов и протонной помпы, внутривенного введения кальция и октреотида, результатов суточной рН-метрии. Кроме того, анализировались результаты поэтажной биопсии слизистой фундального, антрального отделов и тела желудка.

Результаты

У всех больных на момент обследования отмечены высокие показатели кислотнопептической агрессии, особенно были характерны высокая базальная продукция кислоты, высокие базальные и стимулированные дебиты пепсиногена. Однако были отмечены некоторые особенности функциональных тестов с ингибиторами и стимуляторами желудочной секреции. Так,