

Хирургическое лечение больных с пепсическими язвами оперированного желудка

Д. М. КРАСИЛЬНИКОВ, Р. А. ЗЕФИРОВ.

Кафедра хирургии № 1 Казанского государственного медицинского университета

(зав. — проф. Красильников Д. М.),

Республиканская клиническая больница МЗ РТ (главный врач — Кормачев М. В.).

Частота возникновения пепсических язв культи желудка, желудочно-кишечных анастомозов после хирургических вмешательств по поводу язвенной болезни желудка и 12-п.к. составляет от 0,5-15% [1, 2, 5, 7, 10, 12].

В 75-80% заболевание имеет осложненное течение. Пепсические язвы оперированного желудка трудно поддаются консервативной терапии, а предпринимаемые хирургические вмешательства отличаются сложностью, травматичностью, большим риском развития послеоперационных осложнений и высокой летальностью. Кроме того, вопрос о выборе оптимальных вариантов хирургического лечения больных с данной патологией окончательно не решен.

В хирургической клинике № 1 КГМУ на базе РКБ МЗ РТ за период с 1990 по 2004 год находились на лечении 258 пациентов, страдающих пепсической язвой культи желудка или желудочно-кишечных анастомозов после операций, выполненных по поводу язвенной болезни желудка, 12-п.к. Мужчин было 245 (95%), женщин 13 (5%), возраст больных варьировал от 20 до 60 лет.

В 111 наблюдениях в результате проведенной комплексной консервативной терапии удалось добиться полной ремиссии, у 147 больных по абсолютным показаниям были выполнены оперативные вмешательства (табл. 1, 2). Ранее этим больным в 41,5% наблюдений (61 больной) были выполнены дистальная резекция желудка в модификации Бильрот II, в 25,2% (37 больных) — Бильрот I, в 33,3% (49 больных) — различные варианты ваготомии с дренирующими операциями.

У всех пациентов с пепсическими язвами при поступлении в стационар проводился подробный анализ клинико-объективных данных, результатов лабораторных и специальных методов исследования, патогенетического консервативного лечения.

Изучение морфофункционального состояния оперированного желудка заключалось в оценке моторно-эвакуаторной и секреторной функций желудка, эндоскопии желудка, 12-п.к., анастомоза, тощей кишки с биопсией, гистологическим изучением биоптатов.

Состояние моторно-эвакуаторной функции изучалось методами компьютерной электрогастроэнтерографии, контрастной рентгеноскопии.

Уровень желудочной секреции оценивался по результатам фракционного исследования тонким зондом, внутрижелудочной pH-метрии. Обязательным являлось изучение концентрации гастрин-сыворотки крови, особенно у больных с подозрением на синдром Золлингера-Эллисона, наличие слизистой оболочки пилороантрального отдела желудка при выполнении резекции на «выключение». Пациентам проводили ультразвуковое сканирование, по показаниям компьютерную или магнитно-резонансную томографию с целью выявления аденомы поджелудочной железы.

Статистическую обработку выполняли с помощью программы Microsoft Excel 9x на персональном компьютере «Pentium M-2 Cytix» 333 МГц.

При пепсических язвах у обследованных нами больных наблюдались различные осложнения: пенетрация в поджелудочную железу, печень, брюшную стенку — 112 (57,7%), гастродуоденальные кровотечения — 79 больных (40,3%), желудочно-ободочный свищ — 5 (2%).

Первые клинические проявления заболевания у 86 (47,5%) больных возникли через 6 месяцев после первой операции, у 52 (28,7%) — через 12 месяцев, у 43 (23,7%) — через 18 месяцев.

Клиническая картина заболевания у всех больных с пепсической язвой характеризовалась упорным болевым синдромом, не связанным с приемом пищи. У большинства больных отмечались тошнота, рвота после еды, изжога, отрыжка «тухлым», слабость и похудание.

В 180 (69,7%) наблюдениях кислотопродуцирующая функция желудка была сохранена, у всех больных отмечался высокий уровень кислотопродукции (рН 1,0-2,0, дебит/час более 15 ммоль/час).

При фиброгастроскопии диагноз пепсической язвы культи желудка или желудочно-кишечного анастомоза подтвержден у 86 пациентов. При рентгенологическом обследовании у 86 пациентов определялась большая культи желудка, у 51 соответствовала одной трети, у 40 больных менее одной трети желудка.

Полученные данные позволили нам сделать заключение о том, что в большинстве наблюдений непосредственной причиной возникновения пепсических язв являются ошибки, допущенные, как при выборе метода первичной операции, так и в технике ее выполнения. В конечном итоге это приводит к сохранению высокого дооперационного уровня кислотообразующей функции желудка и рецидиву заболевания.

После резекции желудка у 98 пациентов причинами рецидива заболевания у 42 (42,8%) больных была экономная резекция, высокий тонус блуждающего нерва у 32 (32,6%), гастростаз у 17 (17,3%), оставленная слизистая пилороантрального желудка у 5 (5,1%), синдром Золлингера-Эллисона у 2 больных (2%).

После селективной проксимальной ваготомии (СПВ) с дренирующей операцией у 49 больных главной причиной образования пепсических язв была тактическая ошибка — СПВ этим больным не была показана. Технические причины — это неправильное выполнение операции, ошибки при формировании анастомоза (15 наблюдений).

После двухсторонней стволовой поддиафрагмальной ваготомии с дренирующей операцией тактические ошибки имели место в одном наблюдении, технические — в 4 (блуждающие нервы не были пересечены).

Выбор способа повторной операции определялся характером причин, способствующих рецидиву заболевания. Окончательное решение принималось во время операции. В соответствии со способом оперативного вмешательства больных разделили на 2 группы.

В 1-ю группу вошли 27 пациентов, которым выполнялись ранее органосохраняющие операции: 2-е больных перенесли гастроэнтеростомию, 13 — СПВ с дренирующей операцией и 11 пациентов — стволовую ваготомию с дренирующей операцией. Всем пациентам этой группы нами выполнены резекции желудка (табл. 1).

Во 2-ю группу включено 120 пациентов с пепсической язвой желудочно-кишечного анастомоза после резекции желудка в различных модификациях. Пациентам этой группы произведены реконструктивные операции (табл. 2).

Одним из основных послеоперационных осложнений, у больных после выполнения реконструктивных вмешательств, является несостоятельность швов 12-п.к. Чаще это осложнение возникает у больных, у которых ранее были произведены СПВ с гастродуоденоанастомозом по Жабулю. В связи с этим нами разработан новый метод операции, позволяющий максимально избежать развития этого осложнения. Основные этапы операции заключаются в выполнении дистальной резекции 2/3 желудка с предварительным снятием гастродуоденоанастомоза и восстановлении целостности желудочно-кишечного тракта наложением

гастроэнтероанастомоза по Ру на длинной петле тощей кишки, дуоденоэюнального и межикишечного анастомозов.

Оперативное вмешательство выполняется следующим образом [приоритетная справка на патент № 2006114638]. Производим срединную лапаротомию, висцеролиз, выделяем дистальную 2/3 часть желудка вместе с анастомозом, двенадцатиперстную кишку мобилизуем по Кохеру-Клермону. Пересекаем 12-п.к. ниже привратника, ушиваем культю 12-п.к. В последующем разобщаем гастродуоденоанастомоз и производим дистальную резекцию 2/3 желудка. Отступя 5 см от связки Трейца, формируем отключенную петлю тощей кишки длиной не менее 70 см и накладываем гастрэнтероанастомоз 2 рядным швом по типу «бок в бок» (Ру). Отступя 30–40 см от него, формируем анастомоз между 12-п.к., где ранее находился анастомоз с желудком, и отводящей петлей тощей кишки. На заключительном этапе накладываем энтеро-энтероанастомоз 2 рядным швом по типу «конец в бок». В сложных ситуациях, когда невозможно надежно ушить культю 12-п.к., формируем анастомоз между тощей кишкой, культей 12-п.к. и дефектом 12-п.к. после снятия гастродуоденоанастомоза. Аналогичным образом выполняем данную операцию у больных с пептической язвой гастродуоденоанастомоза или культы желудка после резекции по Б-1. После резекции культы желудка вместе с язвой анастомоза формируем гастрэнтеро- дуоденоэюно- и энтеро-энтероанастомозы.

При выполнении операции по предложенному способу мы не наблюдали несостоятельности швов дуоденальной культы и дуоденоэюноанастомоза. По нашему мнению, это обусловлено максимальным сохранением кровотока в 12-п.к., устранением в ней повышенного внутрипросветного давления, высокими репаративными свойствами анастомозированной тощей кишки, что приводит к улучшению результатов оперативных вмешательств и выздоровлению пациентов.

Таким образом, основным методом лечения больных с осложненными пептическими язвами оперированного желудка являются повторные хирургические вмешательства, главными целями которых является подавление высокой кислотопroduкции, удаление язвенного субстрата, нормализация пассажа пищевых масс по желудочно-кишечному тракту. Применение разработанного нами метода хирургического лечения больных с пептическими язвами культы желудка и гастродуоденоанастомоза позволило получить хорошие отдаленные результаты в 85,5% наблюдений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бачев И. И. Хирургия. — 1990; 2: 66-69.
2. Загородний Л. Г., Хмелевский Б. Г., Ксенофонтов С. С. Вести хирургии. — 1988; 8: 25-29.
3. Крылов Н. Н. Русский медицинский журнал. — 1998; 6: 7: 437-439.

Таблица № 1

Реконструктивные вмешательства при пептической язве после органосохраняющих операций

Ранее перенесенные операции	Реконструктивные операции			
	Резекция по Б-1	Резекция по Б-2	Наша методика	Резекция по РУ
СПВ + дренирующие операции	1	2	8	2
Стволовая ваготомия + дренирующая операция	1	4	7	2
Всего	2	6	15	4

Таблица № 2

Реконструктивные вмешательства при пептической язве после резекции желудка

Ранее перенесенные операции	Повторные операции			
	Резекция по Б-1	Резекция по Б-2	Резекция по РУ	Наша методика
Резекция по Б-1	-	60	12	22
Резекция по Б-2	-	-	21	-
Резекция по РУ	-	5	-	-
Всего	-	65	33	22

4. Овечкин А. В. Хирургическое лечение органических осложнений после резекции желудка и ваготомии при язвенной болезни: — Автореф. дис. к.м. н. — Пермь. — 1996.

5. Петров В. П., Бабуров Б. Ш., Хабурзания А. К. Резекция желудка по Ру. — М: ПИК ВИНТИ. — 1998.

6. Помелов В. С., Булгаков Г. А. Хирургия. — 1990; 2: 84-89.

7. Черноусов А. Ф., Богопольский П. М., Курбанов Ф. С. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: Руководство для врачей. — М: Медицина. — 1996.

8. Шарапов Н. Б., Дворников Н. В. Реконструктивная торакоабдоминальная хирургия и травматология. — Горький. — 1990; 34-43.

9. Carter D.C. (Ed). Peptic ulcer. Chur Livingston. — 1983.

10. From. D. Complications of gastric surger. New York-London: Wiley Med. Publ. — 1977.

11. Kenetdy T., Green W. E. R. Stomae and recurrent ulceration: Medical and surgical management. — 1980; 139: 1: 18-21.

12. Stabile B.E., Passaro E. Recurrent peptic ulcer. — Gastroenterology. — 1976; 70: 124-135.

Энтеральное питание больных с острой хирургической инфекцией

С. В. ДОБРОКВАШИН, К. А. КОРЕЙБА, А. И. ШЕСТАКОВ.

Кафедра общей хирургии Казанского государственного медицинского университета (зав. — проф. С. В. Доброквашин).

Патологические процессы при гнойно-септических заболеваниях характеризуются повышенным распадом (гиперкатаболизм) и увеличенным потреблением аминокислот, жиров, углеводов и т.д. (гиперметаболизм). При недостаточном и полноценном восполнении потерь и потребления развивается белково-энергетическая недостаточность. В свою очередь белково-энергетическая недостаточность и связанные с ней осложнения и летальные исходы являются важнейшей составляющей тяжелого хирургического заболевания или травматического повреждения [3, 4].

Ранняя адекватная нутритивная поддержка является на настоящем этапе развития медицины наиболее эффективным методом

коррекции расстройств белкового и энергетического обмена при критических состояниях [1, 2, 5]. Нутритивной поддержкой называют процесс обеспечения полноценного питания с помощью ряда методов, отличных от обычного приема пищи [1, 5]. Основными целями нутритивной поддержки у хирургического больного являются:

1. Обеспечение организма донаторами энергии (углеводы и липиды) и пластического материала (аминокислоты).
2. Поддержание активной белковой массы.
3. Восстановление имеющихся потерь.
4. Коррекция гиперметаболических (катаболических) расстройств.