

К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ПЕПТИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА

Дмитрий Михайлович Красильников, Руслан Андреевич Зефирова

Кафедра хирургии № 1 (зав. – проф. Д.М. Красильников) Казанского государственного медицинского университета, Республиканская клиническая больница (главрач – М.В. Кормачев) МЗ РТ, г. Казань

Реферат

Разработан и апробирован новый методический подход для хирургического лечения больных с пептическими язвами оперированного желудка, направленный на подавление высокой кислотопродукции, удаление язвенного субстрата, нормализацию пассажа пищевых масс по желудочно-кишечному тракту. Применение разработанного метода позволило улучшить результаты хирургического лечения пептических язв культи желудка и желудочно-кишечных анастомозов.

Ключевые слова: пептические язвы оперированного желудка, причины возникновения, выбор оперативного метода, новый подход.

Частота возникновения пептических язв культи желудка, желудочно-кишечных анастомозов после хирургических вмешательств по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки варьирует от 0,5 до 15% [1-3, 6-8, 11]. В 75-80% случаев заболевание имеет осложненное течение. Пептические язвы оперированного желудка трудно поддаются консервативной терапии, а предпринимаемые хирургические вмешательства отличаются сложностью, травматичностью, большим риском развития послеоперационных осложнений и высокой летальностью [4, 5, 9]. Кроме того, окончательно не решен вопрос о выборе оптимальных вариантов хирургического лечения больных с данной патологией [9,11].

В хирургической клинике с 1990 по 2007 г. на лечении находились 288 больных по поводу пептической язвы оперированного желудка – 67 (23,3%) женщин и 221 (76,7%) мужчина в возрасте от 15 лет до 81 года. У 141 больного в результате комплексной консервативной терапии удалось добиться полной ремиссии, а у 147 больных по абсолютным показаниям были выполнены различные оперативные вмешательства (табл. 1, 2). 94 больным ранее производилась резекция желудка по Бильрот 1, 21 – по Бильрот 2, 5 – по РУ, 27 – различные варианты ваготомий с дренирующими операциями. Первые клиничес-

кие проявления заболевания у 47,5% больных возникли после первой операции в период до 6 месяцев, у 28,7% – до 12, у 23,7% – до 18.

У всех пациентов с пептическими 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 его функций, эндоскопии желудка, двенадцатиперстной кишки, анастомоза, тощей кишки с биопсией и гистологическим изучением биоптатов. Состояние моторно-эвакуаторной функции исследовали путем компьютерной электрогастроэнтерографии, контрастной рентгеноскопии. Желудочную секрецию оценивали по результатам фракционного исследования тонким зондом, внутрижелудочной рН-метрии. Обязательными являлись определение концентрации гастрина в сыворотке крови, особенно у больных с подозрением на синдром Золлингера-Эллисона, наличие слизистой оболочки пилороантрального отдела желудка при выполнении резекции на «выключение». С целью выявления аденомы поджелудочной железы проводили ультразвуковое сканирование, по показаниям компьютерную или магнитно-резонансную томографию.

Клиническая картина заболевания у всех больных с пептической 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 69,7% случаев был высокий уровень кислотопродукции (рН 1,0-2,0, дебит/ч более 15 ммоль/ч). При фиброгастроскопии

Таблица 1

Реконструктивные оперативные вмешательства при пептической язве после резекции желудка

| Ранее перенесённые резекции | Повторная резекция | | | |
|-----------------------------|--------------------|---------------|-------|-------------------|
| | по Бильрот-I | по Бильрот-II | по РУ | по нашей методике |
| По Бильрот-I | - | 60 | 12 | 22 |
| По Бильрот-II | - | - | - | - |
| По РУ | - | 5 | - | - |
| Всего | - | 65 | 33 | 22 |
| Всего реконструкций 120 | | | | |

Таблица 2

Реконструктивные оперативные вмешательства при пептической язве после органосохраняющих операций

| Ранее перенесённые операции | Резекция | | | |
|---|---------------|---------------|-------|-------------------|
| | по Бильрот- I | по Бильрот II | по РУ | по нашей методике |
| Селективная проксимальная ваготомия + пилоропластика по Гейнке-Микуличу | 1 | 2 | 2 | 6 |
| Селективная проксимальная ваготомия+гастродуоденостомия по Джабуле | - | - | - | 2 |
| Стволовая ваготомия + пилоропластика по Гейнке-Микуличу | - | - | - | 2 |
| Стволовая ваготомия +гастроэнтеростомия | 1 | 4 | 2 | 5 |
| Всего | 2 | 6 | 4 | 15 |
| Всего реконструкций 27 | | | | |

диагноз пептической язвы культи желудка или желудочно-кишечного анастомоза подтвердился практически у всех пациентов. При рентгенологическом обследовании у 76 пациентов определялась большая культи желудка, у 41 соответствовала одной трети, у 30 больных менее одной трети желудка.

Полученные данные позволили нам сделать заключение о том, что в большинстве наблюдений непосредственной причиной возникновения пептических 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. Причинами рецидива заболевания среди повторно прооперированных была экономная резекция (39,1%), высокий тонус блуждающего нерва (4,1%), гастростаз (14,1%), сочетание причин (16,6%). В 15 случаях пептические язвы возникли по техническим причинам — неправильное выполнение операции, ошибки при формировании анастомоза. Tактической ошибкой, приведшей к образованию пептических язв, была селективная проксимальная ваготомия

с дренирующей операцией, показания к которой отсутствовали. При стволовой ваготомии с дренирующей операцией тактические ошибки наблюдались у одного больного, технические — у 4 (ваготомия не была выполнена). Выбор способа повторной операции определялся характером причин, обусловивших рецидив заболевания. Окончательное решение принималось во время операции.

С осложненными пептическими язвами желудка в плановом порядке нами были прооперированы 147 больных: из них 120 после ранее перенесенных резекций желудка, а 27 после органосохраняющих операций (табл. 1, 2). Необходимость устранения язвенного дефекта при пептической язве гастроэнтероанастомоза и тощей кишки определялась нами по характеру язвы, размеры которой в большинстве случаев превышали 1 см. В качестве повторных реконструктивных оперативных вмешательств производились резекции желудка по Бильрот II — 71 операция, по РУ — 37, по Бильрот I — 2.

Одним из основных осложнений у больных после выполнения реконструктивных вмешательств является несостоятельность швов дуоденальной культи. В связи с поиском решений в области технического совер-

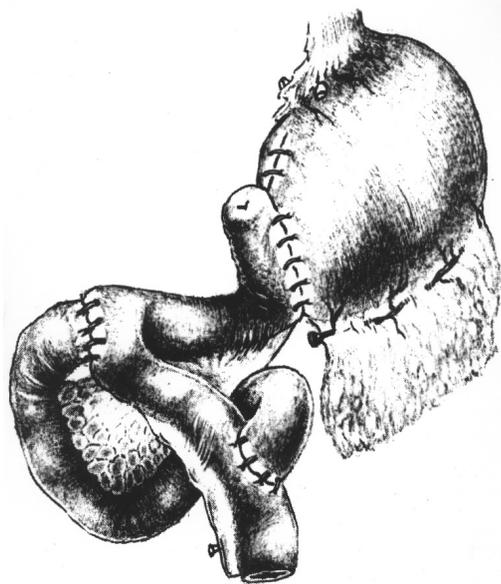


Рис. 1. Схема операции.
Описание в тексте.

шенствования операций нами разработан новый оптимальный метод операции при пептических язвах оперированного желудка, позволяющий максимально избежать развития этого осложнения.

Оперативное вмешательство выполнят следующим образом: производим срединную лапаротомию с иссечением ранее сформированного послеоперационного рубца. После мобилизации культи желудка и начального отдела двенадцатиперстной кишки производим резекцию культи желудка вместе с гастродуоденоанастомозом, несущим пептическую язву. Отступя 5–10 см от связки Трейца, пересекают тощую кишку, формируют отключенную, длинную, не менее 70 см петлю тощей кишки и накладывают гастроэнтероанастомоз 2-рядными швами по типу «конец-в-бок» изоперистальтически, в дистальной части тощей кишки (рис. 1). Затем на расстоянии 30–40 см от гастроэнтероанастомоза формируем 2-рядными швами термино-латеральный анастомоз между двенадцатиперстной кишкой, где ранее был гастродуоденоанастомоз, и отводящей петлей тощей кишки. Завершаем операцию наложением межкишечного анастомоза «конец-в-бок» на расстоянии 30–40 см от дуоденоюноанастомоза.

При выполнении операции предложенным нами способом не возникает необходимости в формировании дуоденаль-

ной культи, связанной с риском развития несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки. За счет наложения анастомоза «конец-в-бок», в результате надежной герметизации тощей кишкой двенадцатиперстной кишки устраняется повышенное внутрипросветное давление. При выполнении пластики применяли двухрядный узловой шов. В этом случае особое внимание уделяли точной адаптации однородных тканей и максимальному растяжению в поперечном направлении за швы-держалки образовавшейся после дуоденотомии раны стенки кишки. Внутренний ряд швов создавали узловыми серозно-мышечно-слизистыми швами рассасывающейся нитью 3/0–4/0 на атравматической игле, а наружный — нерассасывающейся. Целью пластических операций было расширение с восстановлением просвета стенозированный сегмент анастомоза до диаметра не менее 2,0 см.

Проведена сравнительная оценка непосредственных результатов хирургического лечения больных с пептическими язвами оперированного желудка после его резекции классическими методами (110 больных) и по разработанной нами методике (37). Летальные исходы отмечены у 6 (4,1%) пациентов. В послеоперационном периоде после операций по методам Бильрот I, Бильрот II и РУ умерли 6 (5,4%) больных. Причинами смерти явились несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки с прогрессирующим распространенным перитонитом и эндогенной интоксикацией (у 2), развитие панкреонекроза и полиорганной недостаточности (у 1), полиорганная недостаточность на фоне выраженной постгеморрагической анемии (у 1), рецидивирующее язвенное кровотечение (у 2). Смертельных исходов в группе больных, оперированных по разработанной нами методике, отмечено не было.

Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде наблюдались у 40 (36,3%) больных с резекцией желудка по классическим методам. К наиболее частым осложнениям, непосредственно связанным с выбором способа резекции желудка, относятся несостоятельность швов двенадцатиперстной кишки и анастомозит. Местные раневые гнойно-воспалительные осложнения после резекции желудка возникли у 6 больных. У опери-

рованных по нашей методике осложнения развивались значительно реже — у 8 (21,6%), причем несостоятельности швов двенадцатиперстной кишки не наблюдались ни в одном случае.

Одним из критериев эффективности хирургического лечения язвенной болезни, помимо низкой летальности и частоты послеоперационных осложнений, бесспорно считается возможность стойкого излечения от основного заболевания при минимальной выраженности расстройств пищеварения [8, 10, 11]. Отдаленные результаты хирургического лечения больных с пептической язвой оперированного желудка оценивали на основе их комплексного обследования: анализа клинической картины, результатов лабораторных исследований, а также качества жизни через 4 месяца и более после оперативного вмешательства.

Одним из основных поздних осложнений являлся демпинг-синдром. У больных, которые перенесли резекцию желудка по Бильрот I и Бильрот II, демпинг-синдром возник у 7 (9,8%) больных, после резекции желудка по Ру — у 3 (8,1%). После операции в нашей модификации демпинг-синдром наблюдался значительно реже — у 2,7% ($p < 0,05$).

В 22 (25%) случаях после операций с применением классических методов при эндоскопическом осмотре на фоне рефлюкса желчи из кишки в желудок выявлялась диффузная гиперемия слизистой с выраженным слизеобразованием, утолщенными и рыхлыми складками. Такие осложнения встретились у 3 (9,5%) больных, оперированных по нашей методике. У 4 пациентов после классических операций выявлены множественные эрозии вблизи анастомоза. У 15 (20,5%) больных после резекции желудка по Бильрот I и Бильрот II, у 6 (16,2%) оперированных по Ру и у 4 (10,8%) по нашей методике рентгенологически и эндоскопически отмечались гастроэзофагальный рефлюкс и рефлюкс-эзофагит легкой выраженности.

Для количественной оценки отдаленных результатов оперативных вмешательств у больных с пептическими язвами гастроэнтероанастомоза использовали модифицированную классификацию А. Н. Visick [8, 9], дополненную объективными лабораторными и инструмен-

тальными методами исследования. После реконструктивных операций по методам Бильрот I, Бильрот II и Ру (104 наблюдения) в отдаленные сроки “отличные” и “хорошие” результаты были получены у 59,6% больных, а при использовании нашей методики — у 75,6%, причем “неудовлетворительные” результаты отмечались соответственно у 17,3% и 10,8% больных.

Таким образом, в большинстве случаев оптимальным вариантом хирургического пособия у больных с пептическими язвами культи желудка или гастроэнтероанастомоза оказалось оперативное вмешательство по разработанной нами методике, заключающееся в резекции или резекции желудка на выключенной по Ру петле тощей кишки с дуоденоюноанастомозом. Такое вмешательство направлено на подавление высокой кислотопродукции, удаление язвенного субстрата, нормализацию пассажа химуса по желудочно-кишечному тракту. Применение этого варианта резекции желудка значительно уменьшает количество ранних и поздних осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бачев И.И. Повторные операции по поводу рецидивных язв после хирургических вмешательств при язвенной болезни // Хирургия. — 1990. — № 2. — С. 66–68.
2. Биличенко В.В., Должиков А.А., Барт И.И. Принципы дифференцированного лечения язвенной болезни в хирургической клинике // Российск. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 1999. — № 5. — С. 19–25.
3. Григорьев П.Я., Исаков В.А., Яковенко Э.П., Вдовиченко В.И., Причины возникновения и тактика лечения после операционных рецидивов язвенной болезни // / Клин. мед. — 1990. — № 1. — С. 136–144.
4. Красильников Д.М., Фарахов А.З., Зефирова Р.А., Пикуза А.В. Патент на изобретение № 2325853 (регистр 10.05.2008 г.) / Способ оперативного лечения больных с пептическими язвами гастродуоденоанастомоза после органосохраняющих операций.
5. Овечкин А. В. Хирургическое лечение органических осложнений после резекции желудка и ваготомии при язвенной болезни: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Пермь. 1996.
6. Помелов В.С., Булгаков Г.А. Хирургическое лечение гормонально-обусловленных рецидивных и пептических язв анастомоза // Хирургия. — 1990. — № 2. — С. 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, 386 с.
8. Шалимов А.А., Саенко В.Ф., Полинкевич Б.С. Вы-

бор метода хирургического лечения язвенной болезни //Клин. хир. — 1980. —№ 8. — С. 1-5.

9. *Carter D.C.* Peptic ulcer. — Chur. Livingston, 1983, — 384 p.

10. *Chan F.K., Leung W.K.* Peptic-ulcer disease// Lancet. — 2002. — Vol. 21. — P. 933-041. Review.

11. *From. D.* Complications of gastric surger. - New York-London: Wiley Med. Publ., 1977, 624 p.

12. *Kenedy T., Green W. E. R.* Stomac and recurrent ulceration// Medical and surgical management. — 1980. — Vol. 139. — P. 18-21.

13. *Stabile B.E., Passaro E.* Recurrent peptic ulser. // Gastroenterology. — 1976. — Vol. 70. — P. 124-135.

Поступила 23.10.08.

ON THE SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH PEPTIC ULCERS OF THE OPERATED STOMACH

D.M.Krasilnikov, R.A. Zefirov

Summary

Developed and tested was a new approach to surgical treatment of patients with peptic ulcers of the operated stomach, aiming to suppress the high levels of acid production, removal of ulcer substrate, normalization of passage of food through the gastrointestinal tract. Application of the developed method has improved the results of surgical treatment of peptic ulcers of the gastric stump and of the gastro-intestinal anastomosis.

УДК 616.36-036.12-031.81-06:616.13/.14.018.74]-07:616.15

ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ДИФFUЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

Ирина Анатольевна Булатова, Алевтина Павловна Щекотова, Юлия Игоревна Третьякова

Кафедра госпитальной терапии № 2 (зав. — проф. В.В. Щекотов) Пермской государственной медицинской академии, e-mail: bulatova@dom.raid.ru

Реферат

Показано, что при хронических заболеваниях печени имеются признаки повреждения и дисфункции эндотелия, выраженность которых зависит от тяжести процесса.

Ключевые слова: гепатит, цирроз, эндотелий, дисфункция, циркулирующие эндотелиоциты, оксид азота.

Хронические диффузные заболевания печени (ХДЗП), связанные в основном с гепатотропными вирусами, являются важнейшей проблемой здравоохранения. Вирусный гепатит С (ВГС) можно назвать одной из наиболее актуальных проблем в современной медицине практически всех стран вследствие повсеместной распространенности, тенденции к росту заболеваемости, высокого процента хронизации (при ВГС до 70%), больших экономических затрат, связанных с лечением и отсутствием специфической профилактики [2, 6]. По современным данным, в мире численность инфицированных вирусом гепатита С (HCV) достигает 300 млн человек [2]. Актуальность данной проблемы обусловлена и тем, что ВГС нередко приводит к развитию цирроза печени (ЦП), при котором через 5 лет после установления диагноза летальность увеличивается до 70% [2, 11]. В патогенезе хронических гепатитов (ХГ) и переходе их в ЦП большое значение имеет нарушение внутри-

печеночной гемодинамики, что может быть связано с повреждением эндотелиальной выстилки синусоидов и эндотелиальной дисфункцией (ЭД) [3, 4]. Под ЭД в настоящее время понимают дисбаланс между продукцией вазодилатирующих, ангиопротективных, протромботических, пролиферативных факторов, в том числе оксида азота (NO) [1, 4]. Повреждение эндотелия в целом предполагает и десквамацию эндотелиоцитов [3, 4]. NO был впервые описан в 1980 г. как эндотелиальный релаксирующий фактор, постоянно синтезируется в эндотелии, обладает свойствами сильного оксиданта, вызывает повреждение клеток и тканей [8, 10]. При нарушении синтеза NO его концентрация в плазме крови снижается. Так как NO принимает участие в регуляции практически всех функций эндотелия и является фактором, наиболее чувствительным к повреждению, то в последнее время сложилось более узкое представление об ЭД как о состоянии эндотелия, при котором имеется недостаточная продукция NO [5]. Выработка NO осуществляется под действием NO-синтаз [7]. Изменение синтеза NO выявлено при гепатитах и ЦП [5, 9, 10]. В некоторых исследованиях показано, что уровень NO коррелирует с репликативным потенциалом вируса [9]. Исследование NO в крови при острых