

РАЗДЕЛ II. ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ. ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ И АМБУЛАТОРНЫХ МЕТОДОВ

УДК 616.342+616.33]-06-089

ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ИХ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Н.И. Белоногов, Е.Н. Валька, В.В. Янголенко, ГОУ ВПО «Ульяновский государственный университет»

Белоногов Николай Иванович – e-mail: Belniv@yandex.ru

Исследование посвящено вопросу выбора тактики лечения осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Проанализированы результаты обследования и лечения 2362 пациентов с осложнениями язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в хирургических отделениях городских клинических больниц г. Ульяновска. Показатель количества больных с осложнениями язвенной болезни остаётся высоким. Доля плановых операций имеет тенденцию к снижению, соответственно выросло количество неотложных оперативных вмешательств.

Ключевые слова: язвенная болезнь, осложнения, хирургическое лечение.

The scientific research covers the selection of treatment tactics of complications of gastric ulcer and duodenal ulcer. The results of examination and treatment of 2362 patients with complications of gastric ulcer and duodenal ulcer in surgical departments of Ulyanovsk state clinical hospitals were analyzed. The index of number of patients with complications of gastric ulcer and duodenal ulcer stays high. The number of elective operations tends to go down, but the number of emergency operations has increased.

Key words: gastric ulcer, complications, surgical treatment.

Введение

Язвенная болезнь (ЯБ) является одним из самых распространённых хронических гастроэнтерологических заболеваний. Количество больных ЯБ остаётся стабильным – порядка 162,5 на 100 тыс. населения [1].

Имеющийся обширный арсенал медикаментозных средств не всегда позволяет получить достаточный терапевтический эффект. Современная лекарственная терапия не привела к снижению частоты осложнений язвенной болезни, таких как кровотечение, перфорация и пилородуоденальный стеноз [2, 3]. У больных язвенной болезнью пожилого и старческого возраста, осложненной кровотечением и высоким риском летального исхода, альтернативой хирургическому вмешательству может быть остановка кровотечения и профилактики рецидива кровотечения с использованием пролонгированного эндоскопического гемостаза [4].

При консервативном лечении осложнения язвенной болезни не предотвращаются, а только отодвигаются на более поздний срок и старший возраст. Несмотря на успехи медикаментозной терапии язвенной болезни, показания к оперативному лечению неосложненной, агрессивно протекающей язвы с ежегодными обострениями не исчезнут полностью. Осложнения язвенной болезни, число которых не имеет тенденции к уменьшению, подлежат хирургическому лечению [5].

В последнее десятилетие в Российской Федерации отмечается значительное снижение частоты плановых операций и увеличение числа экстренных операций по поводу перфорации язв и кровотечения, а также повышение летальности за этот срок на 30–40% [6].

В возрастной группе старше 60 лет хирурги сталкиваются исключительно с осложненными формами язвенной болезни, что, несомненно, ухудшает результаты оперативных вмешательств. Основные показатели летальности при осложненных формах язвенной болезни составляют именно больные пожилого и старческого возраста. Показания к оператив-

ному лечению в общих чертах остались прежними:

1) относительные: а) недостаточная эффективность лечения антисекреторными препаратами, несмотря на эрадикацию *Helicobacter pylori* (Hр) (ежегодные обострения, опасность развития тяжелых осложнений); б) геликобактер-отрицательные язвы; в) невозможность ликвидировать геликобактерную инфекцию;

2) абсолютные – осложнения язвенной болезни – перфорация, стеноз, кровотечение, малигнизация.

Относительные показания возникают значительно реже в связи с применением высокоэффективных антисекреторных препаратов в сочетании с антибиотиками, используемыми для эрадикации геликобактерной инфекции. Если гастроэнтерологи будут стремиться к тому, чтобы оперативное лечение производилось до появления опасных осложнений, предупреждало их развитие, то число больных, которым необходимо плановое оперативное лечение по поводу резистентных к медикаментозной терапии или по поводу имевшихся в анамнезе осложнений, будет возрастать. Это реальный путь снижения летальности при язвенной болезни. В настоящее время более 1% больных умирают от язвенной болезни без операции.

Оперативное лечение показано при: **а)** незаживающей в течение 6 месяцев язве желудка, несмотря на правильное медикаментозное лечение; **б)** частых обострениях заболевания, которые не удается предупреждать современными средствами; **в)** рецидивирующих кровотечениях, возникающих, несмотря на правильно построенное курсовое медикаментозное лечение; **г)** прогрессирующем нарастании явлений стеноза после каждого обострения. Вопрос об оперативном лечении может быть поставлен при каллезных и пенетрирующих язвах, плохо поддающихся медикаментозному лечению, при язвах диаметром более 2 см. Абсолютным показанием к оперативному лечению являются осложнения язвенной болезни – стеноз, перфорация язвы, рецидив кровотечения в стационаре, малигнизация.

Цель исследования: уточнение структуры и патогенетических аспектов осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы

С 2003 по 2009 г. в хирургических отделениях городских клинических больниц г. Ульяновска находилось на лечении 2362 больных с осложнениями ЯБ желудка и ДПК.

Язвенная болезнь осложнялась желудочно-кишечным кровотечением, перфорацией, стенозом выходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки, пенетрацией и малигнизацией.

Хронические язвы двенадцатиперстной кишки и желудка являлись причиной геморагии у 49% больных с желудочно-кишечными кровотечениями. Язвенная болезнь осложнялась кровотечениями у 15% пациентов. Соотношение кровоточащих желудочных и дуоденальных язв 1:4, что отражает обычную частоту язв этих локализаций. Чаще всего кровоточат дуоденальные язвы, особенно располагающиеся на задне-медиальной стенке двенадцатиперстной кишки и в постбульбарном отделе. В желудке тяжелые угрожающие жизни кровотечения чаще бывают из каллезных язв, расположенных на малой кривизне. Здесь также, как на задне-медиальной стенке двенадцатиперстной кишки, находятся крупные ветви левой желудочной и желудочно-двенадцатиперстной артерий. Для решения вопросов лечебной тактики важно не просто диагностировать желудочно-кишечное кровотечение. Необходимо ответить, по крайней мере, на три основных вопроса:

- 1) что послужило источником кровотечения;
- 2) продолжается ли кровотечение и, если да, то каковы темпы кровопотери;
- 3) какова тяжесть перенесенной кровопотери.

Ответить на эти вопросы можно на основании тщательного изучения клинической картины заболевания и оценки результатов вспомогательных методов исследования. Широкое распространение получила классификация язвенных кровотечений по Форресту [7].

Эндоскопическая классификация кровотечений по Форресту:

- F I A — струйное кровотечение из язвы.
- F I B — каплярное кровотечение из язвы.
- F II A — тромбированные сосуды на дне язвы.
- F II B — сгусток крови, закрывающий язву.
- F II C — язва без признаков кровотечения.
- F III — источники кровотечения не обнаружены.

В стационаре последовательно проводился комплекс диагностических и лечебных мероприятий, направленных на установление причины и остановку кровотечения, восполнение кровопотери. После выяснения причины желудочно-кишечного кровотечения решали принципиальные вопросы лечебной тактики.

Во-первых, считаем уместным привести принятую в нашей клинике краткую схему комплексного медикаментозного лечения и предоперационной подготовки больных к срочному оперативному вмешательству.

1. Строгий постельный режим.
2. Голод.
3. Желудочный лаваж:

3.1. Диагностический — при поступлении перед эзофагогастро-дуоденоскопией промывание желудка с пре-

паратами кальция, аминокaproновой кислотой и адреналином через толстый зонд до чистых промывных вод.

3.2. Профилактический — больным с угрозой рецидива вводят тонкий назогастральный зонд на весь период предоперационной подготовки.

4. Рациональная инфузионно-трансфузионная терапия, переливание препаратов крови при средней и тяжелой кровопотере до стабилизации гемоглобина на уровне 100 г/л в условиях нормоволемии.

5. Гемостатическое лечение. Внутривенное капельное введение препаратов кальция, аминокaproновой кислоты, викасола и дицинона в течение первых 2–3-х суток; внутримышечное введение викасола, этамзилата, применение кваматела в/в капельно (25–50 мкг/ч) в течение 2–5 дней для остановки и профилактики рецидивов кровотечения.

6. Современное противоязвенное лечение. Подчеркнем, что пациентам с угрозой рецидива кровотечения в рамках короткой предоперационной подготовки показано использование только парентерального пути введения лекарств, так как пероральный прием любых медикаментов, жидкости и пищи им противопоказан.

Интенсивная подготовка к срочной операции, проводимая в течение 12–36 часов после поступления пациента в стационар, преследует, по существу, следующие главные цели: ликвидацию последствий острой кровопотери и профилактику рецидива кровотечения, вероятность которого сохраняется в течение всей предоперационной подготовки. Одновременно проводятся мероприятия, направленные на максимально полную коррекцию сопутствующей патологии, имеющейся у пациента. Те же принципы лежат в основе подготовки больных к плановой операции, когда помимо коррекции гомеостаза имеется возможность достаточно длительного и адекватного противоязвенного лечения.

В настоящее время общепризнано, что все больные с кровоточащей пептической язвой должны быть тестированы на наличие Нр [8]. Мы использовали два метода: метод геликобактер-тест, заключающийся в регистрации специфической уреазной активности биоптата, обусловленной присутствием Нр, и цитологический метод. Слизь брали в 4 участках каждого отдела желудка (малая и большая кривизна, передняя и задняя стенки). Интенсивность обсеменения слизистой желудка при цитологическом исследовании мазков-отпечатков оценивали по 3 степеням: I степень — до 20 микробных тел в поле зрения при малом увеличении микроскопа, II степень — 21–40, III степень — 41–60 микробных тел в поле зрения. При подготовке больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями к оперативному лечению назначали антигеликобактерную терапию в виде: ранитидин 150 мг 2 раза в день, тетрациклина гидрохлорид 0,5 г 4 раза в сутки, метронидазол 0,5 г 2 раза в день, в течение 7 дней.

Результаты и их обсуждение

Больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями было 1159 человек. Прооперировано 404 пациента, оперативная активность составила 34,8%. После операции умерло 17 человек, летальность — 4,2%. Положительный результат эндоскопического исследования на наличие Нр до операции был получен у 88,7% больных, причем между степенью тяжести кровопотери и степенью обсемененности имела место корреляционная зависимость (коэффициент корреляции = 0,786).

Перфорация язвы — одно из наиболее тяжелых и опасных осложнений язвенной болезни. Частота перфораций по отношению ко всем случаям язвенной болезни колеблется в очень широких пределах и составляет от 3 до 36%. Столь значительная разница обусловлена многими факторами: распространенность и особенности течения язвенной болезни в зависимости, прежде всего, от социальных условий жизни населения, географических зон и климатических условий. Больные с прободными гастродуоденальными язвами, по нашим данным, составили 3,5% среди пациентов, поступивших по экстренным показаниям за последние семь лет, что также значительно превышает аналогичные показатели в прежние годы — 1,7–1,9%.

Хирургическая тактика при прободных гастродуоденальных язвах сводилась только к обоснованию метода оперативного вмешательства. При этом необходимо подчеркнуть некоторые общие соображения, на которых основано наше видение этой проблемы.

- Необходим дифференцированный подход к выбору метода оперативного вмешательства при прободных пилородуоденальных язвах и прободных язвах желудка.

- Необходим дифференцированный подход к выбору метода операции при сочетании перфорации с кровотечением или пилородуоденальным стенозом.

- Операция простого ушивания прободной язвы двенадцатиперстной кишки или желудка была и остается спасительным методом лечения у больных с распространенным перитонитом у пациентов с высоким операционным риском из-за тяжелых сопутствующих заболеваний, особенно в пожилом и старческом возрасте.

Операция ушивания язвы ранее всегда рассматривалась как паллиативное вмешательство, дающее от 34 до 85%) рецидивов заболевания. В настоящее время ушивание пилородуоденальных язв в сочетании с интенсивной антихеликобактерной и антисекреторной терапией может привести к выздоровлению.

Среди способов хирургического лечения прободных пилородуоденальных язв существуют следующие:

- 1) ушивание язвы;
- 2) ушивание в сочетании с селективной проксимальной ваготомией;
- 3) резекция желудка;
- 4) стволовая ваготомия в сочетании с антрумэктомией.

Под нашим наблюдением находились 869 больных с перфоративными гастродуоденальными язвами, причём, 242 (27,8%) пациента поступили спустя более 24 часов от начала заболевания. После операции умерло 14 человек, летальность составила 1,6%.

Пилородуоденальный стеноз развивается в результате рубцово-воспалительных изменений пилорического отдела желудка и двенадцатиперстной кишки, вследствие длительного существования язвенной болезни.

Как осложнение язвенной болезни, пилородуоденальный стеноз встречается у 5–10% больных. При хирургическом лечении пилородуоденального стеноза применяли резекцию желудка и ваготомию в сочетании с дренированием желудка.

Показания для проведения резекции желудка: вторая фаза декомпенсированного стеноза; декомпенсированный пилородуоденальный стеноз при втором типе язвенной болезни по Джонсону и дуоденостаз.

Пенетрация язвы — это проникновение язвы желудка или двенадцатиперстной кишки в прилежащие органы. Наблюдается в 7–10% случаев. Чаще диагностируется у мужчин в возрасте 40–50 лет с длительным язвенным анамнезом. Возникновение пенетрации связано с прогрессированием воспалительно-некротического процесса в хронической каллезной язве.

Язвы желудка наиболее часто пенетрировали в малый сальник, поджелудочную железу, печень, поперечно-ободочную кишку и ее брыжейку. Язвы двенадцатиперстной кишки пенетрировали в головку поджелудочной железы, гепатодуоденальную связку и желчный пузырь.

Патоморфологические изменения, развивающиеся в брюшной полости при пенетрации, клиническая симптоматика зависели от стадии пенетрации язвы в стенку желудка и двенадцатиперстной кишки или в прилежащие органы.

Малигнизация язвы, или превращение язвы в рак, имело место в 1–5% случаев. Раковому превращению подвержены исключительно язвы желудка, расположенные в пилороантральном и субкардиальном отделах на большой и малой кривизне. Наиболее часто малигнизировали каллезные язвы диаметром более 2,5 см у лиц в возрасте 50–60 лет. Диагноз подтверждается при выполнении фиброгастроскопии с гистологическим исследованием биопсийного материала из подозрительных участков язв. При локализации процесса в нижней трети желудка выполняли субтотальную резекцию. У больных с поражением верхних отделов желудка производили гастрэктомию.

Наши исследования показали, что при кровоточащих язвах желудка наилучшие результаты у больных получены при использовании резекции желудка способом Бильрот-I и Бильрот-II с терминолатеральным анастомозом по сравнению со способом Бильрот-II. В то же время при язвах ДПК диаметром более 10 мм, расположенных на задней стенке, пенетрирующих в поджелудочную железу, выполнение органосохраняющих операций с ваготомией приводит к рецидиву кровотечения вследствие прорезывания швов. Операцией выбора у этой группы больных должна быть резекция желудка. Более сложным вопросом оказался выбор способа операции у больных с кровоточащими язвами ДПК. В своей работе мы апробировали операцию селективной ваготомии в сочетании с иссечением язвы и пилоропластикой по Гейнеке-Микиличу и иссечением язвы с пилоропластикой по Джадду. Эти варианты операций могут быть с успехом использованы у больных с кровотечением из язв ДПК, расположенных на передней стенке. Предпочтение отдаем пилоропластике по Джадду, так как вероятность рецидива в этих случаях минимальна в результате удаления кровоточащей язвы.

Таким образом, вышеизложенные факты и составляют наши представления об активно-индивидуализированной тактике лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений. Суть ее состоит в интенсивном комплексном лечении, активном выявлении источника кровотечения в кратчайшие сроки, в выборе оптимального времени хирургического вмешательства, направленного на предупреждение рецидива кровотечения, в определении способа и объема операции в зависимости от общего состояния больного, его возраста, локализации и размеров язвы, степени кровопотери и тяжести сопутствующих заболеваний.

Общая хирургическая активность составила 68%. Соотношение плановых и экстренных операций было в среднем 1:4. За семилетний период оно выглядело таким образом: 2003 год – 1:3; 2004 – 1:4; 2005 – 1:3; 2006 – 1:3; 2007 – 1:5; 2008 – 1:5; 2009 – 1:6. Релапаротомии после операций на желудке при язвенной болезни составили 1,7%.

На диспансерном учёте язвенной болезнью в г. Ульяновске находятся 64% больных.

Выводы

1. Количество больных с осложнениями язвенной болезни остаётся высоким.

2. *Helicobacter pylori* встречается в слизистой оболочке желудка у 88,7% больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями.

3. При относительно стабильной общей хирургической активности доля плановых операций имеет тенденцию к снижению, соответственно выросло количество неотложных оперативных вмешательств.

4. Актуальной остаётся диспансеризация и своевременное плановое оперативное лечение, что позволило бы минимизировать потребности в неотложной хирургии.



ЛИТЕРАТУРА

1. Борисов А.Е., Веселов Ю.Е., Акимов В.П. и др. Трансбдоминальное ультразвуковое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта в диагностике язвенной болезни и выборе тактики до и после оперативного вмешательства. Вестник хирургии. 2007. № 5. С. 90-95.
2. Гостишев В.К., Евсеев М.А. Проблема выбора метода лечения при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях. Хирургия. 2007. № 7. С. 7-11.
3. Осипов В.В., Петров В.П., Есин С.В., Тимин Е.Н. Нейросетевая модель определения лечебной тактики у больных язвенной болезнью. Хирургия. 2004. № 2. 8 с.
4. Лебедев Н.В., Климов А.Е., Войташевская Н.В. и др. Гастродуоденоскопия в диагностике и лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений. Хирургия. 2007. № 3. С. 17-21.
5. Мидленко В.И., Белоногов Н.И., Слесаренко С.С. Хирургическое лечение больных с осложненной язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Ульяновск: УлГУ, 2003. С. 187.
6. Кузин М.И. Актуальные проблемы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Хирургия. 2001. № 1. С. 27-32.
7. Forrest J., Pigue J.M., Teres J. et al. Predictive clinical factors of visible vessel in bleeding peptic ulcer. Endoscopy. 1987. № 19. P. 11-13.
8. Липницкий Е.М., Алекберзаде А.В.. Диагностика и лечение хеликобактериоза у больных с кровоточащей пептической язвой. Хирургия. 2008. № 4. С. 11-15.