

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,

у одних больных (205 больных) выявлено выраженное снижение кислотопродукции и дебита пепсиногена в ответ на атропиновый тест, при этом отмечены также положительные тесты с блокаторами H_2 -гистаминовых рецепторов и блокаторами протонной помпы. Кроме того, выявлено определенное снижение кислотно-пептической агрессии желудочного сока в ответ на введение октреотида. Значимой реакции на внутривенное введение кальция хлорида не отмечено.

У других больных (89 больных) выявлено незначительное уменьшение кислото- и пепсинопродукции в ответ на атропиновый тест, а также снижение продукции кислоты при проведении теста с блокаторами гистаминовых рецепторов. В то же время была сохранена выраженная ингибирующая реакция продукции кислоты обкладочными клетками на прием блокаторов протонной помпы без существенного влияния на секрецию пепсиногена. Внутривенное введение кальция хлорида вызывало достоверное увеличение секреции желудочными железами кислоты и пепсина, и реакция на введение октреотида заключалась в наиболее выраженном торможении всех исследованных параметров желудочной секреции. По результатам поэтажной биопсии обнаруживалась достаточно выраженная гиперплазия желез антрального отдела желудка без принципиаль-

ных нарушений их строения, а также существенное увеличение в их составе светлых аргирофильных клеток. У больных данной группы базальная кислото- и пепсинопродукция была значимо выше, чем у ранее рассмотренных больных, при этом натошковая концентрация гастрина в сыворотке была не изменена.

Третья группа больных (58 больных) характеризовалась слабой реакцией желудочной секреции на атропин и ее полным отсутствием на блокаторы H_2 -гистаминовых рецепторов, а также существенным снижением ингибирующего эффекта блокаторов протонной помпы. Внутривенное введение кальция приводило к выраженному увеличению, а октреотида – резкому снижению показателей кислото- и пепсинопродукции. Отмечены высокие значения базальной секреции кислоты и ферментов желудочного сока. Результаты морфологического исследования биоптатов показали выраженную гиперплазию главных желез фундального отдела и тела желудка с резким увеличением в их составе абсолютного и относительного числа главных и, в меньшей степени, обкладочных клеток. Этим изменениям всегда сопутствовали явления гиперплазии антральных желез той или иной степени выраженности. Повышения сывороточной концентрации гастрина при этом не обнаруживалось.

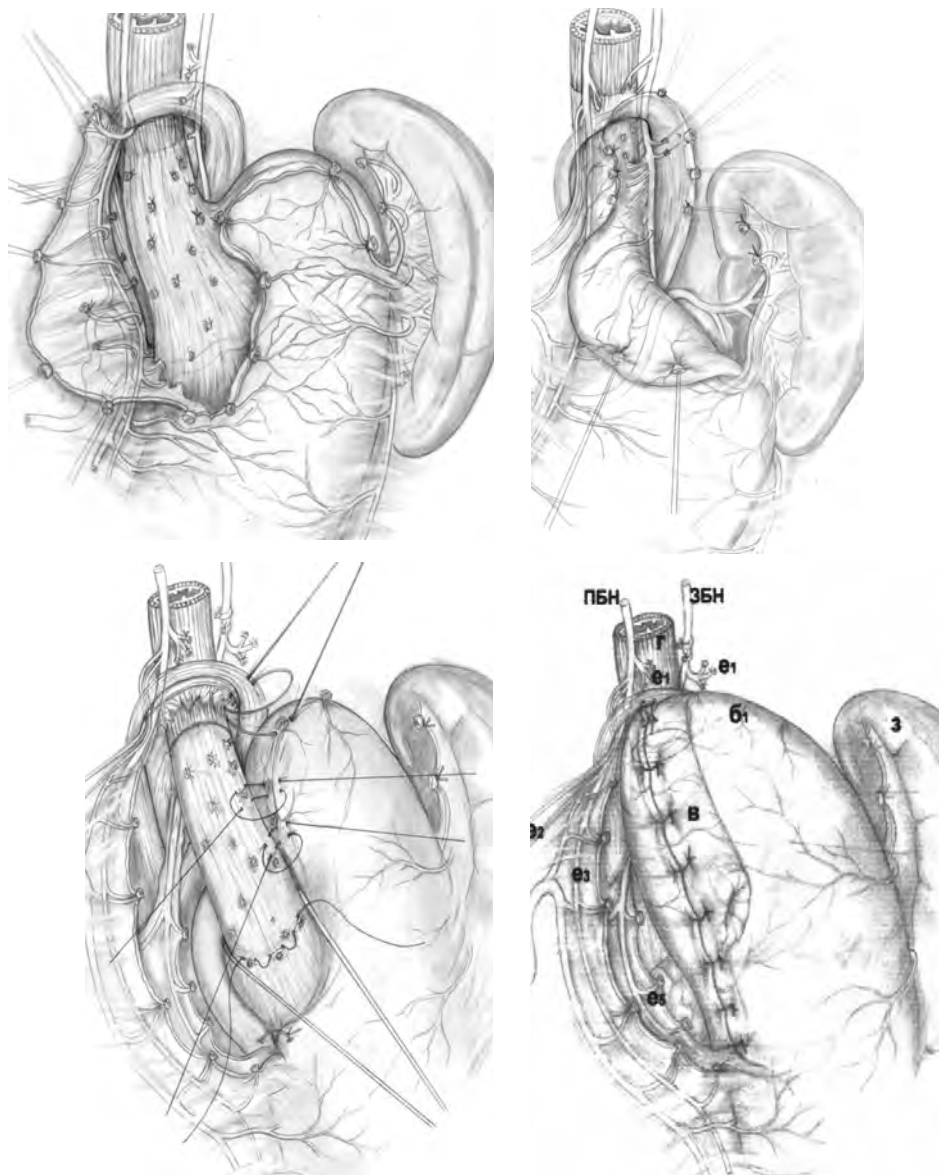


Рис. 1. Этапы селективной проксимальной ваготомии по В. И. Оноприеву

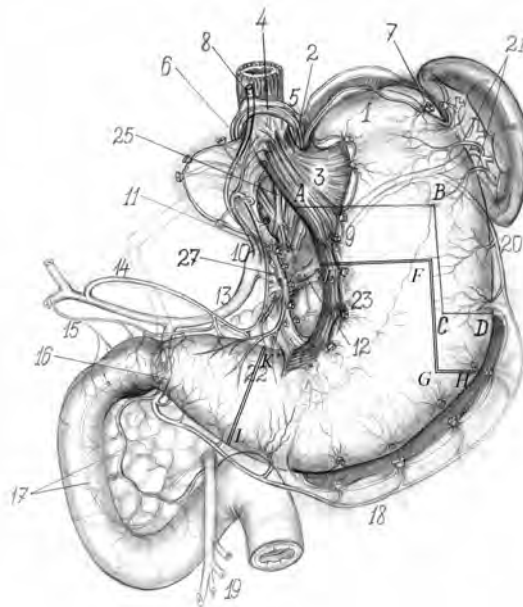


Рис. 2. Уровни резекции желудка при выполнении противорецидивной гастропластики в зависимости от механизма желудочной гиперсекреции: А, В, С, D, К, L – уровни резекции при желудочной гиперсекреции, обусловленной гиперплазией собственных и антральных желез желудка; Е, F, G, H, К, L – уровни резекции при желудочной гиперсекреции, обусловленной изолированной гиперплазией антральных желез желудка

В четвертой группе (8 больных) были выявлены следующие характеристики желудочной секреции: резко выраженная базальная секреция кислоты и пепсиногена, относительно резистентная к атропину, антагонистам гистаминовых рецепторов и блокаторам протонной помпы. Отмечен резко выраженный стимулирующий эффект внутривенной инфузии кальция хлорида, а также отчетливый ингибирующий эффект внутривенного октреотида в дозе 200 мкг. Характерным для больных данной группы было также увеличение сывороточной концентрации гастрина в 1,5–5,5 раза. Морфологически обнаруживались явления гипертрофии и гиперплазии собственных желудочных желез с увеличением в их составе количества резко функционально активных главных, обкладочных и слизеобразующих клеток, при этом гиперплазии антральных желез не выявлялось, иногда даже отмечались уменьшение числа и атрофия пилорических желез. У 6 из 8 больных этой группы имели место упорно рецидивирующие множественные язвы проксимальной части ДПК, а у 5 они сочетались с резко выраженным эрозивным антрум-гастритом.

Таким образом, нами были выделены четыре основных механизма персистенции желудочной гиперсекреции у больных, перенесших изолированную РДП. При первом преобладали вагусные механизмы гиперсекреции, при втором доминировали явления гастрин-зависимой гиперпродукции соляной кислоты и пепсина вследствие гиперплазии G-клеток, при третьем преобладали явления гиперплазии главных клеток тела и дна желудка, всегда сочетавшиеся с той или иной степенью гиперплазии гастринпродуцирующих клеток. Четвертый механизм желудочной гиперсекреции по совокупности полученных сведений был отнесен нами к «гастрономоподобному» (синдром Золлингера–Эллисона без выявленного первичного очага гастриномы).

С учетом того, что среди больных с рецидивом дуоденальной язвы после изолированной РДП, имевших желудочную гиперсекрецию с высокой резистентностью к медикаментозной терапии, были выявлены различные механизмы развития гиперсекреции, хирургическая коррекция каждого из этих состояний требовала индивидуализации. В результате в зависимости от доминирующего механизма стойкой желудочной гиперсекреции была предложена дифференцированная тактика выбора оптимальной противорецидивной операции.

У больных 1-й группы, имевших преимущественно нейрозависимый механизм желудочной гиперсекреции, использовали селективную проксимальную ваготомию по оригинальной технологии РЦФХГ (рис. 1). При этом необходимо учитывать, что у больных осложненной дуоденальной язвой, как правило, имеется скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы с соответствующими патоморфологическими изменениями пищеводно-желудочного перехода. Принципиальными этапами технологии селективной проксимальной ваготомии являлись нисходящая техника денервации кислотопродуцирующей камеры желудка под строгим визуальным контролем основных стволов и ветвей блуждающих нервов, гарантированная полноценная денервация проксимальной части желудка, низведение абдоминального пищевода и кардии в брюшную полость, гарантированное сохранение иннервации антрального отдела желудка, восстановление связочного аппарата пищеводно-желудочного перехода, формирование абсолютно арефлюксного эзофагокардиофундального клапана на истинном пищеводе и кардии.

Во 2-й группе больных, для которых были характерны явления гастрин-зависимой гиперпродукции соляной кислоты и пепсина вследствие изолированной гиперплазии антральных желез, селективную проксимальную

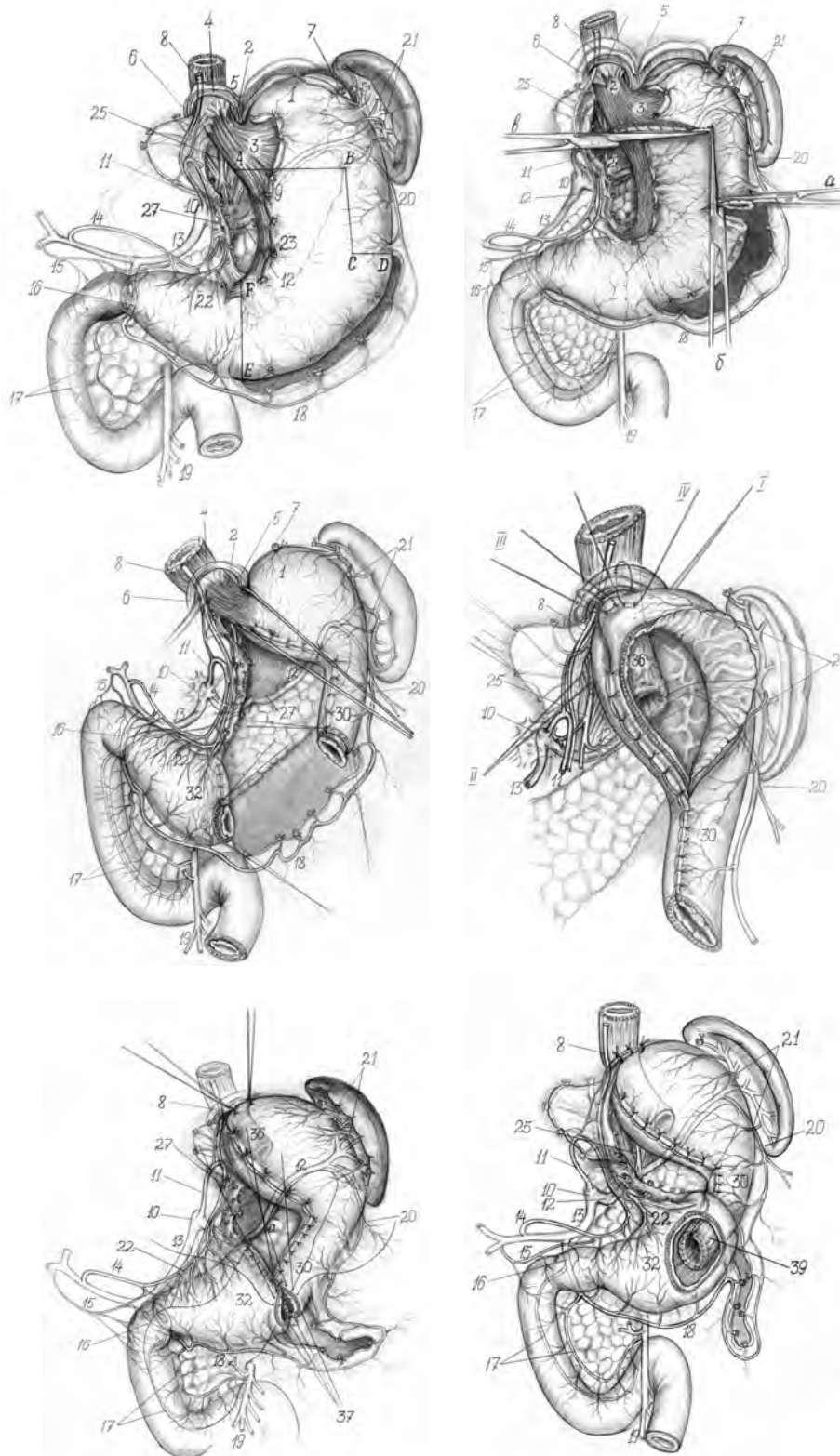


Рис. 3. Основные этапы медиальной резекции желудка с формированием искусственного корпорального сфинктера

ваготомию сочетали с медиальной резекцией тела желудка с расширением на его антральный отдел и сохранением иннервированного привратника (рис. 2). У больных, у которых имели место явления гиперплазии главных клеток тела и дна желудка, а также антральных желез, выполняли медиальную субтотальную резекцию тела и дна желудка с расширением на антральный отдел (рис. 2).

Принципиальными технологическими этапами ме-

диальной резекции желудка у больных этих двух групп являлись селективная денервация дна желудка с пересечением кардиальных веточек, сохранение иннервации антрального отдела желудка и привратника, восстановление связочного аппарата кардии и арефлюксной функции пищеводно-желудочного перехода, формирование искусственного корпорального сфинктера с созданием двухкамерного желудка (рис. 3).

У больных с гастриномоподобным вариантом желудочной гиперсекреции без выявленного первичного очага гастриномы производили полное удаление и замещение петель тонкой кишки всего кислото-продуцирующего отдела желудка с сохранением иннервированного антрального отдела.

В связи с определенными трудностями в диагностике выявленных нами механизмов резистентной желудочной гиперсекреции и их интерпретации более чем у трети больных 2, 3 и 4-й групп (58 больных – 37,4%) на первом этапе в качестве противорецидивной операции применена селективная проксимальная ваготомия, которая не принесла ожидаемого эффекта. В связи с этим после более тщательного комплексного функционального, лабораторного, инструментального и морфологического исследования и установления доминирующего механизма желудочной гиперсекреции использованы соответствующие противорецидивные хирургические технологии, что позволило у всех больных избежать рецидива дуоденальной язвы и добиться высокого качества жизни.

Таким образом, установление механизмов формирующих кислотно-пептическую агрессию у больных с рецидивом дуоденальной язвы после РДП позволяет выбрать оптимальный вариант противорецидивной операции, который позволяет исключить возможность рецидивирования язвы ДПК и практически полностью отказаться от консервативной противоязвенной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Оноприев В. И. Этюды функциональной хирургии язвенной болезни. Краснодар, 1995. 296 с.
2. Осложненные формы язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / Под ред. В. И. Оноприева, Г. Ф. Коротко, Н. В. Корочанской. Краснодар: изд-во КГМА, 2004. 560 с.
3. Onopriev V. I., Voskanyan S. E., Ponkina O. N. Surgical anatomy of complicated duodenal ulcer and radical duodenoplasty. Krasnodar: BK "Gruppa B", 2006. 222 p.

V. I. ONOPRIEV, S. E. VOSKANYAN,
I. B. UVAROV, N. V. MEDNIKOVA

THE INDICATIONS AND THE TECHNOLOGIES OF THE AGAINST-RELAPSING SURGERY AFTER ISOLATED RADICAL DUODENOPLASTY

There are found out the mechanisms of the resistant stomach hypersecretion on the 360 patients with the relapsed duodenal ulcer after the isolated radical duodenoplasty. There are investigated the four main mechanisms of the persistent stomach hypersecretion. The main mechanism is neurode-
pendent vagal hyperstimulation without usage of the gastrine mechanism, which can be effectively corrected with the high selective proximal vagotomy. When the events of the gastrin-depending hyperproduction of the hydrochloric acid and pepsin are presented because of the hyperplasia of antral glands and with the hyperplasia of fundus glands the subtotal medial gastrectomy with the resection of the major part of the acid-producing body and innervated cardia is the most effective one. When the gastrinoma-alike variant of the hypersecretion is taken place the best way of correction is the total proximal gastrectomy and the replacement with the loop of the intestine with the preservation of the innervated antrum. The investigation of the mechanisms, which are forming the acid and the pepsinogen aggression on the patients with the relapsed duodenal ulcer after the radical duodenoplasty allows to choose the best way of the surgical treatment and to exclude the opportunity of the relapsing of duodenal ulcer and required conservative treatment.

Key words: complicated duodenal ulcer, radical duodenoplasty, the mechanism of the stomach hypersecretion, against-relapsing surgery.

К. И. ПОПАНДОПУЛО, С. А. ОНОПРИЕВА, Н. В. КОРОЧАНСКАЯ

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО И МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРФОРАЦИЕЙ

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

Комплексное лечение больных с перфорациями дуоденальных язв является важной клинической и социальной проблемой. В структуре осложнений язвенной болезни (ЯБ) гастродуоденальные перфорации составляют до 10–15% и в 10% случаев сопровождаются кровотечением [2, 7]. Статистика РФ последнего десятилетия подчеркивает рост частоты этого грозного осложнения [3]. Профессор А. Е. Борисов [2] отмечает возрастание этого показателя в Санкт-Пете-

бурге в 2,5 раза (в 1982 г. – 2,5%, в 2000 г. – 6%), при этом отмечает неуклонный рост числа женщин и больных пожилого возраста, у которых перфорация была первым проявлением ЯБ. Подобную картину отражает и анализ Ю. М. Панцирева и соавторов [4] за последние 12 лет в ГКБ № 31 г. Москвы. Количество лиц, оперированных по поводу перфоративной язвы, за 1996–2001 гг. увеличилось в 1,4 раза по сравнению с 1990–1995 годами. При этом перфорация язв стала