

Г.Ф. Жигаев, Е.В. Кривигина

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)

В статье авторы приводят результаты собственных исследований по язвенной болезни желудка. Даются рекомендации по ведению и методам оперативных вмешательств у данных пациентов.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка, осложнения

POSTOPERATIVE COMPLICATIONS OF GASTRODUODENAL ULCERS

G.F. Zhigayev, E.V. Krivina

Buryat State University (Ulan-Ude)

The authors present the results of their own studies of stomach ulcer. The recommendations are given on conducting and methods of surgical interventions in this group of patients.

Key words: stomach ulcer, complications

Язвенная болезнь (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки, являясь самым распространенным гастроэнтерологическим заболеванием, по-прежнему привлекает пристальное внимание патофизиологов, терапевтов, хирургов, т.к. вопросы лечения этого заболевания и сегодня далеки от окончательного решения.

Особенностью современного лечения язвенной болезни (ЯБ) можно считать то, что большинство пациентов оперируются в плановом порядке по абсолютным показаниям (при наличии пенетрирующей или стенозирующей гастродуоденальной язвы). Многие хирурги считают более предпочтительной резекцию желудка, по сравнению с ваготомией, хотя последняя и занимает достойное место в хирургии гастродуоденальных язв.

Учитывая то, что при осложненной ЯБ резекция желудка занимает прочное место и то, что чаще используется резекция желудка по второму способу Бильрота (Б-2), оправданным является поиск методов профилактики характерных осложнений этой операции, которые и обуславливают высокую послеоперационную летальность, которая и до сих пор остается высокой 5–12,9%.

Наиболее грозными осложнениями резекции желудка является несостоятельность дуоденальной культи и острый послеоперационный панкреатит. Летальность от этих осложнений достигает 60–80%. Применение резекции желудка по способу Бильрота-1 (Б-1) ограничено при наличии хронического нарушения дуоденальной проходимости (ХНДП), которая сочетается с язвенной болезнью в 40–86,7% случаев.

Несмотря на многообразие причин, приводящих к несостоятельности дуоденальной культи и острому панкреатиту, все же две причины являются одними из основных: это травматизм операции, связанный с необходимостью мобилизации двенадцатиперстной кишки (ДПК) для формирования ее культи и высокое внутривнутридуоденальное давление.

Устранение этих факторов приводит к снижению числа ранних тяжелых послеоперационных осложнений и к улучшению результатов хирургического лечения больных ЯБ.

В работе представлены вопросы диагностики и результаты хирургического лечения 502 больных ЯБ желудка и ДПК, оперированных в хирургических клиниках г. Иркутска и Бурятии. Операции выполнялись в плановом порядке с изучением отдаленных результатов хирургического вмешательства не менее 1 года.

Все оперированные больные были распределены на 3 группы (с учетом особенностей течения ЯБ; необходимости принятия нестандартных решений во время операции; коррекции сопутствующей язвенной болезни ХНДП, если она имела место).

Первую группу составили больные с ЯБ (110), оперированные по абсолютным или относительным показаниям, но не имеющих грубых осложнений гастродуоденальной моторики.

Во вторую группу вошли (267) пациенты с осложненной ЯБ (стеноз, пенетрация, перфорация, кровотечение в анамнезе). Операции в этой группе выполнялись по абсолютным показаниям и требовали, порой, применения нестандартных методов профилактики тяжелых интра- и послеоперационных осложнений.

В третью группу включены (125) больные, имеющие наряду с ЯБ достаточно четко очерченную картину ХНДП, подтвержденную интраоперационно.

Большинство пациентов оперированы в трудоспособном возрасте — по группам, соответственно, 77%, 83%, 91% больных. Это связано на наш взгляд; с ухудшением социально бытовых условий, возрастанием числа отрицательных эмоциональных реакций из-за современных социально-экономических условий жизни, нарушением качества питания.

Преобладало сезонное течение заболевания у 62,9% больных, рецидивирующее средней степени тяжести течение — у 89,8%; тяжелое, непрерывно

рецидивирующее течение — у 5,58 %; легкое течение — 4,58 %.

В анамнезе кровотечение — у 9 %, перфорация — у 11,8 % пациентов.

Болевой синдром имел место у 80,7 % пациентов: в эпигастрии — у 80,7 %; правом подреберье — у 10,5 %; эпигастрий, с иррадиацией болей в поясницу — 7 %; без четкой локализации болей — у 1,1 % пациентов. Закономерности в локализации болевого синдрома по группам не отмечено.

Болевой синдром, возникающий натощак, купировался приемом пищи у 17,3 %, принятием определенного положения тела — у 5,83 % пациентов. Болевой приступ чаще провоцировался приемом пищи, достигая высокой интенсивности через 1–2 часа после его приема. 10,2 % пациентов вызывали рвоту, для уменьшения болевого синдрома.

Тошнота и рвота отмечались преимущественно у больных 2-й и 3-й групп, т.е. там, где имелись грубые моторно-эвакуаторные нарушения со стороны желудка и ДПК.

Пенетрирующая язва была у 52,4 % (2 группа) и 26,4 % (3 группа) пациентов. Болевой синдром в этих случаях имел полиморфный характер, проявляясь чаще всего симптомами со стороны органов, вовлеченных в патологический процесс.

63,9 % оперированных имели сопутствующую патологию со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем организма.

В клинической практике ХНДП является одной из причин язвообразования, поэтому выявление симптомов дуоденостаза в дооперационном периоде имело первостепенное значение.

Чаще всего оперированные больные в 3-й группе имели клинические проявления: боль, через 1,5–2 часа после приема пищи и купирующаяся положением тела, чувство тяжести в эпигастрии и горечи во рту, рвоту с примесью желчи — 62,7 %.

У больных 1-й группы характерные клинические симптомы: боль в эпигастрии, зависящая от приема пищи и суточный ритм боли.

У больных 2-й группы — клиника стенозирования, нарушение моторно-эвакуаторной функции, болевой синдром и симптомы (изжога, тошнота, рвота), причем рвота вызывалась больными не только для купирования болевого приступа, но и для уменьшения чувства тяжести в верхней половине живота.

У больных 3-й группы болевой синдром возникал на высоте дуоденального пищеварения, купи-

ровался обычно определенным положением тела. Часто у больных этой группы имелись такие признаки нарушения дуоденальной проходимости, как отрыжка, чувство тяжести в эпигастрии и правом подреберье, рвота с примесью желчи.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

В нашем исследовании применялись: фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) с забором биоптатов из язвы, рентгеноскопия желудка (+ дуоденография релаксационная и пробы Н. Сарпера), интрагастральная рН-метрия, ПММ (поэтажная манометрия), ДГР (исследование желудочного содержимого на желчные кислоты, билирубин, щелочная фосфатаза, тест L. Warchen).

При эндоскопическом исследовании верхних отделов желудочно-кишечного тракта выявлены: недостаточность кардии — у 10,36 %; дистальный эзофагит — у 1,9 %; рефлюкс-гастрит — 43,2 % больных.

Дуодено-гастральный рефлюкс: 1 ст. — рефлюкс желчи в желудок, следы желчи в антральном отделе — у 21,8 % больных; 2 ст. — скопление желчи в антральном отделе — у 17,2 %; 3 ст. — значительное количество желчи и жидкости пенистого характера без ее эвакуации — у 70,4 % больных.

При эндоскопическом исследовании ДГР в период обострения заболевания выявлен у 31,8 % больных. Привратник в норме — 40,2 %. Недостаточность привратника во 2 и 3-й группах — 43 %. Эндоскопически стеноз пилоробульбарной зоны у 48,4 % больных, причем у каждого десятого больного он имел выраженный характер, мало изменяющийся под действием противоязвенного лечения.

Изменение слизистой оболочки желудка (СОЖ) преобладали у больных 3 группы (56 %). В этой группе эндоскопически наиболее часто определялся ДГР, и преобладали различные формы гастрита, воспалительно-дегенеративные изменения СОЖ, наличие признаков кишечной метаплазии.

Для выбора хирургического вмешательства большое значение придавали определению: типа ЯБ желудка; локализации и характеру дуоденальной язвы. Систематизация больных с желудочными язвами осуществлялась по общепринятой классификации Н.Д. Johnsona (табл. 1).

Дуоденальные язвы локализовались: в области луковицы — 97,4 %; юкстапилорический отдел — 1,5 %; постбульбарный отдел — 1,1 %. Наиболее часто поражалась переднебоковая стенка ЛДПК

Таблица 1

Тип язвенной болезни (по Н.Д. Johnson)

Тип язвы	1 группа	2 группа	3 группа	Всего
1	77,4 %	51,4 %	46,2 %	61,3 %
2	21,4 %	34,7 %	46,5 %	31,6 %
3	1,19 %	13,9 %	7,3 %	7,04 %
Итого	1,19 %	13,9 %	7,3 %	7,04 %

– 60,4 %. Диаметр дуоденальных язв составлял $9,59 \pm 3,91$ мм. Диаметр препилорических язв – $10,75 \pm 5,63$ мм. Диаметр язвы желудка (малая кривизна) – $16,09 \pm 4,5$ мм. Диаметр язвы антрального отдела и субкардии – $18,2 \pm 8,4$ и $19,5 \pm 6,4$ мм.

У 79,6 % больных оперативное лечение требовало индивидуального подхода, выполнения нестандартных методик операций и применения эффективных способов профилактики послеоперационных осложнений.

Показаниями для хирургического лечения ЯБ ДПК считали: безуспешность консервативного лечения после полного курса комплексной терапии, проведенного неоднократно; частые обострения заболевания, снижающаяся трудоспособность больного и качество его жизни; осложнения язвенной болезни (пилородуоденальный стеноз, пенетрация язвы, механическая форма ХНДП); рецидив язвы после ушивания ее перфорации и явных признаках формирующегося стеноза.

Больным второй группы в основном выполнялись стандартные операции. При неосложненном стенозе и пенетрацией применялась СПВ. При ЯБ ДПК, без затруднений мобилизации начальной части ДПК – Б-1 (табл. 2).

Пенетрация язвы была у больных 2-й группы – 53,5 %; 3-й группы – 24,8 %. У 60,9 % язва пенетрировала в поджелудочную железу. Перигастральные и перидуоденальные спайки отмечались у 34,2 % больных. Интраоперационно признаки дуоденостаза отмечены у больных 3-й группы – 92,1 % пациентов. Показанием к ваготомии были: умеренно выраженная пенетрация язвы, отсутствие пилородуоденального стеноза. Стволовая ваготомия – у пожилых и старческих больных.

При выполнении резекции желудка по возможности стремились к радикальному удалению язвенного дефекта. Однако не во всех случаях это представлялось возможным.

При мобилизации язвы нередко возникала опасность повреждения элементов гепатодуоденальной связки, поджелудочной железы, перфорации, ДПК. В таких случаях («трудных», низко расположенных дуоденальных язвах и при обшир-

ных периульцерозных инфильтратах) применяли резекцию желудка на выключение, которую применили у 106 больных (21,1 %).

Показанием к выполнению резекции желудка для выключения считаем: выраженный периульцерозный инфильтрат; «низкую» дуоденальную язву (располагающуюся ниже проекции желудочно-двенадцатиперстно кишечной артерии); глубокую пенетрацию язвы в близлежащие жизненно важные органы; подозрение на наличие дуоденобилиарного свища. Для коррекции дуоденального стаза при язвенной болезни (чаще 3-я группа) применяли операции: резекции желудка по Бальфуру и Ру. При пенетрирующей язве ДПК в поджелудочную железу, в сочетании с ХНДП применили модифицированную операцию по Ру с термилоатеральным анастомозом.

Главным в профилактике послеоперационных осложнений считаем:

1. При выполнении оперативного вмешательства бережная, щадящая техника ключевых этапов операции.

2. В конце операции качественный гемостаз в брюшной полости и ее санация современными антисептиками.

3. Правое подпеченочное пространство (область дуоденальной культи или ГЭА) обязательное дренирование.

4. Зондовая декомпрессия желудка и ДПК.

5. Обязательная аспирация желудочного содержимого с целью профилактики несостоятельности швов желудка, ДПК, М-Э расстройств.

6. Кормление только появления полноценной кишечной перистальтики и восстановление М-Э функции желудка.

7. Постельный режим оптимально короткий для профилактики послеоперационной пневмонии и ТЭЛА.

В 1 группе отмечено осложнений – 5,4 %, во 2 группе – 7,4 %, в 3 группе – 17,6 %. Осложнения у больных 3 группы встречались в 3 раза чаще по сравнению с оперированными больными 1 и 2 групп, по нашему мнению связано с исходными нарушениями моторики желудка и ДПК. Число послеопераци-

Таблица 2

Количество и вид выполненных оперативных вмешательств

Вид операции	1		2		3		Итого
	желудок	ДПК	желудок	ДПК	желудок	ДПК	
СПВ	–	12	–	5	–	9	26
СПВ+ дрен	–	–	–	6	–	–	6
СГВ	–	–	–	24	–	1	25
РЖ по Б2	83	14	33	96	6	3	235
РЖ по Б1	1	–	18	40	11	12	82
РЖ по Ру	–	–	1	2	16	36	55
РЖ по Бальфуру	–	–	18	20	10	21	69
Итого	84	26	70	193	43	82	498

Таблица 3

Послеоперационные осложнения

	1		2		3		Итого
	желудок	ДПК	желудок	ДПК	желудок	ДПК	
Анастомозит	2	1	5	5	2	8	23
Несостоятельность ДПК	–	–	–	1	–	4	5
Кровотечение	1	1	1	1	–	–	4
Инфильтрат	–	–	–	–	1	–	1
Гастростаз	–	–	–	3	1	3	7
Спаечная ОКН	–	–	–	–	–	1	1
Легочные	1	–	–	1	–	1	3
ССС	–	–	–	1	–	–	1
Итого	110		267		125		502

Таблица 4

Характер операции и число послеоперационных осложнений

Вид операции	Число операций	Число осложнений
СПВ	26	2
СПВ + дренир. операция	6	–
Ствол. ваготомия	25	–
Резекция по Б-1	82	11
Резекция по Б-2	235	19
Резекция по Ру	55	6
Резекция по Бальфуру	69	9

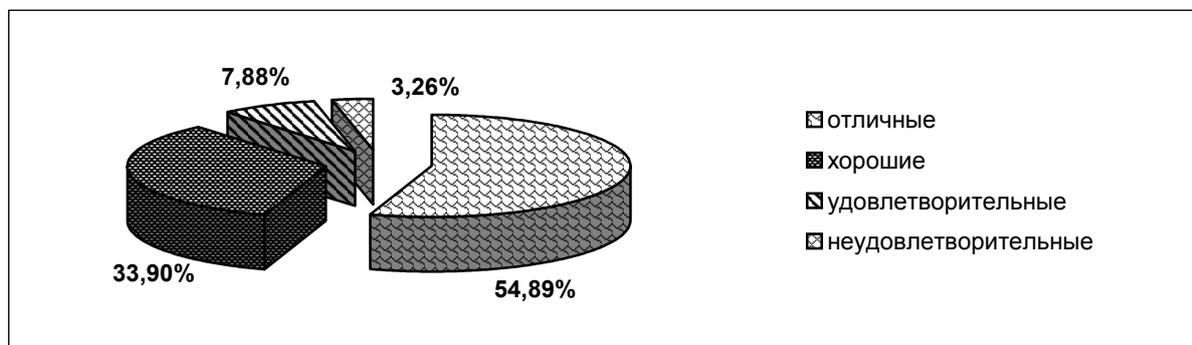


Рис. 1. Отдаленные результаты хирургического лечения язвенной болезни.

онных осложнений в результате их комплексной профилактики удалось снизить до 9,56%. Послеоперационную летальность – 0,2% (табл. 3, 4)

Неудовлетворительные результаты операции отмечались у больных 3-й группы – 3,26% (12 больных). Инвалидами после операций признаны 10 больных: 1 группы – 1; 2-й – 7; 3-й группы – двое больных. Необходимо подчеркнуть, что ни один больной после резекции желудка для выключения и резекции желудка с двойным дренированием ДПК не был признан инвалидом какой-либо группы.

Таким образом: основными причинами, обуславливающими послеоперационные осложнения можно считать нерациональный выбор метода операции, ее травматичность, гастродуоденальную гипертензию. Наиболее частыми послеопераци-

онными осложнениями являются: анастомозит; моторно-эвакуаторные нарушения желудка и ДПК, острый п/операционный панкреатит. При сочетании язвенной болезни с ХНДП наилучшие результаты дает резекция желудка по Ру. При наличии «трудной» дуоденальной культи и выраженных препятствий для дуоденального пассажа – резекция желудка по Ру с двойным дренированием ДПК. Эффективными мерами профилактики послеоперационных осложнений при хирургическом лечении язвенной болезни можно считать: Индивидуальный выбор метода операции (по данным объективных методов обследования). Щадящая техника оперирования. Адекватная декомпрессия желудка и ДПК в послеоперационном периоде. Рациональное дренирование брюшной полости.

Неустранимая ХНДП является реальной причиной многих послеоперационных осложнений, поэтому подлежит обязательной хирургической коррекции. Наилучшие результаты при сочетании ЯБ и ХНДП дает резекция желудка по Ру и с двойным дренированием ДПК.

На основании проведенных исследований предлагаем практические рекомендации:

1. Выбор операции при ЯБ должен быть строго индивидуальным и основываться на анализе течения заболевания, данных обследования;

2. Операции при ЯБ должны выполняться с учетом особенностей моторно-эвакуаторной функции желудка и ДПК.

3. При ЯБ, сочетающейся с ХНДП, показаны операции, исключающие дуоденальный пассаж.

4. При выполнении операции гипорефлюксного (резекция желудка по Ру, Бальфуру) необходимо тщательное подавление кислотопродукции культи желудка за счет ваготомии и более обширной, (чем экономной) резекции желудка.

5. При «трудной» культе ДПК, при сочетании ЯБ с ХНДП могут быть использована резекция желудка по Ру.

6. Зондовая декомпрессия ДПК, как метод профилактики послеоперационных осложнений, должна применяться более широко.

7. Методика легко выполнима после резекции желудка по Б-2 на короткой петле.

8. При «трудной» дуоденальной культе показано обязательное дренирование перидуоденальной области пучком активных трубчатых дренажей.

Сведения об авторах:

Жигаев Геннадий Федорович – д.м.н., профессор. г. Улан-Удэ, ул. Павлова, 12, Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко. Тел. 8 (3012) 23-36-24