

УДК 616.33-002.44-089.87-06

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА В МОДИФИКАЦИИ РУ КАК ОПЕРАЦИЯ ВЫБОРА ПРИ ОСЛОЖНЁННОЙ ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВЕ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА

А.В. Меньков, А.С. Королёв, А.А. Стрельцов, А.Г. Родин,
ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия»,
ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко»

Меньков Андрей Викторович – e-mail: avmenkov@gmail.com

Изучены непосредственные и отдалённые результаты хирургического лечения 79 пациентов с пептическими язвами после операций на желудке. Реконструктивная резекция желудка в модификации Ру является операцией выбора в хирургическом лечении пептической язвы оперированного желудка негормональной этиологии, так как она устраняет основные патогенетические факторы ее возникновения и технически наиболее приемлема при выполнении реконструкции желудочно-кишечного соустья после различных оперативных вмешательств на желудке.

Ключевые слова: пептическая язва, резекция желудка, отдалённые результаты.

The immediate and long-term results of surgical treatment of 79 patients with peptic ulcers after surgery on the stomach were studied. Reconstructive gastric resection in the modification of Roux is the operation of choice in surgical treatment of peptic ulcers of the stomach operated on non-hormonal etiology, as it eliminates the major pathogenetic factors of its occurrence, and technically most appropriate when the reconstruction of the gastrointestinal anastomosis after various surgical interventions on the stomach.

Key words: peptic ulcer, gastric resection, long-term results.

Частота возникновения пептической язвы после операций на желудке составляет от 0,5 до 15% [1, 2, 3, 4, 5]. В 75–80% это заболевание имеет осложнённое течение [3, 4, 5, 6]. Консервативная противоязвенная терапия имеет кратковременный эффект и не является альтернативой хирургическому лечению [3, 4]. Реконструктивная резекция желудка является основным методом вмешательства в тех случаях, когда возникновение язвы обусловлено негормональными причинами (недостаточный объем резекции желудка, рефлюкс кишечного содержимого в культю желудка, повышенный тонус блуждающего нерва) [1, 2, 3, 7, 8]. В тоже время выбор способа резекции продолжает оставаться предметом дискуссий. Недостаточно изучены и отдалённые результаты хирургического лечения этой категории больных [1, 4, 5, 9, 10].

Цель исследования – сравнительный анализ непосредственных и отдалённых результатов хирургического лечения осложнённой пептической язвы оперированного желудка.

Материалы и методы

Проведено ретроспективное изучение непосредственных и отдалённых результатов хирургического лечения 79 пациентов с осложнённой пептической язвой оперированного желудка, находившихся на лечении в клинике общей хирургии им. А.И. Кожевникова Нижегородской областной больницы им. Н.А. Семашко с 1978 по 2008 г. Мужчин было 70, женщин – 9. Средний возраст составил 46±8,91 года. Анализировались жалобы и анамнестические данные, результаты рентгеноконтрастного исследования моторно-эвакуаторной функции оперированного желудка, определения

кислотопродуцирующей функции желудка методом внутрижелудочной рН-метрии с использованием кислотостимулирующего и атропинового тестов. Всем пациентам проведено эндоскопическое обследование (ФГС) состояния слизистой оболочки пищевода, желудка, анастомоза, тощей кишки с забором биопсийного материала. Изучены данные гистологического исследования биоптатов и резекционного материала. Для анализа отдалённых результатов использован метод сплошного анкетирования с последующим клиническим обследованием пациентов в стационаре. Материалы исследования подвергнуты статистической обработке с помощью пакетов статистических программ Excel 2003, STATISTICA 6.0 (Stat-Soft, 2001). Данные в тексте и в таблицах представлены в $M \pm \sigma$, где M – среднее значение показателей, при n – кол-во пациентов в каждой группе, σ – стандартное отклонение. Критический уровень значимости (p) при проверке статистических гипотез принимали равным 0,05.

Результаты и их обсуждение

Клиническая картина заболевания у всех больных характеризовалась стойким болевым синдромом, 32 больных беспокоили тошнота и рвота после еды, у 56 была изжога, у двух – отрыжка с неприятным запахом. Слабость и похудание отмечали 26 пациентов. По данным анамнеза 75 больных ранее перенесли хирургическое вмешательство на желудке по поводу хронической язвы пилородуоденальной локализации, четверо – по поводу язвы желудка. Резекция желудка была осуществлена 48 пациентам: 10 – по способу Бильрот-I, 38 – по способу Бильрот-II в модификациях Гофмейстера-Финстерера (21), Бальфура (10), Ру (7). У 31 больного в анамнезе была ваготомия с различными видами дренирующих желудок операций. Сроки появления петических язв – от 6 месяцев до 7 лет, медиана – 14 месяцев. У всех пациентов имело место осложнённое течение язвы. У 46 больных в анамнезе были эпизоды желудочного кровотечения, у 24 – пенетрация в сочетании с кровотечением, у семи – стеноз желудочно-кишечного соустья, у двух – желудочно-кишечно-ободочный свищ.

При рентгеновском обследовании у 43 пациентов культи желудка была более 1/3, у 5 соответствовала 1/3. У пациентов после ваготомии имело место нарушение сократительной способности желудка с забросом бария через гастроэноанастомоз. Симптом «ниши» выявлен у 33 обследованных больных. По данным изучения кислотопродуцирующей функции желудка у 73 пациентов наблюдался высокий уровень кислотности (рН от 1,8 до 2,2). Соотношение максимальной и базальной кислотопродукции у 32 больных было более 0,6. У 11 пациентов отмечалось устойчивое снижение кислотности в ответ на введение 1 мл 0,1% раствора атропина. При ФГС диагноз пептической язвы оперированного желудка был подтверждён у всех пациентов. У 12 больных размер язвы был менее 1 см, у 38 от 1 до 2 см, у 29 – более 2 см. У 64 пациентов наблюдался дуодено- и еногастральный рефлюкс, причём у 37 больных по данным гистологического исследования выявлен атрофический рефлюкс-гастрит, а у 21 больного подтверждена метаплазия желез слизистой по кишечному типу. Таким образом, у всех пациентов причиной появления язвы послужила сохранённая кислотопродуцирующая функция желудка, наряду с моторно-эвакуаторными нарушениями (рефлюкс-гастрит).

Косвенные признаки гипертонуса блуждающего нерва выявлены у 11 пациентов.

Всем пациентам была выполнена реконструктивная резекция желудка. 61 больному (первая группа) осуществлена реконструктивная резекция в модификации Ру. Семи из них операция была дополнена стволовой ваготомией. 18 пациентам (вторая группа) произведены другие варианты реконструктивных вмешательств: двум больным резекция по способу Бильрот-I, 12 – по способу Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера, трём – по Бильрот-2-Бальфуру.

В первой группе послеоперационные осложнения возникли у четырёх больных, умерло двое. Во второй группе у двух больных послеоперационный период осложнился несостоятельностью межкишечного соустья с развитием разлитого перитонита и полиорганной недостаточности, что привело к летальному исходу.

Отдаленные результаты изучены у 69 пациентов (54 – первая группа и 15 – вторая группа) в сроки от 5 до 25 лет после оперативного вмешательства. 10 больных умерло через 3–7 лет после операции от заболевания, не связанного с изучаемой патологией. В первой группе хорошие результаты были получены у 44 больных, удовлетворительные – у 10. Пациенты с удовлетворительными результатами предъявляли жалобы на слабость, потерю в весе, чувство дискомфорта в эпигастральной области. Характер трудовой деятельности изменился только у двух человек. Как показало клиническое обследование пациентов с удовлетворительными результатами операций, большинство жалоб было обусловлено нарушением режима питания и диеты, у 5 человек выявлен демпинг синдром лёгкой степени тяжести, который не требовал специальной медикаментозной коррекции. У двух пациентов при ФГС выявлены лигатурные свищи гастроэнтероанастомоза. Лигатуры удалены эндоскопически. Во второй группе у восьми больных получены хорошие результаты, у пяти – удовлетворительные, у двух – рецидив язвы. Как и в первой группе, у пациентов с удовлетворительными результатами имели место нарушения в режиме и характере питания. Демпинг-синдром выявлен у четырёх больных. Причиной же рецидива язвы, по нашему мнению, послужил рефлюкс кишечного содержимого в культю желудка с развитием гастрита и метаплазии кишечного эпителия слизистой оболочки культи желудка, что было подтверждено результатами ФГС и морфологического исследования биопсийного материала. Общим больным с рецидивом язвы осуществлена реконструктивная операция в модификации Ру.

Заключение

Таким образом, реконструктивная резекция желудка по Бильрот-II в модификации Ру является операцией выбора в хирургическом лечении пептической язвы оперированного желудка негормональной этиологии, так как она устраняет основные патогенетические факторы ее возникновения и технически наиболее приемлема при выполнении реконструкции желудочно-кишечного соустья после различных оперативных вмешательств на желудке.



ЛИТЕРАТУРА

1. Михайлов А.П. Сочетанные постгастрорезекционные синдромы. Диагностика, лечение и профилактика. С.-Пб. 2000. 345 с.

2. Завгородний Л.Г., Хмелевский Б.Г., Ксенофонтов С.С. Причины постгастрорезекционных и постваготомических рецидивов язвенной болезни. Вестник хирургии им. Грекова. 1988. № 8. С. 25-29.

3. Крылов Н.Н. Лечение пострезекционных синдромов. Русский мед. журнал. Т. 6. № 7. С. 437-439.

5. Петров В.П., Бадуров Б.Ш., Хабурзания А.К. Резекция желудка по Ру. М.: ПИК ВИНТИ, 1998. 212 с.

6. Афендулов С.А., Журавлёв Г.Ю. Хирургическое лечение больных язвенной болезнью М.: «Гэотар-Медиа», 2008. 333 с.

7. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. М.: Медицина, 1996. 256 с.

8. Курыгин А.А., Лебедев Н.Н., Багненко С.Ф., Курыгин Ал. А. Послеоперационные желудочно-кишечные язвы. Руководство для врачей. С.-Пб. 2004. 167 с.

9. Amdrup E. Recurrent ulcer. Brit. J. surg. 1981. Vol. 68. № 10. P. 679-681.

10. Hunt R.H. Peptic ulcer disease march/ Gastroenterol. Clin. North Amer. 1990. Vol. 41. № 7. P. 215-217.

11. Mates I.N., Peta D., dinu D., Roux-en-Y gastrojejunostomy indication, techniqui, results. Chirurgia. 2001. Vol. 96. № 2. P. 159-168.