

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО РУБЦОВО-ЯЗВЕННОГО СТЕНОЗА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Кафедра госпитальной хирургии с курсом урологии КГМУ

Введение

Дуоденальный стеноз – одно из серьезнейших осложнений язвенной болезни, развивающееся у 5–47% больных, страдающих этой патологией [3, 5]. Оно, как правило, прогрессирует, приводя к жизненным гомеостатическим нарушениям в организме, а потому всегда требует хирургического лечения. Именно дуоденальная язва – наиболее частая (около 90%) причина стеноза, сравнительно редко к этому осложнению приводят язвенные поражения пилорического канала.

Хирургическое лечение больных декомпенсированным рубцово-язвенным стенозом двенадцатиперстной кишки (ДРЯС ДПК) продолжает оставаться в центре внимания хирургов и гастроэнтерологов. Единого подхода к этой проблеме нет. Все имеющиеся методы подразделяются на 2 группы: резекционные и органосохраняющие. Резекция желудка, которая сопровождается относительно высокими цифрами летальности (2–5%), значительным числом ранних послеоперационных осложнений (12–35%), развитием различных постгастрорезекционных синдромов (25–60%), а также повышенным риском возникновения рака культи желудка (4–6%), по-прежнему занимает лидирующие позиции в хирургическом лечении язвенной болезни в целом и в особенности ДРЯС ДПК [4, 8].

В течение последних 15–20 лет в лечении осложненных форм язвенной болезни ДПК стали применяться органосохраняющие операции, преимуществами которых являются меньшая травматичность, минимальная летальность, низкая частота развития ранних послеоперационных осложнений и патологических синдромов в отдаленном периоде. Однако в хирургическом лечении ДРЯС ДПК эти методы в настоящее время применяются крайне ограниченно, так как большинство авторов сходятся во мнении, что единственной операцией при данной патологии, гарантирующей положительный результат, является резекция желудка [4, 5, 8].

Целью настоящего исследования явились сравнительная оценка методов хирургического лечения ДРЯС ДПК и обоснование выбора оптимальной хирургической тактики в лечении данной категории больных.

Материалы и методика

Обобщен опыт хирургического лечения 68 больных с ДРЯС ДПК, находившихся в экстренных хирургических отделениях БСМП г. Краснодара с 1996 по 2005 год. Мужчин было 60 (88%), женщин – 8 (12%). У большинства больных имел место длительный язвенный анамнез (более 5 лет) – 90% пациентов. 17 больных ранее оперированы по поводу других urgentных осложнений язвенной болезни (перфорация, кровотечение). Всем выполнены паллиативные операции (ушивание или

иссечение язвы, прошивание сосуда в язве). Методы обследования включали общеклинические анализы, УЗИ, ФГДС, рентгеноконтрастное исследование желудка и ДПК. Степень декомпенсации стеноза определялась на основании критериев, предложенных В. М. Дурлештером [1]. Согласно данной классификации, выделяют три степени декомпенсации дуоденального стеноза. В основу классификации положены совокупность клинических проявлений, биохимические показатели, рентгенологическая картина, наличие или отсутствие гастрогенной тетании. 17 больных (25%) оперированы в неотложном порядке, 51 (75%) в отсроченном. Больные, оперированные в неотложном порядке, имели сочетание декомпенсированного рубцово-язвенного стеноза ДПК с другими urgentными осложнениями язвенной болезни – перфорация наблюдалась у 8 пациентов, кровотечение – у 9 больных. Именно данные urgentные осложнения дуоденальной язвы послужили поводом для неотложного хирургического вмешательства. Больным, оперированным в отсроченном порядке, проводили комплексную предоперационную подготовку, включающую противоязвенную терапию, коррекцию водно-электролитных расстройств и других параметров гомеостаза, зондовую декомпрессию желудка и его промывание. Характер и длительность предоперационной подготовки определялись степенью декомпенсации дуоденального стеноза, наличием или отсутствием гастрогенной тетании. При наличии признаков истинной гастрогенной тетании предоперационная подготовка проводилась в условиях реанимационного отделения.

Результаты и обсуждение

Органосохраняющие вмешательства выполнены у 24 больных (35,3%), различные виды резекции желудка – у 44 (64,7%). Сведения о видах оперативных вмешательств по поводу ДРЯС ДПК приведены в таблице 1.

Как видно из таблицы, среди органосохраняющих вмешательств преобладали различные виды пилоропластики (70,8% от общего числа органосохраняющих пособий). Дуоденопластика с сохранением пилоруса выполнялась сравнительно редко, что, по всей видимости, обусловлено трудностью дифференцировки привратника при стенозе за счет атрофии луковицы ДПК, истончения и перерастания пилоруса, а также вовлечения последнего в рубцово-язвенный процесс. Оперативные вмешательства в сочетании с ваготомией выполнены у 5 пациентов (7,4%). Сравнительно редкое выполнение антацидных операций в один этап обусловлено как тяжестью состояния многих больных, так и нецелесообразностью выполнения ваготомии на перерастающем, атоничном желудке. Выполнение

Виды оперативных вмешательств при декомпенсированном рубцово-язвенном стенозе двенадцатиперстной кишки

Виды оперативных пособий	Число больных
Изолированная дуоденопластика	5 (7,4%)
Пилоропластика по Финнею	8 (11,8%)
Пилоропластика по Джадду	2 (2,9%)
Гастродуоденоанастомоз по Джабулэ	4 (5,9%)
Дуоденопластика + СПВ	2 (2,9%)
Пилоропластика + СВ	3 (4,4%)
Резекция желудка по Бильрот-1	15 (22%)
Резекция желудка по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финстерера	25 (36,8%)
Резекция желудка по Ру	4 (5,9%)
ВСЕГО	68 (100%)

Таблица 2

Ранние послеоперационные осложнения

Осложнения	Органосохраняющие вмешательства	Резекция желудка
Несостоятельность швов	-	2 (4,5%)
Внутрибрюшные кровотечения	-	1 (2,3%)
Острый панкреатит	1 (4,1%)	1 (2,3%)
Абсцессы брюшной полости	-	2 (4,5%)
Пневмония	1 (4,1%)	1 (2,3%)
ВСЕГО	8,2%	15,9%

ваготомии вторым этапом после восстановления моторики и секреции желудка и дополнительного обследования больных, по мнению многих авторов, является патогенетически оправданным [6, 7, 9].

Среди резекционных методов преобладала операция по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финстерера. Это оперативное пособие выполнено 25 больным (56,8% от общего числа резекций).

Частота ранних послеоперационных осложнений составила при органосохраняющих вмешательствах 8,2%, после резекции желудка – 15,9%. Летальных исходов после органосохраняющих пособий не было, после резекции желудка умерли 2 больных (4,5%). Общие сведения об осложнениях приведены в таблице 2.

Отдаленные результаты в сроки от 1 года до 5 лет изучены у 50 больных (73,5%). Различные патологические синдромы выявлены у 35% пациентов. Рецидив язвы в зоне гастродуоденоанастомоза возник у одного больного после резекции желудка по Бильрот-1. После органосохраняющих операций без ваго-

томии частота рецидивов язвенной болезни составила в среднем 15%, после выполнения ваготомии при первичном вмешательстве или через 6–12 месяцев вторым этапом – 6%. Основными причинами рецидива язвы были неполная и неадекватная ваготомия, а также неадекватное дренирование с нарушением эвакуаторной функции желудка. Демпинг-синдром различной степени тяжести выявлен в отдаленные сроки у 35% больных, перенесших резекцию желудка по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финстерера. После резекции желудка по Бильрот-1 и органосохраняющих вмешательств развития демпинг-синдрома не наблюдали. Рефлюкс-гастрит одинаково часто выявлялся после использования резекционных методов и органосохраняющих операций и был наиболее выражен после резекции желудка по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финстерера.

Оценку результатов проводили по модифицированной шкале D. Johnston, позволяющей провести количественную оценку в зависимости от степени

выраженности патологических синдромов, летальности, трудоспособности и других признаков путем начисления определенных баллов, которые умножаются на частоту встречаемости признака, выраженную в процентах. Наименьшее количество баллов, а значит, и лучший результат были получены после органосохраняющих операций в сочетании с ваготомией (274 балла), наихудшие – после резекции желудка по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финстерера (763 балла).

Заключение

Таким образом, проведенный анализ позволяет считать органосохраняющие операции методом выбора в хирургическом лечении ДРЯС ДПК. Они характеризуются меньшим количеством ранних послеоперационных осложнений, лучшими отдаленными результатами, более высоким качеством жизни пациентов. Из резекционных методов наихудшие ближайшие и отдаленные результаты имеет способ Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финстерера.

Поступила 4.02.07 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дурлештер В. М. Радикальная дуоденопластика и селективная проксимальная ваготомия в лечении декомпенсированного рубцово-язвенного стеноза двенадцатиперстной кишки: Автореферат дис. канд. мед. наук. Краснодар, 1992.
2. Ивашкин В. Т. Отношение гастроэнтеролога к хирургическому лечению язвенной болезни // Актуальные вопросы современной хирургии: Сборник тезисов. М., 2000. С. 139–140.
3. Кузин Н. М., Алимов А. Н. Селективная проксимальная ваготомия с дуоденопластикой в лечении дуоденальных стенозов у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Хирургия. 1997. № 4. С. 38–43.

4. Лобанков В. М. Хирургия язвенной болезни на рубеже XXI века // Хирургия. 2005. № 1. С. 58–64.
5. Окоемов М. Н., Кузин Н. М., Крылов Н. Н. и др. Сравнительная характеристика эффективности операций при язвенном пилородуоденальном стенозе // Хирургия. 2002. № 5. С. 26–29.
6. Оноприев В. И., Замулин Ю. Г., Сиухов Ш. Т., Караваев В. Л. Дуоденопластика – новый тип дренирующей операции при селективной проксимальной ваготомии у больных со стенозирующими язвами двенадцатиперстной кишки // Всероссийская научно-практическая конференция хирургов. Тезисы докл. Саратов, 1980. С. 239–240.
7. Панцырев Ю. М., Гринберг А. А. Ваготомия при осложненных дуоденальных язвах. М., 1979. 159 с.
8. Черноусов А. Ф., Чернооков А. Ю., Семенов А. Ю. Актуальные вопросы современной хирургии: Сборник тезисов. М., 2000. С. 379.
9. Ellis H. Pyloric stenosis in surgery of the stomach and duodenum, 4 th edition, L. M. Nyhus, Boston, little Brown, 1986. P. 475–489.

M. T. DIDIGOV

COMPARATIVE ESTIMATION OF METHODS OF SURGICAL TREATMENT OF THE STENOSIS OF THE DUODENAL GUT

Experience of surgical treatment of 68 patients with ulcer stenosis of a duodenal gut is generalized. To 24 patients are executed organosparing interventions in a combination with or in an isolated kind. 44 patients the resection 2/3 stomachs in various updatings is executed. The comparative estimation of ways of surgical treatment ulcer stenosis is given, early postoperative complications and the remote pathological syndromes are analysed.

Key words: stomach ulcer DPK, stenosis DPK, surgical treatment.

Ад. К. ЖАНЕ

ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ И ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ ПРОГРАММЫ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

Ставропольская государственная медицинская академия (ректор проф. Б. Д. Минаев),

ГУЗ «Ставропольский краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи»
(главный врач проф. В. И. Кошель)

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) занимает в структуре больничной летальности 7–10% [1]. Ее кумулятивная частота в стационаре составляет 0,5%, а частота обусловленных ею смертей – 0,3% [2]. Прижизненно ТЭЛА распознается не более чем у 50% больных. В 85% причиной ТЭЛА является тромбоз глубоких вен нижних конечностей, частота которого в многопрофильном стационаре колеблется от

5 до 15%, что зависит от количественной и качественной структуры отделений. Удельный вес ТЭЛА в структуре периоперационной летальности составляет 15–20% [3]. Особенно высока частота эмболоопасного тромбоза глубоких вен после травматологических и ортопедических операций, общехирургических, гинекологических и урологических вмешательств. Тромбоз глубоких вен сам по себе увеличивает