

ТЕХНОЛОГИЯ РАДИКАЛЬНОГО ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДПК, ОСЛОЖНЕННОЙ СТЕНОЗОМ

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

Снижение интереса к проблеме хирургического лечения осложнений ЯБ очевидно и объяснимо многими причинами. Сложившаяся ситуация привела к увеличению в списке осложнений ЯБ доли декомпенсированных состояний и различных патоморфологических вариантов стеноза ДПК.

Экономические концепции в медицине, необходимые для рационального финансирования, требуют создания стандартной «модели болезни», медико-экономического стандарта, «модели комплексной медицинской услуги» т. д. С этой целью в настоящее время апробируются протоколы лечения язвенной болезни.

Гастроэнтерологи единодушно приняли за основу патогенеза язвообразования микробное паразитирование и определенные этим принципы санации слизистой оболочки гастродуоденального комплекса. Но эта «модель» приемлема для ситуации первичной альтерации слизистой оболочки ДПК. А как меняется патогенез при формировании рубцового стеноза? Стазовый компонент патогенеза, изменяющий химизм в надстенотической части ДПК, желудке и пищеводе, не может быть устранен только антихеликобактерным воздействием.

Высокая эффективность противоязвенной терапии дуоденального стеноза возможна лишь на стадии инфильтрации и в меньшей степени на рубцово-язвенной стадии. Не оказывает эффекта терапия при рубцовом стенозировании ДПК.

Анализ статистических сведений, характеризующих эпидемиологию язвенной болезни ДПК в Краснодарском крае, обнадеживает: снижаются заболеваемость, частота и длительность ее стационарного лечения. Нет подобного оптимизма при оценке показателей экстренной госпитализации и послеоперационной летальности (Г. К. Карипиди с соавт., 2005). Эта проблема не региональная, аналогичные тенденции отмечены и в западных странах: резкое увеличение числа язвенных кровотечений, перфораций, стенозов у лиц преклонного возраста. Эти осложнения занимают ведущее место в структуре смертности (J. Highami; Kang; Majeed, 2002).

В Международной классификации болезней стеноз рассматривается как один из вариантов осложнения ЯБДПК без указания его характера. На самом же деле это разнородная группа клинико-морфофункциональных состояний. Оптимизация и расширение арсенала диагностических методов при исследовании дуоденального стеноза позволили дать объективную оценку компенсаторных возможностей желудка (при оставлении препятствия) и прогноза заболевания в зависимости от стадии язвенного процесса.

Из-за недостаточно широкого внедрения в хирургическую практику способа радикальной дуоденопла-

стики (РДП) в предлагаемых протоколах лечения ЯБДПК, осложненной стенозом, требующей хирургической коррекции, методом выбора является резекция желудка. При таком решении вопроса детализация патоморфологии стеноза не имеет значения.

Информированность терапевтов и пациентов о постгастрорезекционных нарушениях ограничивает использование хирургического метода, отождествленного с резекцией желудка, до развития декомпенсации моторно-эвакуаторной функции желудка.

При оценке утвержденных стандартов лечения ЯБДПК выявляются следующие недостатки:

1. Резекция желудка в любом варианте не соответствует принципам органосохранения.

2. Постгастрорезекционные нарушения компрометируют хирургический метод лечения и сужают показания к его использованию.

3. Оставление патологически измененных стенок в культе ДПК приводит к жизнеопасному осложнению – перфорации или ее несостоятельности.

4. «Выключение» ДПК делает ее не доступной для эндоскопического исследования и манипуляций на дуоденальном сосочке в послеоперационном периоде.

Причисление к органосохранению метода гастроэнтеростомии при декомпенсированном стенозе ДПК неверно:

1. Чрездуоденальный пассаж нарушен или отсутствует вследствие органического сужения.

2. Нарушена автономность желудочной полости, эвакуация осуществляется не координирующим антральным отделом, а по гидродинамическим принципам.

В этой ситуации структурно сохраненный желудок с нарушением тонкой организации эвакуатора, процесса выполняет лишь роль резервуара, подобно культе.

Недостатки «стандартного» хирургического лечения заставляют терапевтов и пациентов максимально отсрочить операцию. Несмотря на это, хирурги не спешат заменить арсенал калечащих операций, значительно снижающих качество жизни, на более эффективные технологии. Наметившиеся тенденции требуют кардинальных изменений: необходимо гарантировать не только радикальность устранения осложнения, но и сохранение функции гастродуоденального комплекса.

Целью нашего сообщения является: повышение эффективности лечения ЯБДПК, осложненной стенозом, путем стандартизации диагностики, консервативного лечения и определения показаний к органосохраняющему реконструктивному хирургическому лечению (РДП).

Нам представляется рациональным комментировать индивидуализированную тактику лечения ЯБ ДПК, осложненной стенозом, с учетом вариантов её течения и применения технологии радикальной дуоденопластики.

Диагностирование дуоденального стеноза требует следующих уточнений:

1. Степень компенсации (компенсированный, субкомпенсированный, декомпенсированный). Эта характеристика суммирует клинические признаки, метрическую характеристику стеноза, гастростаза, тонометрию желудочной активности.

2. Стадия язвенного процесса (язвенно-инфильтративная, рубцово-язвенная, рубцовая) (М. И. Кузин, 1983). В таком стадировании приоритет отдан морфологической характеристике, позволяющей прогнозировать дальнейшее течение язвенного очага и обратимость выявленных изменений.

3. Уровень его локализации (базальный, корпоральный, апикальный, постбульбарный) и протяженность (сегментарный, тубулярный) (В. И. Оноприев, 1984). Анатомическая характеристика не только имеет техническое значение, но и предполагает сопутствующие стенозу осложнения с учетом синтопии органов и структур.

Материалы и методы

Российский центр функциональной хирургической гастроэнтерологии располагает опытом хирургического лечения 2500 больных ЯБДПК, осложненной стенозом. Это осложнение составляет 70,5% от общего числа оперированных за 27-летний период внедрения радикальной дуоденопластики.

Структура осложнений в зависимости от степени и стадии стеноза представлена следующим образом (табл. 1): дуоденальный компенсированный стеноз послужил поводом к операции у 262 (10,5%) пациентов, при этом язвенный очаг у 188 из них находился в стадии рубца, а у 74 больных на первичной рубцовой шпоре выявлена язва. Чаще всего (1760 случаев) операции выполнялись на стадии субкомпенсации эвакуаторной функции желудка, вызванной у 82 пациентов инфильтративно-язвенным стенозом ДПК, у 620 оперированных язвенно-рубцовым стенозом. У 1058 больных ЯБ предоперационная поливалентная консервативная терапия привела к эпителизации язвы, что позволило выполнить реконструкцию ДПК в наиболее оптимальных условиях. Признаки декомпенсации моторно-эвакуаторной функции желудка, вызванной дуоденальным стенозом, определены у 478 пациентов. У 44 (1,8%) больных осложненная дуоденальная язва сочеталась с желудочным язвообразованием. Во всех случаях для хирургической коррекции ДПК использова-

на собственная технология радикальной дуоденопластики по оригинальной методике.

Хирургическое лечение на стадии компенсированного стеноза было использовано у 262 пациентов. Показания к операции были относительными: у 74 больных стеноз был в рубцово-язвенной стадии, чаще в базальном уровне (39). Корпорально язва располагалась у 19 больных, апикально – у 9 и 7 раз постбульбарно. В основном (69 больных) стенозы имели сегментарный характер, в 5 случаях выявлены 2 язвенно-рубцовых очага в разных уровнях.

188 пациентов были оперированы при рубцовой стадии стеноза после проведенного курса противоязвенной терапии. Остаточная стенозирующая рубцовая деформация ограничивала сегментарно перистальтику луковицы на разных уровнях.

Диагностирование компенсированного стеноза ДПК, расположенного на уровне сфинктеров, требовало дополнительного времени и приемов для рентгенологической и эндоскопической оценки характера деформации. Близкое расположение к стенозу бульбо-дуоденального сфинктера определено у 19 больных. В большинстве случаев к «ранним операциям» мы прибегали при околопилорическом расположении стеноза (118 больных). У 51 пациента рубцовое сужение было расположено на уровне тела луковицы.

С учетом многих индивидуальных факторов (анамнестические особенности, локальный статус заболевания, оценка качества жизни, комплаентности) определены показания к РДП при компенсированной степени стеноза:

1. Возникновение двух и более рецидивов язвообразования в течение года на фоне профилактической терапии.

2. Возрастание степени гастростаза или надстенотической дилатации луковицы после купирования очередного рецидива.

3. Размер рецидивной язвы более 1 см или язвенное повреждение двух и более уровней.

Минимальный срок наблюдения – 6 месяцев. Метрическая оценка гастроптоза и дуоденостаза проводилась с соблюдением обязательных условий: рентгенологическое исследование выполнялось после эпителизации рецидивной язвы, натощак в одно и то же время, с одинаковым объемом контраста, в одинаковых проекциях. Дополнительно у части пациентов сравнительно оценивался натощаковый объем желудочного содержимого.

У 1760 оперированных нами больных диагностирована ЯБ ДПК, осложненная стенозом, в степени субкомпенсации. Субкомпенсация – пограничное состояние клинических проявлений ЯБ, к которому приводят уменьшение диаметра или увеличение протяженности суженного участка ДПК с одной стороны и резкое угнетение эвакуаторной функции желудка с другой.

Морфофункциональная оценка характера стеноза двенадцатиперстной кишки

Степень компенсации стеноза	Инфильтративно-язвенная стадия	Язвенно-рубцовая стадия	Рубцовая стадия	Всего
Компенсированный	0 (0%)	74 (28,2%)	188 (71,8%)	262 (100%)
Субкомпенсированный	82 (4,7%)	620 (35,2%)	1058 (60,1%)	1760 (100%)
Декомпенсированный	47 (9,8%)	119 (24,9%)	312 (65,3%)	478 (100%)
Всего:	129 (5,2%)	813 (32,5%)	1558 (62,3%)	2500 (100%)

Острое развитие субкомпенсированного стеноза возможно при рецидивировании язвы на «первичной шпоре» существующего компенсированного рубцового стеноза (620 случаев). Другой патогенетический вариант – критическое сужение просвета ДПК за счет выраженной периульцерозной инфильтрации при больших размерах язвенного очага или многоочаговой язвенной альтерации (82 пациента). Субкомпенсация эвакуаторной функции желудка в рубцово-язвенной и, тем более, инфильтративно-язвенной стадиях стеноза у части больных обратима при помощи консервативного противоязвенного лечения. Стандарт антихеликобактерной терапии на период нарушения проходимости ДПК дополняется чреззондовым энтеральным или парентеральным питанием. Если же субкомпенсация вызвана рубцовым дуоденальным стенозом, эффективность консервативного лечения минимальна. Принятие решения об операции на этой стадии osloжения может быть отвергнуто лишь пациентом.

Анализируя собственный опыт (1058 больных), можно убедительно сказать: при этой стадии ЯБ объективны абсолютные показания к органосохраняющему хирургическому лечению до развития декомпенсации моторно-эвакуаторной функции желудка и надстенотической части ДПК.

Показания к выполнению селективной проксимальной ваготомии с появлением высокоэффективных средств профилактики рецидива ЯБ за последние 10 лет подверглись существенному пересмотру.

Селективная проксимальная ваготомия как дополняющий РДП способ хирургического лечения ЯБ ДПК, осложненной компенсированным или субкомпенсированным стенозом, выполняется:

1. При отказе пациента с высоким риском рецидивирования ЯБ ДПК от профилактического консервативного лечения.

2. При рецидивировании язвы после изолированного вмешательства на ДПК (ушивание, РДП).

3. Наличие фиксированной грыжи пищевода от версты диафрагмы.

Опыт применения РДП при декомпенсированном дуоденальном стенозе является приоритетом нашей клиники. Само понятие «декомпенсация моторно-эвакуаторной функции желудка» использовано в сочетании со стенозом, не позволяющим без его устранения восстановить эту функцию. отождествление многими авторами функциональной декомпенсации с дегенерацией миоструктуры желудка долгое время оправдывало применение резекции желудка. Даже восстановление перистальтической активности в культе желудка после резекционного «устранения декомпенсации» не приводило к мысли об обратимости функциональных нарушений. В 1992 г. подведен итог фундаментальным исследованиям, выполненным В. И. Оноприевым и В. М. Дурлештером, доказавшими техническую возможность органосохраняющего реконструктивного вмешательства при декомпенсированном стенозе ДПК и обратимость функциональных нарушений желудка после устранения стеноза.

На этой стадии осложнения антихеликобактерная терапия неэффективна. Консервативное лечение направлено на стабилизацию гомеостаза, снижение кислотопродукции желудка внутривенным введением блокаторов H₂ гистаминовых рецепторов и протонной помпы.

ЯБ ДПК, осложненная рубцовым декомпенсированным стенозом, является абсолютным показанием к хирургическому лечению. Опыт применения РДП у 552 больных с декомпенсированным дуоденальным стенозом дает основания рекомендовать этот способ для

широкого внедрения и исключить резекцию желудка из арсенала специализированных хирургических клиник.

Детализация патоморфологических изменений ДПК вследствие язвенной альтерации и анализ результатов повторных реконструктивных вмешательств позволили нам определить перспективы повышения эффективности хирургического лечения язвенной болезни ДПК.

Какими бы убедительными ни были аргументы в пользу рекомендуемой хирургической коррекции, оппоненты едины во мнении, что на роль «идеальной» может претендовать реконструкция, способная полностью восстановить функционирующую структуру. Мы не останавливаемся на перечислении недостатков резекции желудка и различных способов пилоропластики. Этот вопрос достаточно полно изложен в литературе.

Принятые клинко-экономические критерии в оценке способов хирургической коррекции не позволяют дать им объективную оценку. «Удобно» внедрять новые способы, к преимуществам которых причисляются лишь снижение осложнений и летальности, отсутствие рецидива болезни без учета полноты компенсации пищеварительных функций.

Неудачи применяемых в хирургической практике способов дуоденопластики можно условно систематизировать следующим образом:

1. Оставление патологически измененных стенок, являющихся структурной основой рецидивирования язвы.

2. Оставление патологической фиксации ДПК, ограничивающей перистальтическую активность.

3. Ригидность создаваемого просвета на уровне дуоденопластики.

4. Нарушение миоструктуры привратника или его денервация при близком расположении язвы.

5. Травма и перевязка магистральных сосудов (гастродуоденальная артерия, правая желудочная и желудочно-сальниковая артерия и вена), желчных и панкреатических протоков.

6. Неоправданное удаление сохраненных стенок луковицы (отождествление дуоденопластики с сегментарной резекцией луковицы).

7. Использование «некорректной» адаптации кишечных стенок.

Полученные нами сведения о хирургической гистотопографии различных вариантов стенозирующих язв ДПК позволяют определить патогенетические этапы следующим образом: при вовлечении в процесс язвообразования миоструктуры кишечной стенки естественной реакцией миоцитов на снижение pH является стойкое сокращение. Спазм циркулярного мышечного слоя приводит к уменьшению просвета ДПК, а продольного – к локальному укорочению луковицы. Длительное сокращение мышечных слоев в ряде случаев приводит к нарушению кровоснабжения поврежденного сегмента кишки и последующему их фиброзированию. Функциональный характер деформации постепенно сменяется органическим. Спазмированный сегмент ДПК обозначен нами как «шпора». Сектор «шпоры» в зоне язвы обозначен как «первичная», а остальная её часть – «вторичная». Распространенность фиброза, определяющего тип деформации луковицы, определяется локализацией язвенного очага, его размером и сроком существования. Надстенотическая дилатация проявляется в образовании по ходу кишки карманов-псевдивертикулов с постепенным их смещением за уровень стеноза. Эта стадия необратимых изменений ДПК приводит к нарушению объемной скорости эвакуации через деформированный сегмент кишки. Приводимые нами многократно основные варианты сегментарных сужений луковицы позволяют

сопоставить локализацию ЯО с единственным вариантом деформации ГДП.

Многочисленное микроскопическое исследование операционного материала определило характер структурных изменений дуоденальной стенки, поврежденной язвенным процессом. К необратимым изменениям мы относим полное рубцовое замещение слоев ДПК. Внутрстеночное распространение соединительно-тканых тяжей в различных слоях и в различных направлениях неодинаково. Эти изменения отчетливо видны при интраоперационном исследовании, что позволяет подконтрольно и прицельно устранять рубцовые деформации луковицы с сохранением интактных структур.

При инфильтративно-язвенной стадии стеноза границы видимых изменений значительно отдалены от края язвы. Периульцерозный инфильтрат, несмотря на возможную обратимость структурных изменений, представляет собой зону со значительно нарушенной васкуляризацией.

Учитывая индивидуальность патологического очага, мы не предлагаем оптимальных границ его удаления. Лучшим выходом является расширение границ резекции пораженной стенки малыми порциями до визуализации дифференцированных слоев кишки.

Длительное существование и частое рецидивирование язвенного процесса не ограничиваются границами кишки. Воспалительный перипроцесс приводит к патологической фиксации пограничных структур и органов.

К отличительным признакам РДП, имеющим принципиальное значение, можно отнести следующие:

1. Метод универсален и технически выполним при всех вариантах постязвенных стенозов.

2. Технические стандарты опережающего инвазивного исследования исключают возможность искусственного повреждения сохраненных структур.

3. Восстановление мобильности ДПК достигается устранением патологического перипроцесса.

4. Язвенный очаг или постязвенные рубцы удаляются прицельно и локально до уровня сохраненной дуоденальной стенки или привратника.

5. Исследуется место пенетрации язвы, при необходимости восстанавливаются аррозированные структуры.

6. Мобилизация дистальных уровней ДПК или использование кишечного (желудочного) трансплантата позволяют заместить образующийся диастаз краев дуоденального дефекта.

7. С помощью узловых однорядных серозно-подслизистых швов восстанавливается форма луковицы ДПК.

8. Безбрюшинные участки луковицы отграничиваются от окружающих структур мобилизованной пряжкой большого сальника.

9. При необходимости устраняется артериомезентериальная компрессия и корректируется нарушенная дуоденальная проходимость.

10. Устраняются возможные причины нарушения кишечной проходимости.

11. Восстановленная проксимальная часть ДПК перитонизируется мобилизованной пряжкой сальника, что отграничивает ее от инфильтрата и исключает патологическую фиксацию.

Способ РДП, выполняемой при вовлечении в процесс миоструктуры привратника, обозначен как ИГДП-слайд. Деликатное выделение миоструктуры сфинктера, сохранность его иннервации и внесфинктерная адаптация при восстановлении ГДП обеспечивают гарантию сохранения и восстановления функции привратника.

При вмешательстве в околосопочковой зоне ДПК все манипуляции должны выполняться под инструмен-

тальным контролем состояния желчного и панкреатического протоков.

Высокие требования, предъявляемые к технологиям хирургической коррекции ДПК, преследуют в конечной цели максимальное восстановление пищеварительных функций начальным отделом ЖКТ.

Нами разработан комплекс профилактических мероприятий, позволяющих гарантированно исключить такие осложнения, как внутрижелудочная и дуоденальная гипертензия, анастомозит, послеоперационный панкреатит, несостоятельность кишечных швов, нагноение послеоперационной раны.

Выводы

Предлагаемые способы хирургического лечения язвенной болезни ДПК, осложненной стенозом, неравнозначны с позиции функциональности выполняемых реконструкций, что затрудняет оценку метода в целом.

Реконструктивное вмешательство, восстанавливающее не только проходимость, но и нормальную анатомию ДПК, создает оптимальные условия для полной реабилитации утраченных пищеварительных функций.

Наметившаяся тенденция хирургического и терапевтического партнерства в лечении язвенной болезни, исключающего развитие декомпенсации, стала возможной благодаря внедрению технологии радикальной дуоденопластики.

Низкая частота послеоперационных осложнений, сокращение сроков реабилитации пациентов дают основания для расширения показаний к использованию способа РДП: превентивно на стадии компенсации дуоденального стеноза, у пожилых пациентов и больных с сопутствующими заболеваниями, повышающими риск оперативного пособия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Осложненные формы язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / Под ред. В. И. Оноприева, Г. Ф. Коротько, Н. В. Корочанской. Краснодар: изд-во КГМА, 2004. 560 с.

2. Оноприев В. И. Этюды функциональной хирургии язвенной болезни. Краснодар, 1995. 296 с.

**V. I. ONOPRIEV, S. R. GENRIKH,
A. L. VOEVODIN, K. I. POPANDOPYULO**

THE TECHNOLOGY OF THE RADICAL SURGICAL ORGAN-PRESERVING TREATMENT OF THE DUODENAL ULCER, COMPLICATED WITH THE STENOSIS

There are results of the recent and remote results of the surgical treatment of the 2574 patients with the ulcer disease of the duodenum complicated with the stenosis. There is found out and analyzed the structure of the complications depending on the stage of the obstruction. There were given the morphofunctional description of the duodenal stenosis's character, found out the recommendations for the surgical treatment and the methods of the radical duodenoplasty on the different stages of the disease. There has been investigated the complex of the preventive treatment, which is able to avoid the complications of the surgical treatment of the duodenal ulcer disease.

The examination of the remote results of the surgical treatment with the reconstruction, which can provide both the normal anatomy and the physiology of the duodenum, shows the decrease of the complications and the rehabilitation of the lost digestive functions of the duodenum.

Key words: stenosis, radical duodenoplasty, surgical treatment, rehabilitation.