

В.И. Подолужный, О.А. Краснов, Д.Н. Греков, О.В. Ооржак

Кемеровская государственная медицинская академия,
Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
г. Кемерово

ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНОЛОГИИ ХИМИОНЕВРОЛИЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

За последнее десятилетие удвоилось число больных с перфоративной и кровоточащей язвой. Амбулаторное консервативное лечение язвенной болезни 12-перстной кишки дает высокий процент рецидива заболевания и низкую эффективность эрадикационной терапии. При язвенной болезни 12-перстной кишки, осложненной перфорацией, в дополнение к ушиванию, показана селективная проксимальная ваготомия (СПВ), дающая без послеоперационного медикаментозного лечения 6,8 % поздних рецидивов заболевания. Более дешевой альтернативой ваготомии методом скелетирования является технология химионевролиза. Восстановления кислотно-протеолитической активности тела желудка в течение 4 лет после селективной проксимальной ваготомии методом химионевролиза не происходит.

Ключевые слова: язвенная болезнь 12-перстной кишки, селективная проксимальная ваготомия, технология химионевролиза.

For last decade the number of patients with perforating and a bleeding ulcer was doubled. Out-patient conservative treatment of duodenal ulcer gives high percent of relapse of disease and low efficiency of eradication therapy. In duodenal ulcer complicated by perforation punching, in addition to sewing up the selective proximal vagisection is shown giving 6,8 % of late relapses of disease without postoperative medication. Cheaper alternative vagisection by sceleting method is the technology of chemical neurolysis. Restoration of acid-proteolytic activity of the stomach body within 4 years after selective proximal vagisection by method of chemical neurolysis does not occur.

Key words: duodenal ulcer, selective proximal vagisection, chemical neurolysis technology.

Заболелаемость язвенной болезнью в России уменьшается, напротив, за последнее десятилетие отмечается рост зарегистрированных больных и, что самое печальное, значительный рост грозных осложнений заболевания с очень высокими показателями летальности. Если в восьмидесятые годы заболеваемость колебалась от 600 до 800 тысяч человек в год, то в 2000 году было зарегистрировано 1811187 больных. За десять лет число оперированных с перфоративной язвой увеличилось с 17052 чел. в 1990 году до 37892 чел. в 2000 году, при этом летальность до 24 часов составила 4,9 %, а при поступлении после 24 часов – 20,9 %. Число госпитализируемых с желудочными кровотечениями выросло за этот срок с 30906 чел. до 63809 чел., с минимальной летальностью 12,9 %. Основную массу urgentных больных составляют пациенты с желудочными кровотечениями язвенной природы.

Цель исследования – обосновать необходимость и целесообразность внедрения технологии химионевролиза при выполнении селективной проксимальной ваготомии (СПВ) у больных с осложненными формами язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В работе использованы республиканские, областные и городские годовые отчеты по заболеваемости язвенной болезнью 12-перстной кишки, осложненной перфорацией и кровотечением. Анализированы результаты лечения в сроки до 17 лет у 74 человек после ушивания перфоративной язвы 12-перстной кишки и СПВ методом скелетирования, а также – у 42 больных после ушивания дуоденальной язвы и СПВ методом химионевролиза.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В Кузбассе за десятилетие более чем в два раза увеличилось число операций по поводу перфоративной язвы. В ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского, при одинаковом числе дежурных дней и не возросшем числе жителей г. Кемерово, количество пациентов с язвенными желудочными кровотечениями удвоилось (табл. 1). И это на фоне разработки и внедрения в лечебную практику современных антисекреторных препаратов, на фоне внедрения перспективных схем эрадикационной терапии. Да, эти внедрения значительно уменьшили число плановых операций при язвенной болезни. Настолько уменьшили, что в городских больницах молодые хирурги скоро не будут уметь хорошо выполнять резекцию желудка. Мы не призываем повсеместно и значительно расширять показания к оперативному лечению язвенной болезни. Они должны быть разумными. Но в чем же причина столь значительного роста числа язвенных осложнений? Анализ причин роста объясняет происходящее низким качеством медикаментозной терапии. Терапии, которая обрывает болевой синдром за 2-3 дня, устраняет мысли о возможном оперативном лечении и сохраняет болезнь, сохраняет угрозу развития грозных осложнений.

Таблица 1

Число пациентов, оперированных по поводу перфоративной язвы, в Кузбассе

Годы	Кемеровская область	ГКБ № 3
1980-1990	350-400 человек в год	15-25 человек в год
1997	989	40
1998	1056	45
1999	1174	72
2000	1019	57
2001	1033	48
2002	856	51

Результаты анкетирования и обследования больных с язвенной болезнью, перенесших, в частности, ушивание перфоративного отверстия в 12-перстной кишке, неутешительны. При обследовании через 1-4 года после ушивания и последующего лечения у терапевта 41 пациента, геликобактериоз желудка выявлен нами в 95 % случаев. Эффективность эрадикационной терапии составила всего 5 %. По данным исследований Чернова В.Ф. в г. Кургане (1998), только 11 % пациентов с язвенной болезнью получают современную антисекреторную и противомикробную терапию. С грубыми нарушениями лечебных программ лечатся 83 % больных, не лечатся вообще — 6 %. Даже на фоне современного лечения, у 20-30-летних пациентов рецидив язвенной болезни развивается в 21-27 % случаев [1], а по данным Петрова В.П. с соавт. (2003) — в 37,7 % за 2-3 года.

Клиницисты столкнулись с парадоксальной ситуацией — гастроэнтерологи сегодня, с одной стороны, имеют возможность прекрасно воздействовать медикаментозно на механизмы язвообразования, с другой стороны, эффективность этого воздействия оставляет желать лучшего. Все это диктует необходимость хирургического вмешательства в механизмы язвообразования, особенно при развитии опасных для жизни язвенных осложнений.

Клиника госпитальной хирургии на базе ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского располагает 32-летним опытом выполнения ваготомии при язвенной болезни 12-перстной кишки. В частности, прослежены 74 человека в сроки до 17 лет после ушивания перфоративной язвы 12-перстной кишки и СПВ методом скелетирования. При отсутствии эрадикационной терапии и какого-либо лечения, рецидив заболевания выявлен всего у 6,8 % пациентов, повторно оперированы только 2,7 % больных. В 89 % случаев состояние обследованных было расценено как отличное и хорошее. 16-летнее наблюдение за перенесшими СПВ свидетельствует о сохранении невысоких показателей кислотно-протеолитической активности оперированных (рис. 1 и 2), что говорит об эффективности ваготомии и ее долгосрочном вмешательстве в механизмы язвообразования. По данным публикаций 2002-2003 гг., после простого ушивания дуоденальной язвы без последующего лечения, рецидив заболевания развивается в 47-65,5 % [2, 3, 4]. У 17-18 % оперированных имеется резистентность к блокаторам H_2 -рецепторов гистамина [2], в связи с этим Панцирев Ю.М. с соавт. [5] считают ваготомию «Золотым стандартом» в комплексном хирургическом лечении перфоративной язвы 12-перстной кишки.

Однако СПВ методом скелетирования требует либо высокой квалификации хирурга, либо значительных финансовых затрат при использовании современных технологий. В последние 7 лет СПВ в клинике выполняется методом химиионевролиза. Алкоголизацию нервов используют в медицине около 100 лет. Эта технология проста, ее может освоить начинающий хирург. Она сокращает время операции, в сравнении со скелетированием при лапаротомном ис-

Рисунок 1
Протеолитический профиль желудка у здоровых и при ПЯДПК

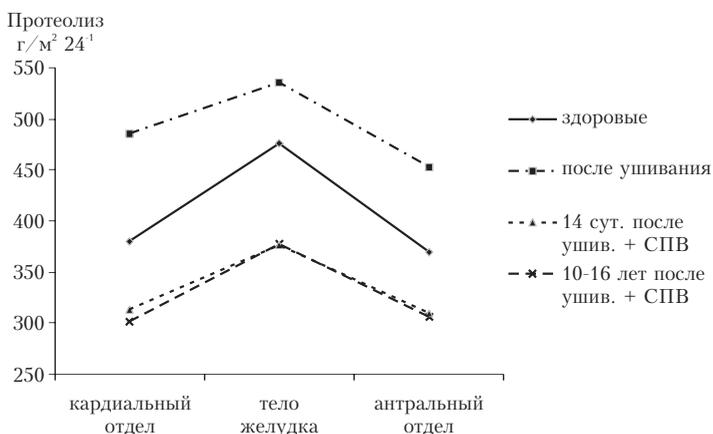
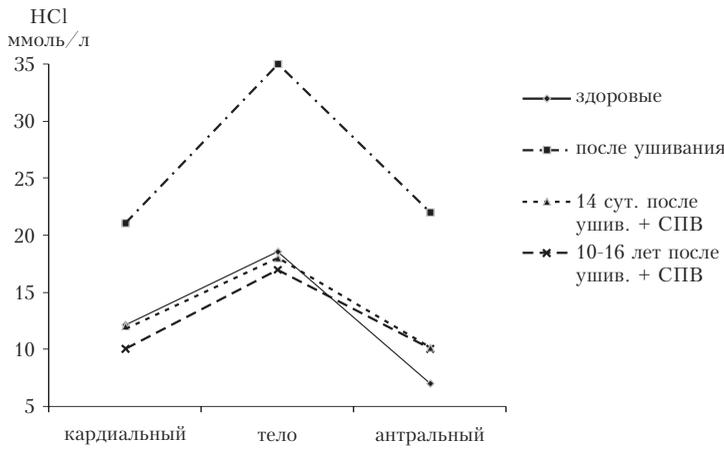


Рисунок 2
Кислотный профиль желудка у здоровых и при ПЯДПК



полнении, на 1 час. Технология не требует финансовых затрат, т.к. в ее основе лежит субсерозное введение 30 % спиртового раствора. Предварительно нами в эксперименте на крысах было уточнено, что лечебный эффект достигается при субсерозном введении 24-36 % раствора этилового спирта, наступают дистрофические изменения нервных сплетений. При введении 48-72 % раствора появляются очаговые некрозы стенки желудка, 90 % – тотальный некроз.

СПВ методом химионевролиза, в дополнение к ушиванию перфоративной язвы 12-перстной кишки, выполнена в клинике у 115 человек. Послеоперационный период протекал обычно. Обследованы 42 оперированных больных через 1-4 года после операции. Как показывают результаты обследования, технология химионевролиза достоверно снижает кислотно-протеолитическую активность тела желудка (табл. 2). В течение 4-х лет после операции восстановление агрессивности желудочного сока при сохраненном геликобактерном гастрите не наблюдается.

Представляется перспективным использование технологии химионевролиза в повседневной практике абдоминальных хирургов. В Кузбассе ежегодно оперируются около 900 человек с перфоративными язвами и госпитализируются до 1000 пациентов с язвенными желудочными кровотечениями. Большую часть из них составляют люди, страдающие язвенной болезнью 12-перстной кишки. Технология химионевролиза при видеолaparоскопическом исполнении удешевляет одно вмешательство, в сравнении со скелетированием, минимум на

10000 рублей и снижает рецидив заболевания при отсутствии дорогостоящего медикаментозного лечения на 20-30 %. Ваготомия методом химионевролиза при лапаротомном исполнении доступна 100 % общехирургических отделений области. Вопросы ее видеолaparоскопического исполнения требуют своего изучения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

За последние 10 лет в области удвоилось число больных с язвенной болезнью 12-перстной кишки, осложненной перфорацией и кровотечением. Амбулаторная эрадикационная терапия этой категории больных малоэффективна. СПВ в дополнение к ушиванию перфоративной язвы 12-перстной кишки в течение 17 лет после операции в 93 % случаев предупреждает рецидив заболевания при отсутствии последующего консервативного и антигеликобактерного лечения. Технология химионевролиза является дешевым, общедоступным и перспективным методом выполнения СПВ.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Язвенная болезнь 12-перстной кишки: возрастная эволюция и прогноз /М.П. Королев, Л.Е. Федоров, Е.А. Павлова и др. //Тез. докл. VIII Всерос. съезда хирургов. – Краснодар, 1995. – С. 131-132.
2. Лечение больных с перфоративными пилородуоденальными язвами /Н.С. Утешев, А.А. Гуляев, П.А. Ярцев и др. //Хирургия. – 2003. – № 12. – С. 48-51.
3. Петров, В.П. Эффективность консервативного и хирургического лечения больных язвенной болезнью 12-перстной кишки /В.П. Петров, В.В. Осипов. //РЖГК. – 2003. – Т. XIII. – 2003. – С. 14-18.
4. Реабилитация больных после ушивания перфоративной язвы 12-перстной кишки /С.А. Афендулов, А.Д. Смирнов, Г.Ю. Журавлев и др. //Хирургия. – 2002. – № 4. – С. 48-51.
5. Панцирев, Ю.М. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв /Ю.М. Панцирев, А.И. Михалев, Е.Д. Федоров. //Хирургия. – 2003. – № 3. – С. 43-49.

Таблица 2
Сравнительная оценка КПА тела желудка при ПЯДК

Показатели	Клинически здоровые	Группы обследованных			
		Ушивание ПЯДК, 14 суток после операции	Ушивание ПЯДК + СПВ методом химионевролиза		
			Через 14 суток	Через 6-12 мес.	Через 2-4 года
Протеолиз, г/м ² 24 ⁻¹	n = 49	n = 12	n = 43	n = 28	n = 15
Диффузия ионов водорода, мм	11,5 ± 1,1	13,6 ± 0,38*	6,1 ± 1,4*	7,7 ± 1,2*	8,5 ± 0,7*

Примечание: * - p < 0,05 к контролю