

На правах рукописи

Помыткин Александр Викторович

**ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ
ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ**

14.00.27 – хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

**диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Томск – 2002

Работа выполнена в Сибирском государственном медицинском университете,
Северском гастроэнтерологическом центре СО РАМН (г. Северск).

НАУЧНЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ:

доктор медицинских наук, профессор

Жерлов Г.К.

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ОППОНЕНТЫ:

Член-корреспондент РАМН,

доктор медицинских наук, профессор

Дамбаев Г.Ц.

доктор медицинских наук

Баранов А.И.

Ведущая организация – Новосибирская государственная медицинская академия.

Защита диссертации состоится «_____» _____ 2002 г. в _____ час. на заседании диссертационного совета Д 208.096.01 в Сибирском государственном медицинском университете (634050, г. Томск, Московский тракт, 2).

С диссертацией можно ознакомиться в научно-медицинской библиотеке Сибирского государственного медицинского университета (634050, г. Томск, пр. Ленина, 107).

Автореферат разослан «_____» _____ 2002 г.

Ученый секретарь

диссертационного совета

доктор медицинских наук,

профессор

Бражникова Н.А.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы

Одной из наиболее сложных и малоизученных проблем современной гастроэнтерологии является сочетание язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки с хронической дуоденальной непроходимостью (ХДН). По сводным данным Р.А. Алибегова и С.А. Касумьяна (1998), Е.М. Блажитко (1993), Я.Д. Витебского (1976), Х.Д. Джумабаева (1997), В.Ф. Саенко (1984) гастродуоденальные язвы в 5,66 – 50% случаев сочетаются с хронической дуоденальной непроходимостью. Ю.М. Панцырев (1989), на основании комплексного рентгеноэндоскопического и манометрического исследования дуоденальной проходимости отмечал, что ХДН осложняет течение дуоденальной язвы в 98,2% случаев и всегда требует оперативной коррекции.

Не до конца остаются изученными вопросы этиопатогенетических взаимоотношений хронической дуоденальной непроходимости с язвенной болезнью желудка и ДПК, в частности, её значение в язвообразовании. Недооценка клинического значения фоновой ХДН и необходимости ее коррекции при проведении операции по поводу язвенной болезни чревато высоким риском развития послеоперационных осложнений в раннем послеоперационном периоде, а в отдаленные сроки – постваготомическими и постгастрорезекционными расстройствами (Блажитко Е.М., 1993; Джумабаев Х.Д., 1997; Саенко В.Ф., 1984).

Взгляды авторов на необходимость и способ коррекции ХДН при оперативном лечении по поводу язвенной болезни остаются неоднозначны и противоречивы.

Существенные разногласия отмечаются по вопросу сохранения естественной кишечной непрерывности при хирургическом лечении язвенной болезни на фоне ХДН. Ю.М. Панцырев (1985), В.П. Петров (1995), А.В. Федоров (1990), С.В. Неретина (2000) считают любые формы ХДН противопоказанием для сохранения дуоденального пассажа. Другие авторы (Татишвили Г.Г., 1990; Биличенко В.Б., 1994; Оскретков В.И., 1995; Щербатых А.В., 2000) при компенсированных формах ХДН выполняют резекцию желудка по способу Бильрот-1. С.А. Касумьян (1987) и Ш.А. Худайбергенов (1995) не считают противопоказанием для сохранения кишечной непрерывности и стадию субкомпенсации ХДН.

Другим не менее важным вопросом в лечении пациентов с ХДН является выраженный дуоденогастральный рефлюкс, который встречается от 15 – 20% до 100%

пациентов с этой патологией (Витебский Я.Д., 1976; Успенский В.М., 1980; Панцырев Ю.М., 1984; Реут А.А., 1990; Ступин В.А., 1992). Отсюда естественно было бы предположить, что единственным способом лечения больных с язвенной болезнью на фоне ХДН должна стать резекция желудка с исключением ДПК из пассажа пищи. В противном случае, когда формируется прямой гастродуоденоанастомоз или выполняется ваготомия с различными вариантами пилоро- и дуоденопластики – сохраняющаяся дуоденальная гипертензия будет провоцировать дуоденогастральный рефлюкс, что в свою очередь чревато развитием целого ряда постгастрорезекционных и постваготомических расстройств, среди которых рефлюкс-гастрит, рефлюкс-эзофагит, пептическая язва гастродуоденоанастомоза и т.п. (Вильгельм Н.П., 1993; Джумабаев Х.Д., 1997).

Исходя из вышеизложенного, особый интерес хирургов вызывает оперативное лечение язвенной болезни протекающей на фоне хронической дуоденальной непроходимости. Ведь если не устранена причина ХДН, весьма сложно добиться излечения пациента. Кроме того, при наличии ХДН значительно расширяются и показания к оперативному лечению язвенной болезни, поскольку ХДН в стадии суб- и декомпенсации сама является показанием к операции.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Научное обоснование, разработка и внедрение в практику оптимальных методов хирургического лечения язвенной болезни протекающей на фоне хронической дуоденальной непроходимости.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Обосновать материалы клиники по частоте встречаемости, особенности клинического течения гастродуоденальных язв на фоне нарушений моторно-эвакуаторной функции ДПК.
2. Разработать показания и определить наиболее эффективные методы корригирующих операций на ДПК при различных формах хронической дуоденальной непроходимости.

3. Провести анализ непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения язвенной болезни протекающей на фоне хронической дуоденальной непроходимости.

НАУЧНАЯ НОВИЗНА

Научно обоснованы показания к восстановлению естественной желудочно-кишечной непрерывности у больных с гастродуоденальными язвами при различных формах хронической дуоденальной непроходимости. На основании комплексного метода исследования показана целесообразность применения пилорусмоделирующего гастродуоденоанастомоза, пилоросохраняющей резекции желудка, СПВ и корригирующих операций на ДПК у больных с язвенной болезнью протекающей на фоне хронической дуоденальной непроходимости.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РАБОТЫ

Предложенный способ лечения язвенной болезни желудка и ДПК, протекающей на фоне ХДН, позволяет улучшить течение ближайшего и отдалённого послеоперационного периода; позволит предотвратить развитие специфических осложнений (рефлюкс-гастрит, гастростаз, рецидив язвы, рак культи желудка); улучшит моторно-эвакуаторную функцию двенадцатиперстной кишки.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ

1. Возможность сохранения пассажа пищи по ДПК при оперативном лечении язвенной болезни желудка и ДПК протекающей на фоне хронической дуоденальной непроходимости.
2. При оперативном лечении язвенной болезни, протекающей на фоне ХДН, последняя, независимо от формы и стадии, подлежит хирургической коррекции.
3. Формирование функционально активного пилорусмоделирующего гастродуоденоанастомоза и выполнение корригирующих операций на ДПК адекватно ликвидирует явления ХДН и препятствует ретроградному забросу агрессивного дуоденального содержимого в культи желудка, предупреждает развитие тяжелых форм рефлюкс-гастрита, значительно снижает количество его лёгких форм.

ВНЕДРЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПРАКТИКУ

Предлагаемый способ оперативного лечения язвенной болезни на фоне ХДН внедрён в клиническую практику Северского гастроэнтерологического центра СО РАМН, хирургического отделения Узловой железнодорожной больницы ст.Томск-2.

Выводы и рекомендации, вытекающие из проведённого исследования, используются в учебном процессе на курсе усовершенствования врачей ФУВ Сибирского Государственного Медицинского Университета.

АПРОБАЦИЯ РАБОТЫ

Основные положения диссертации обсуждены на дорожной конференции хирургов Западно-Сибирской железной дороги «Современные проблемы кишечной непроходимости», г. Кемерово, 23 ноября 2001 г.; на заседании областного общества хирургов, 21 марта 2002 г., г. Томск, СГМУ.

ПУБЛИКАЦИИ

По результатам исследования опубликовано 6 работ, 2 приняты к печати (журналы Хирургия, Вопросы реконструктивной и пластической хирургии).

ОБЪЕМ И СТРУКТУРА ДИССЕРТАЦИИ

Диссертация изложена на 170 страницах машинописного текста и состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы. Диссертация иллюстрирована 42 рисунками, 21 таблицей. Список литературы включает 351 источник, в том числе 267 – отечественных и 84 – иностранных.

СОБСТВЕННЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

С 1990 по 2001 год в клинике находилось на лечении 129 больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, протекающей на фоне хронической дуоденальной непроходимости, что составило 9,6% от общего числа больных с язвенной болезнью. Мужчин было 106(82,2%), женщин 23(17,8%) в возрасте от 25 до 74 лет. В таблице 1 приводится распределение больных по полу и возрасту.

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Всего	Распределение больных по полу и возрасту				
		до 30 л.	30 – 40 л.	41 – 50 л.	51 – 60 л.	61 – 70 л.
М	106(82,2%)	7(5,4%)	37(28,7%)	37(28,7%)	21(16,3%)	4(3,1%)
Ж	23(17,8%)	1(0,8%)	7(5,4%)	10(7,8%)	5(3,9%)	–
Итого	129(100%)	8(6,2%)	44(34,1%)	47(36,5%)	26(20,2%)	4(3,1%)

По локализации язвенной болезни больные разделялись следующим образом: язвенная болезнь ДПК 79(61,2%), из них язвы локализовались в луковице ДПК у 71(55%) больных, в постбульбарном отделе у 8(6,2%) больных; язвенная болезнь желудка имела у 51(38,8%) больных. Согласно классификации Н.Д. Johnson (1965) язвы 1 типа имелись у 23(17,8%), 2 типа у 12(9,3%), 3 типа у 11(8,5%), 4 типа у 4(3,1%) больных. В таблице 2 приводится распределение больных по локализации язвы в зависимости от пола.

Таблица 2

Распределение больных по локализации язвенной болезни и полу

		Локализация язвы					
		ДПК		Желудок			
		луковица	П/б отдел	I тип	II тип	III тип	IV тип
пол	Всего						
М	106(82,2%)	53(41%)	6(4,6%)	22(17%)	12(9,3%)	9(7%)	4(3,1%)
Ж	23(17,8%)	18(14%)	2(1,6%)	1(0,8%)	–	2(1,6%)	–
Итого	129(100%)	71(55%)	8(6,2%)	23(17,8%)	12(9,3%)	11(8,6%)	4(3,1%)

Клинические проявления язвенной болезни на фоне хронической дуоденальной непроходимости были полиморфны и неспецифичны. При опросе выявлялись жалобы на отрыжку, иногда рвоту с примесью желчи, чувство переполнения в желудке после еды, урчание справа от пупка. Характерным является боль в эпигастрии, рвота, потеря в массе. Исчезает сезонность обострений язвенной болезни.

При обследовании пациентов до операции и в послеоперационный период применяли традиционные клинические и лабораторные исследования по общепринятым методикам.

Эндоскопическое исследование осуществлялось фиброскопами фирмы «Olympus» с торцевым расположением оптики, при этом в дооперационном периоде обраща-

лось внимание на наличие язвенной болезни и ее осложнений, признаки ХДН (явления рефлюкс-гастрита, наличие желчи в желудке и рефлюкс желчи в желудок при исследовании, широкий диаметр ДПК и застой в ней желчи). При послеоперационном исследовании оценивался тонус оперированного желудка, состояние и проходимость гастродуоденоанастомоза, его функциональное состояние, наличие дуоденогастрального рефлюкса. Дуоденогастральный рефлюкс считали патологическим когда он наблюдался на фоне воспалительных изменений слизистой оболочки.

Секреторная функция желудка до и после операции исследовалась по традиционной методике фракционным извлечением желудочного сока с применением стимуляции желудочных желёз (гистамин, инсулин) и методом внутрижелудочной рН-метрии на аппарате Ацидогастрометр АГМ – 05К в модификации «Гастроскан – 5». Контролировался уровень секреции в до- и послеоперационном периоде, наличие или отсутствие дуоденогастрального рефлюкса.

Ведущим методом в диагностике хронической дуоденальной непроходимости являлся рентгенологический. Больным выполнялась Rg-скопия желудка, зондовая или релаксационная дуоденография.

При дооперационном обследовании, а так же в ближайшем и отдаленном периоде проводилось обследование больных при помощи ультразвукового исследования на аппарате «Aloka SSD – 2000» конвексионными датчиками 3,5 и 5 МГц. До операции оценивалась величина просвета ДПК, её взаимоотношение с верхнебрыжеечными сосудами. После операции определялся объем оперированного желудка, после заполнения его жидкостью, структура зоны пилорусмоделирующего анастомоза, перистальтическая активность оперированного желудка и ДПК, период полувыведения содержимого желудка, просвет ДПК, выявление степени дуоденогастрального рефлюкса при цветном доплеровском сканировании.

Двигательная функция оперированного желудка изучалась при помощи электрогастрографии. Выявление и изучение дуоденогастрального рефлюкса производили по концентрации желчных кислот в желудочном соке по методике Г.Г. Иванова (1978). Для определения степени дуоденогастрального рефлюкса придерживались классификации Г.П. Рычагова (1986). Уровень внутриполостного давления в желудке и ДПК измерялся по методике Я.Д. Витебского.

Особое внимание придавалось интраоперационной диагностике ХДН. Вмешательство начинали с ревизии ДПК и дуоденоеюнального перехода с целью обнаружения рубцовых изменений, деформаций, высокой фиксации дуоденоеюнального перехода, уплощения кишки под рубцами и сосудами. Изучается ширина ДПК в различных её отделах, состояние ее стенки, наличие перистальтики и реакция стенки кишки на механическое воздействие.

Показаниями к оперативному лечению язвенной болезни служило неэффективность консервативного лечения и осложненное течение заболевания. Подавляющее большинство больных 108(83,7%) были оперированы по поводу осложненного течения язвенной болезни (таблица 3).

Таблица 3

Показания к хирургическому лечению больных язвенной болезнью на фоне ХДН

Вид осложнения	Частота
Пенетрация	37(28,7%)
Пенетрация+остр. кровотеч-е	15(11,6%)
Пенетрация+стеноз 1 ст.	15(11,6%)
Стеноз 1 ст.	10(7,8%)
Острое кровотечение	9(7%)
Перфорация в анамнезе	8(6,2%)
Стеноз 2 ст.	3(2,3%)
Пенетрация+стеноз+перфорация	6(4,7%)
Рубцовая деформация Л.ДПК	5(3,9%)
Неэфф. конс-го лечения	21(16,3%)
Итого	129(100%)

У 27(20,9%) пациентов при обследовании обнаружены признаки хронического панкреатита, что выражалось как клинически, так и при лабораторных и инструментальных исследованиях.

У всех 129 больных на основании комплексного обследования выявлены явления хронической дуоденальной непроходимости: 1 степени у 110(85,3%) больных, 2 степени у 15(11,6%) больных, 3 степени у 4(3,1%) больных (таблица 4).

Сочетанные и сопутствующие заболевания диагностированы у 62(48,1%) больных, из них: скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы у 45(34,9%), недостаточность кардии у 7(5,4%), грыжа пищеводного отверстия диафрагмы в сочетании с ЖКБ у 4(3,1%), аберрантная поджелудочная железа у 2(1,6%), грыжа брюшной стенки у 3(2,3%), грыжа пищеводного отверстия диафрагмы в сочетании с дивертикулум ДПК у 1(0,8%) больного.

Таблица 4

Распределение дуоденостаза по степени выраженности в зависимости от пола больных

Пол	Дуоденостаз			Итого
	1 степени	2 степени	3 степени	
М	88(68,2%)	14(10,6%)	4(3,1%)	106(82,2%)
Ж	22(17,1%)	1(0,8%)	–	23(17,8%)
Итого	110(85,3%)	15(11,6%)	4(3,1%)	129(100%)

Для лечения язвенной болезни пациентам выполнялась основная операция, направленная на ликвидацию язвенной болезни и ее осложнений. Абсолютному большинству больных, 118(91,5%), выполнена резекция желудка по Бильрот-1 с формированием пилорусмоделирующего функционально активного гастродуоденоанастомоза. Шести больным (4,7%) выполнена операция СПВ с иссечением язвы и дуоденопластикой. В пяти случаях (3,9%) выполнена пилоросохраняющая резекция желудка. Всем пациентам, кроме основной операции, выполнялась корригирующая операция на ДПК направленная на ликвидацию явлений ХДН. Вид выполняемой корригирующей операции зависел от степени выраженности имеющегося дуоденостаза. Так, при компенсированном дуоденостазе выполнялась операция Стронга – 110(85,5%) больных; при субкомпенсированном дуоденостазе – выполнялась поперечная дуоденоюностомия, у 15(11,6%) больных; при декомпенсированном дуоденостазе выполнялась операция Робинсона – у 4(3,1%) больных. Применение корригирующих операций позволило избежать исключения из пассажа пищи ДПК с ее обширной рефлексогенной зоной, что в свою очередь способствовало более адекватной реабилитации пациентов, особенно в отдаленные сроки после операции. Всем пациентам была сохранена естественная непрерывность пищеварительного тракта. Операции, прерывающие пищевод по ДПК, не выполнялись (таблица 5).

При выполнении операций использовали технику послойного рассечения и сшивания анастомозируемых органов, особенно это касается слизистоподслизистого шва двумя встречными кетгутовыми нитями.

Таблица 5

Сочетание между основной и корригирующей операциями выполненных пациентам

Основная операция	Корригирующая операция			Итого
	оп. Стронга	ДЕА	оп. Роб-на	
Рез-я Б-1	99(76,7%)	15(11,6%)	4(3,1%)	118(91,5%)
СПВ	6(4,7%)	–	–	6(4,7%)
п/сохр.рез-я	5(3,9%)	–	–	5(3,9%)
Итого	110(85,3%)	15(11,6%)	4(3,1%)	129(100%)

Для коррекции сопутствующей и сочетанной патологии 62(48,1%) больным выполнялись следующие симультанные операции: эзофагофундорафия 34(26,4%), передняя крурорафия 14(10,9%), передняя крурорафия с эзофагофундорафией 8(6,2%), пластика грыжи 3(2,3%), клиновидная резекция тонкой кишки 2(1,6%), задняя крурорафия 1(0,8%), холецистэктомия 4(3,1%), резекция дивертикула ДПК 1(0,8%).

В клинике разработана единая тактика ведения больных в раннем послеоперационном периоде после органосохраняющих и органомоделирующих операций. Одним из основных условий в раннем послеоперационном периоде считаем постоянную назогастральную интубацию, которая позволяет снизить внутрипросветное давление в культе желудка и уменьшить вероятность развития моторно-эвакуаторных расстройств, постановка микрозонда для энтерального питания дает возможность проводить полноценное энтеральное питание с первых суток после операции на протяжении 4 – 5 дней. Не менее важным считаем раннюю активизацию больных (с первых суток пациенту разрешается присаживаться в кровати и передвигаться по палате). Применение на практике указанной схемы ведения послеоперационного периода позволило значительно уменьшить число осложнений обусловленных гиподинамией и снизить продолжительность койко-дня. Средний койко-день после операции составил $11,3 \pm 1,5$ суток.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Ранний послеоперационный период осложнился у 14(10,9%) пациентов (таблица 6).

Таблица 6

Ранние послеоперационные осложнения после оперативного лечения больных

ОСЛОЖНЕНИЯ	ЧИСЛО
Пневмония	2(1,6%)
ТЭЛА	1(0,8%)
Эвентрация	1(0,8%)
Кровотечение в просвет ЖКТ	1(0,8%)
В/брюшное кровотечение	1(0,8%)
Повреждение холедоха	1(0,8%)
Гипотония культи желудка	4(3,1%)
Анастомозит	1(0,8%)
Плопер. панкреатит	1(0,8%)
Ранняя спаечная непр-ть	1(0,8%)
Итого	14(10,9%)

В раннем послеоперационном периоде умер один больной(0,8%) на 3 сутки после операции от двусторонней сливной пневмонии и развившейся сердечно-легочной недостаточности. Все остальные пациенты поправились. Единственным специфическим осложнением явилась гипотония культи желудка – у 4(3,1%) больных. Все остальные осложнения носили общехирургический характер.

Отдалённые результаты хирургического лечения являются основным критерием его эффективности. С целью объективной оценки отдалённых результатов операций проводилось комплексное обследование больных, включающее клинические критерии (сохранение аппетита, объем принимаемой пищи, соблюдение диеты, характер стула, динамика массы тела, восстановление трудоспособности), а также изучение желудочной секреции, желчных кислот в желудочном содержимом, моторно-эвакуаторной функции культи желудка и кишечника по данным рентгенотелевизионного, электрогастрографического исследований, проведения поэтажной манометрии, ультрасонографического исследования, рН-метрии.

Для оценки результатов оперативных вмешательств по поводу язвенной болезни на фоне ХДН использовали классификацию Visic (1948), модифицированную Ю.М. Панцыревым и А.А. Гринбергом (1979).

Пациенты наблюдались в сроки от 2 месяцев до 11 лет после операции. В эти сроки прослежена судьба 120 больных. За это время умерло 5(3,9%) больных от причин, не связанных с язвенной болезнью и перенесённым оперативным вмешательством.

В сроки от 2 месяцев до 11 лет после операции проведено комплексное обследование 104(80,6%) пациентов.

Пациенты с отличными и хорошими результатами составили 99(95,2%), с удовлетворительными – 5(4,8%) пациентов, неудовлетворительных результатов лечения не было.

При этом в ранние сроки от 1,5 – 2 мес. до 1 года после операции процент хороших и отличных результатов был несколько ниже – 82,5%, что обусловлено, на наш взгляд, имеющимися моторно-эвакуаторными расстройствами со стороны оперированного желудка. Среди жалоб в указанные сроки преобладали чувство тяжести в эпигастрии, отрыжка, изжога. Вместе с тем следует заметить, что 94,1% пациентов трудоспособного возраста приступили к работе через $67,4 \pm 2,9$ сут. после операции.

Объективным критерием положительного результата хирургического лечения больных с язвенной болезнью является увеличение массы тела оперированных. Для оценки этого показателя нами взят метод Отта, по которому оптимальная масса тела равна: для женщин $A - 2/5 - (A - 52)$ и для мужчин $A - 1/5 - (A - 52)$, где A – масса, рассчитанная по индексу Брока (из роста в см вычитают 100).

При изучении этого показателя установлено, что 54,3% пациентов имели оптимальную массу тела. Снижение её не более 5% от должной отмечено у 12,2% и повышение не более 10% - у 30,2% пациентов. У 3,3% пациентов масса тела возросла на 21-32%. Наибольшие колебания массы тела (от – 5% до + 11%) отмечены в сроки до 2 лет после операции, а в более поздние сроки (от 6 до 11 лет) она оставалась стабильной.

Нами проанализирован показатель восстановления временной утраты трудоспособности у 68(65,4%) больных трудоспособного возраста (от 25 до 57 лет) в сроки от 2 месяцев до 11 лет после операции. Легким и средней тяжести физическим трудом

были заняты 28(41,2%), тяжелым – 19(27,9%), интеллектуальным – 21(30,9%) человек. Мужчин было 54, женщин – 14. Послеоперационный койко-день составил $11,3 \pm 2,5$.

Для объективной оценки степени временно утраченной трудоспособности больным через 1,5 месяца после операции в стационаре проводилось комплексное обследование. На основании данных проведённого обследования 55(80,9%) пациентов признаны трудоспособными через 60 ± 7 дней, 9(13,2%) – через 70 ± 4 дня; 3(4,4%) – через 80 ± 4 дней; 1(1,5%) – через 90 дней. Случаев выхода на инвалидность не было. Из 68 пациентов с временной утратой трудоспособности к моменту обследования 59(86,8%) выполняли ту же работу, что и до операции; из них 11(18,6%) указывали на возросшее психоэмоциональное напряжение. Лишь 6(8,8%) пациентов, труд которых был связан с большой физической нагрузкой, сменили работу на более легкую. Инвалидом 3 группы признан 1 больной с хроническим панкреатитом, развившемся через 2 года после резекции желудка.

Лабораторные исследования проводились у больных в ближайшие (до 1 года) и отдалённые (от 1 года до 11 лет) сроки после операции. При изучении состояния эритро- и гемопоза не выявлено статистически достоверных различий этих показателей как в ближайшие, так и отдалённые сроки после операции. В сыворотке крови не определялись нарушения белкового обмена.

Степень переваривания основных пищевых ингредиентов определялась копрологическим исследованием. В ближайшие сроки после операции креаторея, стеаторея и амилорея наблюдались в $16 \pm 3,2\%$ случаев; а в отдалённые сроки в $1,5 \pm 0,8\%$ случаев. Частота креато-, стеато- и амилореи зависела от уровня желудочной секреции, объёма резекции желудка, имевшегося гастрита.

Проведённые исследования по определению желчных кислот в желудочном содержимом показали, что в ближайшие сроки после операции дуоденогастральный рефлюкс 1-2 степени определялся у 22(21,1%) обследованных. Это объясняется наличием гипокинетического состояния культи желудка и двенадцатиперстной кишки в ближайшие сроки после операции. Лишь по мере восстановления замыкательной функции анастомоза, нормализации моторики оперированного желудка и ДПК в отдалённые сроки после операции частота и выраженность дуоденогастрального реф-

люкса уменьшилась, он сохранился у 5(4,8%) пациентов. Это находило подтверждение при динамическом рентгеноэндоскопическом и электрогастрографическом исследовании пациентов.

В процессе изучения состояния секреции в отдалённые сроки после операции нами установлено, что независимо от характера вмешательства наблюдается снижение продукции свободной соляной кислоты с увеличением срока после операции.

При исследовании больных, перенесших резекцию желудка по поводу язвы желудка БПК, МПКи, МПКг оставались сниженными на 94%, 87,2% и 82,5% соответственно. Базальная ахлоргидрия выявлялась у 60,4% обследуемых. Однако гистаминорезистентная ахлоргидрия регистрировалась только у 31,7% пациентов. Пепсинообразующая функция культи желудка страдала меньше, концентрация и дебит пепсина оставались сниженными на 75,9% и 54,2% соответственно.

У пациентов, перенесших резекцию желудка и СПВ по поводу язвы двенадцатиперстной кишки, отмечено снижение показателей БПК, МПКи, МПКг на 83,2%, 89,1% и 88,2% соответственно. Базальная ахлоргидрия отмечена у 36,1% обследуемых. У остальных пациентов этот показатель в среднем был равен $0,91 \pm 0,17$ ммоль/ч. В то же время при стимуляции гистамином свободная соляная кислота сохранялась в желудочном соке у 77,7% больных. Это свидетельствует об определённом функциональном резерве секреторного аппарата культи желудка.

У 30(28,8%) пациентов кислотообразующая функция была изучена с помощью рН-метрии. При этом исследовании выяснялось наличие у больного дуоденогастрального и гастроэзофагеального рефлюкса при дооперационном исследовании, кислотопродуцирующая функция желудка. При исследовании натошак в пищеводе у 8 пациентов регистрировалось уменьшение рН со среднего 6-7,9 ед. до 5,6 ед., что свидетельствовало о слабом кислотном гастроэзофагеальном рефлюксе. В теле желудка, при норме рН 1,6-2,0 ед., натошак у пациентов с язвенной болезнью регистрировался средний уровень рН 1,7 ед., при стимуляции 1,1 ед., что свидетельствовало о гиперацидной реакции. У пациентов с язвенной болезнью желудка 1 типа уровень рН в желудке был 2,2-3,0 ед., что свидетельствовало о гипоацидном состоянии. При норме рН в антральном отделе 5,0 и более ед., у всех больных наблюдалось снижение уровня рН ниже 5,0 ед., что свидетельствовало о наличии дуоденогастрального

рефлюкса и декомпенсации ощелачивания в антральном отделе. При исследовании натошак в ДПК рН у больных с язвенной болезнью ДПК и с язвенной болезнью желудка 3 типа был ниже 3 ед. в течении 50% и более от времени исследования, что расценивалось как опасное закисление дуоденальной среды.

При послеоперационном обследовании выяснялся уровень снижения кислотопродукции в культе желудка, наличие или отсутствие гастроэзофагеального и дуоденогастрального рефлюксов путем изменения должных показателей рН в пищеводе, культе желудка. При дооперационном обследовании у пациентов с язвой желудка 1 типа уровень секреции кислоты был снижен, у пациентов с язвой желудка другой локализации и язвой ДПК уровень секреции был повышен.

В отдаленном послеоперационном периоде при рН-метрии у всех больных уровень рН в теле желудка был гипоацидным (2,1 – 5,9), имелось четкое разграничение значений рН в пищеводе и в желудке. У двух пациентов выявлен гастроэзофагеальный рефлюкс, что проявлялось снижением уровня рН в пищеводе со среднего 7,0 – 8,0 до 5,45. У одного пациента был выявлен дуоденогастральный рефлюкс в отдаленном послеоперационном периоде, что проявлялось смещением уровня рН в теле культи желудка в щелочную сторону до 7,78. У остальных пациентов не наблюдалось ощелачивания желудочного сока, что свидетельствовало о хорошей арефлюксной функции гастродуоденоанастомоза.

При рентгеноскопии во всех случаях кардиальный жом сомкнут, свободно проходим, а поступление контрастной массы из пищевода в культю желудка порционное. В ранние сроки после операции отмечается гипотония (37,5%) или атония (3,8%) оперированного желудка. Чаще всего атония встречается после СПВ и пилоросохраняющей резекции – 75% от общего числа больных атонией. Гастродуоденоанастомоз (после резекции желудка) был функционально активным у всех пациентов. Он раскрывался до 19 – 23 мм и смыкался полностью у 98 (94,2%) пациентов. У 85,6% пациентов он перистальтировал подобно привратнику, а у 14,4% был сомкнут и раскрывался при инсуффляции воздуха. При исследовании больных в положении Тренделенбурга заброс контрастной массы в пищевод отмечен у 4 больных, что составило 3,1%. Двенадцатиперстная кишка расположена типично, просвет ее на всем протяжении не более 2,5 – 3,0 см., перистальтика маятникообразная и поступательная.

Время пассажа бариевой взвеси $14,2 \pm 0,7$ с. Признаки компенсированного дуоденостаза обнаружены у двух больных, в том числе у одного после операции Робинсона выполненной на фоне декомпенсированной формы ХДН и у одного пациента после операции поперечной дуоденоеюностомии по поводу субкомпенсации ХДН.

ЭГГ-исследования, проведённые в отдалённые сроки после операции, выявили у 85(81,7%) – нормокинез ($0,28 \pm 0,05$ мВ), у 15 (14,4%) – гипокинез ($0,13 \pm 0,4$ мВ), у 4(3,8%) – гиперкинез ($0,51 \pm 0,04$ мВ). При сравнении полученных результатов с данными ЭГГ в ближайшие сроки после операции видно, что у большинства пациентов отмечается восстановление моторной функции и биоэлектрической активности оперированного желудка.

Поэтажная манометрия в отдалённые сроки после операции выполнена у 79 больных. Во всех случаях имелось отчётливое разграничение внутриполостного давления в культе желудка и ДПК. Только у двух больных с рентгенологическими признаками компенсированного дуоденального стаза отмечалась дуоденальная гипертензия 160 – 180 мм водного столба.

При исследовании желудочного сока на желчные кислоты в отдалённом послеоперационном периоде у 3 пациентов выявлен дуоденогастральный рефлюкс 1 степени, у двух пациентов – 2 степени.

Ультрасонографическое исследование выполнено у 38 пациентов с сформированным гастродуоденоанастомозом. В раннем послеоперационном периоде у большинства пациентов перистальтика культы желудка отсутствовала или была едва заметна – у 36(94,7%). Это состояние как правило (практически в 100%) сочеталось с низкой частотой и скоростью перистальтической волны. Так, низкие показатели частоты перистальтики до 0-1 волны в минуту при скорости ниже 2,5 мм/сек были выявлены у 9(23,7%) пациентов в раннем послеоперационном периоде. В ряде случаев перистальтика вообще отсутствовала. При ультрасонографическом исследовании ДПК в раннем послеоперационном периоде наблюдалось увеличение диаметра ДПК до 5 – 6 см, замедление перистальтической функции стенки ДПК, слабыми волнами. Подобная ультразвуковая картина замедления моторной активности резецированного желудка и ДПК сохранялась в течении 2 месяцев после выполнения операции.

При исследовании пациентов после 2 месяцев послеоперационного периода установлено восстановление перистальтики в указанные сроки. Так, сокращения гастродуоденоанастомоза достигали от 3 до 5 раз в минуту, что у 33(86,8%) пациентов соответствовало активности 2-3 степени. Скорость перистальтической волны восстанавливалась до 2,5 см/сек, а амплитуда перистальтики до 20 – 70%. Основываясь на данных Н.С. Рудой (1999), в соответствии с которыми физиологическая активность неоперированного привратника соответствует 3-5 сокращениям в минуту, можно с уверенностью сказать, что частота перистальтики пилорусмоделирующего жома у больных оптимально приближена к функции неоперированного привратника.

С помощью цветного доплеровского сканирования проводилось изучение дуоденогастрального рефлюкса. Картина рефлюкса дополнялась четкой регистрацией распространения рефлюксной волны по сектору прокрашивания содержимого в культе желудка. Среди 38 пациентов с сформированным гастродуоденоанастомозом в виде жома и «клапана-створки» ДГР выявлен у 3 пациентов (7,9%), причем рефлюкс 1 степени установлен у 2 больных, а 2 степени у одного.

При ультрасонографическом исследовании ДПК в сроки больше 2 месяцев после операции, отмечалось уменьшение диаметра ДПК до 2,5 – 3,0 см, перистальтика стенки была маятникообразная, поступательная, 4 – 5 раз в минуту.

Проведённое исследование подтверждает данные клиники, результаты других методов исследования о функциональной активности анастомоза, способному к физиологическому разобщению и поддержанию разности внутриполостного давления между культёй желудка и двенадцатиперстной кишкой и об эффективности выполняемой корригирующей операции на ДПК, устраняющей явления моторно-эвакуаторных нарушений возникающих вследствие ХДН.

Таким образом, исследование моторно-эвакуаторной функции верхнего отдела желудочно-кишечного тракта показало, что в ранние сроки после операции у больных наблюдается гипотония оперированного желудка и ДПК, что обуславливает замедление опорожнения желудка и ДПК. Восстановление тонуса и перистальтики желудка, главных компонентов его двигательной функции, у большинства больных наступает через 2-2,5 месяца после операции. Наличие функционально активного гастродуоденоанастомоза, хирургическая коррекция

нарушений дуоденальной проходимости позволяет излечить больного от язвенной болезни, уменьшить вероятность развития тяжёлых и снизить частоту лёгких форм постгастрорезекционных осложнений.

В отдалённые сроки после операции эндоскопическое исследование выполнено у 104 человек после пилорусмоделирующей резекции желудка, у 4 человек после пилоросохраняющей резекции желудка и у 4 человек после СПВ с дуоденопластикой.

После пилоросохраняющей резекции желудка у всех пациентов имелся нормальный тонус культи желудка, слабо визуализировался гастрогастроанастомоз, привратник был органически и функционально состоятелен, дуоденогастрального рефлюкса обнаружено не было, ДПК не была расширена, и в ней не было патологических изменений.

У пациентов после СПВ с дуоденопластикой при эндоскопическом исследовании в отдаленный период слизистая оболочка пищевода и желудка была не изменена, у всех пациентов пилорический жом был органически и функционально состоятельным, не было явлений дуоденогастрального рефлюкса и рефлюкс-гастрита. ДПК не была расширена, патологических изменений в ней не определялось.

В отдалённые сроки после операции выполнено эндоскопическое исследование у 104 человек после пилорусмоделирующей резекции желудка. 89 человек проходили регулярные эндоскопические исследования, остальным выполнено одно-, двукратное обследование. Слизистая оболочка и функция кардии были не изменены. При исследовании у 88(84,6%) пациентов слизистая оболочка культи желудка выглядела как нормальная. Различные формы гастритов выявлены у 16(15,4%) пациентов: гипертрофический – у 2(1,9%), поверхностный – у 5(4,8%), атрофический – у 4(3,8%), смешанный – у 5(4,8%). У абсолютного большинства пациентов в культе желудка не было следов желчи и пищи, натошак имелось озерцо прозрачной секреторной жидкости, не происходило рефлюкса желчи в желудок при исследовании.

Эндоскопически у всех пациентов анастомоз был функционально активным. При этом у 89(85,6%) пациентов он перистальтировал подобно привратнику, у 15(14,4%) – он был сомкнут и раскрытие его происходило при непрерывной инсуффляции воздуха. Заброс дуоденального содержимого в культю желудка в момент исследования обнаружен у 5(4,8%) пациентов, при этом признаки рефлюкс-гастрита выявлены только у 3(2,9%) больных, что свидетельствует, с одной стороны о высокой ареф-

люксной функции формируемого гастродуоденоанастомоза, а с другой – об отсутствии дуоденального стаза.

Круглая форма анастомоза была у 17(73,1%) пациентов, эллипсовидная – у 16(15,4%) пациентов, полулунная – у 12(11,5%) пациентов. Максимальный размер диаметра соустья колебался от 1,6 до 2,4 см (средний размер $1,8 \pm 0,65$ см). Сразу за анастомозом отчётливо визуализировался «клапан-створка» в виде полулунной складки слизистой ДПК на передней полуокружности. Слизистая оболочка «клапана» была розовая, контактно не кровоточила. Вертикальный размер «клапана» колебался от 10 мм до 13 мм и занимал 1/3 просвета кишки. Диаметр ДПК был не расширен, изменений дистальных отделов ДПК выявлено не было.

Результаты проведённого эндоскопического исследования показали, что в раннем послеоперационном периоде заживление по линии шва и по линии анастомоза происходит по типу первичного заживления, без выраженной воспалительно-деструктивной реакции, в результате чего у оперированных больных не наблюдалось эвакуаторных нарушений из-за анастомозита, несмотря на небольшой диаметр анастомоза. Имеющиеся в раннем послеоперационном периоде явления атонии и гипотонии оперированного желудка чаще возникают после пилоросохраняющей резекции желудка и СПВ с дуоденопластикой и на фоне проводимого лечения купируются в сроки до года после операции. Сформированный искусственный жом и «клапан-створка» не вызывают каких-либо специфических эвакуаторных расстройств при сохранённом естественном направлении пищевого тока, выполняя функцию регулятора порционного поступления желудочного содержимого в ДПК, и препятствуют ретроградному забросу дуоденального содержимого в культю желудка. Выполнение корригирующих операций на ДПК устраняет хроническую дуоденальную непроходимость как причину моторно-эвакуаторных нарушений ДПК и желудка. Эти исследования подтверждают данные о том, что в сроки до 2-2,5 месяцев после операции тонус оперированного желудка восстанавливается, а сформированный гастродуоденоанастомоз функционально активен, обеспечивает порционную эвакуацию желудочного содержимого, а так же препятствует ретроградному забросу дуоденального содержимого в культю желудка и развитию рефлюкс-гастрита.

Таким образом, выполнение предложенной тактики ведения больных с язвенной

болезнью на фоне хронической дуоденальной непроходимости позволило получить хорошие и отличные отдаленные результаты хирургического лечения язвенной болезни у 95,2% больных при низкой (0,8%) послеоперационной летальности и относительно не высоком числе (10,9%) послеоперационных осложнений. Применение своевременной и адекватной коррекции хронической дуоденальной непроходимости позволяет сохранить естественный пассаж пищи по ДПК, предупреждая развитие целого ряда постгастрорезекционных и постваготомических расстройств.

ВЫВОДЫ

1. Анализ клинического материала свидетельствует, что язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки сочетается с хронической дуоденальной непроходимостью в 9,6% случаев.
2. Наличие хронической дуоденальной непроходимости у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, подлежащих оперативному лечению, требует коррекции моторно-эвакуаторной функции ДПК.
3. Результаты проведенного комплексного исследования показали возможность сохранения пассажа пищи по ДПК при оперативном лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, протекающей на фоне хронической дуоденальной непроходимости, при всех ее стадиях.
4. В специализированных хирургических клиниках при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, протекающей на фоне хронической дуоденальной непроходимости, предпочтение должно быть отдано резекции желудка по Бильрот-1 с формированием пилорусмоделирующего анастомоза, а так же СПВ с иссечением язвы и дуоденопластикой, дополненных корригирующими операциями на двенадцатиперстной кишке – как более физиологичным методам, позволяющим избежать многих осложнений в раннем и отдаленном послеоперационном периоде.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. У больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, подлежащих оперативному лечению и протекающей на фоне ХДН, показана её хирургическая коррекция независимо от формы и стадии процесса.

2. Показанием к выполнению резекции по Бильрот-1 с формированием функционально-активного пилорусмоделирующего гастродуоденоанастомоза является неэффективность консервативного лечения язвенной болезни и её осложнённое течение на фоне хронической дуоденальной непроходимости. При язвенной болезни желудка 1 типа и отсутствии органической и функциональной патологии привратника на фоне компенсированной ХДН возможно выполнение пилоросохраняющей резекции желудка. При язвенной болезни ДПК и отсутствии органической и функциональной патологии привратника на фоне компенсированного дуоденостаза возможно выполнение СПВ с иссечением язвы и дуоденопластикой.
3. При компенсированном дуоденостазе показано выполнение операции Стронга, при субкомпенсированном дуоденостазе – поперечная дуоденоюностомия. При ХДН в стадии декомпенсации, обусловленной артериомезентериальной компрессией, показано выполнение операции Робинсона.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Опыт лечения язвенной болезни на фоне хронической дуоденальной непроходимости // Материалы региональной конференции «Новые технологии в хирургии», 16 – 18 сентября 1998 г., Рязань, 1998. С. 52 – 53. (Соавт.: Жерлов Г.К., Митасов В.Я.).
2. Опыт резекций желудка с искусственным жомом в области анастомоза в хирургии пилоробульбарных язв // Материалы региональной конференции «Актуальные вопросы хирургии», Барнаул, 1998, С. 31 – 32. (Соавт.: Жерлов Г.К., Митасов В.Я., Синченко В.П.).
3. Способ лечения язвенной болезни на фоне хронической дуоденальной непроходимости // Материалы региональной конференции «Актуальные вопросы хирургии», Барнаул, 1998, С. 32 – 33. (Соавт.: Жерлов Г.К., Митасов В.Я., Синченко В.П.).
4. Способ резекции желудка при пенетрирующих язвах двенадцатиперстной кишки в головку поджелудочной железы // Материалы региональной конференции «Актуальные вопросы хирургии», Барнаул, 1998, С. 35 – 38. (Соавт.: Жерлов Г.К., Митасов В.Я., Гуликян Ш.Б., Дума М.А.).

5. Язвенная болезнь и хронические нарушения дуоденальной проходимости // Актуальные вопросы клинической медицины (Материалы научно-практической конференции, Северск, 2001). – С. 69 – 70 (Соавт.: Истомин Н.П., Кейян С.В.)
6. Язвенная болезнь желудка – новые технологии хирургического лечения // Вопросы абдоминальной хирургии, Барнаул, 2001. – С. 29 – 30 (Соавт.: Жерлов Г.К., Кошель А.П., Баранов А.И., Рудая Н.С.)
7. Хирургическое лечение язвенной болезни в сочетании с хронической дуоденальной непроходимостью // Хирургия, принята к публикации. (Соавт.: Жерлов Г.К., Кошель А.П.)
8. К вопросу хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки на фоне хронической дуоденальной непроходимости // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии, принята к публикации. (Соавт.: Жерлов Г.К., Кошель А.П., Рудая Н.С., Кейян С.В., Синько С.П., Нустафаев Р.С.)

Лицензия ПД № 120044 от 26.12.2000.
Тираж 100 экз. ООО «Лана»
634020, Томск, ул. Советская, 59