

УДК 616.342-002.44-007.271-089

В.М. Дурлештер¹, М.Т. Дидигов², С.В. Авакимян², Е.С. Бабенко²

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО РУБЦОВО-ЯЗВЕННОГО СТЕНОЗА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

*Кубанский государственный медицинский университет,**¹Кафедра хирургии № 1 ФПК и ППС,**Краевая клиническая больница № 2,**Россия, 350012, г. Краснодар, ул. Красных партизан, 6/2,**²Кафедра госпитальной хирургии,**Краснодарская городская клиническая больница скорой медицинской помощи,**Россия, 350000, г. Краснодар, ул. 40 лет Победы 14.*

Цель: сравнительная оценка методов хирургического лечения декомпенсированного рубцово-язвенного стеноза двенадцатиперстной кишки и обоснование выбора оптимальной тактики в комплексном лечении данной категории больных.

Материалы и методы: обобщен опыт комплексного лечения 112 больных с декомпенсированным рубцово-язвенным стенозом двенадцатиперстной кишки. 82 пациентам выполнены радикальная дуоденопластика, направленная на восстановление моторно-эвакуаторной и секреторной функций желудка, селективная проксимальная ваготомия. 30 больным выполнена резекция 2/3 желудка в различных модификациях.

Результаты: наибольшее число осложнений в основной группе приходится на тех больных, у которых была одновременно выполнена дуоденопластика и СПВ. С переходом на двухэтапный метод хирургического лечения послеоперационные осложнения практически не встречались. Практически все патологические состояния в отдаленном периоде после оперативного лечения в большей степени выражены у пациентов, перенесших резекцию желудка.

Заключение: радикальная дуоденопластика позволяет продемонстрировать возможность полного восстановления функции желудка после радикального устранения патологического субстрата и сохранения привратника.

Ключевые слова: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, декомпенсированный рубцово-язвенный стеноз двенадцатиперстной кишки, комплексное лечение.

V. M. Durleshter¹, M. T. Didigov², S. V. Avakimyan², E. S. Babenko²

COMPREHENSIVE TREATMENT DECOMPENSATED DUODENAL PEPTIC STENOSIS

*Kuban State Medical University,**¹Department of surgery № 1 of training and retraining of specialists**Regional clinical hospital № 2,**6/2 Krasnykh Partizan st., Krasnodar, 350012, Russia.**²Department of hospital surgery,**Krasnodar city clinical hospital of emergency medical aid,**14 40 years of Victory st., Krasnodar, 350000, Russia.*

Purpose: comparative evaluation of surgical methods of treatment of decompensated cicatricial-ulcerative stenosis of the duodenum and rationale for the choice of optimal tactics in complex treatment of these patients.

Materials and Methods: summarizes the experience of complex treatment of 112 patients with decompensated cicatricial-ulcerative stenosis of the duodenum. 82 patients underwent radical duodenoplasty, aimed at restoring the motor-evacuation and secretory functions of the stomach, selective proximal vagotomy. 30 patients underwent resection of 2/3 of the stomach in various modifications.

Results: The highest number of complications in the main group account for those patients who were simultaneously performed duodenoplasty and SPV. With the transition to a two-step method of surgical treatment - postoperative complications almost never met. Almost all the pathological conditions in the long-term period after surgery is more pronounced in patients who underwent resection of the stomach.

Summary: radical duodenoplasty allows to demonstrate the possibility of full recovery of gastric function after radical removal of pathological substrate and the preservation of the pylorus.

Keywords: duodenal ulcer, scar-decompensated ulcer duodenal stenosis, complex treatment.

Введение

В настоящее время язвенная болезнь (ЯБ) является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний внутренних органов. По данным мировой статистики, ее распространенность среди взрослого населения достигает 6-10% [1,2,3]. В общей структуре осложненных форм ЯБ двенадцатиперстной кишки (ДПК) частота стеноза варьируется от 10 до 63,5%, составляя, в среднем, 15-30%, а частота декомпенсированного рубцово-язвенного стеноза (ДРЯС) ДПК составляет от 5 до 15%. Среди других осложнений ЯБДПК стеноз является показанием к хирургическому лечению у 45-84% больных. Летальность при хирургическом лечении декомпенсированного стеноза в 1,5-2 раза выше, чем при неосложненной дуоденальной язве [4,5,6,7].

До настоящего времени нет единого подхода к хирургическому лечению ДРЯС ДПК. Все имеющиеся методы подразделяются на 2 группы: резекционные и органосохраняющие методики. Резекция желудка, которая сопровождается относительно высокими цифрами летальности (2-5%), значительным числом ранних послеоперационных осложнений (12-35%) и развитием различных постгастрорезекционных синдромов (25-60%) в отдаленном периоде, а также повышенным риском возникновения рака культи желудка (4-6%), по-прежнему занимает лидирующие позиции в хирургическом лечении ЯБ в целом и в особенности ДРЯС ДПК [8,9,10].

В течение последних 15-20 лет в лечении осложненных форм ЯБДПК, в том числе и ДРЯС, стали применяться органосохраняющие операции, преимуществами которых являются меньшая травматичность, минимальная летальность, низкая частота развития ранних послеоперационных осложнений и патологических синдромов в отдаленном периоде.

Цель исследования – явилась сравнительная оценка методов хирургического лечения ДРЯС ДПК и обоснование выбора оптимальной тактики в комплексном лечении данной категории больных.

Материал и методы

Обобщен опыт обследования и лечения 112 больных с ДРЯС ДПК. 82 пациента оперированы в условиях ГБУЗ ККБ № 2 в течение последних 10 лет. Всем больным выполнялась радикальная дуоденопластика (РДП) изолированная или с селективной проксимальной ваготомией (СПВ) в два этапа. Результаты обследования и лечения этих больных составили основную группу наблюдений. 30 пациентов оперированы в условиях трех хирургических отделений МБУЗ КГК БСМП в период 2002-2012гг. Всем больным произведена резекция желудка в различных модификациях. Данные пациенты составили контрольную группу наблюдений. Преобладали больные мужского пола (3:1) работоспособного возраста. Большинство больных (95%) имели длительный язвенный анамнез с типичными болями, изжогой, сезонными обострениями. 30 пациентов перенесли ранее операции по поводу осложнений ЯБДПК: ушивание перфоративной язвы было произведено 20 больным, 10 пациентов были оперированы ранее по поводу язвенного дуоденального кровотечения. Пятеро больных оперировались дважды: по поводу прободной язвы, а затем по поводу кровотечения.

Всем больным проводилось общеклиническое обследование. Особое внимание уделяли водно-электролитному балансу, кислотно-щелочному равновесию, показателям азотистого обмена. Для подтверждения диагноза ДРЯС, определения степени декомпенсации всем больным выполнялась фиброгастродуоденоскопия (ФГДС), исследование секреции желудка, моторно-эвакуаторной функции, рентгеноконтрастное исследование желудка. ФГДС выполнялась эндоскопом фирмы «Olympus».

При рентгенографии определялось большое количество содержимого натошак, увеличенный и атоничный желудок (в виде «мешка»), опущенный в полость малого таза, отсутствие эвакуации от 24 до 72 часов (рис. 1).

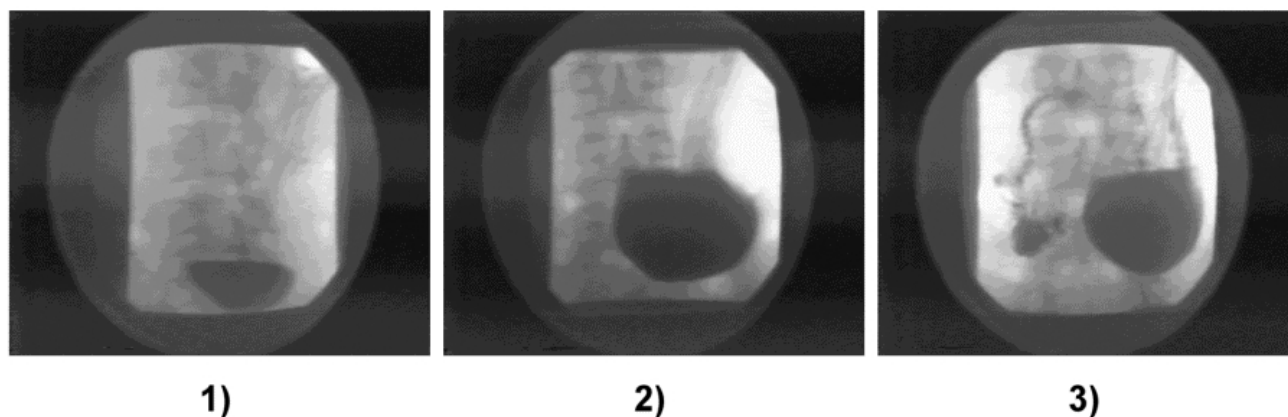


Рис 1. Рентгенография желудка. 1 - отсутствует депонирующая функция тела желудка; 2-3 - барий попадает в перерастянутый антральный отдел, где задерживается на долгое время.

Существуют клинические, анатомические и функциональные критерии для выделения различных степеней язвенного пилородуоденального стеноза. Предложено множество классификаций стеноза, причем некоторые из них

отличаются либо крайним схематизмом, либо излишней громоздкостью. В работе использовалась разработанная авторами классификация ДРЯС, основанная на клинических наблюдениях и данных биохимических и инструменталь-

ных исследований. С учетом этих данных о наличии или отсутствии признаков гастрогенной тетании и степени рефлюкс-эзофагита выделены три степени декомпенсации стеноза: первая, вторая и третья. В табл. 1 отражены критерии, на основании которых производилась группировка больных по степеням декомпенсации стеноза ДПК.

С первой степенью декомпенсации было 68 больных (60,7%), со второй степенью – 36 (32,2%), и с третьей – 8 больных (7,1%). Степенью декомпенсации стеноза опре-

делялась методика предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных. Как видно, преобладали больные с I степенью декомпенсации. Они, как правило, не имели выраженных биохимических нарушений, находились в удовлетворительном состоянии и не требовали длительной предоперационной подготовки. Им проводилось промывание желудка антисептическими и щелочными растворами. Больные этой группы оперировались через 1-2 суток с момента поступления.

Таблица 1.

**Клиническая классификация декомпенсированного рубцово-язвенного
дуоденального стеноза**

Степень декомпенсации	Клинические проявления	Биохимические показатели	Гастрогенная тетания	Степень эзофагита
I	Самопроизвольная рвота, задержка эвакуации от 24 до 38 часов; объем голодного желудка от 0,8 до 1 л.	В пределах нормы	Отсутствует	0-I
II	Искусственная рвота, задержка эвакуации от 36 до 72 часов. Объем голодного желудка от 1,0 до 1,4 л.	Снижение показателей K, Na, Cl. Гипопротеинемия, анемия	Стертая форма (адинамия, вялость, сонливость, парестезии, гипертонус отдельных мышц)	II-III
III	Эвакуации нет. Объем голодного желудка от 1,4 до 2,1 л.	Гипохлоремический алкалоз, азотемия, гипокальциемия	Истинно тетаническая форма с нарушением сознания. Выраженный гипертонус мышц	III-IV

В послеоперационном периоде больным проводилась назогастральная декомпрессия. Зонд устанавливался во время операции анестезиологом и контролировался хирургом пальпаторно. У больных с I степенью декомпенсации зонд находился в желудке в течение 3 суток. За это время восстанавливалась удовлетворительная эвакуация из желудка в ДПК. Объем голодного желудка к концу 3-х суток составлял 150-200 мл. К этому же сроку отменялась инфузионная терапия, разрешался прием жидкостей. На 6-8 сутки больные принимали жидкую пищу. С 10-12-х суток их переводили на дробное питание (5-6 раз) по типу I стола Певзнера.

Для больных со II степенью декомпенсации было характерно, как уже указывалось, снижение показателей K⁺, Na⁺, Cl⁻, гипопротеинемия. Этой группе пациентов в обязательном порядке проводилась интенсивная предоперационная подготовка – инфузионно-трансфузионная терапия, направленная на восстановление белково-электролитного баланса (переливание полиризующей смеси с содержанием калия до 8-10 г, альбумин, протеин, растворы аминокислот и электролитов). Одновременно проводилось постоянное назогастральное дренирование, назначались гастротонические препараты (церукал, реглан). Предоперационная подготовка занимала, в среднем, 7±2 дня.

В послеоперационном периоде назогастральное дренирование продолжалось в течение 5 дней. К началу 6-х суток, если объем голодного желудка составлял не более 200±50 мл, зонд удалялся. С 6-7-х суток больным отменялась инфузионная терапия и они переходили на питьевой

режим. С 9-10-х суток разрешался прием жидкой пищи, а с 12-14-х суток – питание по столу № 1.

Больные с III степенью декомпенсации поступали в крайне тяжелом состоянии: без сознания, с выраженным гипертонусом мышц, проявлявшимся в виде мелких подергиваний, сведения пальцев рук, ног, челюстей, гипертонусом затылочных мышц. Больные данной группы госпитализировались в реанимационное отделение. Проводимые реанимационные мероприятия одновременно являлись и предоперационной подготовкой. Последняя у этих больных в среднем занимала 14±3 дня.

В послеоперационном периоде назогастральный зонд у больных находился 7±2 дня. К концу 7-х суток, после проведения суточной пробы на эвакуацию (объем голодного желудка составлял 300±50 мл), зонд удалялся. С 7-9 дня с момента операции разрешался питьевой режим, на 10-12 день – жидкая пища. Начиная с 14 дня, больные переходили на питание по I столу (малыми порциями, до 6-8 раз в сутки).

Результаты и их обсуждение

Всем больным основной группы на первом этапе хирургического вмешательства была выполнена РДП. В зависимости от интраоперационной ситуации использовались различные модификации операции, в том числе предложенные и авторами данной работы (Патенты РФ на изобретение от 20.10.2008г № 2336032 и от 27.02.2013 № 2476164). Главная роль в выборе оптимального способа пластической реконструкции луковицы ДПК отводится

морфологическим критериям, полученным при интраоперационном исследовании.

Интраоперационное исследование в дуоденогастральной зоне начинается с поэтапного выделения пораженного участка из рубцово-спаечных наслоений, возникших либо в результате длительного течения язвенного процесса, либо после ранее перенесенных операций на ДПК. После снятия рубцово-спаечных наложений открывается зона поражения, последняя может быть рубцовой, рубцово-язвенной или язвенно-инфильтративной.

В зависимости от характера рубцового поражения различают следующие формы стеноза: циркулярную, когда рубцовым процессом поражаются все стенки луковицы по типу кольца, поражения только передней или заднебоковых стенок по большой или малой кривизне ДПК, а также тубулярную форму, т.е. протяженный стеноз.

Следующий этап интраоперационной диагностики – нахождение привратника. Последний часто не удается определить обычной пальпацией пилородуоденальной зоны. Пилорус резко истончен, дилатирован, практически не сокращается, диаметр его соответствует расширенному антральному отделу желудка. Дилатированный привратник и антральный отдел сливаются с расширенной надстенотической частью луковицы ДПК, образуя единый “мешок”. Данная перестройка слизистой надстенотической части ДПК, слияние ее с привратником и антральным отделом получила название “антрализация луковицы ДПК”. Знание феномена “антрализации” луковицы у больных с декомпенсированным стенозом исключает ошибки с постановкой неправильного инструментального диагноза стеноза привратника.

Таким образом, после освобождения от воспалительной “мантии” и постязвенных рубцов луковицы ДПК, выведения ее из желудка, выполняется поперечная дуоденотомия. Выполнение дуоденотомии по линии стеноза позволяет выявить наличие язвенного поражения боковых или задней стенки луковицы ДПК, а пальпаторно через слизистую – привратник.

После нахождения привратника, большого дуоденального сосочка, приступаем к иссечению пораженных

рубцом или язвой стенок луковицы ДПК. Это делается предельно экономно, максимально сохраняя неповрежденную ткань кишки, особенно в зоне привратника. Операция выполняется только в зоне измененных тканей на пораженной кишке, т.к. смещение и расширение зоны иссечения может привести к повреждению элементов гепатодуоденальной связки, панкреатодуоденальной артерии, поджелудочной железы.

РДП является дренирующей операцией, позволяющей восстановить естественную эвакуацию желудочного содержимого в ДПК, не разрушая привратник. Вместе с тем, она не исключает рецидива язвенной болезни, так как не устраняет агрессивный кислотно-пептический фактор. В качестве антацидной операции в основной группе больных была использована СПВ. СПВ выполнялась вторым этапом в основном в первые 2-3 месяца после РДП после дополнительного детального обследования пациентов. Следует отметить, что в условиях появления новых высокоэффективных антацидных препаратов последних поколений, вопрос о выполнении СПВ должен решаться индивидуально. В последние годы мы не выполняем антацидную операцию у больных, находящихся на успешной (безрецидивной) медикаментозной ваготомии.

Больным контрольной группы была выполнена резекция 2/3 желудка. Резекция желудка по Бильрот-1 произведена у 9 больных, по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финстерера – 19 больным, 2 пациентам выполнена резекция желудка по Ру. 5 больных оперированы в неотложном порядке, 25 – в отсроченном. Данные о характере и частоте ранних послеоперационных осложнений в обеих группах больных приведены в табл. 2.

Как видно из таблицы, наибольшее число осложнений в основной группе приходится на тех больных, у которых была одновременно выполнена дуоденопластика и СПВ. С изменением хирургической тактики лечения больных с ДРЯС – переходом на двухэтапный метод – указанные выше послеоперационные осложнения практически не встречались. Летальных исходов в основной группе больных не было. В контрольной группе имел место один летальный исход (3,3%).

Таблица 2.

Характер и частота ранних послеоперационных осложнений

Осложнения	Вид операции			
	СПВ+РДП	РДП (1 этап)	СПВ (2 этап)	Резекция 2/3 желудка
Панкреатит	3 (3,6%)	-	-	2 (6,7%)
Гастростаз	6 (7,3%)	-	-	1 (3,3%)
Пневмония	2 (2,4%)	2 (2,4%)	-	3 (10%)
Флебит подключичной вены	-	1 (1,2%)	-	1 (3,3%)
Несостоятельность швов	-	-	-	2 (6,7%)
Внутрибрюшное кровотечение	-	-	-	1 (3,3%)
Абсцессы брюшной полости	-	-	-	1 (3,3%)
ВСЕГО	11 (13,4%)	3 (3,6%)	0	11 (36,6%)

Отдаленные результаты лечения ДРЯС прослежены у всех больных основной группы и 17 больных контрольной

группы. Эти данные отражены в табл. 3.

Таблица 3.

**Патологические состояния у больных с декомпенсированным рубцово-язвенным стенозом
в отдаленном периоде после операции**

Патологические состояния	Основная группа	Контрольная группа
Рецидив язвы	1 (1,2%)	1 (5,9%)
Гипоацидная хлоридрия	4 (4,8%)	2 (11,8%)
Демпинг-синдром	3 (3,6%)	3 (17,6%)
Дисфагия	2 (2,4%)	2 (11,8%)
Астеновегетативный синдром	3 (3,6%)	2 (11,8%)
Желудочный дискомфорт	16 (20%)	5 (29,4%)
Синдром приводящей петли	-	2 (11,8%)
Железодефицитная анемия	-	3 (17,6%)

Из таблицы видно, что практически все патологические состояния в отдаленном периоде после оперативного вмешательства в большей степени выражены у пациентов, перенесших резекцию желудка.

Выводы

1. У больных с ДРЯС ДПК возможно выполнение органосохраняющего вмешательства. Об этом свидетельствует восстановление моторно-эвакуаторной и секреторной

функции «декомпенсированного» желудка после устранения стеноза ДПК.

2. Радикальная дуоденопластика позволяет продемонстрировать возможность полного восстановления функции желудка после радикального устранения патологического субстрата и сохранения привратника.

3. Резекционные методы лечения ДРЯС ДПК сопровождаются большим количеством ранних и поздних послеоперационных осложнений, отдаленных патологических синдромов, более высоким процентом летальных исходов.

ЛИТЕРАТУРА

- Батвинков Н.И., Иоскевич Н.Н. Органосохраняющая хирургия язвенной болезни. – Гродно: ГТМИ, 1995. – 172 с.
- Горбунов В.Н. Осложненные гигантские пилородуоденальные язвы: клиническая картина, диагностика, хирургическое лечение. Горбунов В.Н., Нагиев Э.Ш., Столярчук Е.В. // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2009. – №3 – С.63-69.
- Дегтярева И.И., Харченко Н.В. Язвенная болезнь. – Киев, 1995. – 333 с.
- Жанталинова Н.А. Выбор хирургической тактики при гигантских язвах желудка и ДПК. // Хирургия. – 2005. – № 12. – С. 30-32.
- Жигаев Г.Ф., Кривигина Е.В. Нарушения гастроинтестинальной моторики при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Клиническая медицина. Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. 2011. № 1 (77) Часть 2. С. 64–67.
- Козлов И.З., Волков О.В., Алекперов С.Ф., Щетинин М.Г. Клапанная пилородуоденопластика в лечении осложненных пилородуоденальных язв. // Хирургия. – 2001. – № 4. – С. 27-30.
- Крылов Н.Н. Проблемы, которые не могут не волновать: утопии и реалии современного учения о язвенной болезни // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2007. – № 1. – С. 25-30.
- Оноприев В.И. Этюды функциональной хирургии язвенной болезни. – Краснодар, 1995. – 186 с.
- Чарышкин А.Л. Результаты хирургического лечения перфоративных гастродуоденальных язв с сочетанными ulcerогенными осложнениями // Вестник хирургической гастроэнтерологии. Приложение – 2012. – С. 29.
- Xing J., Brody F., Rosen M. et al. The effect of gastric electrical stimulation on canine gastric slow waves // Am. J. Physiol. Gastrointest. Liver. Physiol. 2003. V. 284. N 6. P. 956–962.

ПОСТУПИЛА: 25.05.2016