

Потребность в пилоропластике и ваготомии при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки

В. И. Подолужный¹, А. Б. Старцев², И. А. Радионов¹

¹Кемеровский государственный медицинский университет,

²Областная клиническая больница скорой медицинской помощи им. М. А. Подгорбунского, Кемерово, Россия

Ключевые слова: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, перфоративная язва двенадцатиперстной кишки, пилоростеноз, осложнения язвенной болезни, хирургическое лечение

Введение

Язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ДПК) страдают 1,5–3% населения Земли, ежегодно диагностируется 4 миллиона случаев язвенной болезни [9, 17]. Язвы осложняются перфорацией в 5–14% случаев [6, 13]. За последние 25 лет плановые операции при язвенной болезни ДПК практически перестали выполняться, при перфоративных язвах двенадцатиперстной кишки (ПЯДК) уменьшение числа прооперированных отмечается, но незначительно [11, 14]. В Кузбассе заболеваемость ПЯДК за последнее десятилетие составила около 5 на 100 000 населения. Наибольший всплеск заболеваемости приходился на социально неблагополучные 90-е годы XX столетия, когда закрывались предприятия и люди оставались без работы. Это повышение числа оперированных более чем в 2 раза как в Кемерово, так и в Кузбассе в целом мы связываем исключительно с психосоматическими и психосоциальными факторами. В настоящее время, после стабилизации экономической ситуации в обществе, число операций постепенно снизилось, приближаясь к докризисным показателям [5]. До появления современных антисекреторных препаратов большинство авторов считали целесообразным вмешательство в механизмы ulcerogenesis при ушивании ПЯДК, дополняли операцию ваготомией, и отдаленные наблюдения (15 лет) показали рецидив заболевания без последующего противоязвенного лечения максимум у 7–8% оперированных [4, 5]. На фоне доминирования инфекционной теории ulcerogenesis и с внедрением схем эрадикационной терапии большинство хирургов стали ограничиваться изолированным ушиванием ПЯДК [8]. Отчасти это связано и с внедрением малоинвазивных видеолaparоскопических технологий ушивания перфоративных язв. Однако уповать на исцеление в 100% случаев без хирургического вмешательства в механизмы ulcerogenesis после изолированного ушивания и последующей

эрадикационной терапии не стоит, т. к. зараженность геликобактериозом у этой категории больных не превышает 80% [10, 16]. В 30–40-летнем возрасте трехкратное повышение числа больных с ПЯДК в течение 2–3 лет при сокращении населения региона трудно связать только с нарушением регионарного кровообращения в стенке ДПК, наследственной предрасположенностью, гипергастринемией или иммунными механизмами патогенеза [4]. Несомненно, прежде всего надо учитывать психогенный фактор ulcerogenesis, реализуемый через вагусные регуляторные механизмы.

Пилоропластика по Гейнеке — Микуличу разрушает замыкательную функцию привратника и работу клапана относительной барьерной функции, она является вынужденной операцией при стенозе или необходимости прошивания кровоточащей язвы на задней стенке ДПК при выполнении органосохраняющей операции. Но, как показывает практика, разрушение привратника в долгосрочной перспективе не приводит к значимым негативным последствиям.

Цель работы

Используя наш 20-летний опыт, оценить частоту выполнения пилоропластики и обоснованности ваготомии при ПЯДК.

Материалы и методы

Анализирован характер выполненных операций у 726 больных с ПЯДК в хирургическом отделении № 1 областной больницы скорой медицинской помощи им. М. А. Подгорбунского г. Кемерово за 20 лет.

Результаты и обсуждение

За 20 лет с 1999 по 2018 гг. в хирургическом отделении № 1 областной больницы скорой медицинской помощи им. М. А. Подгорбунского было оперировано 726 больных с ПЯДК: мужчины — 575 (79,2%), женщины — 151 (20,8%), средний возраст — (39,1±3,2) года. Ушивание с селективной проксимальной ваготомией (СПВ) выполнено

у 567 (78,1%) пациентов, изолированное ушивание — у 77 (10,6%), иссечение язвы по Джадду или гастродуоденотомия с пилоропластикой по Гейнеке — Микуличу и ваготомией — у 67 (9,2%) больных, резекция желудка по Б-П — у 15 (2,0%). Пилоропластика была необходима в связи с формирующимся стенозом или кровотечением из второй язвы. Мы всегда стремились сохранять привратник, его рассечение было вынужденным действием. Резекция желудка осуществлена при гигантском перфоративном отверстии в одном случае и на фоне сочетания перфорации и выраженной рубцовоязвенной деформации кишки (7 (0,9%) больных) и кровотечения из язвы на задней стенке кишки — у 7 пациентов. Изолированным ушиванием ограничивались у пациентов в крайне тяжелом состоянии с выраженным многочасовым перитонитом или с тяжелой сопутствующей патологией у больных преклонного возраста.

Разрушение привратника выполнено в 9,2% в связи с формирующимся стенозом у 62 (8,5%) больных, и у 5 (0,7%) пациентов оно осуществлено при сочетании перфорации и язвенного кровотечения. С 1999 по 2018 гг. в клинику поступили повторно с перфорацией дуоденальной язвы 4 человека и с кровотечением из язвы ДПК 5 больных, перенесших ранее изолированное ушивание ПЯДК. Все повторно поступившие были ранее оперированы в других лечебных учреждениях.

Последние 20 лет многие хирурги ограничиваются только ушиванием ПЯДК и не вмешиваются в механизм язвообразования. Это связано с доминированием инфекционной теории ulcerogenesis и с эффективностью современной консервативной терапии пептических язв, а также увеличением числа видеолaparоскопических операций. Исследования показывают, что изолированное ушивание ПЯДК дает большой процент рецидива заболевания [2, 7], зараженность инфекцией *Helicobacter pylori* при этом не превышает 80% [10, 16], а эрадикационная терапия, проводимая амбулаторно в послеоперационном периоде, оставляет желать лучшего [4]. Можно сколько угодно рассуждать о реинфицировании, низкой комплаентности пациентов, плохих схемах лечения, низком качестве антибиотиков. Наше семнадцатилетнее наблюдение за больными после ушивания ПЯДК в сочетании с СПВ выявило лишь 6,8% рецидивов заболевания. И это без послеоперационной эрадикационной терапии [4]. СПВ, по нашим данным, снижает переваривающую способность желудочного сока (протеолиз) и концентрацию соляной кислоты в области тела желудка до показателей здорового человека [4].

Наши основные задачи при лечении ПЯДК — спасти жизнь больному при перитоните и избавить его от повторной операции. СПВ при изолированном ушивании незаслуженно многими забыта, хотя современные технологии (ультразвуковой

скальпель, химионевролиз, радиоволновой излучатель) удлиняют операцию всего на 10–15 минут, и СПВ выполнима видеолaparоскопическим способом [3, 4]. Нами установлено, что после изолированного ушивания ПЯДК протеолитическая активность тела желудка колеблется от 525 до 550 г/м²·24⁻¹, а концентрация соляной кислоты от 33 до 37 ммоль/л. Ваготомия снижает переваривающую активность желудочного сока до 377–428 г/м²·24⁻¹ и концентрацию соляной кислоты до 18–22 ммоль/л, т. е. приближает агрессивность сока к показателям здорового человека [4].

При повторной операции в отдаленные сроки после изолированного ушивания ПЯДК и развитии язвенных осложнений в двух случаях ограничили ушиванием с СПВ. У двух больных в связи с формирующимся стенозом операция закончилась пилоропластикой по Гейнеке — Микуличу со стволовой ваготомией. При кровотечении оперировано двое, в одном случае язва была иссечена и операция завершена пилоропластикой со стволовой ваготомией, во втором — выполнена резекция желудка по Б-П.

За последние 25 лет кислоторедуктивные пособия, особенно дистальные резекции желудка, редко сопровождают операцию при ПЯДК [8, 15], авторы выполняют резекцию желудка только в 1,8% [15] случаев, что согласуется с нашими данными. Ряд авторов последние годы предпочитают менее травматичное (лапароскопическое) хирургическое пособие, подкрепленное введением ингибиторов протонной помпы, отказавшись от вмешательства в механизмы язвообразования [8]. Однако они не изучают отдаленные результаты этих операций, а больные с осложнениями язвенной болезни продолжают поступать в хирургические стационары после изолированного ушивания ПЯДК с последующим медикаментозным лечением язвенной болезни. Пилоропластика входит в стандарт хирургической помощи при ПЯДК [12, 15]. Есть мнение о наличии у 2/3 больных с ПЯДК второй кровоточащей язвы на задней стенке, что требует у всех оперируемых пилоропластики [1]. Мы не выявили такого большого процента сочетания ПЯДК и язвенного кровотечения, но в целом согласны с тем, что при ушивании перфоративной язвы необходимо диагностировать «целующуюся» язву на задней стенке ДПК.

Выводы.

1. При ПЯДК в 8,5% случаев имеется формирующийся стеноз, что требует выполнения дренирующей желудка операции. Операцией выбора является пилоропластика по Гейнеке — Микуличу.
2. Целесообразно дополнять ушивание или иссечение язвы ваготомией, снижающей кислотно-протеолитическую активность желудочного сока до показателей здорового человека.
3. За 20 лет органосохраняющие операции при ПЯДК выполнены в 97,9% случаев, дистальная резекция желудка — в 2,1%

Литература:

1. Авакимян В. А., Карапиди Г. К., Авакимян С. В., Алуханян О. А., Дидигов М. Т. Сочетание перфорации и кровотечения при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. *Кубанский медицинский вестник*. 2017. № 6. С. 7–11.
2. Афендулов С. А., Смирнов А. Д., Журавлев Г. Ю. Реабилитация больных после ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки. *Хирургия*. 2002. № 4. С. 48–51.
3. Краснов О. А., Греков Д. Н., Подолужный В. И. Экспериментальное и клиническое обоснование применения 30% раствора этилового спирта для химической денервации кислотопродуцирующей зоны желудка. *Вестник хирургии им. И. И. Грекова*. 2007. № 5. С. 39–43.
4. Подолужный В. И., Иванов С. В., Греков Д. Н., Ооржак О. В. Прободная пилородуоденальная язва. Кемерово, 2014. 135 с.
5. Подолужный В. И. Современные представления о генезе, методах диагностики и хирургического лечения перфоративных язв двенадцатиперстной кишки. *Фундаментальная и клиническая медицина*. 2018. № 1. С. 73–79.
6. Bertleff M. J., Lange J. F. Perforated peptic ulcer disease: a review of history and treatment. *Dig. Surg.* 2010. Vol. 27, No 3. P. 161–169.
7. Bornman C., Theodorou N. A., Jeffery P. C., Marks I. N., Essel H. P., Wright J. P. Simple closure of perforated duodenal ulcer: a prospective evaluation of a conservative management policy. *Br. J. Surg.* 1990. Vol. 77, No 1. P. 73–75.
8. Budzyński P., Pędziwiatr M., Grzesiak-Kuik A., Natkanić M., Major P., Matłok M., Stanek M., Wierdak M., Migaczewski M., Pisarska M., Budzyński A. Changing patterns in the surgical treatment of perforated duodenal ulcer — single centre experience. *Wideochir. Inne Tech. Maloinwazyjne*. 2015. Vol. 10, No 3. P. 430–436.
9. Chung K. T., Shelat V. G. Perforated peptic ulcer — an update. *World J. Gastrointest. Surg.* 2017. Vol. 9, No 1. P. 1–12.
10. Gisbert J. P., Pajares J. M. Helicobacter pylori infection and perforated peptic ulcer prevalence of the infection and role of antimicrobial treatment. *Helicobacter*. 2003. Vol. 8, No 3. P. 159–167.
11. Grišin E., Mikalauskas S., Poškus T., Jotautas V., Strupas K. Laparoscopic pyloroplasty for perforated peptic ulcer. *Wideochir. Inne Tech. Maloinwazyjne*. 2017. Vol. 12, No 3. P. 311–314.
12. Kamani F., Moghimi M., Marashi S. A., Peyrovi H., Sheikhatvan M. Perforated peptic ulcer disease: mid-term outcome among Iranian population. *Turk. J. Gastroenterol.* 2010. Vol. 21. P. 125–128.
13. Lau J. Y., Sung J., Hill C., Henderson C., Howden C. W., Metz D. C. Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease: incidence, recurrence, risk factors and mortality. *Digestion*. 2011. Vol. 84, No 2. P. 102–113.
14. Lau J. Y., Sung J., Hill C., Henderson C., Howden C. W., Metz D. C. Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease: incidence, recurrence, risk factors and mortality. *Digestion*. 2011. Vol. 84, No 2. P. 102–113.
15. Rigopoulos A., Ramboiu S., Georgescu I. A critical evaluation of surgical treatment of perforated ulcer. *Current Health Sciences Journal*. 2011. Vol. 37, No 2. P. 75–78.
16. Yang Y. J., Bang C. S., Shin S. P., Park T. Y., Suk K. T., Baik G. H. Clinical characteristics of peptic ulcer perforation in Korea. *World J. Gastroenterol.* 2017. Vol. 23, No 14. P. 2566–2574.
17. Zelickson M. S., Bronder C. M., Johnson B. L., Camunas J. A., Smith D. E., Rawlinson D. Helicobacter pylori is not the predominant etiology for peptic ulcers requiring operation. *Am. Surg.* 2011. Vol. 77, No 8. P. 1054–1060.

УДК 616.342-002.44-08

doi: 10.33149/vkr.2020.01.07

RU

Потребность в пилоропластике и ваготомии при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки

В. И. Подолужный¹, А. Б. Старцев², И. А. Радионов¹

¹Кемеровский государственный медицинский университет,

²Областная клиническая больница скорой медицинской помощи им. М. А. Подгорбунского, Кемерово, Россия

Ключевые слова: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, перфоративная язва двенадцатиперстной кишки, пилоростеноз, осложнения язвенной болезни, хирургическое лечение

Цель. Оценка частоты формирующегося стеноза, необходимости выполнения пилоропластики и обоснованности ваготомии при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки (ПЯДК).

Материалы и методы. Анализирован характер хирургического лечения больных с ПЯДК в клинике госпитальной хирургии за 20 лет.

Результаты. За 20 лет оперировано 726 пациентов: женщины — 151 (20,8%), мужчины — 575 (79,2%). Средний возраст — (39,1±6,3) года. Операции выполнялись как из лапаротомного доступа, так и видеолaparоскопически. Установлено, что в 8,5% случаев ПЯДК сочетается со стенозом и в 1,6% — с кровотечением, что требует иссечения язвы на передней стенке по Джадду или гастродуоденотомии для прошивания кровоточащей язвы на задней стенке (0,7%) с последующей пилоропластикой по Гейнеке — Микуличу и ваготомией. Использовалась как стволовая ваготомия, так и СПВ методом скелетирования малой кривизны либо химионевролиза. Ушивание с СПВ выполнено у 567 пациентов, изолированное ушивание — у 77. Дистальная резекция желудка по Б-II потребовалась в 2,1% случаев. Наблюдаются повторные поступления пациентов с осложнениями дуоденальной язвы после изолированного ушивания ПЯДК без хирургического вмешательства в механизмы язвообразования.

Заключення. При хірургічному лікуванні ПВДК у чоловіків зустрічаються в 79,2% випадків, у жінок — в 20,8%. При ПВДК в 8,5% випадків є стеноз, що формується і вимагає виконання операції, дренажної шлунок операції. Предметами вибору можуть бути пілоропластика по Гейнеке — Мікулічу або висічення язви на передній стінці по Джадду. Целесообразно ушивання або висічення язви з пілоропластикою доповнюють ваготомією, нормалізуючої кислотну-протеолітичну активність шлункового соку в післяопераційному періоді і виключає необхідність призначення антисекреторних препаратів для профілактики рецидива захворювання.

УДК 616.342-002.44-08

doi: 10.33149/vkrp.2020.01.07

UA Потреба у пілоропластиці і ваготомії при перфоративній виразці дванадцятипалої кишки

В. І. Подолужний¹, А. Б. Старцев², І. О. Радіонов¹

¹Кемеровський державний медичний університет,

²Обласна клінічна лікарня швидкої медичної допомоги ім. М. О. Подгорбунського, Кемерово, Росія

Ключові слова: виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, перфоративна виразка дванадцятипалої кишки, пілоростеноз, ускладнення виразкової хвороби, хірургічне лікування

Мета. Оцінка частоти стенозу, що формується, необхідності виконання пілоропластики і обґрунтованості ваготомії при перфоративній виразці дванадцятипалої кишки (ПВДК).

Матеріали і методи. Проаналізовано характер хірургічного лікування хворих із ПВДК у клініці госпітальної хірургії за 20 років.

Результати. За 20 років прооперовано 726 пацієнтів: жінки — 151 (20,8%), чоловіки — 575 (79,2%). Середній вік — (39,1±6,3) року. Операції виконувалися як з лапаротомного доступу, так і відеолапароскопічно. Встановлено, що у 8,5% випадків ПВДК поєднується зі стенозом і в 1,6% — з кровотечею, що вимагає висічення виразки на передній стінці по Джадду або гастроуденотомії для прошивання виразки, яка кровоточить, на задній стінці (0,7%) із подальшою пілоропластикою по Гейнеке — Мікулічу і ваготомією. Використовувалася як стовбурава ваготомія, так і селективна проксимальна ваготомія методом скелетування малої кривизни або хіміоневроліза. Ушивання з селективною проксимальною ваготомією виконано у 567 пацієнтів, ізольоване ушивання — у 77. Дистальна резекція шлунка за Б-II була потрібна у 2,1%. Спостерігаються повторні надходження пацієнтів з ускладненнями дуоденальної виразки після ізольованого ушивання ПВДК без хірургічного втручання у механізми виразкоутворення.

Висновок. При хірургічному лікуванні ПВДК у чоловіків зустрічаються у 79,2% випадків, у жінок — у 20,8%. При ПВДК у 8,5% випадків є стеноз, що формується і вимагає виконання операції, дренажної шлунок операції. Предметами вибору можуть бути пілоропластика по Гейнеке — Мікулічу або висічення виразки на передній стінці по Джадду. Доцільно ушивання або висічення виразки з пілоропластикою доповнювати ваготомією, яка нормалізує кислотну-протеолітичну активність шлункового соку у післяопераційному періоді і виключає необхідність призначення антисекреторних препаратів для профілактики рецидиву захворювання.

EN Need for pyloroplasty and vagotomy in case of perforated duodenal ulcer

V. I. Podoluzhnyi¹, A. B. Startsev², I. A. Radionov¹

¹Kemerovo State Medical University,

²Regional Clinical Hospital of Emergency Medical Care n. a. M. A. Podgorbunsky, Kemerovo, Russia

Key words: duodenal ulcer, perforated duodenal ulcer, pylorostenosis, complications of peptic ulcer, surgical treatment

Aim. Estimation of the incidence of stenosis, need for pyloroplasty and validity of vagotomy for perforated duodenal ulcer (PDU).

Materials and methods. Twenty-year nature of surgical treatment of patients with PDU in the hospital surgery clinic is analyzed.

Results. Over 20 years, 726 patients were operated on: 151 women (20.8%), 575 men (79.2%), mean age 39.1±6.3 years. Surgeries were performed both from laparotomic access and video laparoscopically. It is found that PDU is combined with stenosis in 8.5% and with bleeding in 1.6%, which requires Jadd excision of an ulcer on the anterior wall or gastroduodenotomy for flashing a bleeding ulcer on the posterior wall (0.7%) with subsequent Heineke — Mikulicz pyloroplasty and vagotomy. Both stem vagotomy and selective proximal were used by the method of skeletonization of lesser curvature or chemoneurolysis. Suturing with selective proximal vagotomy was performed in 567 patients, isolated suturing — in 77. B-II distal gastric resection was required in 2.1%. Repeated admission of patients with complications of a duodenal ulcer is observed after isolated suturing of PDU without surgical intervention in the mechanisms of ulcer formation.

Conclusion. During surgical treatment of PDU are found in 79.2% of men, in 20.8% of women. There is an emerging stenosis in 8.5% of those who have PDU, which requires a gastric drainage operation. The subjects of choice may be Heineke-Mikulicz pyloroplasty or Jadd excision of an ulcer on the anterior wall. It is advisable to suture or excise an ulcer with pyloroplasty accompanied by vagotomy that normalizes the acid-proteolytic activity of gastric juice in the postoperative period and eliminates need for antisecretory drugs to prevent the recurrence of the disease.