



## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ХИРУРГИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Алыбаев Э.У., Сопуев А.А., Искаков М.Б., Орозобсков Б.К.

*Кафедра госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии КГМА им И.К.Ахунбаева, Национальный хирургический центр МЗ КР, г. Бишкек, Кыргызстан*

**Резюме.** В настоящее время, несмотря на успехи медикаментозной терапии язвенной болезни, хирургам не следует преждевременно складывать свое оружие, так как показания к оперативному лечению неосложненной, агрессивно протекающей язвы с ежегодными обострениями не исчезнут полностью. По современным представлениям, в настоящее время, хирургическое лечение производится с учетом этиопатогенеза язвенной болезни. На рубеже XXI века хирурги отдают предпочтение органосохраняющим методам лечения язвенной болезни – различным вариантам ваготомии с пилоро- или дуоденопластикой. Эти оперативные вмешательства, выполненные технически грамотно, высококачественно, обеспечивают оперированным пациентам высокое качество жизни.

**Ключевые слова:** Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, резекция желудка, органосохраняющая операция, ваготомия, пилоропластика, дуоденопластика, осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, качество жизни, медикаментозное лечение.

## АШКАЗАНДЫН ЖАНА ОН ЭКИ ЭЛИ ИЧЕГИНИН ЖАРААТ ДАРТЫН ХИРУРГИЯЛЫК ЖОЛ МЕНЕН ДАРЫЛООНУН ЗАМАНБАП ЫКМАЛАРЫ

Алыбаев Э.У., Сопуев А.А., Искаков М.Б., Орозобсков Б.К.

*И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясынын Госпиталдык Хирургия Кафедрасы, Кыргыз Республикасынын Саламаттык Сактоо Министрлигинин Улуттук Хирургиялык Борбору Бишкек ш., Кыргызстан*

**Корутунду.** Азыркы учурда, ашказан жана он эки эли ичегинин жараат дартын айыктуруучу даарыларынын ийгиликтуу колдонулушун карабастан, хирургиялык жолдор менен даарылоону оркундотуу зарыл. Анткени, ашказан жана он эки эли ичеги дарттын отушуп кетуусу, бейтапты олум коркунучуна алып келуусуна шарттайт. Акыркы жылдары ашказан жана он эки эли ичегидеги жараат дартын операция жасоо жолдорунун ичинен мучоо сактоочу операция, ваготомия, пилоропластика, дуоденопластиканын ийгилиги аныкталып, кобуроок колдонулуп жатат. Бул операция жолдорунан кийин, бейтап озун жакшы сезип кийинки жашоо денгеели жогорулайт. Туура жана ийгиликтуу операция жасоо, адамдын кийинки жашоосуна чон оболго тузот.

**Негизги создор:** Ашказан жана он эки эли ичегинин жараат оорусу, ашказан кесуучу операция, мучо сактоочу операция, ваготомия, пилоропластика, дуоденопластика.

## MODERN APPROACHES IN SURGERY OF STOMACH ULCER AND DUODENAL ULCER

Alybaev E.U., Sopuev A.A., Iskakov M.B., Orozbekov B.K.

*Department of Hospital Surgery of Kyrgyz State Medical Academy National Surgery Center under the Ministry of Health, Bishkek city, Kyrgyzstan*

**Resume.** These days, despite of successes of medicament therapy of a stomach ulcer, surgeons should not prematurely get rid of the usual techniques, because indications to operative treatment of not complicated, aggressively proceeding ulcer with annual aggravations, will not disappear completely. Due to modern considerations, now, surgical treatment is made taking into account ethiopatogenesis of a stomach ulcer. In XXI century surgeons prefer organs saving methods of treatment of a stomach ulcer - various variants of vagotomy with piloro- or duodenoplasty. These operative interventions, if executed technically competently, on high-quality level, provide to the operated patients high quality of life.

**Key words:** stomach ulcer of a stomach and of a duodenal gut, resection of a stomach, organs saving operation, vagotomy, piloro-plasty, duodenoplasty.



Язвенная болезнь широко распространена во всем мире. Статистика начала XXI века свидетельствует о многих миллионах больных в экономически развитых и развивающихся странах мира, имеется видимая тенденция к росту заболеваемости этим недугом. По мнению ведущих гастроэнтерологов мира, язвенная болезнь представляет собой национальную проблему во многих странах. Так, социальная цена этого заболевания в США ежегодно составляет более 1000 млн. долларов; общие затраты на лечение больных язвенной болезнью в такой небольшой стране, как например Швеция, составляет 480 млн. крон.

История хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки насчитывает более столетия.

И.П. Павлов и его многочисленные ученики в конце XIX - начале XX столетия раскрыли механизмы желудочной секреции, выделили нервную и гуморальную фазы, показали регулируемую роль блуждающих нервов в секреторной и моторной функции желудка. Д. Едкинс (1906) доказал, что гуморальная фаза секреции обусловлена гастрином, выделяемым антральным отделом желудка. На основании этих исследований была убедительно показана связь язвенной болезни с избыточной продукцией соляной кислоты. Для снижения секреции соляной кислоты Г.Финстерер предложил производить обширную резекцию желудка, чтобы угнетать обе фазы секреции желудочного сока. В 30-60-е годы субтотальная резекция 2/3 желудка во многих странах стала стандартной операцией, используемой для лечения неосложненных и осложненных язв.казалось, что резекция и впредь будет операцией выбора. Однако, в 1950-1970 гг. появилось множество работ, в которых отмечалась высокая частота пострезекционных синдромов, причинявших больным больше страданий, чем сама язвенная болезнь. Это заставило хирургов обратить внимание на органосохраняющие операции.

Вспомнили исследования И.П. Павлова, показавшего, что кислотопродукцию можно снизить пересечением блуждающих нервов без удаления большей части тела желудка. Это послужило теоретическим обоснованием для экспериментального и клинического изучения ваготомии.

Для того, чтобы избежать разрушения привратника, Д. Джонстон (1970) в Англии и И. Амдруп (1978) в Дании совершенствовали методику ваготомии. Они предложили денервировать только кислородопroduцирующую зону - тело желудка, сохраняя при этом иннервацию и полноценную функцию привратника, части антрального отдела желудка, желчного пузыря и кишечника. Эта операция получила название - селективная проксимальная ваготомия (СПВ). В иностранной литературе ее называют - проксимальной желудочной ваготомией.

Селективная проксимальная ваготомия является наиболее физиологичной операцией, позволяющей излечить от язвы, сохранить функцию желудка и обеспечить хорошее качество жизни оперированных больных [1,2,6,7,10].

Таким образом, третий период истории хирургического лечения язвенной болезни во второй половине XX столетия ознаменовался разработкой и внедрением в

практику ваготомии и других, физиологически обоснованных, органосохраняющих операций.

В 1980-1990 гг. СПВ и комбинированная ваготомия в ряде клиник стала считаться операцией выбора для лечения больных с неосложненными язвами (и с осложнениями в анамнезе), не поддающимися медикаментозному лечению [4,6,7,9]. Последнее десятилетие ознаменовалось широким распространением лапароскопической техники, с помощью которой можно производить все виды ваготомий. Лапароскопическая техника операции позволила выполнять СПВ прецизионно, снизить частоту неполных ваготомий и рецидивов, улучшить качество жизни пациентов. Лапароскопическая техника ваготомии имеет большую перспективу для внедрения в широкую практику [1,10,11].

Применение ваготомии дало возможность резко снизить не только частоту летальных исходов, но и частоту послеоперационных синдромов, улучшить качество жизни оперированных. Ваготомия в разных вариантах, в том числе в сочетании с антрэктомией, широко применяется в большинстве стран для лечения неосложненной и осложненной язвенной болезни. Разнообразие оперативных методов лечения язвенной болезни позволяет хирургу в каждом конкретном случае выбрать наиболее подходящий способ.

В 1980-1990 гг. началась эра H<sub>2</sub>-блокаторов (ранитидин, фамотидин) и блокаторов протонной помпы (омепразол, пантопразол, лосек, лансопразол). Было показано, что с помощью омепразола и H<sub>2</sub>-блокаторов в 90% случаев можно достичь быстрого заживления язвы и свести до минимума число рецидивов при эрадикации Хеликобактер пилори (Hr) антибиотиками [5,7,12]. В связи с этим изменилось представление о патогенезе язвенной болезни. Большинство гастроэнтерологов склонны рассматривать язвенную болезнь как инфекционное заболевание, обусловленное Hr. Действительно, при медикаментозном лечении язвенной болезни с эрадикацией хеликобактерной инфекции частота рецидивов язвы удалось снизить до 5-10% т.е. до уровня, который наблюдается при СПВ без эрадикации Hr. Окрыленные успехами лечения язвенной болезни современными антисекреторными препаратами в сочетании с эрадикацией хеликобактерной инфекцией, многие гастроэнтерологи стали настойчиво применять этот тип лечения даже при многократных рецидивах и осложнениях болезни - перфорации и кровотечениях. Это привело к значительному увеличению оперативных вмешательств по поводу перфоративных и кровоточащих язв, к резкому сокращению числа плановых операций по поводу неосложненных язв и язв с осложнениями в анамнезе болезни. Наиболее частым показанием к хирургическому лечению снова, как и в конце прошлого столетия стали осложнения язвенной болезни - перфорация, кровотечения, стеноз.

Эффективная эрадикация хеликобактерной инфекции достигается при «тройной терапии», т.е. при использовании ингибитора протонной помпы (омепразол и его аналоги) в сочетании с двумя антибиотиками (наиболее часто кларитромицин + амоксициллин или амоксициллин + метронидазол) [5,7,12,14]. Хороший эффект достигается при поддержании pH желудочного сока на уровне 4,0 - 6,0. Применение только антибиоти-

и антибактериальных препаратов для эрадикации Нр менее эффективно. Следовательно, снижение кислотности желудочного сока антисекреторными препаратами при эрадикации Нр играет важнейшую роль в комбинированной с антибиотиками схеме эрадикации. Снижение частоты рецидивов язвенной болезни достигается при эрадикации хеликобактерной инфекции одновременном длительном подавлении кислотопродукции антисекреторными препаратами (омепразол, ранитидин, бисмут цитрат, фамотидин).

Лечение антисекреторными препаратами после эрадикации Нр требует проведения прерывистых («по требованию») курсов, а при безуспешности прерывистого курсового лечения – непрерывного, дорогостоящего, поддерживающего курса в течение длительного времени, иногда пожизненно [5,7,12,15]. Отмена медикаментов нередко вызывает рецидив язвенной болезни (синдром отмены). Стоимость антисекреторных препаратов для постоянного употребления или повторных курсов высокая, часто превышает стоимость хирургического лечения. В связи с этим, пациенты вынуждены переходить на менее эффективные, но дешевые препараты, несмотря на опасность рецидивов и осложнений. Следует учитывать возможность увеличения числа штаммов Нр резистентных к применяемым антибиотикам. Это может затруднить эрадикацию инфекции и создать условия для повышения частоты рецидивов и опасных для жизни осложнений. При недостаточно эффективном или неэффективном медикаментозном лечении, не дожидаясь перфорации, кровотечения или стеноза, гастроэнтеролог должен направить больного к хирургу, ибо никто не дал ему права рисковать жизнью больного, упорствуя в проведении медикаментозного лечения.

Несмотря на успехи медикаментозной терапии язвенной болезни, хирургам не следует преждевременно складывать свое оружие, так как показания к оперативному лечению неосложненной, агрессивно протекающей язвы с ежегодными обострениями не исчезнут полностью [2,3,7,10]. Осложнения язвенной болезни, число которых имеет лишь небольшую тенденцию к уменьшению, подлежат к хирургическому лечению.

Показания к оперативному лечению язвенной болезни в общих чертах остались прежними.

Относительные показания возникают значительно реже в эпоху применения высокоэффективных антисекреторных препаратов в сочетании с антибиотиками, используемые для эрадикации хеликобактерной инфекции, однако, нет оснований утверждать, что они отсутствуют. Если гастроэнтерологи будут стремиться к тому, чтобы оперативное лечение производилось до появления опасных осложнений, предупреждало их развитие, то число больных, которым необходимо плановое оперативное лечение по поводу резистентных к медикаментозной терапии или по поводу имевшихся в анамнезе осложнений, будет возрастать. Это реальный путь снижения летальности при язвенной болезни. В настоящее время более 1 % больных умирают от язвенной болезни без операции.

Оперативное лечение показано при:

а) не заживающей в течение 6 месяцев язве желудка или двенадцатиперстной кишки, несмотря на правильное медикаментозное лечение;

б) частых обострениях заболевания, которые не удается предупреждать современными средствами;

в) рецидивирующих кровотечениях, возникающих, несмотря на правильно построенное курсовое медикаментозное лечение;

г) прогрессирующем нарастании явлений стеноза после каждого обострения;

д) желании больного подвергнуться оперативному лечению по финансовым соображениям, связанным с высокой стоимостью антисекреторных препаратов, или желанием избавиться от обострений и опасности осложнений более надежным способом, несмотря на разъяснение. Вопрос об оперативном лечении может быть поставлен при каллезных и пенетрирующих язвах, плохо поддающихся медикаментозному лечению, при больших язвах диаметром более 2 см.

Абсолютным показанием к оперативному лечению являются осложнения язвенной болезни – стеноз, перфорация язвы, кровотечение, малигнизация. Доброкачественные язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, как правило, не малигнизируются. У больных с длительным язвенным анамнезом может развиваться рак, но он обычно возникает не из язвы, а на месте кишечной дисплазии слизистой желудка, связанной с хроническим хеликобактерным гастритом. «Малигнизированная» язва желудка представляет собой язвенную форму рака или лимфомы.

По современным представлениям, в настоящее время, хирургическое лечение производится с учетом этиопатогенеза язвенной болезни.

Задачами оперативного вмешательства являются:

1) добиться снижения кислотности желудочного сока до безопасного уровня, для предотвращения дальнейшего образования язвы;

2) ликвидировать перидульцерозный язвенный инфильтрат, устранить патологические изменения в желудке и двенадцатиперстной кишке, вызванные деформациями;

3) сохранить объем, форму и моторно-эвакуаторную функцию желудка и двенадцатиперстной кишки, тем самым улучшая качество жизни больного.

При выборе метода оперативного вмешательства предпочтение должно быть отдано методам, сопровождающимся минимальной летальностью, низким процентом послеоперационных патологических синдромов и инвалидности, высоким качеством жизни. Следует учитывать возраст пациента, наличие сопутствующих и конкурирующих заболеваний. В связи с этим не может быть операции, используемой с одинаковым успехом у всех пациентов.

На протяжении последних 40-50 лет XX столетия шла дискуссия между хирургами, предпочитающими применять резецирующие методы: резекции желудка как универсальную, испытанную операцию, пригодную для плановой и экстренной хирургии, и сторонниками органосохраняющих методов, предусматривающих проведение различных вариантов ваготомии в сочетании с пилоропластикой или дуоденопластикой.

На основе многолетнего опыта оперативного лечения язвенной болезни представляется возможность для клинической оценки методов оперативного лечения и рекомендации оптимальных способов.



Наибольшее число отрицательных сторон имеет резекция желудка по Бильрот-2 с различными модификациями с удалением 2/3 желудка. После этой операции наблюдается наибольшее количество летальных исходов (от 1 до 6%), самая высокая частота демпинг-синдрома (с преобладанием тяжелых форм), дуоденогастрального рефлюкса, нарушений функций печени и желчного пузыря, потери в массе тела, сексуальных расстройств. Многих больных перед операцией отпугивают слова: «удаление большей половины желудка» при резекции желудка. Одну треть всех пострезекционных осложнений при этой операции составляет синдром приводящей петли, который в раннем послеоперационном периоде способствует развитию несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки, а в позднем вызывает тяжелые диспепсические расстройства.

В последние годы в странах Западной Европы, США и в Российской Федерации наблюдается заметное увеличение сообщений о возникновении рака культи резцированного желудка в отдаленные сроки после хирургического вмешательства, выполненного по поводу язвенной болезни.

Таким образом, резекция 2/3 желудка является началом пожизненных страданий от демпинг-синдрома, диареи и других расстройств, которые с нашего общего согласия названы пострезекционными синдромами. В связи с этим половина оперированных больных переводится на временную инвалидность. Многие оперированные больные не могут вернуться к прежней профессии. По нашим данным, после резекции по Б-1 и Б-2 к прежней работе вернулись 52-54% больные, в то время как после СПВ – 92%.

Естественно возникает вопрос, какие типы операций следует рекомендовать в современных условиях, когда медикаментозное лечение стало более эффективным, число рецидивов уменьшилось, появилось возможность более эффективно предупреждать и успешно лечить рецидивы язвенной болезни. Очевидно, что необходимо выбирать оперативные вмешательства, которые в меньшей степени нарушают функции желудка, не дают тяжелых послеоперационных синдромов, позволяют сохранить трудоспособность больного и обеспечить высокое качество жизни.

Современным периодом хирургического лечения язвенной болезни можно считать нынешнюю ситуацию. Это период, когда органосохраняющие методы операции постепенно получили широкое распространение во всех странах мира.

Из всех видов ваготомии за последнее десятилетие наиболее физиологичной является селективная проксимальная ваготомия с пилоро- или дуоденопластикой, как органосохраняющий вид операции. При стенозе луковицы двенадцатиперстной кишки при СПВ часто удается избежать разрушения привратника устранением стеноза дуоденопластикой, в том числе с циркулярным иссечением измененного рубцами участка кишки вместе с язвой.

**Выводы.** При дуоденальной язве рекомендуется селективная проксимальная ваготомия с дуоденопластикой, а при близком расположении язвы к пилорическому сфинктеру - с пилородуоденопластикой.

При желудочной локализации язвы оптимальным методом считают экономную резекцию по методу Бильрот-1 с сохранением пилорического сфинктера, потому что, при этой методике операции удаляется язва, которая может быть проявлением язвенной формы рака желудка.

При перфорации дуоденальной язвы больным целесообразно рекомендовать ваготомию с иссечением краев перфоративной язвы в пределах здоровой ткани с последующей пилоро- или дуоденопластикой, в зависимости от расположения язвы в отношении к сфинктеру привратника.

В последние годы, альтернативой к этому методу является пилородуоденопластика без ваготомии с последующей противоязвенной терапией (современные противоязвенные лекарства).

При стенозе – привратника или луковицы двенадцатиперстной кишки при отсутствии факторов риска рекомендуется ваготомия с пилоро- или дуоденопластикой.

При кровоточащей язве двенадцатиперстной кишки – ваготомия с иссечением или прошиванием кровоточащего сосуда с последующей пилоро- или дуоденопластикой.

На рубеже XXI века, хирурги отдают предпочтение органосохраняющим методам лечения язвенной болезни – различным вариантам ваготомии с пилоро- или дуоденопластикой. Эти оперативные вмешательства, выполненные технически грамотно, высококачественно, обеспечивают оперированным пациентам высокое качество жизни.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Аймагамбетов М.Ж., Рахметов Н.Р., Хребтов В.А. Особенности дуоденопластики при различных локализациях язв двенадцатиперстной кишки. // Хирургия. – 2004. - №12. - С.35-37.
2. Алыбаев Э.У., Ниязов Б.С., Абдуллаев Д.С., и др. Органосохраняющие операции в хирургии перфоративных язв двенадцатиперстной кишки. // В кн.: Международный конгресс гастроэнтерологов Евразии (Сборник научных статей). – Бишкек, 2001. - С.59-62.
3. Алыбаев Э.У., Сопуев А.А., Ниязов Б.С., и др. Органосохраняющие операции при перфоративной пилородуоденальной язве. // Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки: Материалы Всероссийской конференции - Саратов, 2003. - С.31-32.
4. Алыбаев Э.У., Койчуманов А.Н., Керимбаев Р.Т. Пилоро- или дуоденопластика при перфоративной пилородуоденальной язве с последующей противоязвенной терапией. // “Хирургия Кыргызстана”. – 2005. - №1. - С. 17-19. (соавторство).
5. Ефименко Н.А., Лысенко М.В., Астахов В.Л. Кровотечение из хронических гастродуоденальных язв: современные взгляды и перспективы лечения. // Хирургия - 2004. - №3 - С. 56-60.
6. Жерлов Г.К., Кошель А.П., Рудая Н.С., и др. Выбор радикальной операции у больных с ушитыми перфоративными гастродуоденальными язвами. // Хирургия – 2005 - №3 - С. 18-22.

Кузин М.И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. // Хирургия – 2001 - №2 - С. 27-32.

8. Курбанов Ф.С., Асадов С.А., Михайлов Р.Р. Селективная проксимальная ваготомия в сочетании с дренирующими операциями при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. // Хирургия. - 2000. № 7 - С. 37-40.

9. Кутяков М.Г., Хребтов В.А., Аймагамбетов М.Ж. Селективная проксимальная ваготомия с иссечением язвы двенадцатиперстной кишки. // Хирургия - 2000. - №4 - С. 9-12.

10. Оноприев В.И. Новые технологии, концепция и тактика хирургического лечения осложненных дуоденальных язв. 8-й Всеросс. съезд хирургов (тез. докл.). - Краснодар. - 1999. - С. 198-201.

11. Панцырев Ю.М., Ченякевич С.А., Михалев А.И. Хирургическое лечение язвенного пилородуоденального стеноза. // Хирургия - 2003. №1 - С. 18-21.

12. Плешков В.Г., Афанасьев В.Н., Овсянкин А.В. Применение фамотидина (квamatела) в лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. // Хирургия - 2000. - №11. - С. 48-49.

13. Baron J.H., Sonnenbeig A. Am. J. Gastroenterol 2001; 96: 10:2887—2891.

14. Church X.f., Palmer K.P. Eur. J. Gastroenterol Hepatol 2001; 1: 9: 1149-1152.

15. Ohmann C, Imhof M., Roher H. Trends in peptic ulcer bleeding and surgical treatment. Wld. J. Surg. 2000; 24: 3: 284—293.