

### ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМИ СТЕНОЗАМИ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Калжикеев А.М., Уметалиев Ю.К., Тойгонбаев А.Т.,  
Калжикеев А.А., Исаев Д.К., Джайлобаев Т.А., Ибраев Д.Ш.  
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** При выраженных формах стеноза, проявляющихся расширением желудка и нарушением его двигательной функции, ваготомию в сочетании с дренирующими операциями производить нецелесообразно. Методом выбора при лечении язвенных процессов в пилоро-дуоденальной области мы считаем резекцию желудка по способу Бильрот – II или Бильрот – I. Как правило, резецируется не менее 2/3 желудка.

**Ключевые слова:** Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки или пилорического отдела желудка, гастродуоденальная язва, пилородуоденальный стеноз, деформация, ваготомия, резекция.

### АШКАЗАН, ОН ЭКИ ЭЛИ ИЧЕГИ ЖАРАСЫНЫН ӨТКӨӨЛ КӨЗӨНӨГҮНҮН ТАРЫШЫН ХИРУРГИЯЛЫК ЖОЛ МЕНЕН ДАРЫЛОО

Калжикеев А.М., Уметалиев Ю.К., Тойгонбаев А.Т.,  
Калжикеев А.А., Исаев Д.К., Джайлобаев Т.А., Ибраев Д.Ш.  
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Кортунду.** Ашказандын кенейиши жана анын кыймыл-аракет функциясынын бузулуусу менен коштолгон өткөөл көзөнөгүнүн тарышында ваготомиа операциясын жасоо максатсыз. Ашказан, он эки эли ичеги жараларын дарылоодо тандалган ыкма болуп Бильрот- II же Бильрот-I ыкмалары эсептелинет. Эреже катары ашказандын 2/3 бөлүгү кесилип алынат.

**Негизги сөздөр.** Он эки эли ичегинин же ашказандын он эки эли ичегиге өткөн бөлүгүнүн жарасы; ашказан, он эки эли ичегинин жарасы, он эки эли ичегинин өткөөл көзөнөгүнүн тарышы, ашказандын он эки эли ичегиге өткөн көзөнөгүнүн түзүлүшүнүн өзгөрүүсү, ваготомиа; кесип алуу.

### SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH ULCER STENOSES OF PYLORODUODENAL AREA

Kalgikeev A.M., Umetaliev Y.K., Toygonbaev A.T.,  
Kalgikeev A.A., Isaev D.K., Ibraev D.Sh.  
I.K. Achunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** At the expressed forms of a stenosis shown by expansion of a stomach and infringement of its impellent function, vagotomy in combination with drainage operations is inexpedient. A choice method at treatment of ulcer processes in pyloro-duodenal areas we consider a stomach resection on a way as Bilrot-II or Bilrot-I. As a rule, resect off not less 2/3 stomach.

**Keywords:** ulcer disease of a duodenum or pylorus of stomach, gastroduodenal ulcer, pyloroduodenal stenosis, deformation, vagotomy, a resection.

#### Введение.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки является широко распространенным заболеванием. До 8—12% взрослого населения развитых стран в течение своей жизни болеют язвенной болезнью. Число больных язвенной болезнью в Европе достигает 1—2% взрослого населения. У мужчин трудоспособного возраста (25-50 лет) язвенная болезнь бывает в 6-7 раз чаще, чем у женщин. Стеноз пилородуоденальной области развивается у 10 - 20% больных страдающих

язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки или пилорического отдела желудка. Если обратиться к статистике наиболее часто дуоденальная язва является причиной стеноза, из общего числа оперированных по поводу язвы двенадцатиперстной кишки доля больных со стенозом составляет 48 – 75% [6.10.16], редко к такому осложнению приводят язвенные поражения пилорического канала.

Как правило, характерным для гастродуоденальной язвы является хроническое рецидивирующие течение, имеющим тенденции

к прогрессированию процесса, склонностью к развитию тяжелых, порой опасных для жизни осложнений приводящих к расстройству гомеостаза и глубоким метаболическим расстройствам в организме, поэтому всегда требует хирургического лечения, так как дальнейшее рубцевание приводит к еще большему стенозированию.

**Целью** исследования явилось улучшение результатов хирургического лечения больных с язвенными стенозами пилородуоденальной области, имеющих высокую степень операционного риска.

### Материал и методы исследования.

В Национальном хирургическом центре МЗ КР за период с 1983 - 2006 гг. нами были проведены операции 6965 больным по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Из них в связи с язвенными стенозами пилородуоденальной области оперированы 362 больных (5,2%). В возрасте до 30 лет 75 (20,8%) больных, 31 – 40 лет -145 (40,0%), 41 – 50 лет – 100(27,6%), 51 – 60 лет – 31 (8,6%) старше 60 лет – 11 (3,0%). Мужчин было 334 (92,3%), женщин – 28 (7,7%). Среди этих больных средний возраст составил 37,5 +5,5 лет, мужчин было в 10 раз больше чем женщин. Количество больных страдающих стенозом пилородуоденальной области несмотря на активное внедрение в клиническую практику препаратов (блокаторов  $H_2$  – гистаминных препаратов, ингибиторов

протонной помпы), а также с применением антихеликобактерных средств в данное время не имеет тенденции к снижению, хотя среди других осложнений язвенной болезни оно встречается сравнительно реже[13].

По всей вероятности это связано с недостаточной степенью организации системы лечения и осуществления диспансеризации больных с язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

На основании данных нашего наблюдения длительность течения язвенной болезнью до 5 лет имели 101 (27,9%) больных, от 5 до 10 лет – 111 (30,6%), от 11 до 15 лет 85 (23,4%) свыше 15 лет 65 (17,9%). В анамнезе желудочно-кишечное кровотечение язвенной этиологии было у 31 (8,5%) больных, ушивание перфоративной язвы произведено 47 (12,9%) больным.

Для определения стадии пилородуоденального стеноза существуют клинические, анатомические и функциональные критерии (таб. 1).

Стадию пилородуоденального стеноза можно определить на основании сопоставления клинических, рентгенологических, эндоскопических данных и результатов исследования эвакуаторной функции желудка.

Мы различаем 3 стадии пилородуоденальных стенозов:

I стадия – компенсированный, II стадия – субкомпенсированный, III – стадия

**Таблица 1. - Частота жалоб и симптомов при различных стадиях стеноза пилородуоденальной области у больных язвенной болезнью**

Стадии стеноза	Число больных	Частота жалоб и симптомов							
		Усиление болей в эпигастральной области	Тяжесть после еды в эпигастральной области	Рвота		Изжога, отрыжка кислым	Отрыжка тухлым	Потеря веса	«шум плеска» в желудке
				Самопроизвольная	Вызванная искусственно				
Компенсированная	78	63	18	24	26	39	11	9	11
Субкомпенсированная	124	74	48	82	30	51	35	41	51
Декомпенсированная	160	89	126	106	123	42	99	149	176
Итого	362	226	192	212	179	132	145	199	238

Таблица 2.- Частота отдельных рентгенологических признаков при различных стадиях стеноза пилородуоденальной области у больных язвенной болезнью

Стадии стеноза	Число больных	Рентгенологический признак									
		Жидкость натощак	Гипотония желудка	Гиперперистальтика желудка	Эвакуация		Сглаженность складок	Симптом		Деформация	
					замедленная	Нормальная		«чаши»	«ниши»	луковицы	привратника
Компенсированная	78	23	19	5	16	16	-	7	21	22	6
Субкомпенсированная	124	39	31	26	41	10	11	29	27	27	10
Декомпенсированная	160	79	79	-	79	-	41	71	9	26	25
Итого	362	141	129	31	136	26	52	107	57	75	41

декомпенсированный пилородуоденальный.

Согласно классификации язвенных стенозов пилородуоденальной области, принятой в настоящее время большинством авторов (А.В.Телия; Х.Браилски; А.В.Ефремов и К.Д.Эрристан; В.Б.Стрижевский), все больные были подразделены на 3 группы: с компенсированной формой стеноза -78 (21,6%), с субкомпенсированной – 124(34,3%) и с декомпенсированной – 160 (44,1 %) человек. Заключение о стадии стеноза давалось на основании клинико-рентгенологических данных и операционных находок. Как видно из табл.2, каждая стадия стеноза имеет свое клиническое проявление. При рентгенологическом исследовании правильный диагноз стеноза выходного отдела желудка устанавливается в 55-60% случаев (Савченко В.С. 1980).

### Результаты и их обсуждение.

Для оценки ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения пилородуоденального стеноза тем или иным методом необходимо провести тщательный анализ.

Благодаря значительным успехом противоязвенной терапии количество плановых операций у пациентов с хроническими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки за последние 20 – 25 сократилась до минимума

(1- 2%), с другой - отмечается стремительный рост число операций, выполняемых по неотложным показаниям (в 1,5- 2,5 раза) у больных с осложненными формами болезни(декомпенсированный пилоростеноз, кровотечение, перфорация) [4].

Касаясь показаний к оперативному лечению непосредственно при стенозах язвенного происхождения, следует отметить, что до настоящего времени нет единства мнений. Е.Л. Березов, Н.А. Кипшидзе, А.А. Чернявский, настаивают на операциях при всех стадиях стеноза. Г.М. Зорохович, М.П.Кончаловский др. рекомендуют оперировать лишь при выраженных стадиях стеноза. К абсолютным показаниям оперативному лечению относят декомпенсированные, а к относительным – компенсированные и субкомпенсированные стенозы.

На основании личного опыта мы согласны с Ю.А. Березовым, который считает, что «даже компенсированные формы стеноза являются абсолютным показанием к операции, так как дальнейшее рубцевание приводит к еще большему стенозированию». Задержка с операцией может привести к резкому ухудшению состояния больного и исход операции.

В числе оперированных в неотложном порядке сочетании стеноза с перфорацией

язвы двенадцатиперстной кишки 21 больных, профузным гастродуоденальным кровотечением - 11.

Во время операций по поводу стенозирующих язв в пилородуоденальной области у 226 (62,4%) обнаружен массивный спаечный процесс, рубцовое перерождение стенки двенадцатиперстной кишки и резкое снижение ее пластических свойств. По нашим данным, сочетание стеноза с пенетрацией язвы в гепатодуоденальную связку, желчный пузырь, печень, поджелудочную железу и ободочную кишку имелось у – 142 (39,2%) больных.

Резекции 2/3 желудка по способу Бильрот – II произведено 217 (60%) больным.

Резекции 2/3 желудка по способу Бильрот – I произведено 122 (33,7%) больным.

Ваготомию в сочетании с дренирующей желудок операцией при перфорации язвы выплонили 23(6,3%) больным:

а) СПВ + Ушивание перфоративной язвы – у 3

б) СПВ + иссечение перфоративной язвы ПП по Гейнеке – Микуличу – у 2

в) СПВ + иссечение перфоративной язвы ПП по Финнею – у 6

г) ТВ + иссечение перфоративной язвы ПП по Финнею. – у 10.

Из 339 больных, которым было произведено резекция желудка по способу Бильрот – I и Бильрот – II, непосредственно после операции осложнения возникли у - 9 (2,7%). Легочные осложнения - у 2 пневмония, нагноение послеоперационной раны отмечено у – 1, непроходимость кишечника у – 2, тромбофлебит нижних конечностей у – 2, острый панкреатит у - 2.

Послеоперационная летальность составила 0,6%. Причиной летального исхода после резекции желудка у одного больного было несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки, второго – инфаркт миокарда. После ваготомии с дренирующей желудок операцией возникли осложнения у – 3 больных: пневмония – у 2, тромбофлебит у – 1. Летальных исходов не было. Отдаленные результаты изучали от 1г до 10 лет.

Результаты лечения оценивали по схеме Visick. Отличными и хорошими после резекции желудка они признаны у – 85,3%, удовлетворительными у – 14,1%, неудовлетворительными у – 0,6%.

После ваготомии с дренирующей желудок операцией Отличные и хорошие результаты получены – у 82,6%, удовлетворительные – у 13,1%, неудовлетворительные – у 4,3%.

В последние годы некоторые хирурги при лечении данного осложнения стали использовать сочетание селективной ваготомии с дренирующими операциями или с экономной резекцией желудка. Однако имеется много работ, в которых отмечается, что после ваготомии в сочетании с дренирующей операцией, произведенной больным с язвенными пилоростенозами, усугубляются тяжелые эвакуаторные расстройства (Kraft, Bergin, Jiodan, Harper).

Как показали исследования К.С. Вирсаладзе, В.А. Кузнецова, В.Б. Стрижевского и др., при пилородуоденальных стенозах в стадии суб – и декомпенсаций наступают выраженные дегенеративные изменения в нервных сплетениях и эластической субстанции желудка.

На основании этого мы считаем, что при выраженных формах стеноза, проявляющихся расширением желудка и нарушением его двигательной функции, ваготомию в сочетании с дренирующими операциями производить нецелесообразно.

Опасность образования слишком большой деформаций и стаза из-за расширения желудка, деформации луковицы двенадцатиперстной кишки позволяет нам высказаться против пилоропластики.

Для профилактики атонии культи желудка мы рекомендуем осуществлять в течение 2-3сут после операции постоянную декомпрессию при помощи тонкого назогастрального зонда, подключенного к аспираторной трехбаночной системе. Обнадеживающие результаты были получены нами и в отношении профилактики несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки при помощи того же зонда. Когда культя ушивается с трудом, мы во время операции проводим зонд через анастомоз в культю и подключаем на 3-4 сут к аспираторной системе.

### Выводы:

1. Тщательная коррекция нарушенного гомеостаза перед операцией и обеспечение его во время и после вмешательства во многом определяют успех лечения.

2. Для снижения послеоперационной летальности и постгастрорезекционных

синдромов, больных с язвенной болезнью привратника и двенадцатиперстной кишки необходимо оперировать до развития пилородуоденального стеноза.

3. Операцией выбора при пилоростенозе является резекция желудка по способу Бильрот – II или Бильрот – I. Селективная ваготомия в сочетании с антрумэктомией может производиться больным с дуоденальными стенозами только в стадии компенсации.

4. Декомпрессия культи двенадцатиперстной кишки при помощи назогастрального зонда и аспирирующей системы является хорошей профилактикой несостоятельности швов, декомпрессии культи желудка предупреждает развитие ее атонии.

## Литература:

1. Агейчев В.А., Ю.М., Панцырев, Михалев А.И. Пилородуоденальный язвенный стеноз. - Ереван, 1985. 240с.
2. Афендулов С.А., Журавлев Г.Ю., Краснолуцкий Н.А. / Лечение прободной язвы. -М., 2005. -с.166.
3. Власов А.П., Кукош М.В., Сараев В.В., Степанов Ю.П. Резекционная хирургия желудка. Нижний Новгород, НГМА. -2005.-С.358.
4. Гуляев А.А., Пахомова Г.В., Ярцев П.А. и др. // Лечение больных с перфоративными пилородуоденальными язвами // Эндоск. хир. -2005. - №1. – С.38.
5. Жерлов Г.К., Баранов А.И., Борщ Д.Г. и др. Хирургическое лечение «трудных» язв желудка. // Вестник хирургии. – 1999. 158, 3:- С. 46 -50.
6. Кривицкий Д.И., Шуляренко В.А., Паращий З.З. Хирургическое лечение стенозирующих и пенетрирующих гастродуоденальных язв. // Вестник хирургии. - 1990. - № 5. - С. 96 – 98.
7. Мыш Г.Д. Патологические аспекты хирургии язвенной болезни. Новосибирск, Наука, Сибирское отделение 1983. –С.194.
8. Мышкин К.И., Скопец М.Д., Судакова С.Е. Стеноз привратника при язвенной болезни. // Клиническая хирургия. - 1987. - №8. - С. 25-27.
9. Оноприев В.И., Пахилина А.Н., Чубинец Е.Г. Хирургическое лечение гигантских дуоденальных язв. Тезисы докладов 8-го Всероссийского съезда хирургов. Краснодар, 1995. - С.210 - 213.
10. Панцырев Ю.М., Бабкова Н.В., Гельеранд Н.М., Алексеевский А.В. Прогнозирование рецидива язвенной болезни после селективной проксимальной ваготомии. // Вестник хирургии. 1989. -№ 9. - С. 17 – 24.
11. Плешков В.Г., Афанасьев В.Н., Москшеев А.П. и др. Резекция желудка по Бильрот-1 при гигантских пенетрирующих дуоденальных язвах. Хирургия желудка и кишечника. Смоленск, СГМА. 1995. - С.25 - 29.
12. Тарасенко С.В., Зайцев О.В., Песков О.Д., Копейкин А.А. Хирургическое лечение «трудных» язв двенадцатиперстной кишки // Хирургия. 2005. №1. - С.29

- 32.

13. Циммерман Я.С. Хронический гастрит и язвенная болезнь (Очерки клинической гастроэнтерологии). Выпуск первый. Перм, гос. мед. академия 2000. –С.256.

14. Черноусов А.Ф., Богопольский Г.М., Курбанов Ф.С. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1996.-С. 256.

15. Ю.М.Панцырев., Чернякевич., Михалев А.И. Хирургическое лечение язвенного пилородуоденального стеноза.

16. Jorlan P, Thonby J. Twenty years after parietal cell vagotomy or selective vagotomy with antrectomy for treatment of duodenal ulcer. // Ann Surg. - 1994.-Vol. 220, № 3.-P. 283 – 296.