



В. А. Сипливый,
В. В. Доценко, А. Г. Петюнин,
Д. В. Бызов, А. В. Евтушенко

Харьковский национальный
медицинский университет

Коллектив авторов

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРФОРАТИВНОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ. ВЫБОР МЕТОДИКИ ОПЕРАЦИИ С УЧЁТОМ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Резюме. Изучен отдалённый период у 261 больного оперированного по поводу перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. У 159 больных произведена операция иссечение язвы с пилоропластикой без ваготомии, у 102 — иссечение язвы с ваготомией. Анализ показал, что во всех случаях имела место перфорация хронической язвы, а слизистая оболочка желудка имела морфологические особенности, характерные для хронического атрофического гастрита с очагами полной кишечной метаплазии. При хирургическом лечении больных с перфоративной гастродуоденальной язвы рекомендовано выполнять иссечение язвы с пилоропластикой и проведением медикаментозной корригирующей терапии.

Ключевые слова: перфоративная гастродуоденальная язва, ваготомия, качество жизни.

Введение

Актуальность проблемы перфоративной гастродуоденальной язвы обусловлена высокой заболеваемостью язвенной болезнью и многообразием лечебно-тактических установок. Вместе с тем использование в клинической практике лечения язвенной болезни блокаторов H₂ гистаминовых рецепторов, ингибиторов протонной помпы, антихеликобактерной терапии требуют пересмотра хирургической тактики, что определяет актуальность настоящей работы. Считается, что выбор определенного метода оперативного вмешательства и его радикальность во многом зависит от конкретной клинической ситуации, возраста больного, сопутствующей патологии, степени операционного риска [2, 3]. На сегодня при хирургическом лечении больных с перфоративной язвой используют органосохраняющие вмешательства, которые совмещают иссечение язвы с одним из способов ваготомии [1], и операции иссечения язвы или ее ушивания, в том числе и лапароскопически [4], с проведением противоязвенной медикаментозной терапии.

Целью различных видов оперативного лечения нужно считать достижение пациентом хорошего самочувствия, сохранения работоспособности и полноценного качества жизни. Поэтому выбор методики операции с учетом прогнозируемого качества жизни больного является важным вопросом хирургии перфоративной гастродуоденальной язвы.

Цель работы

Оценка результатов и качества жизни больных с перфоративной гастродуоденальной язвой с учетом методики операции — с ваготомией и без ваготомии.

Материалы и методы исследований

Проведен анализ результатов хирургического лечения 261 больного с перфоративной гастродуоденальной язвой. Мужчин было 225 (86,2 %), женщин — 36 (13,8 %). Возраст больных варьировал от 17 до 80 лет. Преобладали больные работоспособного возраста: в возрасте до 60 лет было 235 (90 %) лиц.

В зависимости от вида операции все больные были распределены на две группы. Первую группу составили 159 пациентов, которым выполнена операция иссечения язвы с пилоропластикой без ваготомии, вторую — 102 больных, которым выполнена операция иссечения язвы с ваготомией. Селективная проксимальная ваготомия (СПВ) выполнена 46 больным, селективная ваготомия (СВ) — 42, комбинированная ваготомия по Хиллу — Баркеру, Бурже, Джексона — 14 больным.

Для обследования больных были использованы такие методы: клинический анализ крови, клинический анализ мочи, биохимическое исследование, электрокардиография, рентгенологическое исследование органов брюшной полости и грудной клетки. Были определены такие гематологические индексы: лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), ядерный индекс сдвига (ЯИС), а также отношение нейтрофилов к лимфоцитам (Н/Л).

При обследовании больных в отдаленные сроки проводилась фиброгастродуоденоскопия с прицельной биопсией из трех точек (тело желудка, пилороантральная зона, дуоденум). Оценка морфологических изменений слизистой желудка проводилась соответственно Сиднейско-Хьюстонской классификации хронических гастритов (1996). Для выявления *Helicobacter pylori* (Hр) проводилось окрашивание по Гимза.



Моторно-эвакуаторная функция желудка исследована рентгенологически, с использованием контрастного вещества.

Для исследования качества жизни больных в отдаленный срок, необходимости ограниченной в разных сферах жизнедеятельности (повседневной жизнедеятельности, общественной и личной жизни) в результате клинических проявлений заболевания, использовался анкетный метод и обследование в стационаре. Качество жизни в отдаленные сроки (от одного до десяти лет после операции) изучено нами у 98 пациентов путем анкетирования и обследования в стационаре (27 больных).

Результаты исследований и их обсуждение

У пациентов первой группы после оперативного вмешательства осложнения возникли у 24 (15 %) больных. У 3 (1,89 %) больных было нагноение послеоперационной раны; у 5 (3,14 %) — развилась клиника острого желудочно-кишечного кровотечения, которое было остановлено проведением консервативной гемостатической терапии. Замедление возобновления функции желудочно-кишечного тракта отмечено у 2 (1,26 %) больных, клиника нарушения эвакуации из желудка наблюдалась у 5 (3,14 %), при этом трое больных нуждались в повторном оперативном вмешательстве — релапаротомии с наложением гастроэнтероанастомоза. Пневмония наблюдалась у 3 (1,89 %) больных, явления экссудативного плеврита — у 4 (2,52 %). У 1 (0,63 %) больного развилась острая спаечная непроходимость тонкой кишки, что потребовало выполнения релапаротомии; острый тромбоз глубоких вен голени развился у 1 (0,63 %) больного.

У пациентов второй группы после оперативного вмешательства осложнения возникли у 23 (22,5 %) больных. У 2 (1,96 %) больных было нагноение послеоперационной раны. Острое желудочно-кишечное кровотечение развилось у 2 (1,96 %) больных, оно было остановлено проведением консервативной гемостатической терапии. Постваготомную атонию желудка наблюдали у 9 (8,8 %) больных: после выполнения СПВ — 4 (3,92 %) больных, СВ — 3 (2,9 %), у 2 (1,96 %) больных после комбинированной ваготомии. Проведенная консервативная терапия привела к компенсации эвакуаторной функции желудка. Пневмония была диагностирована у 3 (2,9 %) больных, явления экссудативного плеврита у 1 (1,02 %), у 3 (2,9 %) развился пневмоторакс, что потребовало дренирования плевральной полости по Бюлау. Острая динамическая кишечная непроходимость развилась у 1 (0,98 %) больного, острый тромбоз глубоких вен голени у 1 (0,98 %) больного, инфаркт миокарда у

1 (0,98 %). Таким образом, у больных второй группы наблюдались осложнения, связанные с выполнением ваготомии — пневмоторакс, атония желудка, которых не было у больных первой группы.

Проведено гистологическое исследование интраоперационного материала (язвенного дефекта и периульцерозной зоны) у 152 больных, из них 89 больных первой и 63 больных второй группы.

Установлено, что во всех анализируемых случаях имела место перфорация хронической язвы, на что указывают признаки хронического воспаления: наличие соединительной рубцовой ткани, образование лимфоидно-плазмочитарной инфильтрации, деструкция и тромбоз микроциркуляторного русла с кровоизлиянием в окружающие ткани. Обнаруженные изменения обуславливают необходимость иссечения язвы во время операции. Наши выводы совпадают с данными Велигоцкого Н.Н. [1].

Моторно-эвакуаторная функция желудка в отдаленный срок исследована рентгенологически, с добавлением контрастного вещества у 27 больных, из них у 15 больных первой группы и у 12 второй. У 14 больных первой группы размеры желудка приближались к нормальным. Преобладал нормальный темп эвакуации из желудка: через 40 минут в желудке до 1/4 принятого бария, равномерно заполняются петли тонкой кишки, складки слизистой утолщенные, что является признаком хронического гастрита и дуоденита. Признаков нарушения пассажа по желудочно-кишечному тракту не выявлено. У 5 (30,3 %) пациентов определялся ускоренный и умеренно ускоренный темп эвакуации — гипермоторная дискинезия желудка: через 30-40 минут после дачи бария в желудке бария нет, ускорен темп эвакуации из двенадцатиперстной кишки. Эти больные отмечали боли, ощущение переполнения желудка после приема еды, изжогу. У 1 (6,6 %) больного обнаружена гипотония и гипокинезия желудка: желудок расположен на 2/3 ниже гребешковой линии, через 40 минут в желудке до 1/2 принятой порции, через 70 минут до 1/3. Замедленная перистальтика определяется в 2 (13,3 %) случаях, в 1 (6,6 %) случае ускоренная, глубокими волнами.

У 12 больных второй группы размеры желудка приближались к нормальным, у 4 (30,3 %) обследованных натощак в желудке обнаружена жидкость и газ. У 5 (41,6 %) пациентов определялся ускоренный темп эвакуации, у одного из них был каскадный тип эвакуации — эвакуация из желудка порционно, непрерывного типа, с быстрым опорожнением от бария и ускоренным темпом заполнения петель тон-

кой кишки, после чего определялось снижение перистальтической активности желудка. У одного больного были признаки рецидива язвы: «ниша» стенки из депо бария в ней. У 3 (25 %) больных обнаружена гипомоторная дискинезия: желудок гипотонический, натощак в желудке обнаружена жидкость и газ, перистальтика вялая, через 40 минут в желудке 3/4 порции бария, через 2 часа в желудке 1/3 порции. В двух из этих наблюдений было замедление эвакуации, в одном эвакуация не нарушена. Вялая перистальтика определяется в 4 случаях, в одном случае ускоренная, глубокими волнами.

Проведенный анализ показал что, расстройства моторной активности гладкой мускулатуры желудка, замедление и ускорение темпа эвакуации желудочного содержимого в отдаленные сроки более выражены у больных второй группы при выполнении ваготомии.

Изучено морфологические изменения слизистой оболочки желудка (антрального отдела, тела), и двенадцатиперстной кишки в отдаленные сроки у больных при выполнении ваготомии и оперируемых без ваготомии. Гистологически был исследован биопсийный материал от 23 больных. В первой группе было 13 обследованных, во второй – 10.

Установлено, что слизистая оболочка пилороантрального отдела желудка имела морфологические особенности, характерные для хронического умеренно выраженного неактивного неассоциируемого с Нр атрофического гастрита с очагами полной кишечной метаплазии; для тела желудка наиболее характерным было состояние, что отвечает морфологической картине поверхностного и начального атрофического неассоциированного с Нр атрофического гастрита; в слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки чаще всего встречался неактивный хронический дуоденит первой степени. Распределение форм хронического гастрита и дуоденита, обнаруженные с помощью морфологического исследования биоптатов первой и второй групп, были равнозначными. Отмеченная незначительная вариабельность не была статистически значимой. Эти данные следует учитывать при проведении консервативной терапии в послеоперационном периоде. Высокий удельный вес полной кишечной метаплазии свидетельствует о нарушении процессов репарации у больных язвой, что требует диспансерного наблюдения.

При изучении качества жизни больных в срок 1 год после операции на боль в животе предъявляют жалобы (57 %) респондентов первой группы, у больных второй группы жалоб на боль в животе не было ($p:0,001$). При детальной характеристике жалоб на боль в животе

у респондентов первой группы установлено, что у одинаковой части больных (по 14,3 %) боль возникает ночью, через 30–60 или 60–120 минут после приема еды. Сезонность обострения в осенне-весенний период отмечает 14,3 % анкетированных, 28,6 % респондентов не связывают возникновение боли со временем года. Боль в животе возникает у 14,3 % больных независимо от соблюдения диеты, а у 57,2 % боль возникает в результате несоблюдения диеты. На наличие изжоги жаловалось 71,4 % респондентов первой группы и 50 % респондентов второй группы ($p>0,05$); 28,6 % анкетированных первой группы и 50 % – второй группы возникновения изжоги связывают с приемом пищи.

Ограничивают себя в физических нагрузках в связи с язвенной болезнью 43 % анкетированных первой группы и 50 % второй группы. В связи с язвенной болезнью придерживаются диеты 57 % первой группы и 75 % второй группы, все они ограничивают себя в выборе продуктов и блюд постоянно ($p>0,05$). Посещают гастроэнтеролога при необходимости и проходят профилактическое (противорецидивное) лечение лишь 28,6 % респондентов первой группы. Ни один из респондентов первой и второй группы в срок 1 год после операции не проходил стационарное лечение по поводу язвенной болезни и фиброгастроуденоскопию, так же ни у кого не определялось состояние желудочной секреции, не проводилось обследование на наличие хеликобактериоза.

В срок 2-5 лет после операции жалобы на боль в животе предъявляют 42,3 % респондентов первой группы, 48,4 % – второй. На сезонность обострения в осенне-весенний период указали 54,6 % анкетированных первой группы и 60,3 % – второй группы ($p>0,05$). Ограничивают себя в физических нагрузках в связи с язвенной болезнью 38,4 % анкетированных первой группы и 38,4 % второй группы ($p>0,05$). В связи с язвенной болезнью придерживаются диеты 34,6 % первой группы и 32,3 % – второй группы.

Профилактическое лечение проходили 19,2 % опрошенных первой группы и 32,3 % – второй группы. Стационарное лечение прошли 19,2 % респондентов первой группы и 19,4 % – второй группы. Противорецидивное лечение прошли 19,2 % опрошенных первой группы и 32,3 % – второй группы. Стационарное лечение прошли 19,2 % респондентов первой группы и 19,4 % – второй группы.

Таким образом, при анализе качества жизни больных, оперированных по поводу перфоративной гастродуоденальной язвы как с ваготомией, так и без нее в сроки от двух лет и более отдаленнее период не установлено статистически достоверной разницы между жалобами



больных. Необходимость ограничений в повседневной жизнедеятельности, общественной и личной жизни одинакова в обеих группах больных.

Выводы

У больных с перфоративной гастродуоденальной язвой имеет место перфорация хронической язвы, на что указывают признаки хронического воспаления: наличие соединительной рубцовой ткани, образование лимфоидно-плазмоцитарной инфильтрации, деструкция и тромбоз микроциркуляторного русла с кровоизлиянием в окружающие ткани. Обнаруженные изменения обуславливают необходимость иссечения язвы во время операции. Перфорация язвы развивается на фоне имеющихся изменений слизистой оболочки.

В отдаленные сроки после операции по поводу перфоративной гастродуоденальной язвы с использованием ваготомии наблюдаются более выраженные расстройства моторной активности гладкой мускулатуры желудка, замедление и ускорение темпа эвакуации желудочного содержимого.

В отдаленные сроки после операции по поводу перфоративной гастродуоденальной язвы наблюдаются выраженные морфологические изменения слизистой оболочки: слизистая оболочка пилороантрального отдела желудка имела морфологические особеннос-

ти, характерные для хронического умеренно выраженного неактивного не ассоциированного с *Helicobacter pylori* атрофического гастрита с очагами полной кишечной метаплазии; для тела желудка была характерна картина поверхностного и начального не ассоциированного с *Helicobacter pylori* атрофического гастрита; для слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки наиболее характерен был дуоденит первой степени. Высокая доля полной кишечной метаплазии свидетельствует о нарушении процессов репарации у больных с язвенной болезнью, что требует диспансерного наблюдения.

Качество жизни больных, оперированных по поводу перфоративной гастродуоденальной язвы как с ваготомией, так и без нее, со второго года после операции не имеет отличий: необходимость ограничений в повседневной жизнедеятельности, общественной и личной жизни одинакова.

При хирургическом лечении больных с перфоративной гастродуоденальной язвой следует выполнять иссечение язвы с пилоропластикой и проведением медикаментозной корригирующей терапии. В послеоперационном периоде следует проводить диспансерное наблюдение с проведением фиброгастродуоденоскопии с биопсией для определения степени морфологических изменений слизистой оболочки (кишечной метаплазии).

ЛИТЕРАТУРА

1. Велигоцкий Н. Н. Удаление осложненных дуоденальных язв и дуоденопластика / Н. Н. Велигоцкий // Харьковская академия последипломного образования. — Х. : Прапор. — 2005. — 84 с.
2. Русин В. І. Комплексне лікування перфоративних пілородуоденальних виразок з урахуванням гелікобактеріозу та стану кислотності шлунка / В. І. Русин, Ю. М. Фатула // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія «Медицина». — 2004. — Вип. 22. — С. 151-156.
3. Фомін П. Д. Еволюція лікувальної тактики при кровоточивих гастродуоденальних виразках / П. Д. Фомін, В. Д. Братусь, В. І. Нікішаєв // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія «Медицина». — 2003. — Вип. 20. — С. 81-84
4. Laparoscopy-assisted Bilroth-I gastrectomy compared with conventional open gastrectomy / Y. Adachi, N. Shiraiishi, A. Shiromizu [et al.] // Archives of Surgery. — 2000. — Vol. 135. — P. 806-810.



ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ
ПЕРФОРАТИВНОЇ
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ
ВИРАЗКИ. ВИБІР
МЕТОДИКИ ОПЕРАЦІЇ
З УРАХУВАННЯМ
ЯКОСТІ ЖИТТЯ

*В. О. Сипливий,
В. В. Доценко, О. Г. Петюнін,
Д. В. Бизов, А. В. Євтушенко*

Резюме. Вивчено віддалені терміни у 261 хворого оперованого з приводу перфоративної виразки шлунка та дванадцятипалої кишки. У 159 хворих виконана операція висічення виразки з пілоропластикою без ваготомії, у 102 — висічення виразки з ваготомією. Аналіз показав, що в усіх випадках мала місце перфорація хронічної виразки. З'ясовано, що у віддалені терміни у оперованих хворих слизова оболонка шлунка мала морфологічні особливості, характерні для хронічного атрофічного гастриту з вогнищами повної кишкової метаплазії. При хірургічному лікуванні хворих на перфоративну гастро-дуоденальну виразку рекомендовано виконувати висічення виразки з виконанням пілоропластики та проведенням медикаментозної коригуючої терапії.

Ключові слова: виразкова хвороба, перфоративна гастро-дуоденальна виразка, ваготомія, якість життя.

LIFE QUALITY OF PATIENTS
WITH PERFORATED
GASTRODUODENAL ULCERS
DEPENDING ON METHOD
OF SURGICAL TREATMENT

*V. O. Sypliviy, V. V. Dotsenko,
O. G. Petiunin, D. V. Byzov,
S. V. Yevtushenko*

Summary. The results of surgical treatment of 261 patients with perforated gastric and duodenal ulcers were analysed. In 159 patients excision of ulcer with pyloroplasty without vagotomy was done, in 102 patients - excision of ulcer with vagotomy. The analysis had shown that in all cases the perforation of a chronic ulcer took place. It was found, that in remote terms in patients after surgical treatment gastric mucous membrane had the morphological peculiarities such as chronic atrophic gastritis with foci of complete intestinal metaplasia. At surgical treatment of patients with perforated gastroduodenal ulcers the excision of an ulcer with pyloroplasty and postsurgical drug treatment is recommended.

Key words: ulcerous disease, perforated gastroduodenal ulcer, vagotomy, life quality.