

Гигантские язвы желудка, их оперативное и консервативное лечение

А.Б.Рустамова

Азербайджанский медицинский университет, кафедра хирургических болезней III
Баку, Азербайджан

В статье представлены результаты комплексного обследования 123 больных гигантскими язвами желудка. Определены показания к оперативному и консервативному лечению. Согласно результатам длительного амбулаторного наблюдения за больными, консервативное лечение оказалось предпочтительным. Обратимость за медицинской помощью и частота госпитализации больных, оперированных по поводу гигантских язв желудка, были в 2 раза выше, чем после консервативного лечения.

Ключевые слова: гигантские язвы желудка, консервативное лечение, хирургическое лечение.

ВВЕДЕНИЕ

Гастроэнтерологические заболевания весьма распространены в практической деятельности врачей, как терапевтов, так и хирургов, их частота составляет до 50-60%. Симптомы этих заболеваний приводят к существенному снижению качества жизни.

Треть взрослого населения время от времени страдает заболеваниями ЖКТ, причем далеко не во всех ситуациях ясна их причина или выявлен патологический фактор. Врачу необходимо выявить симптоматику, которая связана с необходимостью проведения терапии или указывает на серьезное заболевание, требующее более радикального метода лечения.

Тщательно собранный анамнез является важнейшей частью врачебного обследования. Как правило, анамнез позволяет поставить предварительный диагноз и в комплексе с результатами инструментального обследования определить дальнейшую тактику лечения больных.

Лечение гастродуоденальных язв является одной из актуальных проблем в гастроэнтерологии. Для улучшения результатов лечения язвенной болезни в настоящее время ведутся научные поиски в двух направлениях.

I – максимальное и глубокое изучение этиопатогенеза язвенной болезни;

II – сведение до минимума послеоперационных осложнений путем нахождения новых хирургических методов, а также использование новейшей аппаратуры.

При изучении этиопатогенеза язвенной болезни, найденный в 1983 г. Ю.Варреп и Б.Маршелом микроорганизм *Helicobacter pylori* дал начало новой эпохе в изучении этого вопроса. Проведенные в этом направлении научно-исследовательские работы указывают на целую группу заболеваний, характеризующихся воспалением, морфологическими изменениями слизистой оболочки желудка, основной причиной которых и является *Hp*, а также их роль в возникновении рецидивов болезни (П.Ю.Григорьев, 1991).

Язвенные поражения желудка являются не только медицинской, но и социальной проблемой в связи с распространенностью заболевания и высокой стоимостью лечения.

В отношении гигантских язв желудка (ГЯЖ) до сих пор спорен вопрос к выбору лечения – хирургическое или консервативное. В связи с этим в нашей клинике мы поставили перед собой цель – глубокое изучение этиопатогенеза гигантских язв желудка (ГЯЖ), их осложнений, консервативного лечения, а также выявление наилучшего метода хирургического вмешательства.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В этом направлении была проделана следующая работа: были изучены и сгруппированы более 50 изданий, посвященных изучению роли

Нр в гастродуоденальных язвах, методы хирургических вмешательств, а также медикаментозное лечение патологии ЖКТ. Нужно отметить, что анализ литературных материалов показывает, что в настоящее время основным методом хирургического лечения является резекция желудка и что язвы часто с трудом поддаются лечению из-за их хронического или рецидивирующего характера.

С целью разработки тактики лечения и критериев прогнозирования эффективности различных подходов к лечению ГЯЖ мы в течение 10 лет (2000-2010) комплексно обследовали и наблюдали 123 больных с данной патологией. Наличие ГЯЖ у всех больных подтверждалось при фиброгастроскопии, злокачественный характер изъязвлений был исключен на основании результатов биопсии. Все пациенты проходили тщательное обследование с использованием клинических, инструментальных методов, в том числе фракционного исследования желудочного содержимого и рН-метрии.

Контрольную фиброгастроскопию проводили при приеме больных в стационар, через 2-4 недели от начала заболевания и спустя 1,6 месяца после заживления язвы. Соотношение мужчин к женщинам было 27:1, больные старше 50 лет составили 47%. У 87 (83,8%) больных язвы желудка были диаметром до 5 см, а у 25 (11,2%) больных — более 5 см.

При фиброгастроскопии было обнаружено, что ГЯЖ чаще всего локализовались в теле желудка — 89 (66,8%) больных, кардиальном отделе — 19 (17,4%) больных, антральном отделе — 15 (15,7%) больных.

За анализируемый период 32 больным были выполнены операции по поводу ГЯЖ.

При оказании хирургической помощи по неотложным показаниям объем операции был достаточно большим — от резекции желудка до гастроэктомии. Сроки проведения хирургического лечения составляли 1-3 сутки.

Основными показаниями к выполнению оперативного вмешательства в большинстве случаев были развившиеся осложнения, что вынудило выполнить достаточно объемные и калечащие оперативные вмешательства. При выборе тактики хирургического вмешательства мы в первую очередь руководствовались результатами эндоскопических, морфологических исследований биоптатов.

Идеальной операцией следует считать такую, которая позволила бы излечить заболевание, не сопровождалась послеоперационными осложнениями, летальностью и возникновением побочных эффектов после хирургического

вмешательства. Важное значение при выполнении любой операции на желудке имеет предупреждение развития злокачественного перерождения в слизистой в отдаленный период.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Наибольшее распространение у больных с ГЯЖ получила резекция желудка. Операция позволяет удалить язву, снизить секрецию соляной кислоты, пепсина путем уменьшения обкладочных и гастринпродуцирующих клеток, снизить чувствительность париетальных клеток к различным стимулам и восстановить пассаж пищи через 12-перстную кишку.

Средняя длительность лечения больных с ГЯЖ после оперативного вмешательства составила $43,8 \pm 9,6$ дней.

Консервативное лечение при отсутствии осложнений проводилось согласно общим принципам: щадящая физическая нагрузка, ограничение механически и химически раздражающей пищи в течение 2 недель. В первые дни при наличии болевого синдрома применяли селективные блокаторы M_1 -холинорецепторов (гастроцепин) или H_2 блокаторы (кваметол и нейтрон) до момента стихания боли и длительно действующие антацидные средства (алмагель, маалокс). В настоящее время наиболее эффективным способом эрадикации Нр считается терапия, включающая в себя применение H_2 блокаторов протонного насоса, антибиотиков (ампициллина, амоксициллина, кларитромицина) и метронидазола, а также висмута трикация дегидрата (Де-Нол).

Де-Нол обладает наиболее выраженными антибактериальными свойствами в отношении Нр, хорошо растворяется в водной среде желудочного сока и способен сохранять высокую активность при любом уровне желудочной секреции. Он легко проникает в желудочные ямки и захватывается эпителиоцитами, что позволяет уничтожать бактерии, находящиеся внутри клеток.

При исчезновении болей (на 2-3 день) или при их малой интенсивности назначали H_2 блокаторы II и III поколения (ранитидин, зантак, ранисан, фатомижин).

Первую контрольную гастроскопию проводим через 10-12 дней после первичной. При получении однозначного заключения морфологов о доброкачественной природе ГЯЖ очередную контрольную гастроскопию проводим с интервалом две недели.

При заключительной фиброгастроскопии (констатирующей заживление язвы) также

брали биоптаты из рубца на месте язвенного дефекта. Основное лечение дополнялось физиотерапевтическими процедурами. Средние сроки заживления ГЯЖ составили $38,6 \pm 4,3$ дня.

У 10 больных с ГЯЖ течение болезни было осложнено кровотечением, все они были помещены в отделение интенсивной терапии и реанимации.

Для остановки кровотечения использовались общие мероприятия: постельный режим, голод, холод на область живота; мероприятия интенсивной терапии — внутривенное введение аминокaproновой кислоты, плазмы, кристаллоидных растворов, восполнение кровопотери переливанием одногруппной эритроцитной массы, местные эндоскопические способы остановки кровотечения — коагуляция места кровотечения или сосуда в язве, орошение на область язвы, ощелачивание желудочного содержимого. Было произведено капельное введение суспензии жидких антацидов (алмагеля, илюсил-лака, маалокса), разбавленных из расчета 100 мл суспензии на 50 мл физиологического раствора.

Использование данной методики лечения ГЯЖ при развитии кровотечения позволило у всех пациентов достичь стойкой остановки кровотечения в сроки 2-3 сутки.

ВЫВОДЫ

Как видно из приведенных данных, консервативное лечение более длительное, чем оперативное. Однако, несмотря на это, мы настоятельно советуем практикующим хирургам отдать предпочтение консервативному лечению.

Правильность данного подхода подтверждают результаты наблюдений за больными с гигантскими язвами желудка, выписанными из стационара после лечения. В частности, после оперативного вмешательства больные обращались за медицинской помощью в 2 раза чаще, чем после консервативного лечения. Это объясняется развитием у пациентов болезни оперированного желудка.

Комплексный подход к терапии болезней ЖКТ позволяет значительно расширить рамки медикаментозного лечения. Как практикующий хирург могу отметить резкое уменьшение за последнее время количества обращений больных, поступающих на стационарное лечение, по поводу язвенной болезни, их осложнений, что естественно ведет к количественному уменьшению хирургических вмешательств.

Дальнейшие разработки могут способствовать оптимизации противорецидивного лече-

ния, созданию качественно новых схем фармакологической коррекции болезней ЖКТ и в целом удешевлению эффективности терапии больных гастроэнтерологического профиля.

ЛИТЕРАТУРА

1. Григорьев П.Я. Медикаментозное лечение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки / П.Я.Григорьев // Терапевтический архив. — 1995. — №4. — С. 73-78.
2. Шептулин А.А. Современные принципы фармако-терапии язвенной болезни / А.А.Шептулин // Клиническая медицина. — 1996. — №8. — С. 17-19.
3. Becker H.D. Post gastrectomy and Post vagotomy syndrome / H.D.Becker, W.F.Casparu. — Berlin, 1990.
4. Goodlad R.A., Wright N.A. // Baillieres Clin. Gastroent. — 1990. — Vol. 4, №1.
5. Ornschoet J., Amdrup E., Andersen D. // Digestion — 1993. — Vol. 26.
6. Kelly K.A., Malagelada J.R. // Clin.Gastroenter. — 1994. — Vol. 13, №2.
7. Iversin O.N. // Path.Res.Pract. — 1995. — Vol. 180.
8. Barnert I., Wienbeck M. Motilitatsstorungen in Verdauungstrakt. Dt. Arzteblatt. — 1996. — P. 176.
9. Holle G.E., Frey K.W. // Surg. Gynec Obstet. — 1998. — Vol. 167.
10. Ngugen H.N. Therapentishes Vorgehen bei rezidivierendem H. pylori — positive vicus duodene / H.N.Ngugen // DMW. — 1999. — Vol. 12-20, №124.
11. Bagchi D. Mechanism of gastroprotection by bismuth subsalicylate against chemically induced oxidative stress in cultured human gastric mucosal a/s / D.Bagchi, T.R.Mc.Ginn et al. // Digestive Diseases and Sciences. — 1999.
12. Rosch W. Magenkrebs prophylaxes durch Therapie des H. pylori. Dt.Arztbeil / W.Rosch. — 1996. — P. 824-825.
13. Correa P. Carcinogenesis of H. pylori / P.Correa, J.Hough ton // Gastroenterology. — 2007. Vol. 133. — P. 659-672.
14. Malfertheiner P. Current concepts in the management of H. pylori infection — The Maastricht III Consensus Report / P.Malfertheiner, F.Megrand, C.O'Morain et al. // Gut. — 2007. — Vol. 56. — P. 772-781.
15. Malfertheiner P. Bismuth impover PPI — based Triple Therapy for H. pylori Eradication / P.Malfertheiner // Nat. Rev. Gastroenterology Hepatolog. — 2010. — Vol. 7. — P. 538-539.

А.Б.Рустамова. Гігантські виразки шлунка, їх оперативне і консервативне лікування. Баку, Азербайджан.

Ключові слова: гігантські виразки шлунка, консервативне лікування гігантських виразок шлунка, хірургічне лікування гігантських виразок шлунка.

У статті наведені результати комплексного обстеження 123 хворих з гігантськими виразка-

ми шлунку. Визначені показання до оперативного і консервативного лікування.

Згідно з результатами тривалого амбулаторного спостереження за хворими, консервативне лікування виявилось переважним. Звернення за медичною допомогою і частота госпіталізації хворих, що оперуються з приводу гігантських виразок шлунку, були в 2 рази вище, ніж після консервативного лікування.

A.B.Rustamova. Surgical and conservative treatment for giant gastric ulcers. Baku, Azerbaijan.

Key words: giant gastric ulcers, surgical treatment for giant gastric ulcers, conservative treatment for giant gastric ulcers.

The paper presents the results of comprehensive examination of 123 patients with giant gastric ulcers indications for the surgical and conservative treatment of giant gastric ulcers were defined. The conservative treatment based on the long-term outpatient discharge was ascertained to be more preferable. The referrals and hospitalization of the patients operated on for giant gastric ulcers were twice higher than those after conservative treatment.

Надійшла до редакції 12.07.2013 р.