

## ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПІЛОРОДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗОК УСКЛАДНЕНИХ СТЕНОЗОМ

В. М. ХОДИРСЬ, В. П. БРЕЖНЄВ, Є. М. ВАСИЛЕНКО,  
Д. К. ШУБЛАДЗЕ, О. Д. СТАДНИК, А. А. ЧУДНОВСЬКИЙ.

ДЗ «Луганський державний медичний університет», Кафедра загальної хірургії з доглядом за хворими  
(зав. каф. – кандидат мед. наук, доцент І. І. Зельоний), м. Луганськ, Україна

У роботі були проаналізовані методи хірургічного лікування 206 хворих з пілородуоденальними виразками, в яких у 170 випадків виразка була ускладнена стенозом вихідного відділу шлунка. Грунтуючись на вивченні біоелектричних потенціалів та міоелектричній активності шлунка, були виділені групи хворих, яким показана органозберігаюча операція, а при виснаженні рухових резервів – резекційні методи.

**Ключові слова:** виразкова хвороба, пілородуоденальний виразковий стеноз, моторно-евакуаторна функція шлунка, міоелектрична активність шлунка.

**Введення.** Стеноз вихідного відділу шлунка – часте ускладнення пілородуоденальних виразок. Ці хворі досить важко переносять оперативні втручання, а при декомпенсованому стенозі хірургічне лікування завжди супроводжується великим ступенем операційного ризику [2, 3, 6, 10, 12]. Вибір методів операції при пілородуоденальному стенозі має велику практичну зацікавленість і залишається актуальним в даний час [4, 9, 11, 12].

**Матеріал та методи дослідження.** Нами проведений аналіз хірургічного обстеження 206 хворих з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки, з яких у 170 (82,5 %) захворювання було ускладнено пілородуоденальним стенозом. Виразкова хвороба без стенозу була відзначена у 36 хворих (група порівняння), стеноз, що формується, був виявлений у 30 (14,5 %) хворих, у 32 (15,5 %) – компенсований, у 56 (28,5 %) – субкомпенсований і декомпенсований стеноз – 52 (24,0 %).

У клініці був використаний метод комплексного обстеження виразкових хворих [1, 3, 5, 7, 8, 9]. Він дозволяє одночасно вивчати стан регіо-нарного кровотоку шлункової стінки, секреторну і моторну функції шлунка. Ці дослідження проводилися за допомогою спеціальних шлункових зондів. Крім того, проводилась ендоскопія і рентгенографія шлунка і дванадцятипалої кишки.

З метою розширення можливостей застосування органозберігаючих операцій з видаленням виразки і розширеною пілородуоденопластикою у хворих з субкомпенсованим і декомпенсованим стенозами визначався резерв тону м'язової стінки шлунка.

Це відіграє важливу роль, як у виборі методу і обсягу оперативного втручання, так і в профілактиці гастростазу в ранньому післяопераційному періоді. Нами розроблений «Спосіб визначення показань до органозберігаючої операції при виразковій хворобі дванадцятипалої кишки, ускладненої органічним стенозом» (Патент України від 4.05.2000г.).

**Результати дослідження та їх обговорення.** На підставі проведених досліджень у хворих на виразкову хворобу ДПК, ускладнену стенозом, виявлено три ступені порушення тону шлункової стінки: 1-й ступінь – порушення тону шлунка (стимульований тонус збережений); 2-й ступінь – стимульований тонус знижений, 3-й ступінь – атонія шлунка. Хворим на виразкову хворобу без стенозу, з формуючими компенсованими і субкомпенсованими стенозами, у яких визначається нормальний тонус шлункової стінки показано виконання органозберігаючих операцій з видаленням виразки і розширеною пілородуоденопластикою. Отримані дані дозволяють вважати доцільним при субкомпенсованому і декомпенсованому стенозах зі збереженим тонусом шлункової стінки виконання органозберігаючих операцій типу селективної проксимальної ваготомії (СПВ) з видаленням виразки і розширеною пілородуоденопластикою з подальшим застосуванням у ранньому післяопераційному періоді одного із способів електростимуляції шлунка.

Хворим на атонію шлунка, а також у час-

тини хворих зі зниженим стимульованим тонусом, у яких до операції не було виявлено резерву м'язового тонусу шлункової стінки, а отже, і можливості відновлення його в ранньому післяопераційному періоді показана класична резекція 2/3 шлунка, економна резекція або антрумектомія з ваготомією.

Оперативне втручання у 40 хворих з субкомпенсованим і декомпенсованим стенозами закінчувалося підшиванням електродів в області тіла і антрального відділу шлунка після селективної проксимальної ваготомії. Після селективної ваготомії (СВ) з антрумектомією або економною резекцією 1/2 шлунка один електрод імплантується в області тіла, а другий на відстані 2–3 см від шлунково-кишкового анастомозу.

Це дозволило: проводити, починаючи з першої доби післяопераційного періоду, діагностичні та лікувальні заходи щодо відновлення тонусу шлунка та поліпшення регіонарного кровотоку шлункової стінки.

Електроди видаляли на 11–13 добу після операції без будь-яких ускладнень.

Із загального числа оперованих найкращі результати зареєстровані у хворих з компенсованим і субкомпенсованим стенозами, при лікуванні яких використовували органозберігаючі методи оперативного втручання. Після цих операцій спостерігали найменшу кількість ускладнень моторно-тонічної функції (МТФ) шлунка, в основному вони проявлялися в легкому ступені. Середній і важкий ступінь порушення МТФ шлунка спостерігався, головним чином, у хворих з декомпенсованим стенозом, яким були виконані органозберігаючі та резекційні методи оперативних втручань.

У хворих на виразкову хворобу без стенозу, з компенсованими і субкомпенсованими стенозами без порушення тонусу і з легким ступенем порушення тонусу шлунка моторна функція була відновлена до 11–12 діб після операції.

У хворих з декомпенсованим стенозом із середнім і важким ступенем порушення тонусу шлунка в ранньому післяопераційному періоді реєструвалися низькі показники тонусу, перистальтики та електричної збудливості м'язів шлункової стінки. Тому всім хворим з першої доби після операції проводили сеанси електростимуляції різними способами. Найбільш ефективними з них є прямий спосіб електростимуляції, що проводиться безпосередньо через імплантовані електроди, а також ендogaстральним методом через виготовлені комбіновані зонди.

Проведені сеанси електростимуляції сприяли підвищенню тонусу, скорочувальній і пе-

ристальтичній активності, а також збільшенню електричної збудливості м'язів шлунка.

У ранньому післяопераційному періоді отримані гарні функціональні результати в основному у хворих, яким виконано органозберігаючі методи оперативного втручання (селективна проксимальна ваготомія з видаленням виразки і розширеною пілородуоденопластикою).

У віддаленому післяопераційному періоді був обстежений 91 хворий на виразкову хворобу, ускладнену стенозом, в термін від 6 місяців до 3 років.

У результаті отриманих даних електрогастрографії і електроміографії встановлено: відновлення тонусу і перистальтичної активності, а також електричної збудливості м'язів стінки шлунка було відзначено у хворих з декомпенсованим і субкомпенсованим стенозами зі збереженим тонусом, яким були виконані органозберігаючі методи оперативного втручання. У них зареєстрований нормокінетичний тип електрогастрографії.

У хворих з декомпенсованим стенозом зі зниженим тонусом і атонією шлунка після виконання селективної ваготомії з антрумектомією і резекцією 2/3 шлунка за даними електрогастрографії через 1 рік після операції відзначається деяке підвищення тонусу шлункової стінки, а через 3 роки після операції стан моторики шлунка практично не змінився.

Відмінні та добрі результати оперативного втручання отримані у 71 (78,0 %) хворого, при якому використанні органозберігаючі методи хірургічного лікування з видаленням виразки і розширеною пілородуоденопластикою.

У 18 (19,8 %) хворих з субкомпенсованим і декомпенсованим стенозами, що супроводжуються вираженими порушеннями тонусу шлунка та регіонального кровотоку отримані задовільні результати оперативного лікування. Більшість з цих хворих перенесли резекційні операції типу антрумектомії з ваготомією або класичної резекції 2/3 шлунка.

У 2,2 % пацієнтів відзначені незадовільні результати у зв'язку з рецидивом виразок після органозберігаючих операцій: у 1 хворого з субкомпенсованим стенозом і антрумектомією з ваготомією, в іншого хворого з декомпенсованим стенозом в терміни від 1 до 3-х років після операції.

Таким чином, на підставі отриманих даних до операції про стан тонусу стінки шлунка, регіонарного кровотоку шлункової стінки

представляється можливість прогнозувати порушення моторно-тонічної функції шлунка в ранньому і віддаленому післяопераційних періодах, проводити своєчасну корекцію цих

порушень, диференційовано застосовуючи сучасні методи електричної та медикаментозної стимуляції м'язового тонушу шлунка.

Комплексне застосування цих методів надає можливість зменшити кількість резекційних способів оперативного лікування і збільшити відсоток виконання органозберігаючих операцій (СПВ з видаленням виразки і розширеною пілородуоденопластиком) у хворих з субкомпенсованим і декомпенсованим стадіями стенозу, а також отримати у більшості з них добрі і відмінні результати хірургічного лікування.

**Висновки.** 1. Стан тонушу шлункової стінки є одним з основних факторів, що впливає на вибір методу і обсягу оперативного втручання і визначає можливість застосування органозберігаючих операцій у хворих на пізніх стадіях виразкового стенозу.

2. У хворих з декомпенсованим стенозом

на підставі розробленого способу оцінки резерву тонушу шлункової стінки в доопераційному періоді ми виділяємо три ступені порушення моторно-тонічної функції шлунка: 1-стимульований тонус збережений; 2-тонус знижений, 3-тонус відсутній (атонія шлунка).

3. У хворих на виразкову хворобу, ускладнену субкомпенсованим і декомпенсованим стенозами зі збереженим стимульованим тонушем шлункової стінки, можливе виконання органозберігаючих операцій типу СПВ з видаленням виразки і розширеною пілородуоденопластиком з подальшим застосуванням у ранньому післяопераційному періоді одного з розроблених нами способів електростимуляції.

4. Хворим з декомпенсованим стенозом, що супроводжується атонією шлунка, показані органозберігаючі методи оперативного лікування типу економних резекцій (антрумектомії з ваготомією) або класичної резекції 2/3 шлунка.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Велигоцкий Н. Н., Елоев В. А., Трушин А. С., Ходырев В. Н. Электростимуляция желудка – эффективный способ профилактики и борьбы с моторно-эвакуаторными нарушениями в раннем послеоперационном периоде // Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии. – Курск. – 1994. – 102с.

2. Винник Ю. С., Миллер С. В., Петрушко С. И., Попов Д. В., Мочалов А. А. Хирургия осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки на современном этапе // Сибирское медицинское обозрение. – 2004. – № 33. – С. 27–31.

3. Гехт Б. М. Теоретическая и клиническая электромиография // Ленинградское отделение. – Наука. – 1990. – 230с.

4. Дидигов М. Т., Дурлештер В. М., Карипиди Г. К., Ашхамаф М. Х., Уваров И. Б., Авакмян С. В., Бабенко Е. С. Способ хирургического лечения декомпенсированного рубцово-язвенного стеноза двенадцатиперстной кишки // Кубанский научный медицинский вестник. – 2010. – № 9. – С. 76–78.

5. Ковальчук Л. А., Хлопась А. А. Регионарный кровоток, секреторная и моторная функции желудка и двенадцатиперстной кишки у больных с дуоденальными язвами. / Клиническая медицина. – 1988. – №7. – с. 82–85.

6. Кузин М. И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2001. – № 1. – С. 27–32.

7. Нурмухамедов Р. М., Суюмов С. А., Нучаев А. А. Моторно-эвакуаторная функция желудка до и после операции по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Сов. медицина. – 1984. – №2. – С. 53–55.

8. Персон Р.С. Теоретические основы трактовки электрограммы // Физиология человека. – 1987. – т.13. – № 4. – С. 659–673.

9. Помелов В.С., Волокин Г.Г., Будаев К.Д., Икрамов Р.З. Электромиография желудка после селективной проксимальной ваготомии // Сов. медицина. – 1981. – № 3. – С. 21–24.

10. Пугаев А. В., Негребов М. Г., Погосян Г. Э. Анализ результатов хирургического лечения осложненных пилородуоденальных язв после различных операций // Медицинская помощь. – 2006. – № 4. – С. 25–28.

11. Релин В. И., Поляков С. М., Репин М. В., Ефинушкина А. С., Артыеладзе М. С. Хирургическая тактика при язвенных пилородуоденальных стенозах // Пермский медицинский журнал. – 2006. – Т. 23. – № 3. – С. 29–33.

12. Щитов А. В. Предоперационная подготовка больных с декомпенсированными формами язвенного пилородуоденального стеноза. // Материалы международной научной конференции «Актуальные вопросы современной хирургии» посвященные 100-летию со дня рождения проф.Фединца О. В. 18–20 сентября. – 1997. – Новые технологии в хирургии. – Украина. – Ужгород. – 1997. – С. 25–26.

В. Н. Ходырев, В. П. Брежнев,  
Е. Н. Василенко, Д. К. Шубладзе,  
А. Д. Стадник, А. А. Чудновский

### **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПИЛО- РОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ, ОСЛОЖ- НЕННЫХ СТЕНОЗОМ**

г. Луганск, Украина

**Резюме.** В работе проанализированы результаты хирургического лечения 206 больных с пилородуоденальными язвами, у которых в 170 случаев язва осложнилась стенозом выходного отдела желудка. На основании изучения биоэлектрических потенциалов и миоэлектрической активности желудка выделены группы больных, которым показана органосохраняющая операция, а при истощении двигательных резервов – резекционные методы.

**Ключевые слова:** язвенная болезнь, пилородуоденальный язвенный стеноз, моторно-эвакуаторная функция желудка, миоэлектрическая активность желудка.

V. N. Khodyrev, V. P. Brezhnev,  
E. N. Vasilenko, D. K. Shubladze,  
A. D. Stadnik, A. A. Chudnovsky

### **SURGICAL TREATMENT OF COMP- LICATED ULCERS PYLORODUO- DENAL STENOSIS**

Lugansk, Ukraine

**Summary.** In this paper we analyzed the results of surgical treatment of 206 patients with pyloroduodenal ulcers, which in 170 cases of ulcer complicated by stenosis of the outlet of the stomach. Based on the study of bioelectric potentials and the activity of the stomach mioelektricheskoy the groups of patients who have shown sparing surgery, and when the depletion of reserves movement – resection techniques.

**Key words:** peptic ulcer, ulcerative pyloroduodenal stenosis, the motor-evacuation function of stomach mioelektricheskaya activity of the stomach.