

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет
им.проф.В.Ф. Войно-Ясенецкого
Министерства здравоохранения РФ
Кафедра общей хирургии им.проф. М.И. Гильмана

Зав.кафедрой: д.м.н., проф. Винник Ю.С
Преподаватель: д.м.н., проф Якимов С. В

Реферат на тему: Современное состояние вопроса хирургического
лечения язвенной болезни.

Выполнил ординатор Журавлев М. О.

Красноярск, 2019

Содержание.

1. История вопроса.
 2. Современное состояние вопроса.
 3. Современные подходы к хирургическому лечению язвенной болезни
- Выводы.

1. История вопроса.

1810 г. - Мереман удалил привратник желудка.

1879г. - Пеан,

1881г. - Ридигер - резекция желудка по поводу рака/смерть.

1882г. - Китаевский, Экк - в России выполнена резекция желудка

1881г. - Бильрот выполнил 1-ю успешную резекцию желудка.

Физиологическое обоснование операций при Я/Б:

- 1.устранение морфологического субстрата язвы;
- 2.подавление желудочной секреции;
- 3.восстановление пассажа пищи;
- 4.сохранение функции желудка.

Возникшие осложнения резекции желудка:

Ранние:

- кровотечение из линии шва или в брюшную полость;
- несостоятельность культи 12п. кишки;
- перитонит;
- послеоперационный панкреатит.

Поздние (пострезекционный синдром):

- демпинг-синдром приводящей петли;
- пептическая язва гастроэнтероанастомоза;
- желудочноободочная фистула;
- синдром малого желудка;
- пострезекционная анемия;
- анастомозиты.

Органосохраняющие операции при язве желудка и 12п. кишки.

1886г. Вельфлер - успешная гастроэнтеростомия.

1887г. Монастырский - повторил в России.

1906г. Коронлейн назвал гастроэнтеротомию операцией выбора при л.

Я/Б.

ОБОСНОВАНИЕ: низкая летальность, создание покоя язвы за счёт ускорения эвакуации пищи из желудка, нейтрализация кислого желудочного содержимого.

ВАГОТОМИЯ:

В 1911 г. Exner на основе экспериментов И.П. Павлова, показавших наличие нервно-рефлекторной фазы желудочной секреции, выполнил поддиафрагмальную ваготомию у 2 больных. Н. Bircher в 1920 г. Доложил о 20 случаях ваготомии, а А. Latarjet в 1924 г. Описал свои 24 наблюдения неполной ваготомии. Опасаясь нарушений желудочной эвакуации, он предложил сочетать ваготомию с гастроеюностомией. Однако прочно и постоянно ваготомия вошла в обиход хирургов только начиная с 1943 г., когда L.R. Dragstedt и Owens сделали ее 2 больными с дуоденальной язвой с хорошими результатами. [16]

Показания: дуоденальная язва, желудочная гиперсекреция (1-я фаза), возраст, повышенный операционный риск.

Противопоказания: язва желудка, чрезмерно высокая желудочная секреция (2 фаза), грубые анатомические изменения в пилорoduоденальной зоне, стеноз привратника, 2 и 3 ст. дуоденостеноз.

-пилоропластика, антрумэктомия.

Виды ваготомии:

1. Стволовая (тотальная) - поддиафрагмальное пересечение стволов блуждающего нерва;

2. Селективная - пересечение всех желудочных ветвей (н. Латерже), переднего и заднего стволов блуждающего нерва;

Селективная проксимальная желудочная ваготомия (СПВ) - пересечение нервных веточек переднего и заднего блуждающих нервов в области тела дна желудка и сохранение иннервации антрального отдела (сохраняется моторная функция). Нерв Латерже -моторная функция и секреторная.

Преимущества ваготомии:

- низкая летальность;
- меньшее количество послеоперационных осложнений;
- понижение уровня желудочной секреции;
- сохранение функций желудка;
- расширение возможностей лечения я/б в ранней стадии.

Недостатки ваготомии:

- рецидив язвы после ваготомии – 8 - 11%
- недостаточная эффективность при очень высокой желудочной секреции и при грубых изменениях в пилорoduodenальной зоне;
- субъективное улучшение при функционирующей язве;
- нарушение функций печени на длительное время после стволовой ваготомии;
- демпинг-синдром.

История желудочной хирургии представлялась достаточно драматичной. Она редко шла прямыми путями, часто возвращаясь к прежнему или даже заходя в тупик. Благодаря усилиям многочисленных выдающихся хирургов в разных странах, в том числе и в России, были разработаны достаточно твердые критерии установления показаний к операции, выбора ее вида и методики. В результате проведенных экспериментальных и клинических исследований, многочисленных проб и ошибок определены два основных вида оперативных вмешательств на желудке при язвенной болезни – это резекция желудка и ваготомия. Тем не менее хирургия язвенной болезни продолжает развиваться. Меняющаяся структура заболеваемости, открытые в последнее время новые классы противоязвенных препаратов приводят к изменению подхода к хирургическому лечению желудочных и дуоденальных язв. [16]

2. Современное состояние вопроса

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки — наиболее часто встречающееся заболевание внутренних органов, которое, по данным мировой статистики, распространено примерно у 10% взрослого населения.

В последние годы были достигнуты значительные успехи в диагностике и терапии язвенной болезни, многочисленные исследования существенно расширили наши представления об этиологической структуре заболевания и его патогенетических особенностях.

Наиболее частой причиной ЯБ в настоящее время считается хеликобактерная инфекция. *Helicobacter pylori* (HP) индуцирует воспалительную реакцию и повреждение слизистой оболочки желудка. Кроме того, она нарушает систему межклеточных взаимоотношений, регулирующих систему гастрина, так как при образовании вокруг нее «щелочного облака» из ионов аммония снимается существующее в норме торможение в кислой среде секреции гастрина G-клетками.

В то же время, воздействие на слизистую оболочку гастродуоденальной зоны факторов агрессии и снижение функционирования факторов защиты является основной патофизиологической детерминантой в развитии язвенной болезни. Поэтому противоязвенная терапия должна включать как антисекреторные препараты, так и препараты, предназначенные для эрадикации HP. Стандартная эрадикационная терапия представляет собой комбинацию ингибитора протонной помпы (Н⁺/К⁺-АТФазы), двух антибактериальных препаратов и субцитрата висмута.

Несмотря на успехи современного консервативного лечения, тяжелое течение язвенной болезни, часто рецидивирующая или сопровождающаяся осложнениями картина заболевания порой не дают возможности принять однозначное решение относительно выбора тактики лечения. У таких больных порой только хирургическое вмешательство может оказать существенное влияние на течение патологического процесса. И если принять

во внимание, что язвенная болезнь — это хронически протекающее заболевание, способное приводить к целому ряду жизнеугрожающих осложнений, то лечение этих пациентов может быть как терапевтическим, так и хирургическим. Очень важным является совместное решение специалистов терапевтического и хирургического профилей об алгоритмах и стандартах лечения больных.

К большому сожалению, ряд ведущих терапевтов весьма агрессивно относятся к хирургическому лечению язвенной болезни. Мы делаем общее дело и в первую очередь должны думать о пациентах, предупреждать жизнеугрожающие осложнения, которые нередко имеют неблагоприятный исход или являются причиной функциональной неэффективности оперативного вмешательства.

Кроме того, на выбор тактики лечения больных с ЯБ не может не влиять конкретно существующая социально-экономическая ситуация, когда адекватная лекарственная терапия для части пациентов очень дорога и намного превышает затраты на хирургическое лечение. Существует также группа пациентов, рефрактерных к действию противоязвенных препаратов. Таким образом, среди всех больных ЯБ пациенты, подлежащие хирургическому лечению, имеют большой удельный вес.

В то же время сложной проблемой, которая требует дальнейшего научного поиска и практического решения, являются осложненные формы заболевания, поскольку медикаментозная терапия у ряда больных не снижает частоту осложнений язвы, а лишь отодвигает их появление на более поздний срок. Существует мнение, что от 30 до 50% больных с гастродуоденальными язвами слабо реагируют на антисекреторное медикаментозное лечение, они составляют основную группу больных, у которых возникают осложнения язвенной болезни. В таких случаях только оперативное лечение может оказать существенное влияние на течение заболевания.

Что же, по нашему мнению, необходимо сделать для решения возникших проблем? Как можно рассматривать эту проблему при принятии закона о страховой медицине?

Мы считаем, что, во-первых, было бы полезно гастроэнтерологам, терапевтам и хирургам создать единую клинико-статистическую классификацию язвенной болезни на основе МКБ-10, позволяющую формировать клинический диагноз с учетом степени тяжести заболевания, активности язвенного процесса и наличия осложнений. Единый подход к постановке клинического диагноза, единое понимание критериев, характеризующих отдельные классификационные признаки, позволят унифицировать и стандартизировать распределение медицинских ресурсов.

Во-вторых, наличие единого классификационного подхода позволит сформировать перечень состояний, распределяющий больных для амбулаторного и стационарного лечения, в зависимости от уровня лечебного учреждения, оказывающего медицинскую помощь, и тяжести течения заболевания. Такой подход во многом поможет решить проблему выбора метода лечения, определить перечень и объем диагностических процедур и лечебной помощи конкретному больному. [15]

3. Современные подходы к хирургическому лечению язвенной болезни на кафедре госпитальной хирургии №1 РГМУ.

К началу 50-х годов резекция желудка считалась наиболее обоснованным и надежным оперативным вмешательством при язвенной болезни. Подтверждением тому явилась книга С.С. Юдина «Этюды желудочной хирургии». Однако, отдаленные результаты данной операции, развитие целого ряда пострезекционных синдромов не могли до конца удовлетворить хирургов. В нашей клинике к концу 60-х годов был накоплен большой опыт по диагностике и лечению последствий резекций желудка и гастрэктомии. Появилась серия статей и диссертаций на эту тему. Логическим продолжением этих работ явилась разработка нового направления в хирургии язвенной болезни – органосохраняющих операций с ваготомией. Первый опыт этой работы был обобщен В.С.Маятом на актовой речи «Современные аспекты язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки» в 1970г. А неоднократные доклады сотрудников нашей кафедры Ю.М. Панцырева, А.А. Гринберга способствовали популяризации нового направления в хирургии язвенной болезни в нашей стране.

С 1970 по 1987 годы на кафедре проходит работа по обоснованию патофизиологического применения ваготомии, изучаются непосредственные и отдаленные результаты органосохраняющих операций. Разрабатываются различные виды и варианты ваготомии, внедрение ваготомии в экстренную хирургию при таких осложнениях язвенной болезни как стеноз привратника, перфорация язв. В 80-е годы разработана тактика ведения пациентов с желудочно-кишечным кровотечением, основанная на определении клинических и эндоскопических критериев риска рецидива кровотечения и обосновании показаний к срочным операциям.

Но как настоящие исследователи, сотрудники кафедры всегда стояли на позициях функциональной гастроэнтерологии, понимая, что одна универсальная операция не может удовлетворять всех больных с язвенной

болезнью. Еще в середине 70-х годов В.С. Маят считал необходимым строго индивидуальный подход к решению вопросов о показаниях к хирургическому лечению и выборе метода оперативного вмешательства при язвенной болезни. Имея в наличии универсальную гастроэнтерологическую лабораторию с современными функциональными методами исследования, такими как: внутрижелудочная рН-метрия, для исследования секреторной функции желудка, периферическая электрогастроэнтерография для исследования моторно – эвакуаторной функции желудка и 12-перстной кишки, реовазография для изучения кровотока желудка, сотрудники кафедры всегда стремились к дальнейшему изучению патофизиологии язвенной болезни и выявлению причин язвообразования у каждого конкретного больного. Так в 70-90 гг. на кафедре были написаны работы о причинах язвообразования у женщин на фоне нарушения моторной функции двенадцатиперстной кишки [10], разработаны алгоритмы лечения пациентов пожилого и старческого возраста как с кислото-пептическими, так и с ишемическими, «старческими» язвами.

Но с конца 90-х годов активная хирургическая тактика при язвенной болезни стала отходить в прошлое.

У пациентов с перфорацией язв все чаще отдают предпочтение малоинвазивным операциям – банальному или лапароскопическому ушиванию язвы. Наша клиника одна из первых в стране стала применять лапароскопическое ушивание перфоративной язвы в экстренной хирургии. В 1998г. защищена кандидатская диссертация по этой теме [9]. Мы имеем опыт 215 лапароскопических операций, и считаем данную операцию оправданной в следующих случаях:

- отсутствие язвенного анамнеза, особенно у молодых пациентов;
- симптоматический или острый характер язв;
- отсутствие грубой деформации двенадцатиперстной кишки и выраженных моторных нарушений в этой зоне (дуоденостаз, дуодено-гастральный рефлюкс);

- локализацию язвы на передней стенке двенадцатиперстной кишки;
- размер язвы менее 1,0см.;
- отсутствие сочетания осложнений.

В нашей клинике госпитальной хирургии №1 РГМУ за период с 1988г. пролечено 6515 пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, в среднем 249 в год, из них 74,6% с желудочно-кишечным кровотечением. Поэтому мы решили остановиться более подробно и описать наши подходы к лечению язвенной болезни на примере именно этого, наиболее часто встречающегося, осложнения.

Мы придерживаемся следующей тактики у больных с язвенными желудочно-кишечными кровотечениями:

Всем больным с клиникой кровотечения при поступлении проводится экстренная гастродуоденоскопия, при которой выявляется источник кровотечения, при продолжающемся кровотечении проводится его эндоскопическая остановка и оценка риска рецидива кровотечения.

Оценивается как клинический так и эндоскопический риск рецидива ЖКК по классификации Forrest. При невысоком риске рецидива кровотечения назначается стандартная схема противоязвенной квадротерапии. Контрольные ФГДС назначаются на 1-е и 7-е сутки от начала лечения.

При высоком риске рецидива кровотечения мы придерживаемся активно-избирательной тактики. Наша тактика основана не только на прогнозе рецидива, но и зависит от варианта течения заболевания и локализации язвы. Так, при кислотно-пептической язве желудка, и высоком риске рецидива кровотечения, мы отдаем предпочтение оперативному методу лечения. Операцией выбора в этом случае является резекция желудка (при язвенной болезни 1 типа по классификации Johnson) или сочетание экономной резекции желудка с ваготомией (при 2 и 3-м типе язвенной болезни по классификации Jonsona). Исключение составляют пациенты без язвенного анамнеза и пожилые больные с выраженной сопутствующей

патологией, риск оперативного лечения которых – высок и в большинстве случаев операция непереносима из-за тяжести состояния больного.

При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у больных с высоким риском рецидива кровотечения подход к выбору хирургической тактики более индивидуален. В последнее время, учитывая прогресс консервативной терапии и появление новых форм противоязвенных препаратов, появилась возможность лечить консервативно даже больных с высоким риском рецидива кровотечения. На кафедре в 1998г. защищена кандидатская диссертация по этой тематике [5], где доказательно показаны преимущества данного вида лечения.

При наличии только эндоскопических критериев угрозы рецидива кровотечения (классификация А. Forrest 1a,b, 2a,b), адекватной его эндоскопической остановке, отсутствии неблагоприятного течения язвенной болезни в анамнезе - показано консервативное лечение. Таким больным назначаются инъекционные формы Н-2 блокаторов (квamatел по 20мг 4раза в сутки в/в – каждые 6 часов, или зантак по 80 мг в/в 3раза в сутки – каждые 8 часов) или блокаторов протонной помпы (лосек по 20мг каждые 8 часов) в течение 3-5 дней. И проводится эндоскопический контроль гемостаза на 1-е, 3-е, 5-е и 7-е сутки. При каждой гастродуоденоскопии оценивается качество гемостаза, риск рецидива кровотечения и проводится профилактика рецидива кровотечения всеми имеющимися в повседневной практике эндоскопическими методами.

Мы рекомендуем на 1-2 сутки после остановки кровотечения проводить всем больным суточный мониторинг секреторной активности желудка. Правильность подбора дозы и кратности введения антисекреторного препарата оценивается в зависимости от величины рН в желудке.

Сроки парентерального введения антисекреторных препаратов необходимо решать индивидуально у каждого больного в зависимости от эндоскопических критериев риска рецидива кровотечения при контрольных

ФГДС: как только риск рецидива кровотечения перестает быть высоким (классификация A. Forrest 2c), можно переходить на пероральный прием.

Но после проведения курса лечения всегда встает вопрос: что же делать с пациентом дальше? Как поведет себя язвенная болезнь в каждом конкретном случае? Рецидивирует ли заболевание и следует ли ждать повторного возникновения осложнений? Для решения этой проблемы мы считаем обязательным полное комплексное функциональное обследование больного, выявление патогенетических причин язвообразования в каждом конкретном случае и прогноз дальнейшего течения язвенной болезни. Создание универсальной компьютерной базы данных «Гастроэнтерология» на нашей кафедре в 1987г., позволило осуществлять контроль за проводимым лечением, анализировать отдаленные результаты лечения язвенной болезни, выделять различные варианты течения заболевания и отбирать больных с «неблагоприятным течением» язвенной болезни на плановую операцию.

Алгоритм обследования пациента с язвенной болезнью в нашей клинике, помимо гастроскопии, включает:

1. Морфологическое исследование слизистой желудка для выявления характера и степени выраженности гастрита, биопсию из язвы (при локализации язвы в желудке – трижды), с обязательной биопсией на Нр в начале и в конце лечения.

2. Внутриведочная рН-метрия («Гастроскан-5М» + «Гастроскан-24 М»)

3. Исследование моторно-эвакуаторной функции желудка (рентгенологический метод + периферическая электрогастроэнтерография)

4. Исследование кровотока желудка – реогастрография (при подозрении на трофический характер язвы)

5. Оценка сопутствующей патологии у пожилых больных и пациентов с симптоматическими язвами на фоне полиорганной недостаточности.

Для оценки сопутствующей патологии мы применяем современные балльные системы оценки тяжести (MODs, APACHE III). Это позволяет

объективизировать состояние больных и влияет на лечебно-диагностическую тактику и исход заболевания. Результаты оценки сопутствующей патологии представлены в таблице №1.

Таблица №1

Оценка степени тяжести состояния больных и степени выраженности полиорганной недостаточности по системе ПОН (MODS).

Степень декомпенсации	Компенсированная 1	Субкомпенсированная 2	Пограничная 3	Декомпенсированная 4
Баллы ПОН (MODS)	<5	5-8	9-12	>12

В зависимости от баллов по системе ПОН мы выделяем четыре группы:

1 и 2 группы - это больные с компенсированной и субкомпенсированной сопутствующей патологией, без явлений полиорганной недостаточности. Летальность в этих группах не превышает 5-10% при любом объеме хирургического лечения.

3 и 4 группы – больные с декомпенсированной сопутствующей патологией и явлениями полиорганной недостаточности. Летальность зависит от сроков компенсации ПОН. Риск оперативного лечения в этих группах высокий. Летальность возрастает при увеличении объема операции. При баллах >12 летальность 88% и не зависит от вида лечения.

Как известно, все патогенетические факторы, ведущие к образованию язв, могут быть разделены на четыре группы:

- 1) факторы кислотно-пептической агрессии;
- 2) факторы нарушения моторно-эвакуаторной функции;
- 3) факторы нарушение защиты слизистой;
- 4) провоцирующие факторы.

В результате многофакторного корреляционного анализа данных функциональных методов исследования, были выделены прогностически значимые факторы, для каждой группы:

1) - выраженная секреторная активность желудка натощак и при стимуляции;

- высокая интенсивность кислотопродукции в 2-3 раза выше нормы;

- $pH < 2,0$ в теле желудка более 30% времени обследования или $pH < 5,0$ в антральном отделе желудка более 30% времени обследования при суточном мониторинге pH ;

2) - признаки дуодено-гастрального рефлюкса натощак и при стимуляции;

- признаки нарушения гастро-дуоденальной моторики (дискоординация моторики желудка и двенадцатиперстной кишки, дискинезии двенадцатиперстной кишки, нарушение эвакуации из желудка) по данным электрогастроэнтерографии и рентгенографии желудка;

3) - атрофический гастрит в теле и в фундальном отделе желудка;

- снижение кровотока в желудке в 2 раза при реогастрографии

- инвазия *Helicobacter pylori*

4) - декомпенсированная сопутствующая патология (>5 баллов по шкале ПОН)

- прием НПВС или стероидных гормонов;

Исходя из наших данных, учитывая преобладание тех или иных механизмов язвообразования, и различную комбинацию полученных факторов можно судить о характере и агрессивности течения заболевания была создана систему прогноза течения язвенной болезни.

Таблица №2. Система прогноза течения язвенной болезни.

ПОН (баллы)	Кислотно- пептические факторы	Моторные нарушения	Нарушения защиты слизистой	Прогноз
<5	1-2	0	0	Благоприятный, успех от консервативного лечения
<5	0	1-2	0	
5-8	0	1-2	2	Благоприятный, успех от консервативного лечения, но за счет гигантских, часто симптоматических язв, сроки лечения увеличиваются в 2-3 раза.

<5	2	1-2	0	Неблагоприятный: непрерывно-рецидивирующее течение, сочетание осложнений, безуспешность консервативной терапии, показано оперативное лечение.
5-8	1-2	1-2	2	Неблагоприятный: тоже + гигантские и труднорубцующиеся язвы, показано оперативное лечение.
8-12	0-1	0-1	2	Неблагоприятный: частое развитие осложнений (преимущественно кровотечения), высокая летальность 50-88%, зависит от баллов ПОН
>12	1-2	1-2	1	

Как видно из представленной таблицы, при наличии одного фактора в патогенезе язвенной болезни (кисотно–пептический, моторика), она протекает благоприятно и хорошо поддается консервативной терапии.

При сочетании факторов кислотно-пептической агрессии с факторами нарушения моторной функции болезнь принимает агрессивное течение: нередко с развитием осложнений. Консервативное лечение безуспешно. Больным показана плановая операция.

При наличии двух и более факторов нарушения защиты слизистой течение болезни характеризуется большими размерами язвенного дефекта, с образованием гигантских и труднорубцующихся язв.

При сочетании неблагоприятного прогноза язвенной болезни с выраженной сопутствующей патологией (баллы ПОН>8) – летальность приближается к 88%, что наиболее часто встречается у пациентов пожилого и старческого возраста.

Мы применяем в клинике разработанную систему прогноза в течение пяти лет и за это время проследили отдаленные результаты лечения в сроки от 6 месяцев до трех лет у 345 неоперированных больных. У 301 из них прогнозировалось благоприятное течение заболевания, у 41 прогноз был неблагоприятным, но больные отказались от оперативного лечения по различным причинам.

У всех больных с неблагоприятным прогнозом язвенная болезнь рецидивировала, в 87,8% с осложнениями (26-кровотечение, 4-перфорация

язвы, 6 - стеноз выходного отдела желудка), 28 (67,2%) больных были оперированы по абсолютным показаниям, 3 (7,3%) больных умерло. Все больные в этой группе нуждались в повторной госпитализации в стационар и решении вопроса о возможности оперативного лечения, что подтверждает наш прогноз.

Таким образом, учитывая современные особенности течения язвенной болезни, возможности фармакотерапии и эндоскопических методов остановки кровотечения, все больше хирургов и гастроэнтерологов придерживаются «медикаментозно-сберегающего» направления в лечение данного заболевания. Но после проведения стандартного курса лечения неосложненной язвы или ликвидации угрожающего жизни осложнения необходимо задуматься о дальнейшей судьбе больного. Только полное комплексное обследование секреторной, моторной функции и морфологии гастро-дуоденальной зоны с применением современных функциональных методов диагностики и качественной оценки сопутствующей патологии позволит объективно построить прогноз течения заболевания. При неблагоприятном прогнозе – больным показано плановое оперативное лечение.

Сотрудники нашей кафедры, считают себя последователями и учениками В.С.Маята, который еще в 70-е годы призывал лечить не «язвенную болезнь» а каждого конкретного больного. И считал необходимым строго индивидуальный подход к решению вопросов о показаниях к хирургическому лечению и выборе метода операции при язвенной болезни, с использованием всего арсенала современных медикаментозных средств и хирургических технологий.

Выводы.

Язвенная болезнь во всем мире — терапевтическая проблема. Но можем ли мы полностью перенести западные стандарты в наше здравоохранение? По-видимому, нет. Это должно происходить постепенно, с формированием приоритетов медикаментозной терапии.

Что же происходит у нас? В последние 10 лет наметилась устойчивая тенденция к снижению числа плановых операций в 2-2,5 раза, а в специализированных хирургических отделениях эта динамика еще более выражена — в 6-12 раз. В то же время, по данным большинства авторов (А. А. Гринберг, 1997; В. Ф. Саенко, 2002; Р. Е. Donahue и соавт., 1996; J. Herman и соавт., 1998), увеличивается количество неотложных оперативных вмешательств при прободных и кровоточащих язвах, летальность при которых составляет от 5,6 до 20,4% (N. H. Chou и соавт., 2000; A. Garripoli и соавт., 2000; T. Sillakivi и соавт., 2001). Количество перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки ежегодно увеличивается на 5-8%, за последние 10 лет их количество возросло в 3,7 раза.

Практически не изменилось количество оперированных больных по поводу такого грозного осложнения ЯБ, как кровотечение (0,6 на 10 тысяч населения), что обусловлено разработкой и внедрением эффективных методов локального малоинвазивного гемостаза в язве, в то время как количество больных, требующих госпитализации в связи с этим осложнением, продолжает расти. Важность этой проблемы обусловлена еще и тем, что летальность в этой группе больных в 10-12 раз выше, чем при плановом лечении язвенной болезни.

Основной задачей планового оперативного лечения при язвенной болезни является создание в послеоперационном периоде условий для ликвидации факторов агрессии в гастродуоденальной области с одновременным снижением летальности и максимальным уменьшением побочных эффектов. При язве двенадцатиперстной кишки — это воздействие

на кислотопродуцирующую зону, эффективность операции определяется уровнем подавления желудочной секреции; при язве желудка — воздействие на зону язвенного инфильтрата, что в дальнейшем позволяет нормализовать трофические нарушения и создать условия для стабилизации гистоструктурных изменений в слизистой оболочке желудка.

Следует отметить, что главная цель ургентного оперативного вмешательства при перфоративной язве желудка или двенадцатиперстной кишки — спасение жизни больного. Выбор метода оперативного пособия и его радикальность во многом зависят от конкретной клинической ситуации — возраста больного, сопутствующей патологии, степени операционного риска.

В структуре оперативных вмешательств при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки наиболее оправданными при доминировании нервного механизма регуляции кислотообразования являются селективная проксимальная ваготомия или селективная проксимальная ваготомия с различными вариантами дуоденопластики. Превалирование гуморального звена механизмов регуляции, которое выражается гиперплазией гастринпродуцирующих клеток антрального отдела желудка с одновременным снижением количества соматостатинпродуцирующих клеток, отмечено у 10% больных. В этом случае показано выполнение поддиафрагмальной стволовой ваготомии с антрумэктомией, как операции, воздействующей сразу на два механизма регуляции кислотообразования в желудке: нервный и гуморальный.

Основной операцией при язвенной болезни желудка остается резекция с тенденцией к уменьшению ее объема и сохранением привратника и пассажа по двенадцатиперстной кишке.

Неотъемлемым этапом подготовки больного к операции является проведение курса противоязвенной терапии, способствующего не только уменьшению раздражающего действия на слизистую желудка и

двенадцатиперстной кишки кислотно-пептического фактора, но и направленного на ликвидацию хеликобактерного обсеменения.

В предоперационном периоде хеликобактерное заселение слизистой оболочки антрального отдела желудка было выявлено в 78% случаев при желудочной и в 94% случаев при дуоденальной локализации язвы.[2] По данным Э. М. Перкина и соавт. (1995), бактериальная обсемененность после операции не только соответствует исходному уровню, но и имеет тенденцию к нарастанию в антральном отделе и в своде желудка. Неустраненная бактериальная инвазия в послеоперационном периоде способствовала развитию эрозивного антрального гастрита и дуоденита, снижала физиологическую резистентность покровного эпителия, затрудняла репаративные процессы.

С внедрением малоинвазивной хирургии лапароскопические операции становятся альтернативой открытых методов, занимая реальное место в хирургическом лечении язвенной болезни. Р. Goh и С. Kum в 1992 году первыми в мире успешно провели лапароскопическую резекцию желудка. В последние годы в ведущих хирургических центрах мира стали широко внедряться различные методики лапароскопических ваготомий. Достаточно эффективной и технически выполнимой на сегодня считается лапароскопически модифицированная операция по J. L. Hill и С. J. Barker — передняя селективная проксимальная и задняя стволовая ваготомии. Отдаленные результаты этих операций при ощутимых преимуществах не уступают по качеству и надежности операциям с использованием рутинных методик. В то же время следует отметить, что обязательным условием проведения лапароскопических операций (органосохраняющих с использованием ваготомии или резекционных) является наличие надежной материально-технической базы и высококвалифицированных кадров.

Таким образом, результаты фундаментальных исследований и успехи фарминдустрии позволяют считать медикаментозное лечение основным методом терапии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Однако опыт практической работы и длительное наблюдение за больными позволяют сделать выводы, что в настоящее время полный отказ от планового хирургического лечения больных с тяжелым течением язвенной болезни приводит к росту числа осложненных форм заболевания. Они угрожают жизни пациентов и способствуют развитию послеоперационных осложнений, что снижает эффект от хирургического вмешательства и ухудшает показатели здоровья населения в целом.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Гринберг А.А., Гришко С.Г. Хирургическое лечение язвенной болезни у лиц пожилого и старческого возраста // Вест.хир.-1992.-№3.-с.31-34.
2. Гринберг А.А., Затевахин И.И., Щеголев А.А. Хирургическая тактика при язвенных гастро-дуоденальных кровотечениях // М.: Медицина.-1996. – 65стр.
3. Дивилин В.Я. Органосберегающие операции при стенозе привратника // Афтореф....дисс.кан.мед.наук.- Москва.-1975.-22стр
4. Кузеев Р.Е. Оптимизация лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной гастродуоденальным кровотечением // Афтореф....дисс.док.мед.наук.- Москва.-2000.-42стр.
5. Лахтина В.П. Органосберегающие операции в хирургии профузных кровотечений из дуоденальных язв // Афтореф....дисс. кан.мед.наук.- Москва.-1975.-26стр.
6. Лопатина И.В. Консервативное лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений // Афтореф....дисс. кан.мед.наук.- Москва.-1998.-24стр
7. Маят В.С. Современные аспекты хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки //Актовая речь.-М.-1970.-20стр.
8. Маят В.С., Панцырев Ю.М., Гринберг А.А. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Т.:Медицина.-1977.-66стр.
9. Мударисов Р.Р. Лапароскопическое ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки // Афтореф....дисс. кан.мед.наук.- Москва.-1998.-21стр
10. Никитина М.В. диагностика и хирургическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, сочетанной с хроническими нарушениями дуоденальной проходимости // Афтореф....дисс.кан.мед.наук.- Москва.-1984.- 23стр.

11. Панцырев Ю.М., Гринберг А.А. Ваготомия при осложненных дуоденальных язвах. // М.: Медицина, -1979, 159стр.
12. Ступин В.А. Влияние операций с селективной проксимальной ваготомией на моторную и эвакуаторную функцию желудка // Дисс.кан.мед.наук.- Москва.-1980.-157стр.
13. Циммерман Я.С. Хронический гастрит и язвенная болезнь // Пермь.- 2000.-225стр.
14. Шовский О.Л. Результаты ваготомии в хирургии пилородуоденальных язв // Дисс.кан.мед.наук.- Москва.-1978.-156стр.
15. Я. С. Березницкий, В. М. Ратчик Хирургические методы в лечении язвенной болезни// Днепропетровская государственная медицинская академия.
16. А.Ф. Черноусов, П.М. Богопольский, Ф.С. Курбанов Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. // М.: Медицина – 1996, с. 10,11.
17. Aoki T. Current status of and problems in the treatment of gastric and duodenal ulcer disease // World-J-Surg. 2000 March. Vol. 24(3) P.249-250.
18. Dousset B., Suc B., Boudet M.J., Cherqui D., Rotman N. Surgical treatment of severe ulcerous haemorrhages: predictive factors of operative mortality // Gastroenterol.Clin.Biol. 1995.- Vol.19. P.259-265
19. Freston J.W. Management of peptic ulcers // World-J-Surg. 2000 March. Vol. 24(3) P.250-256.
20. Murno W.S., Bajwa F., Menzies D. Laparoscopic repair of perforated duodenal ulcers with a falciform ligament patch //Ann.Surg.Ehg.1996. –Vol.78. P.390-391
21. Palmer K.R. Choudari C.P. Edoscopic intervention in bleeding peptic ulcer // Gut 1995 Vol. 37. P. 161-164
22. Walt R.P., Cottrell J. Randomised, controlled trial of intravenous famotidine infusion in 1005 patients with peptic ulcer bleeding // Gut 1991. Vol.32 P.571-572