

Г. М. ПЕТРОСЯН

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ХРОНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ ПРИ СОЧЕТАНИИ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Приведенные результаты хирургической коррекции хронических нарушений дуоденальной проходимости при сочетании с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки свидетельствуют о том, что хирургическая операция должна быть направлена как на излечение язвенной болезни, так и на коррекцию сопутствующих нарушений с учетом стадии и формы последних.

Течение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки нередко осложняется различными моторно-эвакуаторными нарушениями. По данным литературы, сочетание язвенной болезни с хроническими нарушениями дуоденальной проходимости (ХНДП) встречается у 17—50% больных [1, 2, 5]. Хирургическое лечение язвы без учета моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки может привести к различным послеоперационным осложнениям как в ближайшем, так и отдаленном послеоперационном периоде. Многие авторы отмечают, что несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка, синдром приводящей петли, острый послеоперационный панкреатит чаще наблюдаются у больных с некорригированными во время операции ХНДП [3, 4, 6]. Кроме того, неустраненные ХНДП при различных вариантах ваготомии могут привести к усилению дуоденогастрального рефлюкса, щелочному рефлюкс-гастриту, что, наряду с нарушенной эвакуацией из желудка, служит важным фактором в генезе рецидива язвы.

Целенаправленное предоперационное обследование больных с язвой желудка и двенадцатиперстной кишки позволило нам у 32 (31%) из 103 больных выявить сопутствующие ХНДП. В комплекс необходимых предоперационных обследований входили рентгенография, исследование моторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки методом многоканальной динамической иономанометрии, радиоизотопная гастросцинтиграфия и эндоскопия.

С учетом данных интраоперационной ревизии в 24 случаях была произведена коррекция ХНДП (таблица). Показанием к хирургической коррекции считали расширение двенадцатиперстной кишки более 5 см, дряблость и атоничность стенки, наличие содержимого в просвете кишки. В остальных случаях операции прошли без специальной коррекции, так как ХНДП были в стадии компенсации, функциональной фор-

мы, а анатомические изменения кишки оказались минимальными. На наш взгляд, ликвидация язвенного процесса у этих больных должна оказаться достаточной для исчезновения сопутствующих нарушений моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки.

В 3 случаях для коррекции ХНДП было произведено рассечение спаек, деформирующих и суживающих просвет двенадцатиперстной кишки в нисходящем отделе. Исходя из особенностей течения язвенного процесса двоим из них выполнена селективная проксимальная ваготомия, одному—резекция желудка по Гофмейстеру-Финстереру.

Характер хирургических вмешательств при язвенной болезни, сочетанной с ХНДП, и их исходы

Операция	Количество больных		Отдаленные результаты		
	оперировано	прослежено	отличные, хорошие	удовлетворительные	плохие
Резекция желудка с рассечением спаек, деформирующих двенадцатиперстную кишку	1	—	—	—	—
Резекция желудка с операцией Стронга	3	2	2	—	—
Резекция желудка и дуоденоюноанастомоз	1	—	—	—	—
Резекция желудка по Ру	10	10	10	—	—
Антрэктомия по Ру с ваготомией и операцией Стронга	1	1	—	—	1
СПВ с операцией Стронга	6	5	5	—	—
СПВ с рассечением спаек, деформирующих двенадцатиперстную кишку	2	2	1	1	—
Всего	24	20	18	1	1

Примечание. СПВ—селективная проксимальная ваготомия.

Больным (9), у которых причинами ХНДП явились острый угол в области дуоденоюнального перехода с формированием «двустволки» за счет спаечного процесса, массивный рубцово-спаечный процесс в области связки Трейца с увеличением лимфоузлов, артериомезентериальная компрессия двенадцатиперстной кишки, в качестве корригирующего вмешательства была применена операция Стронга, которая заключается в полном иссечении трейцевой связки, низведении дуоденоюнального перехода и восстановлении заднего листка париетальной брюшины. У 6 из них эта операция была выполнена после селективной проксимальной ваготомии, у 3—после резекции желудка по Гофмейстеру-Финстереру. В 11 случаях с функциональной формой ХНДП произведена резекция желудка с V-образным анастомозом по способу Ру с целью исключения двенадцатиперстной кишки из пищевого пассажа и дополнительного ее дренирования. Причем в одном случае резецирован только антральный отдел желудка и выполнена стволовая ваготомия, а в двух случаях резекция по Ру дополнена операцией Стронга из-за некоторой деформации кишки в области связки Трейца.

В одном случае после резекции желудка по Гофмейстеру-Финстери наложен дуоденоюноанастомоз из-за выраженного замуровывающего тотального перидуоденита.

Послеоперационный период у всех больных прошел гладко. В сроки от 1 до 2 лет с момента операции обследованы 20 больных из числа оперированных с коррекцией сопутствующих ХНДП. Обследование после операции проводилось в стационарных или амбулаторных условиях и носило комплексный характер. При оценке результатов операций обращалось внимание на жалобы больного, его трудоспособность, динамику массы тела, соблюдение диеты. Во время повторных обследований больным проводились все те исследования, которые они проходили в предоперационном периоде. Изменения уровня кислотопродуцирующей функции желудка определяли аспирационно-титрационным методом и внутрижелудочной рН-метрией. Результаты операции оценивались по шкале Visick с учетом степени излечения больного от язвенной болезни и от ХНДП на основании клинических проявлений и данных объективного исследования.

После резекции желудка по способу Ру в отдаленном периоде прослежены все больные. У 9 из них результат операции признан отличным. Эти больные не предъявляли никаких жалоб, не соблюдали диеты, отмечали значительную положительную динамику массы тела и были полностью трудоспособны. Кислотопродуцирующая функция культи желудка у них была достаточно снижена. Рентгенологическое и эндоскопическое исследования никакой патологии не выявили, а радиоизотопная гастросцинтиграфия показала нормальные данные эвакуации. При сравнении результатов ионометрии культи желудка и отводящей петли с дооперационными данными отмечено значительное увеличение частоты и амплитуды сокращений, отсутствие патологических типов перистальтики.

У 1 больного результат операции признан хорошим из-за того, что были отмечены явления демпинг-синдрома легкой степени. Однако трудоспособность больного была полностью сохранена, отмечалась значительная прибавка в весе, объективное исследование никакой патологии не выявило. После назначения соответствующей диеты явления демпинг-синдрома прошли.

У 1 больного после антрэктомии по Ру с операцией Стронга и стволовой ваготомией результат операции признан плохим, хотя у него исчезли проявления ХНДП как субъективно, так и при объективных исследованиях, отмечалась положительная динамика массы тела, и сам больной отмечал значительное улучшение общего состояния. Результат операции был признан плохим из-за рецидива язвенной болезни. Как показал тест медикаментозной ваготомии, причина рецидива была в неполной ваготомии. После наддиафрагмальной стволовой вагорезекции у этого больного кислотопродукция культи желудка значительно снизилась и язва быстро зарубцевалась.

У 2 больных после резекции желудка с операцией Стронга и у 3 больных после СПВ с операцией Стронга результат лечения признан отличным. У 2 после СПВ и операции Стронга отмечены хорошие ре-

зультаты. В двух последних случаях при эндоскопии выявлена картина поверхностного гастрита. Эти больные отмечали диарею легкой степени. После соответствующего консервативного лечения все эти явления исчезли.

Из 2 больных после СПВ с рассечением спаек, деформирующих двенадцатиперстную кишку, у одного результат операции—отличный, у другого—удовлетворительный. В последнем случае, по-видимому, рассечение спаек оказалось недостаточным для коррекции ХНДП. У этого больного отмечено сохранение некоторых жалоб, связанных с ХНДП, картина рефлюкс-гастрита и наличие натошак желчи в желудке. Трудоспособность умеренно снижена. После курса консервативной терапии больной выписан в удовлетворительном состоянии на дальнейшее диспансерное наблюдение.

Таким образом, при сочетании язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки с ХНДП хирургическая операция должна быть направлена как на излечение язвенной болезни, так и на коррекцию сопутствующего ХНДП с учетом стадии и формы последнего.

2-ая кафедра хирургии ЦОЛИУВ

Поступила 22/X 1988 г.

Գ. Մ. ՊԵՏՐՈՍՅԱՆ

ՎԻՐԱՔՈՒԺԱԿԱՆ ԿԱՐԳԱՎՈՐԻՉ ՄԵԹՈԴՆԵՐԻ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ ԴՈՒՈՂԵՆԱԼ ԱՆՅԱՆԵԼՈՒԹՅԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐՈՎ ՀԱՄԱԿՑՎԱԾ ՍՏԱՄՈՔՍԻ ԵՎ 12-ՄԱՏՆՅԱ ԱՂԻՔԻ ԽՈՅԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԴԵՊՔՈՒՄ

12-մատնյա աղիքի և ստամոքսի խոցային հիվանդների նպատակային նախավիրահատական քննությունները ցույց տվեցին, որ 103-հիվանդներից 32-ի մոտ կան համակցված դուոդենալ անցանելության խանգարումներ, որոնցից 24-ին ցույց է տրվել հատուկ վիրաբուժական կարգավորիչ միջամտություն: Կարգավորիչ վիրահատության ընթացքում օգտագործվել է 12-մատնյա աղիքը դեֆորմացիայի ենթարկող սպինների հատում, Ստրոնգի վիրահատությունը և ստամոքսի մասնահատում կատարված Ռուի մեթոդով:

Երկու տարվա ընթացքում հետազոտության ենթարկված 20 հիվանդներից 18-ի մոտ արդյունքը եղել է լավ և գերազանց, մեկ հիվանդի մոտ բավարար, մեկ հիվանդի մոտ անբավարար:

G. M. PETROSSIAN

THE RESULTS OF SURGICAL CORRECTION OF DUODENAL PATENCY CHRONIC DISORDERS COMBINED WITH GASTRIC AND DUODENAL ULCERS

The results of the surgical correction of chronic duodenal impassability in combination with gastric and duodenal ulcers show that the operation must be carried out for the treatment of the ulcer as well as for the correction of the accompanying disorders, taking into account the stage and form of the disorder.

1. Зыкова Е. Т. Сов. хир., 1936, 8, с. 248.
2. Зыбов А. М. Сб. научн. работ Читинского окружного военного госпиталя. Чита, 1960, вып. 1, с. 86.
3. Мирзаев А. П. Дуоденальный стаз. Л., 1976.
4. Напалков П. Н. Ранние и поздние осложнения после резекций желудка, произведенных у больных язвенной болезнью. М., 1967, с. 97.
5. Поляков Н. Г. Дис. канд. Киев, 1963.
6. Панцырев Ю. М., Гринберг А. А., Нейман М. И. Физиология и патология тонкой кишки. Рига, 1970.

УДК 615.458:616—002.3

Б. Н. АРУТЮНЯН, П. И. ТОЛСТЫХ, В. К. ГОСТИЩЕВ, С. П. ГЛАНЦЕВ,
В. А. ДЕРБЕНЕВ, В. В. РЫЛЬЦЕВ, Е. О. МЕДУШЕВА, А. Х. МУХТАРОВ

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИММОБИЛИЗОВАННОГО ТРИПСИНА НА ТЕКСТИЛЬНЫХ ПЕРЕВЯЗОЧНЫХ МАТЕРИАЛАХ В ГНОЙНОЙ ХИРУРГИИ

В результате оценки социально-экономической эффективности применения иммобилизованного трипсина на текстильных перевязочных материалах при лечении гнойно-воспалительных хирургических заболеваний установлено, что использование этих материалов дает значительный экономический эффект в народном хозяйстве, позволяющей рекомендовать их для широкого внедрения в клиническую практику.

В настоящее время экономический эффект от внедрения того или иного метода лечения принято рассматривать на трех уровнях: отраслевом, межотраслевом и народно-хозяйственном. Однако эта оценка несколько условна, подсчет ведется без учета социального эффекта и затрат, связанных с производством применяемых лечебных препаратов, с одной стороны, с другой—используемая исходная информация медицинского и экономического характера (средние сроки лечения больных, затраты на пребывание их в стационаре, выплата по больничным листам и т. д.) чрезвычайно вариабельна и зависит от многих переменных величин: наличия в больнице медицинских кадров, уровня их квалификации, оснащенности лечебного учреждения диагностической и лечебной аппаратурой и т. д. Тем не менее подобные исследования, несмотря на то, что они основаны на усредненных данных, взятых из собственного фактического материала, медицинских и экономических научных публикаций, чрезвычайно важны для практического здравоохранения, в частности, и государства в целом. Особенно если учесть, что экономические потери только от гнойных заболеваний и гнойно-некротических осложнений после хирургических вмешательств составляет десятки и сотни миллионов рублей в год.

В связи с этим поиск наиболее эффективных методов лечения больных с гнойно-некротическими заболеваниями мягких тканей представляет одну из актуальных задач здравоохранения. Как показали наши исследования, наиболее перспективным методом в настоящее время