ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ В СОЧЕТАНИИ С ПАТОЛОГИЕЙ ГАСТРОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Дасибеков Х.А., Каштаев Р.Е., Маматов Н.Н., Калжикеев А.М., Мамакеев Ж.Б.

РМДЦ, Республика Казахстан, г. Алматы.

Условные сокращения

Абс. – абсолютное число,

БСМП – больница скорой медицинской помощи,

ДПК – двенадцатиперстная кишка,

ПЖ – поджелудочная железа,

УЗИ – ультразвуковое исследование,

УНСД – управляемая новокаиновая симпатическая денервация,

ФГДС – фиброгастродуоденоскопия,

ХП – хронический панкреатит,

ЯГДК – язвенное гастродуоденальное кровотечение,

ЯБ – язвенная болезнь,

ЯБ ДПК – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки,

ЯБЖ – язвенная болезнь желудка.

Целю исследования в данной работе явилось улучшение результатов лечения больных осложненными формами язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки с сопутствующей патологией гастропанкреатодуоденальной зоны путём применения управляемой новокаиновой симпатической денервации и магнитотерапии.

Под нашим наблюдением с 2004 по 2009 годы находилось 183 больных осложнёнными формами ЯБ желудка и ДПК в возрасте от 18 до 79 лет. Из них в процессе лечения выделено 64 (35%) пациента с ЯБ желудка и ДПК, и 119 (65%) больных ЯБ желудка и ДПК с сочетанной патологией гастропанкреатодуоденальной зоны. Среди них (n=183) у 90 (49,2%) больных язвенная болезнь осложнилась гастродуоденальным кровотечением, у 49 (26,8%) – перфорацией язвы, у 7 (3,8%) – стенозом привратника, у 29 (15,9%) – пенетрацией в поджелудочную железу и у 8 (4,4%) пациентов ЯБ желудка была выявлена малигнизация язвы (табл. 1).

Таблица 1

Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

Характер осложнений	Число больных	
	Абс.	%
Гастродуоденальное кровотечение	90	49,2
Перфорация язвы	49	26,8
Стеноз	7	3,8
Пенетрация в поджелудочную железу	29	15,8
Малигнизация	8	4,4
Всего	183	100

Среди больных с язвенной болезнью желудка и ДПК осложнённой кровотечением нами было оперировано 64 (71,1%) человека. Пролечены консервативно 26 (28,9%) пациентов, с применением различных эндоскопических гемостатических методик. Больные с малигнизацией язвы желудка, после морфологического подтверждения, были направлены на оперативное лечение в Областной клинический онкологический диспансер Ульяновской области. Таким образом, прооперировано 149 (81,4%) человек из наблюдаемых нами больных.

В комплексном лечении, для профилактики послеоперационного панкреатита, гастростаза, снижения пареза кишечника в до- и послеоперационном периоде у 44 больных ЯБ желудка и ДПК с сопутствующей патологией гастропанкреато-дуоденальной зоны, в послеоперационном периоде, были использованы управляемая новокаиновая симпатическая денервация (УНСД) и магнитотерапия на нервное сплетение грудного симпатического ствола, на уровне 7-8 грудных позвонков аппаратом «Магнитер» в течение 5 дней (группа исследования) (табл. 2).

Таблица 2

Распределение прооперированных больных по группам

Группы больных	Больные	Количество (Абс. число)
Исследования	ЯБ желудка и ДПК с сопутствующей патологией гастропанкреатодуоденальной зоны с применением УНСД и магнитотерапии	44
Сравнения 1	ЯБ желудка и ДПК с сопутствующей патологией гастропанкреатодуоденальной зоны	47
Сравнения 2	ЯБ желудка и ДПК без сопутствующей патологии гастропанкреатодуоденальной зоны	58
Всего		149

Для изучения результатов применения данных методик исследованы группа из 47 больных ЯБ желудка и ДПК с сопутствующей патологией гастропанкреато-дуоденальной зоны (группа сравнения 1) и группа из 58 пациентов с ЯБ желудка и ДПК без сопутствующей патологии гастропанкреатодуоденальной зоны (группа сравнения 2). В группах сравнения лечение больных в послеоперационном периоде проводили по

общепринятой схеме.

Лечебная тактика зависела от характера осложнения язвенной болезни. При перфорации выполнялось оперативное лечение в экстренном порядке (49 пациентов). При язвенном гастродуоденальном кровотечении (90 пациентов) выполняли диагностическую и лечебную фиброгастродуоденоскопию (ФГДС) с местным гемостазом различными методами.

В случае продолжающегося кровотечения выполняли операцию по экстренным показаниям (8 пациентов), а при устойчивом гемостазе больных оперировали по срочным показаниям (56 пациентов). Без оперативного лечения выписаны из стационара 26 пациентов с язвенным кровотечением после проведения консервативной терапии. При пенетрирующих и стенозирующих язвах выходного отдела желудка все больные оперированы в отсроченном порядке.

Для профилактики послеоперационного панкреатита, гастростаза и пареза кишечника в до- и послеоперационном периоде применялась управляемая новокаиновая симпатическая денервация (УНСД) в сочетании с магнитотерапией в послеоперационном периоде.

Управляемая новокаиновая симпатическая денервация осуществлялась путём катетеризации левого паравертебрального пространства. Катетер устанавливался за 30 минут до оперативного вмешательства.

Для купирования пареза двенадцатиперстной кишки и начальных отделов тощей кишки использовали воздействие переменного магнитного поля на чревное нервное сплетение аппаратом «Магнитер».

Результаты исследования. В нашем исследовании проведён анализ лечения 183 больных осложнёнными формами ЯБ желудка и ДПК. Среди них преобладали мужчины – 63,9% (117 пациентов), женщины составили 36,1% (66 больных). Язвенная болезнь желудка и ДПК нередко сочеталась с сопутствующими хроническими заболеваниями, которые наблюдались у 158 больных (86,3%) (табл.3).

Таблица 3

Сочетание язвенной болезни с заболеваниями других органов и систем

Сопутствующие заболевания	Всего больных (n=183)		Локализация язвенного процесса		
			Желудок	ДПК	Желудок + ДПК
	Абс. число	%	Абс. число	Абс. число	Абс. число
Заболевания сердца. Гипертоническая болезнь	106	57,9	26	78	2
Заболевания поджелудочной железы	87	47,5	15	69	3
Заболевания желчевыводящих путей	48	26,2	9	37	2

Сопутствующие заболевания	Всего больных (n=183)		Локализация язвенного процесса		
			Желудок	ДПК	Желудок + ДПК
	Абс. число	%	Абс. число	Абс. число	Абс. число
Заболевания лёгких	23	12,6	5	18	0
Заболевания почек и мочевыводящих путей	18	9,8	3	14	1
Сахарный диабет	14	7,7	0	10	0
Другие заболевания	42	22,9	15	24	0
Всего	338	100	73	250	8

Наиболее часто язвенная болезнь сочеталась с заболеваниями сердца (ишемическая болезнь сердца, нестабильная стенокардия, постинфарктный кардиосклероз) и гипертонической болезнью - 57,9%. На втором месте по частоте встречаемых сопутствующих заболеваний стоял хронический панкреатит (в том числе и в стадии обострения) – 47,5%. На третьем месте – заболевания желчевыводящих путей (дискинезия, желчекаменная болезнь, холецистит) – 31,7%. У большинства больных с сопутствующей патологией имело место сочетание нескольких хронических заболеваний.

Мы оценивали в сравнении группу из 115 больных с осложненными формами ЯБ желудка и ДПК с сопутствующей патологией гастропанкреатодуоденальной зоны (87 - имели заболевание поджелудочной железы, 48 – заболевание желчевыводящих путей, у 20 пациентов выявлено сочетание этих патологий) и группу больных из 68 человек без сопутствующей патологии данной локализации.

Многообразная патология привратника является одной из причин дуоденогастрального рефлюкса, но их взаимная встречаемость при эндоскопии не является параллельной, так регистрация функциональных и органических нарушений пилоруса встречается одинаково в обеих группах.

При изучении сопутствующей патологии гастропанкреатодуоденальной зоны нами выявлено, что антрум-гастрит встречается одинаково часто в обеих группах.

Дуоденогастральный рефлюкс при язвенной болезни, в отсутствии сопутствующей патологии гастропанкреатодуоденальной зоны, встречается в 20,6%, что статистически значимо меньше, чем в основной группе исследования (49,6%).

Различная патология большого дуоденального сосочка, способствующая возникновению хронического панкреатита и холецистита чаще встречается в группе с сочетанной патологией (14,9 и 2,9%).

Телелимфангиэктазии, встречающиеся в ДПК, являются маркёром нарушений поджелудочной железы и значительно реже встречаются во второй группе. Таким

образом, телелимфангиэктазии могут иметь диагностическое и прогностическое значение для выявления сопутствующего панкреатита.

Выявлены статистически значимые различия между группами по среднему уровню амилазы, липазы, трипсина ($p<0,05$), что указывает на вовлечение поджелудочной железы и желчевыводящих путей с желчным пузырём в патологический процесс всего комплекса гастропанкреатодуоденальной зоны (табл. 4).

Исследование на наличие H. pylori в слизистой желудка выявило, что статистической разницы частоты выявления данного микроба между группами нет.

Обсемененность H. pylori на 2-3 балла выявлялся у 76,5 % больных ЯБ без сопутствующей патологии, при сочетании ЯБ с патологией гастропанктеатодуоденальной зоны (панкреатите и холецистите) - в 84,4% случаев. В ходе исследования степени обсеменённости слизистой оболочки желудка H.pylori нами выявлено, что высокая степень контаминации может считаться маркером хронического панкреатита при ЯБ желудка.

Средние размеры поджелудочной железы по данным УЗИ органов брюшной полости в обеих группах были примерно одинаковы, что отражает однородность выборки.

Таблица 4

Исследование уровня панкреатических ферментов крови

Показатель фермента в крови		Язвенная болезнь с заболеваниями гастропанкреато-дуоденальной зоны (n=115)		Язвенная болезнь без заболеваний гастропанкреато-дуоденальной зоны (n=68)		p
		Абс. число	%	Абс. число	%	
Амилаза	16 – 32 г/(час.л)	41	35,7	42	61,8	<0,05
	более 32 г/(час.л)	74	64,3	26	38,2	<0,005
Липаза	0,2-1,5 усл.ед	26	22,6	43	63,2	<0,05
	более 1,5 усл.ед	89	77,4	25	36,8	<0,05
Трипсин	0-500 ммоль/л.с	44	38,3	45	66,2	<0,05
	более 500 ммоль/л.с	71	61,7	13	33,8	<0,05

Неровность и нечеткость контуров поджелудочной железы (ПЖ) почти в 2 раза чаще выявляется при сочетании патологий.

Из 183 находящихся под нашим наблюдением больных оперировано 149 (71,4%) человек. В экстренном порядке оперированы 49 (32,9%) пациентов с перфорацией язвы

и 8 пациентов с продолжающимся гастродуоденальным кровотечением, 92 пациентам оперативное лечение выполнено по срочным показаниям (таб.5).

Таблица 5

Виды оперативных вмешательств у больных язвенной болезнью желудка и ДПК с сопутствующей патологией гастропанкреатодуоденальной зоны

Виды оперативных вмешательств	Количество операций	%
Резекция желудка по Бильрот – I	37	24,8
Резекция желудка по Бильрот – I с терминолатеральным анастомозом	12	6,7
Резекция желудка по Бильрот – II в модификации Гофмейстера-Финстерера	39	26,2
Резекция желудка по Бильрот – II в модификации Витебского	24	16,1
Резекция по Бальфуру	4	2,7
Гастродуоденотомия с прошиванием кровоточащего сосуда	3	3,4
Иссечение язвы с пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу с селективной ваготомией	6	4,0
Ушивание перфоративной язвы	24	16,1
Всего	149	100

Больным группы исследования в раннем послеоперационном периоде на фоне стандартного комплекса лечебных мероприятий применялась УНСД разработанным нами способом в сочетании с магнитотерапией.

В послеоперационном периоде выполнен анализ клинических признаков развивающихся осложнений, которых в группе сравнения 1 зарегистрировано в 2 раза больше, чем в группе исследования, в группе сравнения 2 данные осложнения встречаются в 1,5 раза чаще (табл. 6).

У пациентов с осложнённым течением ЯБ желудка и ДПК в послеоперационном периоде выполняли исследование амилазы мочи. Было выявлено её повышение у 6,8% пациентов группы исследования, у 23,4% больных группы сравнения 1 и у 8,6% пациентов группы сравнения 2. По данным наших исследований достоверно показано, что в группе исследования и в группе сравнения 2 снижение амилазы мочи и её возвращение к норме происходит в более короткие сроки по сравнению с группой сравнения 1.

Исследование уровня калия сыворотки крови в послеоперационном периоде выявило достоверные отличия среди сравниваемых групп, начиная с 13-14 суток, что указывало на разрешение нарушений эвакуаторной функции при осложнённом послеоперационном периоде.

Таблица 6

Результаты исследования послеоперационных больных

Наименование симптомов	Группа исследования (n=44)		Группа сравнения 1 (n=47)		Группа сравнения 2 (n=58)		p
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
Боль в эпигастрии с рвотой	1	2,3	7	14,8	3	5,2	0,036
Послеоперационный парез кишечника	2	4,5	9	19,1	4	6,9	0,032
Общая слабость, тошнота	13	29,5	15	31,9	17	29,3	0,493
Длительный парез кишечника с симптомами перитонита	1	2,3	2	4,3	2	3,4	0,524
Иктеричность кожи и склер	2	4,5	8	17,0	4	6,8	0,045
Тахикардия без перитониальных симптомов	3	6,8	9	19,1	5	8,6	0,075

Анализ уровня среднемолекулярных пептидов сыворотки крови проведён у 26 больных группы исследования и у 32 пациентов группы сравнения 1. При анализе полученных результатов отмечено, что содержание среднемолекулярных пептидов сыворотки крови достоверно быстрее снижается в группе исследования по отношению к показателям пациентов группы сравнения 1, начиная с 9-10 суток после операции.

По рентгенологическим и ультразвукового исследования данным получены статистически достоверное отличие лучших результатов в группе исследования.

С первых суток послеоперационного периода проводилось изучение внутрикишечного давления методом открытого катетера: до, во время и после сеанса магнитотерапии. Внутридуоденальное давление после резекции по Бильрот-I возрастало в среднем на 26,5±1,1% в группе исследования и на 31,6±1,3% в группе сравнения 1 ($p< 0,05$). Нормализация внутридуоденального давления в группе, получающих магнитотерапию, происходила через 26,0±1,2 минут, а в группе сравнения 1 через 36,6±1,7 минут ($p< 0,05$).

Быстрее происходила нормализация внутрикишечного давления в группе больных получавших магнитотерапию после резекции по методу Бильрот-II - 30,3±1,1 минут, против 37,1±1,5 минут в группе сравнения 1 ($p< 0,05$). Применение магнитотерапии позволило получить достоверный клинический эффект у всех больных

в группе исследования, вне зависимости от способа резекции.

В послеоперационном периоде у больных осложнённой язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки были выявлены осложнения во всех группах. Тем не менее, в группе исследования данные осложнения встречались реже в 2,1-2,8 раза (табл. 7).

В послеоперационном периоде в группе исследования (n=44) умер один пациент 64 лет от острого инфаркта миокарда, и послеоперационная летальность составила 2,3%. В группе сравнения 1 (n=47) умерло пять больных, из них трое от развившегося в послеоперационном периоде панкреонекроза. Послеоперационная летальность составила 10,6%. В группе сравнения 2 (n=58) по разным причинам умерло 3 пациента, соответственно послеоперационная летальность составила 5,1%. Стоит отметить не только снижение послеоперационной летальности на 8,3%, но и более благоприятное течение послеоперационного периода у больных группы исследования. Соответственно уменьшилась и продолжительность стационарного лечения в группе исследования на 6,2 суток.

Таблица 7

Послеоперационные осложнения со стороны брюшной полости

Наименование осложнения	Группа исследования (n=44)		Группа сравнения 1 (n=47)		Группа сравнения 2 (n=58)	
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%
Послеоперационный панкреатит	3	6,8	10	21,3	9	15,5
Динамическая кишечная непроходимость	3	6,8	8	17,0	6	10,3
Спаечная кишечная непроходимость	1	2,3	2	4,3	1	1,7
Несостоятельность культи ДПК или анастомоза	-	-	1	2,1	1	1,7
Анастомозит	2	4,5	6	12,8	7	12,0
Кровотечение	-	-	-	-	1	1,7
Всего	9	20,5	27	57,4	25	43,1

При лечении в хирургическом стационаре больных с осложнёнными формами язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки с сопутствующей патологией гастропанкреатодуоденальной зоны была использована разработанная нами тактическая схема, позволяющая оптимизировать лечебные мероприятия, направленные на профилактику и лечение ранних послеоперационных осложнений при операциях на

желудке.

Применение метода управляемой новокаиновой симпатической денервации и воздействия переменного магнитного поля на грудное нервное сплетение в послеоперационном периоде у больных осложнённой язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки с сопутствующей патологией гастропанкреатодуоденальной зоны позволило:

1. снизить частоту развития ранних послеоперационных осложнений на 36,9%;
2. облегчить течение послеоперационного периода у больных с развившимися ранними послеоперационными осложнениями;
3. добиться более раннего улучшения клинико-лабораторных и инструментальных показателей;
4. уменьшить послеоперационную летальность на 8,3%;
5. сократить продолжительность стационарного лечения на 6,2 суток.

Выводы

1. У больных осложненными формами язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки из сопутствующей патологии гастропанкреатодуоденальной зоны наиболее часто встречаются антрум-гастрит (51,3%), панкреатит (47,5%), заболевания желчевыводящих путей (31,7%). У 49,6% больных данной группы выявляется дуоденогастральный рефлюкс.

2. Управляемая новокаиновая симпатическая денервация и магнитотерапия в комплексном лечении оперированных больных по поводу осложнённой язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки с сопутствующей патологией гастропанкреатодуоденальной зоны позволяют ускорить положительную динамику основных клинико-лабораторных показателей, на 36,9% уменьшить частоту послеоперационных осложнений.

3. Разработанный алгоритм предоперационного и послеоперационного ведения больных осложнёнными формами язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки с сопутствующей патологией гастропанкреатодуоденального комплекса позволяет снизить послеоперационную летальность на 8,3%, сократить сроки лечения больных на 6,2 суток.