

# АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕЗЕКЦИОННЫХ И ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ МЕТОДИК ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОЗА ПИЛОРИЧЕСКОГО КАНАЛА ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

## ANALYSIS OF LONG-TERM RESULTS OF RESECTION AND ORGAN-PRESERVING METHODS OF TREATMENT OF PYLORIC CANAL STENOSIS OF ULCERATIVE ETIOLOGY

**E. Perisaeva  
A. Kultchiev**

*Summary.* Analysis of long-term results of resection and organ-preserving operations in gastric ulcer and duodenal ulcer complicated by pyloroduodenal stenosis. A comparative assessment of the methods of surgical treatment of decompensated cicatricial ulcerative duodenal stenosis, as well as the frequency and nature of postoperative complications and long-term pathological syndromes was carried out.

*Keywords:* pyloroduodenal stenosis, duodenal ulcer, surgical treatment.

**Перисаева Элина Акимовна**

ассистент, Северо-Осетинская государственная  
медицинская академия (г. Владикавказ)  
perisaeva.elinka@yandex.ru

**Кульчиев Ахсарбек Азубеевич**

Д.м.н., профессор, Северо-Осетинская государственная  
медицинская академия (г. Владикавказ)  
kulchiev.ahsarbek@yandex.ru

*Аннотация:* Анализ отдаленных результатов резекционных и органосохраняющих операций при язвенной болезни желудка и ДПК, осложненной пилорoduodenальным стенозом. Проведена сравнительная оценка способов хирургического лечения декомпенсированного рубцово-язвенного стеноза (ДРЯС) ДПК, а так же частота и характер послеоперационных осложнений и отдаленных патологических синдромов.

*Ключевые слова:* пилорoduodenальный стеноз, язвенная болезнь ДПК, хирургическое лечение.

### Актуальность проблемы

В последние несколько десятилетий отмечается значительное снижение числа осложненных форм язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, что напрямую связывают с успехами консервативной терапии, этим обусловлено уменьшение научных исследований и публикаций на эту тему [2]. Тем не менее частота пилорoduodenального стеноза в общей структуре осложнённых форм язвенной болезни варьирует от 7 % до 63 %, составляя в среднем 10–20 % [2, 3, 4, 5]. В структуре летальности от осложнений язвенной болезни на долю стеноза приходится превышающей тот же показатель при хирургическом лечении неосложнённой формы заболевания в 1,5–2 раза. Как свидетельствуют многие авторы, в настоящее время наблюдается преобладание суб- и декомпенсированных стадий этого осложнения язвенной болезни [1, 6, 9, 10]. Подавляющее большинство этих пациентов нуждается в хирургическом лечении, в этой связи, проблема хирургической тактики при различных стадиях стеноза приобретают особую актуальность. К сожалению, вопрос о выборе метода и тактики хирургического лечения не решен до сих пор и остается предметом широкой дискуссии [1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 11, 12]. Все имеющиеся методы подразделяются на 2 группы: резекционные и органосохраняющие методики. Резекция желудка, которая сопровождается относительно высокими цифрами летальности (2–5 %), значитель-

ным числом ранних послеоперационных осложнений (12–35 %) и развитием различных постгастрорезекционных синдромов (25–60 %) в отдаленном периоде, а также повышенным риском возникновения рака культи желудка (4–6 %), по-прежнему занимает лидирующие позиции в хирургическом лечении язвенной болезни в целом и в особенности ДРЯС ДПК. [4, 5]. В течение последних 15—20 лет в лечении осложненных форм ЯБДПК, в том числе и ДРЯС, стали применяться органосохраняющие операции, преимуществами которых являются меньшая травматичность, минимальная летальность, низкая частота развития ранних послеоперационных осложнений и патологических синдромов в отдаленном периоде [2, 4, 5, 9].

### Цель исследования

Обоснование выбора хирургической тактики и сравнительная оценка методов хирургического лечения ДРЯС ДПК у данной категории пациентов.

### Материалы и методы

Для проведения анализа использован обширный опыт хирургического лечения стенозов (резекций желудка более 1000 операций, различные варианты и органосохраняющих операций с ваготомией — 860) ДПК язвенного генеза дает нам основание отдавать предпо-

чение дренирующим желудок операциям с СПВ. Кроме того, при наличии ограниченного ряда показаний, у отдельной категории больных, считаем патогенетически обоснованным антрумэктомию со стволовой ваготомией и гастроэнтероанастомоз по Ру — Агеенко. При язвенной болезни желудка и ДПК одним из основных патогенетических условий операции считается сохранение пассажа по ДПК. Однако, в исключительных случаях (сочетание язвенной болезни с выраженными формами функциональной ХДН), вынуждены выключать из пассажа ДПК.

На первом этапе, до 1985 г., по поводу различных форм язвенного стеноза ДПК оперировано 86 больных — I группа.

На втором этапе, с 1986 по 2018 г. с диагнозом хроническая язвенная болезнь осложненная стенозом выполнено 126 операций — II группа.

У второй группы больных количество резекционных вмешательств резко сократилось — до 6. Абсолютное большинство операций составило органосохраняющие с СПВ — 120 (95,2 %) из 126 больных в этой группе больных нами выявлено всего 6 резекций желудка, в объеме — антрумэктомию со стволовой ваготомией. Это те случаи, когда нельзя было сохранить пассаж по ДПК — функциональная дуоденальная непроходимость субкомпенсированной и декомпенсированной стадии.

Из дренирующих желудок операций предпочтение отдаем гастродуоденостомии по Финнею, с учетом имеющейся возможности иссечения краев язвы и рубцовой ткани в пределах здоровых тканей, при поражении передней и боковых стенок ДПК, а так же ревизии задней стенки ДПК.

Следует отметить, что процент общих послеоперационных осложнений в группе с органосохраняющими операциями, в два раза меньше по сравнению с резекционными, что подтверждает патогенетическую обоснованность объема выполненных операций.

Такие грозные осложнения, как несостоятельность культи ДПК, анастомоза и послеоперационный панкреатит чаще наблюдали в I группе, после резекции желудка. В этой группе имели место два случая несостоятельности культи ДПК и один — несостоятельность анастомоза после Бильрот-I с одним летальным исходом. Еще один больной погиб от послеоперационного панкреатита, развившегося вследствие попытки закрытия трудной культи с пенетрирующей язвой в головку поджелудочной железы. В I группе имелось 2 (2,3 %) летальных случая.

Во II группе подобных тяжелых послеоперационных осложнений не было. Наиболее частым послеопера-

ционным осложнением в этой группе было нагноение раны, что никак нельзя объяснить с характером объема операции. Характерные для II группы операции осложнения — гастростаз и диарея имели место в единичных случаях и легко купировались медикаментозно.

В I группе больных выбор объема операции не зависел от степени стеноза. В этой группе больных выбор метода резекции в большей степени зависел от надежности культи ДПК и гастродуоденоанастомоза. При оптимальной ситуации пытались выполнить резекцию по Бильрот-I в 12 (14 %) случаях. При закрытии «трудной» культи ДПК — гастроэнтероанастомоз по Ру — 21 (24,4 %) больной. У абсолютного большинства выполнена резекция по Гофмейстеру — Финстереру — 53 (61,6 %) пациента.

Во II группе больных степень выраженности стеноза влияла на выбор метода дренирующей желудок операции. При IV степени стеноза, при резком угнетении перистальтических возможностей стенки желудка, оптимальным считаем широкое соустье между желудком и ДПК по Финнею. Эту методику считаем оптимальной и при сочетании стеноза с пенетрацией язвы в головку поджелудочной железы. При II и III степени стеноза, когда можно сохранить пилорический жом, предпочтение отдавали дуоденопластике с обязательной СПВ. Некоторые ведущие хирурги выполняют дуоденопластику без СПВ. Мы считаем обязательным СПВ в плановой хирургии, при всех органосохраняющих операциях язвенной болезни ДПК.

В этой группе (II) было выполнено 6 антрумэктомий с стволовой ваготомией по «вынужденным» показаниям — ХДН III–IV ст.

Таким образом, у абсолютного большинства больных во II группе выполнена операция Финнея с СПВ (72,3 %). Пилоропластика по Гейнеке — Микуличу выполнена у 8 (6,3%) больных при II степени стеноза.

В табл. 1 (I группе) отражены функциональные и органические изменения выявленных в отдаленном периоде после резекционных операций. Как видно из данной таблицы, абсолютное большинство (67,2 %) пациентов, после различных, резекционных желудок операций, имеют различные патологические состояния. Из них — у 7,8 % рецидив язвенной болезни. Из резекционных желудок методов операций наихудшие результаты получены после операции Гофмейстера — Финстерера. У 97,5 % пациентов отмечены разные патологические состояния.

В таблице 1 особо следует обратить внимание на тот факт, что после резекции желудка, по Гофмейстеру — Финстереру в отдаленном периоде нет пациентов, которые чувствуют себя абсолютно здоровыми.

Таблица 1 (I — группа)

Отдаленные результаты

Патологическое состояние	Результат операции			Всего (64)
	Г. — Ф. (41)	по Ру (14)	Б — I (9)	
Рецидив язвы	4 (9,7)	1	—	5 (78%)
Демпинг синдром	7 (17%)	—	—	7 (17%)
Синдром приводящей петли	2	—	—	2
Желудочный дискомфорт	12 (30%)	2	—	14 (22%)
Вегетоастенический синдром	10 (24%)	—	1	11 (17%)
Железодефицитная анемия	3 (7,3%)	—	1	4 (9,4%)
Итого	38 (97,5%)	3 (21,4%)	2 (22,2%)	43 (67,2%)

Во II группе больных (табл. 2) отдаленные результаты более благоприятны по сравнению с I группой. Как видно из таблицы № 2, разные патологические состояния после органосохраняющих желудок операций с СПВ, выявлено у 21,6 %. По сравнению с I группой — в 3 раза меньше. Из них рецидив язвы в 2,4 %. Наиболее частым патологическим состоянием в этой группе является желудочный дискомфорт у 8,3 %.

Таким образом, наглядно видно, что у абсолютного большинства больных 78,4 % после органосохраняющих желудок операций с СПВ в отдаленном периоде не выявлено патологическое состояние. У 2,4 % имеется рецидив язвенной болезни.

Сегодня результаты любых хирургических операций оцениваются по отдаленным результатам, основываясь на качестве жизни пациента. С этих позиций нами изучены полученные отдаленные результаты выполненных операций в разных группах больных.

Оценка качества жизни больных в отдаленном периоде

Полученные отдаленные результаты любых операций с позиции доказательной медицины, должны отражать качество жизни пациента. С этих позиций нами изучены отдаленные результаты по классификации Visick, опросник и DDQ — 15 в отдаленном периоде, в сроки от 3 до 30 лет.

После резекционных операций (I — группа) в отдаленные сроки качество жизни определено у 64 пациентов и у 83 во II группе.

Мы провели анкетирование всех 147 больных перенесших операции на желудке, по обоим опросникам и классификации Visick.

Согласно проведенным расчетам, среднее значение индекса DDQ — 15 для здоровых лиц составляет — 4,13, ИКЖФХК — 124,1±5,4 балла, а в группах с «отличными» и «хорошими» результатами операции следует относить с величиной индекса DDQ — 15 более — 3,41, ИКЖФХК — более 100 баллов.

В этой группе пациентов лишь у 27,3 % пациентов отдаленные показатели качества жизни можно признать приемлемыми, в то время как у абсолютного большинства (72,7 %) качество жизни нельзя признать хорошим. И лишь у 2 (3,1 %) пациентов оно признано отличным.

Качество жизни по DDQ — 15 у больных перенесших резекции желудка близка по показателям качества ИКЖФХК — хорошее и отличное качество жизни выявлено у 32,5 % пациентов. У большинства пациентов зафиксировано удовлетворительное качество жизни (42,1 %) Следует отметить, что у абсолютного большинства (67,5 %) пациентов качество жизни по DDQ — 15 нельзя признать приемлемым.

Отличные и хорошие показатели качества по ИКЖФХК получено у 74,7 % пациентов в отдаленные сроки после

Таблица 2 (II — группа)

Отдаленные результаты

Патологическое состояние	Операция				Всего (83)
	Финнея, с СПВ — 51	Гейнеке Микуличу, СПВ — 6	Дуоденопластика, СПВ — 21	Антрумэктомия, СТВ, Ру. — 6	
Рецидив язвы	2	—	—	—	2(2,4)
Демпинг синдром легкой степени	1	1	—	—	2
Диарея	1	—	—	—	1
Желудочный дискомфорт	4	1	1	1	7 (8,3%)
Рубцовый стеноз анастомоза	—	—	1	—	1
Вегетоастенический синдром	4	—	—	1	5
Итого	12 (23,5%)	2	2	2	18 (21,6%)

ваготомии с органосохраняющим и органосохраняющим операциями на желудке. Удовлетворительные результаты получения у 19,2 % пациентов. И у 6,1 % результаты признаны плохими.

У большинства пациентов 46,2 % получены хорошие результаты качества жизни, отличные у 28,8 %, удовлетворительные у 21,4 % и лишь у 3,6 % плохие. Для большей объективности полученных отдаленных результатов выполненных операций на желудке, нами они оценены и по классификации Visick (1948) — таблица № 3.

Таблица 3.

Отдаленные результаты резекционных и органосохраняющих операций в сочетании с ваготомией

Результат	I – группа (резекция желудка)		II – группа (органосохраняющая операция + ваготомия)	
	Абс.	%	Абс.	%
Отличный			60	72,8
Хороший	17	26,2	11	12,0
Удовлетворительный	33	52,0	9	11,6
Плохой	14	21,9	3	3,6
Итого	64	100	83	100

*Секреторная функция желудка в отдаленном периоде, после резекционных операций*

При изучении отдаленных результатов операций на желудке необходимо оценить прежде всего его секреторную функцию.

В I группе больных (после резекционных желудок операций) в отдаленном периоде секреторная функция желудка изучена у 32 больных, следует отметить, что после резекции желудка, особенно после операции Гофмейстера — Финстерера получить достоверные показатели секреции желудка сложно.

Во II группе больных (с органосохраняющими операциями с ваготомией) секреторная функция изучена у 40 пациентов.

### Результаты и их обсуждение

Непосредственные результаты резекционных методов хирургического лечения стенозирующих язв ДПК сопровождались более частыми осложнениями и наименее хорошими результатами по сравнению с органосохраняющими операциями с ваготомией.

Летальность после резекционных желудок операций составила 2,3 %, после органосохраняющих с ваготомией летальных случаев не было.

Общее число послеоперационных осложнений (53,3 %) наблюдалось чаще в группе больных перенесших резекцию желудка по сравнению с органосохраняющими операциями (23,1 %). После резекции желудка по Гофмейстеру — Финстеренру и по Бильрот — I наблюдали несостоятельность швов с одним летальным исходом. В этой же группе больных у 5 развилась картина послеоперационного панкреатита, у 4-х средней степени тяжести, купированная медикаментозной терапией, у одного развился инфицированный панкреонекроз с летальным исходом.

Одним из характерных для операций на желудке послеоперационных осложнений является гастростаз. В группе с органосохраняющими операциями и ваготомией гастростаз развился у 4,8 %, после резекционных операций — у 10,4 %.

Из дренирующих желудок операций предпочтение отдавалось гастродуоденостомии по Финнею.

*Отдаленные результаты изучены в сроки от 3 до 30 лет после операций*

В I группе из 84 выписанных после резекций желудка в отдаленные сроки удалось обследовать 64 больных. Из них у 43 (67,2 %) выявлены различные патологические состояния (табл.1) Рецидив язвы — 5 (7,8 %), демпинг синдром средней степени — 7 (10,9 %), желудочный дискомфорт — 14 (22,6 %) вегетоастенический синдром — 11 (17 %) и железодефицитная анемия — 4 (9,4 %). В этой группе только у 21 (31,3 %) пациентов не выявлено патологических состояний.

В II группе пациентов, перенесших органосохраняющие и органосохраняющие операции с ваготомией, обследовано 83 пациента. У 18 (21,6 %) из них (табл. 2) выявлены различные патологические состояния. Рецидив язвы — 2 (2,4 %), демпинг синдром — 2 (2,4 %). Наиболее частым симптомом в этой группе был желудочный дискомфорт — 7 (8,3 %). В этой группе имели одно серьезное осложнение в отдаленном периоде. У одной больной через 2 года после дуоденопластики, СПВ развился стеноз II–III степени анастомоза. При этом у нее не было рецидива язвы. Рубцевание анастомоза шло без язвенного процесса, вследствие технических погрешностей выполнения дуоденопластики. Этой больной выполнен гастродуоденоанастомоз по Финнею с хорошими отдаленными результатами в течение 12 лет.

Сравнение отдаленных результатов после операции Финнея (51) и дуоденопластики (21), по клиническим и рентген — эндоскопическим критериям, преимущество какой-либо методики выявлено не было. Единственное, что отмечено, в первые 2–3 года после операции заброс содержимого из ДПК в желудок чаще отмечается

после операции по Финнею. Через 3 года разница по результатам этих методик практически нивелируется. Качество жизни после резекционных операций показано на таблице 3, у абсолютного большинства пациентов оно признано удовлетворительным и плохим (73 %).

В группе больных с органосохраняющими вмешательствами с СПВ качество жизни в отдаленном периоде у 72,8 % признано высоким и у 21,4 удовлетворительным — 11,6 % и плохим у 3,6 %.

Полученные показатели кислотопродуктивной функции желудка в отдаленном периоде выявили, что у больных с отличными и хорошими отдаленными результатами было нормацидное состояние желудочной секреции, не зависимо от объема операции на желудке.

У больных с удовлетворительными результатами операции отмечено резкое угнетение секреторной функции желудка

И у больных с плохими результатами операции (рецидив язвы) выявлено повышение, как в базальной фазе, так и в стимулированной фазе секреции.

Таким образом, у больных перенесших различные операции на желудке по поводу язвенной болезни, результаты операции в отдаленном периоде коррелируются с показателями желудочной фазы секреции. У больных с хорошими отдаленными результатами выявлено — нормацидное состояние желудочной секреции. При плохих результатах, с рецидивами язвы, у всех выявлена гиперсекреция желудочного сока.

При этом, лучшие отдаленные результаты получены после органосохраняющих операциях с СПВ.

### Выводы

Резекционные методы лечения ДРЯС ДПК сопровождаются большим числом ранних послеоперационных осложнений, отдаленных патологических синдромов, более высоким процентом летальных исходов по сравнению с органосохраняющими, поэтому, у этой категории больных, в функциональном плане эти вмешательства патогенетически менее выгодны и должны выполняться по строгим и индивидуальным показаниям.

Из дренирующих желудок операций при стенозе пилорoduоденального канала наиболее предпочтительной является операция Финнея с СПВ.

При постбульбарном стенозе ДПК патогенетически наиболее обоснована дуоденопластика по В.И. Оноприеву с СПВ.

Таким образом, на основании представленного выше материала можно предложить, что при стенозирующей язве пилорoduоденального канала органосохраняющие операции с СПВ дают в абсолютном большинстве случаев хорошие непосредственные и отдаленные результаты.

Систематический обзор на основе принципов доказательной медицины, проведенный Бебуришвили А.Г. и соавт. показывает, что рандомизированные клинические исследования (РКИ), имеют определенные изъяны, не позволяющие окончательно регламентировать подходы по лечению пилорoduоденального стеноза язвенной этиологии [2]. В рамках доказательной медицины выводы и практические рекомендации по лечению язвенного пилорoduоденального стеноза могут быть сформулированы по результатам отдельных РКИ и заключаются в следующем: при выборе способа оперативного лечения необходимо дифференцировать расположение язвенного дефекта, поскольку наиболее часто осложняются стенозированием язвы пилорического канала и препилорические язвы (уровень доказательности 1); чем ниже располагается язвенный дефект, тем более эффективными являются селективные варианты ваготомии; при пилорической и препилорической язве рецидив после стволовой ваготомии наблюдается реже (уровень доказательности 1); селективные способы ваготомии без дренирующих вмешательств возможны только при «функциональном» стенозе, на фоне обострения язвенной болезни (уровень доказательности 1); при «органическом» стенозе селективные варианты ваготомии возможны (вероятность возникновения постваготомической диареи снижается), но менее целесообразны, так как приходится дренировать желудок (уровень доказательности 1); дренировать желудок после ваготомии возможно как путем пилоропластики, так и с помощью гастроэнтеростомии (уровень доказательности 1); при пилорoduоденальном язвенном стенозе пилоропластике лучше делать по Финнею, а не по Гейнике-Микуличу (уровень доказательности 1); ваготомия (стволовая или селективные способы), сочетанная с антрумэктомией, дает меньшую частоту рецидива язвенной болезни, чем ваготомия, дополненная пилоропластикой (уровень доказательности 1); при восстановлении целостности желудочно-кишечного тракта после антрумэктомии предпочтение следует отдавать методике Ру или Бильрот I (уровень доказательности 1)[2].

## ЛИТЕРАТУРА

1. Авакимян В.А. Язвенная болезнь (вопросы патогенеза)// Кубанский научный медицинский вестник.2007. — №4–5. С. 12–17.
2. Бебуришвили А.Г., Федоров А.В., Сажин В.П., Панин С.И., д.м.н., проф. Зюбина.-Хирургическое лечение язвенного пилородуоденального стеноза//Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова 2019, №4, с. 94–99.
3. Бойко В.В., Ткач С.В., Грома В.Г., Шевченко А.Н., Лыхман В.Н., Багиров Н.В. — Оптимизация хирургического лечения пилородуоденальных стенозов язвенной этиологии//Вестник хирургии Казахстана 2013. — №2. С. 32–37
4. Горбунов В.Н. Осложненные гигантские пилородуоденальные язвы: клиническая картина, диагностика, хирургическое лечение. Горбунов В.Н., Нагиев Э.Ш., Столярчук Е.В. // Вестник хирургической гастроэнтерологии. — 2009. — № 3 — С. 63–69.
5. Дурлештер В.М., Дидигов М.Т. — Анализ результатов и сравнительная оценка лечения декомпенсированного рубцово-язвенного стеноза двенадцатиперстной кишки.
6. Кузин Н.М. Селективная проксимальная ваготомия с дуоденопластикой в лечении дуоденальных стенозов у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Кузин Н.М., Алимов А.Н. // Хирургия. — 1997. — № 4. — С. 38–43.
7. Кузин Н.М. Эффективность хирургического лечения дуоденальной язвы. Кузин Н.М., Крылов Н.Н. // Хирургия. — 1999. — № 1. — С. 17–20.
8. Кульчиев А.А., Морозов А.А., Тедеев С.У., Галачиев С.М., Дзбоев Д.М. Хирургическое лечение рубцово-язвенного тсеноза пилородуоденального канала// Вестник хирургической гастроэнтерологии. 2015. № 3–4. С. 62–70.
9. Лобанков В.М. Хирургия язвенной болезни на рубеже XXI века. // Хирургия. — 2005. — № 1. — С. 58–64.
10. Окоемов М.Н. Сравнительная характеристика эффективности операций при язвенном пилородуоденальном стенозе. Окоемов М.Н., Кузин Н.М., Крылов Н.Н. // Хирургия. — 2002. — № 5. — С. 26–29.
11. Оноприев В.И. Дуоденопластика — новый тип дренирующей операции при селективной проксимальной ваготомии у больных со стенозирующими язвами двенадцатиперстной кишки. Оноприев В.И., Замулин Ю.Г., Сиюхов Ш.Т. // Всероссийская научная практическая конференция хирургов. Тезисы докл. Саратов 1980. — С. 239–240.
12. Yamaguchi T., Ichikawa D., Kurioka H. et al. Postoperative clinical evaluation following pyloruspreserving gastrectomy // Hepatogastroenterology. — 2004. — Vol. 51, №57. P. 883–886.

© Перисаева Элина Акимовна (perisaeva.elinka@yandex.ru); Кульчиев Ахсарбек Агубеевич (kulchiev.ahsarbek@yandex.ru)  
Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»