**Хирургические методы в лечении язвенной болезни**

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки — наиболее часто встречающееся заболевание внутренних органов, которое, по данным мировой статистики, распространено примерно у 10% взрослого населения. По данным Центра медицинской статистики Украины, заболеваемость язвенной болезнью (ЯБ) в нашей стране за последние 10 лет возросла на 38,4%.

В последние годы достигнуты значительные успехи в диагностике и терапии язвенной болезни, многочисленные исследования существенно расширили наши представления об этиологической структуре заболевания и его патогенетических особенностях. Распространенность язвенной болезни в Украине, странах ближнего и дальнего зарубежья по-прежнему не имеет тенденции к снижению, а возникающие осложнения зачастую угрожают жизни больного и требуют хирургической коррекции.

Наиболее частой причиной ЯБ в настоящее время считается хеликобактерная инфекция. Helicobacter pylori (НР) 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 НР. 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 час-ти 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.

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; P. E. 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). По нашим данным, 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 количест-во 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.

**Хирургические методы в лечении язвенной болезни**

В своей повседневной практической деятельности мы выделяем абсолютные и относительные показания к хирургическому лечению. Абсолютными показаниями являются срочные: перфорация язвы, профузное кровотечение, не купирующееся консервативно, и отсроченные: декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка, нестойкий гемостаз или рецидивирующее кровотечение. Относительные показания — язвы рефрактерные к консервативной терапии или часто рецидивирующие (более 2 раз в год при проведении комплексного лечения), с наличием осложнений в анамнезе, а также язвы в области кардии, большой кривизны и в привратниковой части желудка, не поддающиеся консервативному лечению в течение 8 недель.

Опыт планового хирургического лечения язвенной болезни, основанный на более 5 тысячах операций, позволил выработать нам определенные подходы к хирургическому лечению ЯБ. 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 нами было выявлено в 78% случаев при желудочной и в 94% случаев при дуоденальной локализации язвы. 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. P. Goh и C. 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 C. 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, угрожающих жизни пациентов и способствующих развитию послеоперационных осложнений, что снижает эффект от хирургического вмешательства и ухудшает показатели здоровья населения в целом.