

Тоестев В.К., Рычагов Г.П.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ДЕНЕРВАЦИЯ КИСЛОТОПРОДУЦИРУЮЩЕЙ ЗОНЫ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

/ Минск – Могилев /

Несмотря на существенное улучшение результатов консервативного лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, благодаря применению современных антисекреторных препаратов (блокаторы H_2 -гистамин рецепторов, ингибиторы протонной помпы и др.) и препаратов для эрадикации *Helicobacter pylori* (НР) многие больные до сих пор подвергаются оперативному лечению. Ведущие позиции для хирургического лечения больных дуоденальной язвой в настоящее время занимает селективная проксимальная ваготомия (СПВ). Однако СПВ хотя и в небольшом проценте случаев несет риск развития тяжелых осложнений в ближайшем и отдаленном периоде, а в 0,5-1% случаев согласно литературным данным может вести к летальному исходу. Кроме того у ряда больных могут наблюдаться противопоказания как к консервативному, так и оперативному лечению.

В связи с этим метод эндоскопической медикаментозной денервации кислотопродуцирующей зоны желудка (ЭМДКЗЖ) у больных дуоденальной язвой в ряде случаев может быть методом выбора лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

С 1993 по 1997 гг. ЭМДКЗЖ или эндоскопическая химическая "ваготомия" была выполнена у 68 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Показанием к ней явилось неэффективность консервативной терапии, где как последнюю меру перед операцией было решено использовать ЭМДКЗЖ. Женщин было 27, мужчин - 41. Средний возраст составил 44 года. Контрольную группу составили 74 больных дуоденальной язвой, возрастной и половой состав ко-

торых существенно не отличался от основной. У этой группы больных проводилось местное эндоскопическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки различными лекарственными средствами, которые широко используются для этой цели в клинической практике.

Для определения границ химической денервации использовали хромогастроскопию с помощью 0,3% водного раствора конго-рот. Денервация достигалась путем введения в подслизистомышечный слой стенки желудка по малой кривизне по типу "ползучего инфильтрата" 30-40 мл 25% этанола, приготовленного на 0,5% растворе новокаина или 2% растворе лидокаина.

Вся малая кривизна, начиная от интермедиадной зоны и включая кардию инфильтрировалась данным раствором, для чего производилось 15-20 инъекций с помощью инъекционной иглы NM-1K фирмы "Olympus" под контролем эндоскопа. Все больные процедуру перенесли хорошо, на ее выполнение уходило не более 10-15 минут.

Клиническая ремиссия заболевания наступала на 2-3 сутки и проявлялась исчезновением болей, диспептических и других проявлений язвенной болезни. При контрольной рН-метрии на 10-е сутки наступало снижение кислотопродукции на 51,5% и повышение ощелачивающей функции антрума на 34,3%. Данные рН-метрии коррелировали с результатами хромогастроскопии.

Морфологическая ремиссия язвенной болезни наступила у всех больных в сроки от 12 до 20 суток, в среднем - на 15 сутки. В контрольной группе клиническая и морфологическая ремиссии наступили на 8 и 23 сутки соответственно. С целью достижения более стойких результатов лечения больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки мы ЭМДКЗЖ широко комбинируем с эрадикацией НР, для чего применяли разработанный нами способ дегеликобактеризации или использовали медикаментозное лечение в виде три- или квадратапии.