

Выбор Хирургической Тактики При Сопутствующих Язвах Желудка И Двенадцатиперстной Кишки

Т. А. Аскарлов, С. З. Давронова

Аннотация: Представлен 30 летний опыт хирургического лечения 354 больных с сочетанными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки (II тип язв по Johnson H.D., 1965). У каждого третьего больного (32,8%) встречались «трудные» для резекции желудка язвы, гигантские по размерам, высокие по локализации, множественные по количеству и их сочетания. Последние особенности типологии язв диктовали выбор метода и объема резекции желудка, выполняемые, как правило, в атипичном варианте.

Послеоперационная летальность после экстренных операций составил - 13,04%, а после плановых – 2,7%.

Ключевые слова: хирургической, язвах, желудка.

Введение. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваний желудочно-кишечного тракта, порой являясь причиной осложнений, несущих угрозу жизни больного, и инвалидности [1, 3,4,6,10,14].

Сочетанные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки составляют в структуре язвенных поражений желудка около 25% [8,9,18,19]. Многие авторы отмечают агрессивность течения сочетанных язв, частые обострения, склонность к хирургическим осложнениям (кровотечения, стеноз, перфорация), малигнизация, резистентность к консервативному лечению, что определяет показания к раннему оперативному лечению [2,7,8,9,12,13,16].

Между тем литература, посвященная сочетанным язвам желудка и двенадцатиперстной кишки, имеет, как правило, описательный характер и основывается на небольшом числе наблюдений. Кроме того до настоящего времени остается дискуссионным вопрос выбора оптимального метода операции [8,9,11,15,17] при сочетанных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки, что и определяет актуальность этой проблемы.

Целью нашего исследования явилось улучшить результаты хирургического лечения больных с сочетанными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы

Нами проведен ретроспективный анализ историй болезни 354 больных с сочетанными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки (язвы желудка II типа по Johnson H.D., 1965) [19], (281 мужчина и 73 женщины), что составило 23,3% общего числа лиц с язвами желудка и 4,3% лиц с дуоденальными язвами. Среди всех больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки 3,7%. Средний возраст пациентов 47,5±1,7 года, длительность язвенного анамнеза 9,63±1,4 года. В анамнезе кровотечение было у 18,9%, перфорация гастродуоденальных язв – у 11,9% больных.

В клинику в связи с кровоточащей язвой госпитализировано 76 (21,6%) больных, с перфорацией – 0,6% больных.

Всем больным, кроме 23 экстренно оперированных больных (кровотечение у 21 и перфорация у 2), проведено комплексное обследование - рентгенологическое, эндоскопическое, изучение

секреторной функции желудка, прицельная биопсия язв желудка, изучение характера этих язв на препаратах резецированного желудка.

Характер желудочной секреции изучали фракционно-зондовым методом с использованием максимального гистаминового теста Кея и инсулинового Холландера.

В плановой хирургии сочетанных язв желудка и двенадцатиперстной кишки у 70 больных применяли программу полилазерного (сочетанного, последовательного, комбинированного) облучения (ПЛО) с использованием высоко- и низкоэнергетических источников излучений [5].

Результаты и обсуждение

С целью разработки рациональной тактики хирургического лечения больных с сочетанными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки на первом этапе работы мы изучали типологические особенности сочетанных язв, которые на наш взгляд будут играть значительную роль в выборе метода операции и исходах лечения. Основанием для изучения особенностей сочетанных язв желудка и двенадцатиперстной кишки послужило небольшое число личных наблюдений авторов [9,10], их разрозненность и существующая до сих пор противоречивость мнений по тактике лечения таких больных, включая хирургическое.

По результатам наших 30-летних наблюдений у 23,3% больных, т.е. у каждого пятого больного, оперированного в связи с желудочной язвой, имеется вероятность наличия дуоденальной язвы (активной, в стадии рубцевания, стенозирующей, рубцовоязвенной деформации выходного отдела желудка).

Как показывают наши наблюдения, клиническое течение сочетанных с дуоденальными язв желудка варьируемо. Возможна яркая картина стеноза выходного отдела желудка и случайное выявление хронической язвы желудка. С другой стороны, на фоне относительно благоприятного течения заболевания при обследовании выявляются хронические язвы желудка (одна из ее «трудных» форм) и дуоденальные язвы без стенозирования.

Таким образом, наши наблюдения наглядно иллюстрируют возможность существования двух вариантов сочетанных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Первый – это наличие хронической язвы (язв) желудка, сочетанной с неосложненным стенозированием язвой ДПК. Его мы обозначили как ПА тип. Второй вариант – это наличие хронической язвы (язв) желудка на фоне стенозирующей (различной степени) язвы ДПК (ПБ тип).

Мы провели сравнительную оценку особенностей локализации язв ПА и ПБ типов. Рис. 1

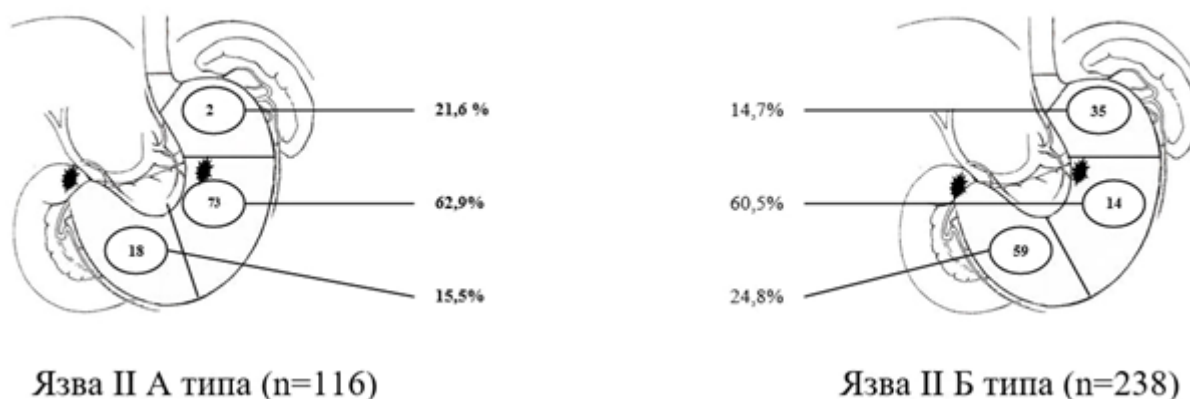


Рис.1 Локализация язв желудка II-А и II-Б типов.

Сравнивая частоту локализации хронических язв желудка ПА и ПБ типов, необходимо отметить, что у каждого пятого больного с язвой ПА типа были «высокими», а при ПБ типе чаще встречались язвы нижней трети желудка.

Исходя из вероятности влияния стенозирования язв ДПК, ее степени на локализацию язвы мы провели сравнительную оценку, отраженную в таблице №1.

Таблица 1. Зависимость локализации язв П Б типа от степени стенозирования дуоденальных язв

Степень стенозирования дуоденальной язвы	Всего *	Локализация язв желудка П Б типа		
		Верхняя треть	Средняя треть	Нижняя треть
Компенсированный	62	9 – 14,5%	45-72,6% ²	8-12,9%
Субкомпенсированный	101	15-14,9%	61-60,4%	25-24,7%
Декомпенсированный	68	10-14,7%	30-44,1%	28-41,2%
Итого	231*	34-14,7%	136-58,9%	61-26,4%

Примечание: * - 7 больных из 238 с язвами П Б типа были оперированы в экстренном порядке, что не позволило определить степень стенозирования ДЯ.

Выявлена следующая закономерность: чем выше степень стенозирования, тем чаще встречались язвы желудка в средней и особенно в нижней трети желудка.

Далее мы сочли целесообразным провести сравнительную оценку особенностей типологии язв ПА и ПБ типов. Рис. 2

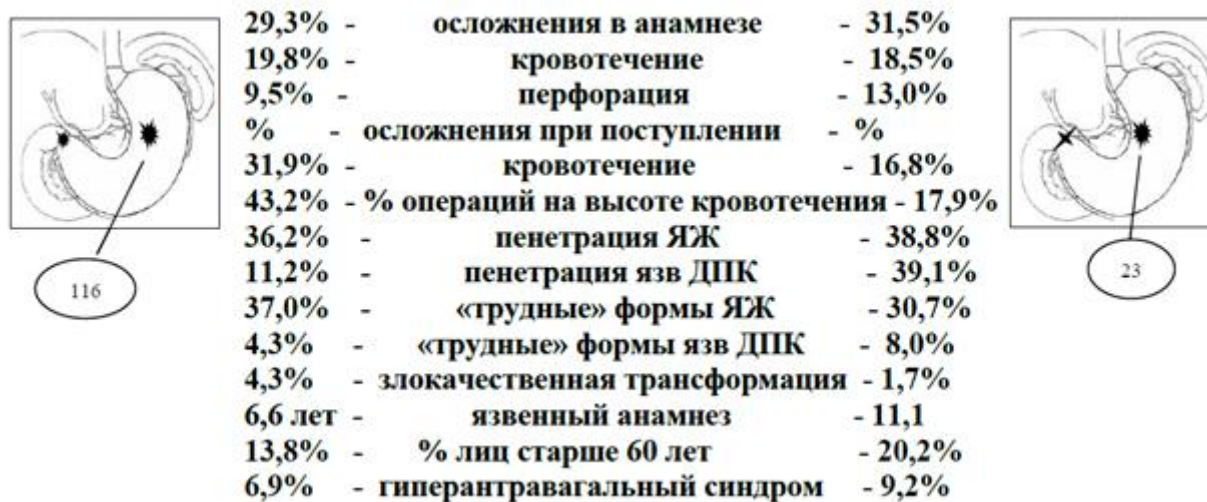


Рис. 2. Особенности типологии язв ПА- и ПБ- типов.

Взяв за основу отсутствие или наличие стенозирования язв ДПК при язвах желудка П типа, и соответственно, выделив два варианта их течения, мы нашли ряд существенных различий между ними.

Выявлена высокая частота пенетраций (39,1%) дуоденальных язв при

ПБ типе, который в сочетании со 100% стенозированием обуславливает их различия. Более старший возраст больных (лиц старше 60 лет было 20,2%, т.е. каждый пятый) и более длительный язвенный анамнез (11,1±0,6 лет), нежели таковой (6,6±1,3 лет) при ПА типе говорят в пользу предположения о вторичной природе язв желудка, возникших на фоне стенозирования язв ДПК.

О более тяжелом течении заболевания говорят цифры осложнений, в сравниваемых группах: при ПА типе оно составило 154,2%, при ПБ типе 175%. Это яркое свидетельство особой сложности клинического течения обоих вариантов язв желудка II типа.

Далее мы хотели бы остановиться на роли и месте «трудных» форм язв желудка и ДПК в клинике сочетанных язв. Во время операции у больных с сочетанными язвами желудка и ДПК в 32,8% случаев были выявлены, так называемые, «трудные» язвы желудка, т.е. у каждого третьего возникли проблемы, связанные с проведением радикального вмешательства (табл. 2)

Чаще такие язвы были находкой при выполнении экстренных вмешательств по поводу продолжающегося кровотечения.

Из общего числа «трудных» форм язв желудка (их было 116) преобладали гигантские (35,3%), затем «высокие» и множественные (12,9%). В 19% случаев имелось их сочетание.

В таблице №2 мы приводим данные, свидетельствующие о различном удельном весе «трудных» форм язв желудка в зависимости от выделенных подгрупп язв II типа.

Таблица 2. Частота «трудных» язв желудка

виды «трудных» язв желудка	группы сравнения		
	II-A тип (n=116)	II-B тип (n=238)	в среднем
Гигантские язвы желудка (n=41)	11-9,5 %	30-12,6 %	35,3 %
Проксимальные язвы желудка (n=38)	16-13,8 %	22-9,2 %	32,8 %
Множ. язвы желудка (n=15)	7-6,0 %	8-2,9 %	12,9 %
Их сочетание	9-7,8 %	13-6,9 %	19 %
Итого	43-37,1 %	73-30,7 %	116-100 %

Как видно из таблицы №2 при ПА типе чаще обнаруживались «высокие» язвы желудка, тогда как при ПБ типе чаще – гигантские язвы.

Таким образом, при язвах ПА и ПБ типов частота «трудных» форм язв была одинаковой (у каждого третьего пациента), что, естественно, затрудняло выполнение оперативных вмешательств.

По результатам изучения препаратов резецированного желудка было выявлено, что частота перерождений хронических язв желудка при ПА типе была выше (4,3%), чем при язвах ПБ типа (1,7%).

Подводя итоги изучения особенностей «трудных» форм хронических язв желудка II типа, хотим еще раз подчеркнуть их выраженный полиморфизм. Излюбленной локализацией язв желудка II типа является средняя его треть (61,3%). «Трудные» формы хронических язв желудка чаще (51,7%) локализовались в верхней трети, затрудняя своевременную их диагностику и выполнение оперативных вмешательств. При операциях на высоте продолжающегося кровотечения или его рецидиве хирург чаще сталкивается с локализацией язв в средней трети желудка (60,9%), а в случаях «трудных» язв почти у каждого второго пациента они расположены в проксимальном отделе желудка, что также осложняло ситуацию.

Наиболее высокой частота пенетрации язв желудка и двенадцатиперстной кишки была при локализации в верхней трети желудка (83,9%), затем – в нижней (61,1%) и в средней трети (53,2%).

«Трудные» язвы двенадцатиперстной кишки при язвах ПБ типа в отличие от язв ПА типа в 1,6 раз чаще во время операции обнаруживались «низкие» (постбульбарные) язвы. Именно последние обладают склонностью к стенозированию. На фоне длительного анамнеза,

стенозирования (81,1%) можно объяснить возникновение желудочных, т.е. язв ПБ типа, если исходить концепции антрального стаза (драгстедт).

Изучение зависимости состояния желудочной секреции от характера язв желудка П типа показало, что язвы желудка П типа, «трудные» язвы П типа, а также язвы желудка П типа без «трудных» язв протекает на фоне пониженной или норма секреции, соответственно, 90,1%, 95,2%; 88%.

Мы изучили связь уровня секреции с локализацией язв желудка П типа. Установлено, что при локализации язвы в верхней трети высок процент больных с гипосекрецией, а при локализации язвы в средней трети желудка нормосекреторы отмечены у 65,4% больных. Среди больных с локализацией язвы в области нижней трети гиперсекреторов было больше – 51,7% (из 29 всех гиперсекреторов 15 при язве нижней 1/3) против гипо- и нормосекреторов, соответственно 20,0% и 23,1%.

Таким образом, сравнительный анализ особенностей язв желудка П типа позволил выявить значительный полиморфизм язв желудка (различная локализация, склонность к злокачественной трансформации, значительный удельный вес «трудных» язв) и ДПК. На наш взгляд, еще следует придавать особое внимание такому осложнению, как стенозирование различной степени: от суб- до декомпенсированных нарушений эвакуации из желудка при выборе метода и объема операции при сочетанных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки.

В экстренном порядке оперированы 23 больных язвами желудка П типа (кровотечение – 21, перфорация - 2). Радикальные операции выполнены 21 больному и в 2 наблюдениях вмешательства ограничились клиновидным иссечением кровоточащей язвы средней трети тела желудка. При этом у 11 из 23 больных были «трудные» язвы желудка. Послеоперационная летальность составила 13%. Причины летальных исходов: кровотечение из варикозных вен пищевода после операции (2), острая сердечно-сосудистая недостаточность (1).

В плановой хирургии у 70 больных мы применяли программу полилазерного облучения. Следует отметить, что применение АИГ-лазера в расфокусированном режиме позволяло бескровно и достаточно эффективно обрабатывать язвенные инфильтраты, которые сокращаются в момент воздействия в 1,5-2 раза без деструкции окружающих тканей.

Наибольшие возможности открылись при проведении лазерокоагуляции подозрительных лимфоузлов в зоне поражения желудка. При введении конического сапфирового наконечника вглубь лимфоузла и обработке его в режиме 15Вт/2сек позволяет практически мгновенно произвести деструкцию лимфоузла с уменьшением его размера в 2-3 раза без риска кровотечения из окружающих сосудов.

При определении объема и характера плановых операций у лиц с язвами П типа учитывались локализация язв, количество, наличие «трудных» их форм, данные прицельной биопсии, экстренной интраоперационной биопсии.

Резекция желудка в атипичных вариантах (лестничная, трубчатая) выполнялось в % случаях, и была обусловлена наличием «трудных» для резекции язв, а именно высоких (кардиальные, субкардиальные) по локализации, гигантских по размерам и множественных по количеству (два и более) язв.

При язвенных поражениях в области антрального отдела желудка, выхода из него, кольца привратника и надпривратниковой зоны было возможно выполнение типичной резекции в классическом объеме, т.е. 2/3 органа.

Плановые операции выполнены 331 пациенту с язвами П типа. Табл.3

Таблица 3. Характер и объем плановых операций при сочетанных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки

Характер операции	Число операций	
	Всего (n=331)	При «трудных» язвах желудка (n=110)
Резекция желудка по Бильрот-1	154 (5)	47
Наложение терминолатерального анастомоза	76	25
Резекция желудка по Бильрот-2	97 (10)	35
Проксимальная резекция желудка	1	1
Гастрэктомия	3	2

Примечание: в скобках указано количество операций с ваготомией

Наличие гиперантровагального типа секреции потребовало дополнение резекции желудка двусторонней стволовой ваготомией у 15 (4,2%) пациентов.

Учитывая многообразие ситуаций, возникающих во время оперативного вмешательства результаты прицельной гастробиопсии считали основополагающей при выборе объема и техники оперативного вмешательства.

С учетом данных гастробиопсии в 4 наблюдениях были выполнены гастрэктомия (3) и проксимальная резекция желудка (1), Это были пациенты с гигантскими язвами желудка, локализованными в области верхней трети органа.

Завершая резекцию желудка (типичную или атипичную), мы стремились сохранить естественный пассаж пищи по ДПК. Доля таких операций (по Бильрот-1 - 154 или с использованием одного из вариантов наложения терминолатерального анастомоза - 76) составила 69%, в том числе 65,5% при «трудных» язвах желудка.

Большой периульцерозный инфильтрат, в ряде наблюдений «низкие» (постбульбарные) язвы, гигантские по размерам и, самое главное, наличие тяжелых форм хронических нарушений дуоденальной проходимости лимитировало выполнений резекции желудка по первому способу Бильрота, вынуждая завершить оперативное вмешательство по его второму способу.

Применение программы ПЛО позволило уменьшить число несостоятельности соустьев и культы ДПК с 3,8 до 1,4%, гнойно-воспалительных осложнений с 4,6% до 2,8%, число релапаротомий с 4,2% до 1,4%, и снизить послеоперационную летальность более чем в два раза.

Послеоперационная летальность в плановой хирургии язв желудка II типа составила 2,7%. Причины летальных исходов: несостоятельность швов соустья (6) и тотальный панкреонекроз (3). Всем больным выполнены релапаротомии, которые оказались неэффективными.

Выводы

1. По данным операционной верификации, хронические язвы желудка II типа, т.е. сочетаемые с дуоденальными, встречаются у 3,7% больных, оперируемых в связи с осложнениями язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, в том числе среди дуоденальных язв – в 4,3%, а желудочных – в 23,3%.

2. Наибольшие трудности представляют язвы желудка II типа «высокой» локализации, частота которых составляет 16,9%. Их характеризует высокая степень пенетраций (83,9%), нарушений

эвакуации вследствие стенозирования дуоденальных язв (60,7%), злокачественная трансформация (7,1%) высокий удельный вес «трудных» форм (39,3%).

3. Выбор способа хирургического лечения язв II типа должен быть основан на совокупности критериев их типологии: локализации, размерах, числе язв, наличии «трудных» форм язв, пенетрации, признаках злокачественной трансформации. В этой ситуации необходимо выполнение атипичных резекций желудка (лестничная, трубчатая, дистальная субтотальная, проксимальная субтотальная).

4. Секреторная активность желудка при язвах II типа не является основной в выборе способа и объема операции за исключением случаев (4,2%) гиперантровагального типа секреции. В такой ситуации при возможности выполнения дистальной резекции желудка необходимо ее дополнить стволовой двухсторонней ваготомией.

5. Учитывая, что сочетанные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки является осложненным вариантом течения язвенной болезни, и как правило, она сопровождается сочетанием нескольких осложнений, которые и определяет высокий процент осложнений и послеоперационной летальности больных с данной патологией целесообразно концентрировать и лечить в специализированных центрах и отделениях.

Список литературы

1. Абдураззакова Д. А. и др. Efficiency of endolymphatic drug administration //Молодой ученый. – 2018. – №. 9. – С. 61-62.
2. Агзамова М. Н., Тухтамурадов З. З. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ НАГНОЕНИЕ РАН ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ И ПУТИ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ //Новый день в медицине. – 2013. – №. 4. – С. 37-39.
3. Арипова Т. У., Батырбеков АА А. Т. А., Хабибул-лаев Б. Б. Новые отечественные полифункциональные иммуномодуляторы //Ташкент. – 2006. – Т. 1. – С. 200.
4. Аскарлов Т. А. Характеристика иммунного статуса при патологиях желудочно-кишечного тракта и других вторичных иммунодефицитных состояниях и пути их коррекции (клин.-эксперим. исслед.) : дис. – Ташкент 2007, 2007.
5. Аскарлов Т. А. и др. ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АКТИВНОСТИ МИТОХОНДРИАЛЬНЫХ ФЕРМЕНТОВ В ОЦЕНКЕ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ //Новый день в медицине. – 2019. – №. 3. – С. 328-330.
6. Ахмедов М. Д. и др. ОЦЕНКА МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ТОКСИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ //Экономика и социум. – 2021. – №. 10 (89). – С. 492-501.
7. Ахмедов М. Д. и др. Цитохромоксидазная активность печёночной паренхимы при различных сроках ишемии и обтурационной желтухе //European science. – 2019. – №. 2 (44). – С. 71-75.
8. Ашурметов А. М. и др. Лимфоиммунностимуляция при разлитом гнойном перитоните //Молодой ученый. – 2018. – №. 7. – С. 103-105.
9. Ашурметов А. М. и др. Лимфоиммунностимуляция при разлитом гнойном перитоните //Молодой ученый. – 2018. – №. 7. – С. 103-105.
10. Зупаров К. Ф. и др. КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ (обзор литературы) //Indian J. Endocrinol. Metab. – 2018. – Т. 69. – С. 4-17.

11. Калиш Ю. И., Турсуметов А. А. Хирургическое лечение сочетанных язв желудка и двенадцатиперстной кишки //Хирургия. Журнал им. НИ Пирогова. – 2009. – №. 6. – С. 27-29.
12. Турсуметов А. А. Пути оптимизации хирургического лечения сочетанных и вторичных язв желудка //Автореф. дисс.... докт. мед. наук. Ташкент. – 2009.
13. Akhmedov A. I., Tursumetov A. A., Zhafarov K. M. Features of allohernioplasty for postoperative ventral hernias in the on-lay position under conditions of infection in the experiment //European Journal of Molecular and Clinical Medicine. – 2020. – Т. 7. – №. 3. – С. 3897-3905.
14. Akhmedov M. D. et al. THE METHOD OF ASSESING THE DEGREE OF LIVER DAMAGE //Central Asian Journal of Pediatrics. – 2021. – Т. 2021. – №. 2. – С. 43-51.
15. Askerov T. A., Kh A. F., Akhmedov M. D. Liver micro-circulator back after its partial resolution for 15 day of liver //European journal of molecular end clinical medicine. – 2020. – Т. 7. – №. 08.
16. Askarov T. A. et al. MITOCHONDRIAL ENZYMS IN ASSESSMENT OF HEPATOCELLARY DAMAGES //Central Asian Journal of Pediatrics. – 2021. – Т. 2021. – №. 1. – С. 5-12.
17. FAYZIEV E. N. et al. TIBBIYOTDA ANGI KUN //TIBBIYOTDA ANGI KUN Учредители: Бухарский государственный медицинский институт, ООО" Новый день в медицине". – 2020. – №. 6. – С. 21-24.
18. Mirzakhidovich J. K., Abdumalikovich T. A., Ibrogimovich A. A. Prevention of Postoperative Wound Complications in Rappeded Abdominal Hernia //Annals of the Romanian Society for Cell Biology. – 2021. – С. 6473–6484-6473–6484.