

УДК 616.33-002.44-089

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
СОЧЕТАННЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Турсуметов А.А., Жафаров Х.М., Калмурзаев Е.К., Тлеумуратов Б.Д.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Медицинский институт Каракалпакстана

✓ Резюме

В статье представлены результаты хирургического лечения 354 больных с сочетанными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки. Установлено, что сочетанные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки характеризуются значительным количеством трудных форм язв желудка, высокой частотой стенозирующих язв двенадцатиперстной кишки. Операцией выбора является резекция желудка, как правило, выполняемая атипично. Применение лазерных технологий позволили снизить послеоперационные осложнения и летальность.

Ключевые слова: пути улучшения результатов хирургического лечения сочетанных язв желудка, двенадцатиперстной кишки.

МЕЪДА ВА ЁН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАК ЖУФТ ЯРАЛАРИНИНГ ЖАРРОҲЛИК
ДАВОСИ НАТИЖАЛАРИНИ ЯХШИЛАШ УСУЛИ ВА ЙЎЛЛАРИ

Турсуметов А.А., Жафаров Х.М., Калмурзаев Е.К., Тлеумуратов Б.Д.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти
Қарақолпоғистон тиббиёт институти

✓ Резюме

Мақолада меъда ва ён икки бармоқли ичак жуфт яралари билан операция қилинган 354 беморларнинг текширув ва даволаш натижалари келтирилган. Текширув натижаларига кўра меъда ва ён икки бармоқли ичак жуфт яраларида меъданинг “огир” ва ён икки бармоқли ичакда стеноз чақирувчи турдаги яралари нисбатан кўп учраши аниқланган. Ушбу яраларда атипик усулларда бажариладиган меъда резекцияси бажарилиши мақсадга мувофиқ. Даволаш жараёнида лазер технологичларини ишлатиш операциядан кейинги асоратларни ва ўлим ҳолатларини камайтиришга имкон беради.

Калит сўзлар: Меъда ва ён икки бармоқли ичак жуфт яраларининг жарроҳлик давоси, натижаларини яхшилаш усули ва йўллари.

WAYS TO IMPROVE THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF COMBINED
STOMACH AND DUODENAL ULCERS

Tursumetov A.A., Jafarov Kh.M., Kalmurzaev E.K., Tleumuratov B.D.

Tashkent Pediatric Medical Institute,
Medical Institute of Karakalpakstan

✓ Resume

The article presents result of examination and surgical treatment of combined ulcers stomach and duodenal of 354 patients. The examination showed that combined ulcers stomach and duodenal differ considerable presence difficult forms, high frequency stenosis ulcers of a duodenal gut. Atypical resections of stomach should be choice operation. Appliance of laser technology by the treatment of combined ulcers allow lower of post operation complicate and mortality.

Key words: ways to improve the results of surgical treatment of concomitant gastric and duodenal ulcers.

Актуальность

Несмотря на несомненный прогресс, как в понимании этиологии язвенной болезни, так и в медикаментозном лечении этого заболевания, существующая теоретическая база патогенеза язвенной болезни не лишена существенных недостатков [1,2], подтверждением чего является рост больных с осложненным течением язвенной болезни, среди которых особой тяжестью течения и склонностью к хирургическим осложнениям характеризуются сочетанные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки [4,5,8].

Johnson H.D. (1965) [11] в своей работе сочетанные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки впервые обозначил как язвы желудка II типа.

За последние 10-15 лет существенных изменений в тактике лечения язв желудка и двенадцатиперстной кишки в целом и гастродуоденальных язв не произошло [3,7,8].

Вопросы ulcerogenesis II типа язв остаются спорными (одновременное или последовательное возникновение), однако хирург сталкивается с другой, более практически значимой проблемой определения вида и объема операции [8,10,12]. Именно она в связи с малочисленностью личных наблюдений остается окончательно не разрешенной и подчас спорной [6]. Более того, остается относительно высокой послеоперационные гнойно-септические осложнения и летальность в хирургии язвенной болезни вообще и сочетанных язв желудка в частности [9] и с целью их снижения используются лазерные технологии [6].

Цель исследования. Изучить особенности сочетанных язв желудка и двенадцатиперстной кишки и разработать пути улучшения результатов их хирургического лечения.

Материал и методы

Хронические язвы желудка в соответствии с классификацией (Johnson H.D., 1965) по частоте распределились следующим образом: истинные (интермедиальные) были у 63 % (I тип); сочетанные с дуоденальными (II тип) 27 % и язвы кольца привратника и надпривратниковой зоны (III тип) - 10%.

В основу настоящего сообщения положен анализ комплексного обследования 354 пациентов с язвами II типа (мужчин - 281; женщин - 73, средний возраст $47,5 \pm 1,7$ лет).

С этой целью осуществлена сравнительная оценка основных критериев, совокупность которых служит основанием для выбора способа и объема операции у больных с язвами I и II типов.

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.

Результат и обсуждение

Первый этап работы заключался в проведении сравнительной оценки особенностей язв I и II типов. Он был необходим в связи с отсутствием в литературе данных, позволяющих сопоставить типологическую характеристику этих видов хронических язв желудка. Как правило, в имеющихся публикациях по язвам II типа, они описывались в контексте вообще язвенной болезни, а чисто целенаправленных исследований по этому вопросу крайне мало.

Окончательный диагноз язв желудка II типа, или сочетанных язв желудка и двенадцатиперстной кишки, ставили только на основании операционной верификации.

Из 354 оперированных плановые операции были выполнены - 331, а в экстренном порядке (продолжающемся кровотечении или его рецидиве) - 23.

Результаты комплексного обследования с операционной верификацией позволили установить ряд факторов в той или иной мере влияющих на особенности регламентации ряда тактических вопросов и способа хирургического лечения.

Прежде всего, это высокий процент (32,8%) «трудных» форм язв желудка (гигантские, «высокие», множественные и их сочетания), стенозирующих язв двенадцатиперстной кишки (67,2%). Отличает язвы желудка II типа значительное число их пенетраций, как дуоденальных (66%), так и самих желудочных (34,7%).

Говоря о злокачественной трансформации язв желудка, следует отметить, что чаще (8,8%) они осложняли течение язв I типа, нежели II типа (2,5%).

Таким образом, сочетаемые с дуоденальными язвы желудка - это особая форма хронических язв, требующих дифференцированного подхода, как в определении тактики лечения, так и способа хирургического вмешательства. Прежде

всего, необходимо с целью предупреждения развития и прогрессирования целого «букета» осложнений более раннее хирургическое лечение и, естественно, отказ от длительно проводимой консервативной терапии.

Наиболее яркой иллюстрацией сказанному служит наши данные об особенностях такого осложнения язвенной болезни как кровотечение. За указанный период с клиникой кровотечения госпитализировано 76 пациентов с язвами II типа (средний возраст $49,1 \pm 1,5$ лет). Консервативная терапия оказалась неэффективной у 23 из них (средний возраст $50,9 \pm 3,1$ лет), что послужило основанием для экстренной операции (продолжающееся кровотечение - 11; его рецидив - 12).

Таким образом, хирургическая активность при кровоточащих язвах II типа (как правило, кровотечения были из желудочных язв) была 30,7%. Более того, среди 23 оперированных у 10 (43,5%) были выявлены «трудные» язвы (гигантские - 4; множественные - 2; «высокие» - 4) желудка и двенадцатиперстной кишки (1). Послеоперационная летальность составила 13%, а средний возраст умерших $71 \pm 4,5$ лет.

В задачу второго этапа работы входило сравнение двух вариантов язв желудка II типа, а именно, сочетаемых с дуоденальными, но без рентгенологических признаков пилородуоденального стеноза (II-А тип) и при наличии этого осложнения (II-Б тип). Вообще о наличии стенозирования язв ДПК при язвах желудка II типа было известно давно, а частота этого осложнения колеблется от 5,5% до 77% [3,4,9,13, 30].

В таблице 1 представлена сравнительная оценка язв желудка II-А типа (язвы желудка на фоне язв ДПК без стенозирования) и II - Б типа (на фоне язв ДПК различной степени стенозирования).

Обращает на себя внимание, что при более коротком анамнезе при язве II- А типа они чаще (31,9%) осложняются кровотечением, нежели язвы II - Б типа. Как правило, в обеих группах кровоточат желудочные и реже дуоденальные язвы. Частота «трудных» форм язв желудка (гигантские, множественные, «высокие») примерно одинакова, однако, при язвах II- Б типа чаще встречаются гигантские и «низкие» дуоденальные язвы. В этой связи они в 7 раз чаще бывают пенетрирующими.

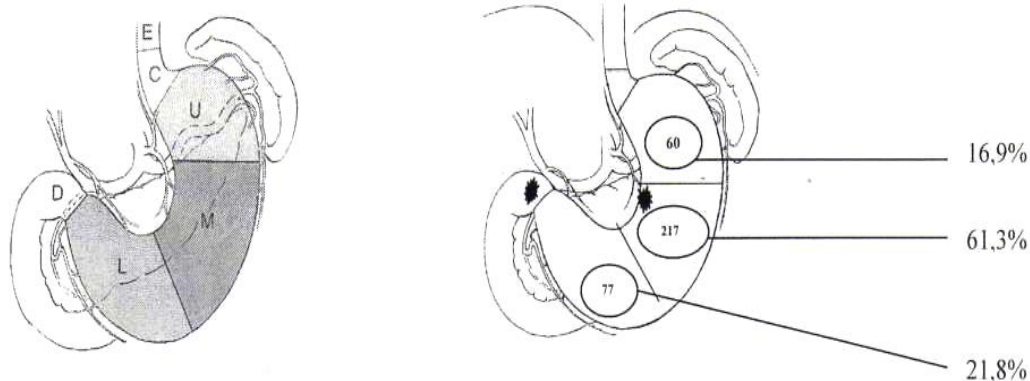
Если судить о таком грозном осложнении хронических язв желудка как злокачественная трансформация, то последняя была значительно выше (4,3%) при II-А типе, нежели при II- Б типе (1,7%).

В задачу третьего этапа работы входила разработка показаний к выбору способа хирургического лечения больных с язвами желудка II типа.

Необходимость дифференцированного подхода диктовалось, прежде всего, локализацией этих язв. В основу их распределения в желудке мы использовали схему, предложенную академиком А.Ф.Черноусовым с соавт. (2004) [7], предусматривающую деление его на 3 части (Рис. 1).

В соответствии с представленной схемой язвы желудка локализовались в верхней трети (16,9%); средней (61,3%) и нижней трети (21,8%).

Рисунок 1



Примечание: C - кардия, субкардия; U - (upper third) - верхняя; M (middle third) средняя и L (lower third) - нижняя треть желудка

Рисунок 2. Предлагаемые границы кардии и отделов желудка.

Такое деление желудочных язв по зонам желудка имеет принципиальное значение при выборе способа и объема операции. Как видно из приведенных данных, «высокая» локализация хронических язв была у 16,9% больных (из 60 «высоких» язв желудка в 4 это были язвы кардии, а в 12 - субкардии), более того, в 39,3% случаев это были гигантские, множественные, которые в ряде случаев сочетались.

Исходя из полученных данных операций выбора при «высоких» язвах желудка II типа были разные варианты атипичных резекций желудка. Нами они произведены у 58 из 60 оперированных (лестничная - 27; дистальная субтотальная - 16; проксимальная субтотальная - 12, трубчатая - 1). В двух случаях «высокая» локализация хронической язвы и наличие признаков злокачественной трансформации потребовали выполнение гастрэктомии.

Чаще (61,3%) хронические язвы II типа располагались в средней трети желудка. У каждого пятого (19,7%) были их «трудные» формы. Особенности локализации таких язв, учет «трудных» их форм и признаков злокачественной трансформации позволили выполнить дистальную резекцию желудка в классическом объеме в 78 (35,9%) случаях. У большинства же пациентов это были варианты атипичной резекции желудка (лестничная - 101, дистальная субтотальная - 35, трубчатая - 1) и у двух потребовалась гастрэктомия (гигантская язва с злокачественной трансформацией).

У каждого пятого больного (21,8%) хронические язвы желудка II типа располагались в нижней трети органа, характеризуясь высокой частотой (80,6%) стенозирующих язв ДПК, пенетрации (61,1%), гиперантровагального типа секреции (22,1%). Наличие «трудных» форм желудочных язв (12,5%), злокачественной трансформации (2,8%) не служило противопоказанием к

выполнению дистальной резекции желудка в классическом объеме (73 из 77 случаев) и лишь у 3 это были субтотальная дистальная резекция и в 1 - лестничная.

Из всех 354 оперированных пациентов, резекцию 2/3 желудка удалось выполнить у 111 (31,4%), причем в 12,6 % случаев (14), она дополнена стволовой поддиафрагмальной ваготомией в связи с гиперантровагальным типом секреции. Реконструктивный этап оперативных вмешательств при язвах II типа заключалось в преимущественном формировании прямого (149) или терминолатерального анастомоза (77).

Послеоперационная летальность при плановых операциях (331) составила 2,7%, и была высокой (13%) при вмешательствах, выполненных у лиц в экстренном порядке (23) на высоте кровотечения или его рецидиве. Это связано с более старшим возрастом больных (50,9± 3,1 лет), наличием сопутствующих заболеваний, преобладанием трудных форм язв желудка.

Программа полилазерного облучения применена больным с язвами желудка II типа (табл. 1). Основную группу составили 70 больных (мужчин – 57, женщин – 13), а группу сравнения – 261 (мужчин – 207 , женщин – 54).

Обе группы больных сопоставимы по основным типологическим критериям.

В таблице 1 мы отразили характер и объем оперативных вмешательств в условиях плановой хирургии.

Дистальная резекция желудка в классическом объеме составила в основной 24,3% и в группе сравнения - 31,8%. Большинству пациентов обеих групп осуществлены, так называемые, атипичные резекции органа (74,3% и 75,6% , соответственно) и гораздо реже – гастрэктомии, показаниями к которой были высокая локализация язв с признаками злокачественной трансформации.

Таблица 1

Характер и объем операций при язвах желудка II типа

Виды операций	Основная группа (n=70)	Группа сравнения (n=261)
Резекция 2/3 желудка	17	83
Атипичные резекции желудка:		
- субтотальная дистальная РЖ	15	50
- лестничная РЖ	35	112
- трубчатая РЖ	2 75,7%	2 68,2%
- субтотальная проксимальная РЖ	-	11
Гастрэктомия	1	3
Всего: 331	70	261

Оценка непосредственных результатов операций в обеих группах проводилась на основании изучения удельного веса таких специфических хирургических осложнений, как кровотечение в просвет органа, несостоятельность швов соустья, раневые воспалительные осложнения, число релапаротомий и их причин и, наконец, послеоперационная летальность.

Кровотечение в просвет культи желудка обусловлено, как известно, техническими причинами. Учитывая, что в обеих группах были использованы механические сшивающие аппараты, т.е. условия были одинаковыми, отсутствие этого осложнения в

основной группе мы связываем с преимуществом, так называемых, «сварных» лазерных швов. Это достигается благодаря термическому воздействию высокоэнергетических лазеров, которые при рассечении полых органов создают надежный гемостаз в области соустьев. Это осложнение в раннем послеоперационном периоде было у 3 больных в группе сравнения (в двух случаях оно было остановлено диатермокоагуляцией при эндоскопии, в одном выполнена релапаротомия с прошиванием зоны кия культи и окончательным гемостазом) (табл. 2).

Таблица 2
Послеоперационные осложнения у больных с сочетанными язвами желудка

Характер осложнений	Группа сравнения (n=261)	Основная группа (n=70)
Панкреонекроз	1 (0,4%)	-
Кровотечение в просвет органа	3* (1,1%)	-
Недостаточность швов соустьев, культи ДПК	10* (3,8%)	1 (1,4%)
Гнойно-воспалительные осложнения	12 (4,6%)	2 (2,8%)
Релапаротомия	11 (4,2%)	1 (1,4%)
Послеоперационная летальность	8 (3,1%)	1(1,4%)

Несостоятельность швов культи ДПК имела место у 10 больных в группе сравнения и, безусловно, была связана с «трудной» культей двенадцатиперстной кишки (грубые морфологические изменения в зоне пенетраций язвы, низкая локализация). 9 оперированы повторно: наружное дренирование культи двенадцатиперстной кишки, тампонирование зоны несостоятельности. У одного была точечная недостаточность культи, проявившаяся после удаления дренажа и закрывшийся самостоятельно.

Использование короткого курса низкоэнергетических лазерных излучений в дооперационном периоде, возможность выделения и обработки культи ДПК с помощью высокоэнергетического лазера способствовали уменьшению числа таких грозных осложнений резекции желудка с 3,8% до 1,4%.

Гнойно-воспалительные раневые осложнения имели место в 4,6% случаев в группе сравнения, а в основной группе их было меньше в 1,6 раза.

Частота релапаротомий в группе сравнения составила 4,2% (11 случаев), и что было обусловлено несостоятельностью швов (9); кровотечением из кия культи (1) и тотальным панкреонекрозом (1).

В основной группе причиной релапаротомии (1 – 1,4%) была несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки.

Таким образом, частоту реопераций удалось сократить с 4,2% до 1,4%, т.е. в 3 раза. Значительное сокращение послеоперационных осложнений и реопераций мы напрямую связываем с программой комбинированного применения различных источников лазерного излучения.

Следовательно, применение программы лазерного облучения позволило улучшить

непосредственные результаты хирургического лечения язв желудка II типа. Следует особо отметить, что применение АИГ-неодимового лазера с сапфировыми наконечниками в контактном режиме позволило свести до минимума интраоперационную кровопотерю и травматизацию.

Выводы

1. Сочетанные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки отличаются значительным полиморфизмом («разброс» в локализации, наличие «трудных» форм, высокая частота стенозирующих язв двенадцатиперстной кишки).

2. Большая часть пациентов (особенно при осложненном течении заболевания) относятся к более старшей возрастной группе. Средний возраст госпитализированных с кровотечением был $49,1 \pm 1,5$ лет, оперированных на высоте продолжающегося кровотечения или его рецидиве $50,9 \pm 3,1$ лет, а среди умерших после экстренных операций составил $71 \pm 4,5$ лет.

3. В этой связи целесообразен отказ от длительно проводимой консервативной терапии, которая, кроме этого, должна учитывать локализацию язв желудка (чем они выше, тем более вероятен риск злокачественной трансформации).

4. Операцией выбора должны быть атипичные резекции желудка (лестничная, субтотальная дистальная, субтотальная проксимальная, трубчатая). Дистальные резекции органа в классическом объеме строго лимитированы особенностями язв желудка. Гастрэктомия выполняется при «высокой» локализации язв с наличием данных за их злокачественную трансформацию.

5. Использование комбинации различных источников лазерного излучения на этапах операции, как правило, атипичных резекций, позволяет сократить число интра- и послеоперационных осложнений и летальности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бородач А.В. Современная концепция язвенной болезни: насколько она обоснована // Хирургия- Москва. -2013.- №10.-С.38-42.
2. Короткович А.Г. Современная концепция язвенной болезни: взгляд эндоскописта // Хирургия- Москва. -2014.-№11.-С.55-59.
3. Курыгин А.А., Стойко Ю.М., Багненко С.Ф. Неотложная хирургическая гастроэнтерология. Санкт-Петербург. Питер. 2001.469 с.
4. Нечай А.И., Меркулов О.А. Хирургическое лечение сочетанных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. //Вестник хирургии. -Санкт- Петербург, 1988. -№ 10.-с. 19-22.
5. Никульшин С.С. Результаты применения пилоросохраняющей резекции желудка в хирургическом лечении сочетанных язв желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. - Москва. -1998.-№2.-С.14-16.
6. Турсуметов А.А. Пути оптимизации хирургического лечения сочетанных и вторичных язв желудка. Автореф. дисс. ... докт. мед. наук.-Ташкент.-2009.-30 с.
7. Черноусов А.Ф., Поликарпов С.А., Черноусов Ф.А. Хирургия рака желудка. - Москва, Изд. АТ, 2004, 560с.
8. Шелестов А.С. Клинико-экспериментальное обоснование способа хирургического лечения каллезных язв малой кривизны Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Ростов-на-Дону.-2002.-26 с.
9. Циммерман Я.С., Попова Н.И. Лазеротерапия язвенной болезни: методики лечения, механизмы действия, эффективность // Журнал гастроэнтерологии, гепатологии. - Москва. -2000.-№10.-С.34-40.
10. Douglas M.C., Duthie H.L. Vagotomy for gastric ulcer combined with duodenal ulcer//Brit. J. Surg., 1971, vol.58, №10, p.721-724.
11. Johnson H.D. Gastric ulcer: classification, blood, group characteristics, secretion pattern and pathogenesis // Annals of surgery. - 1965. - V.162, № 6. - P.996-1004.
12. Weisberg H., Glass G.B.J. Coexting gastric and duodenal ulcers; a review. //Am .J.Dig.Dis., 1983, Vol.8.№:7.-p.992-1007.

Поступила 09.09.2021