



БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОБОДНЫХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Изатиллаев И.Р., Ботиров А.К., Носиров М.М., Ботиров Ж.А.

Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

✓ Резюме

Исследованию подлежали 479 пациентов с прободными дуоденальными язвами (ПДЯ). Из них 381 (79,5%) составили основную группу (перенесшие иссечение ПДЯ с пилоруссохраняющей дуоденопластикой), а 98 (20,5%) – группу сравнения т.е. контрольную (перенесшие иссечение ПДЯ с пилорусразрушающими пилородуоденопластическими). Установлено, что относительно высокая частота возникновения осложнений характерных для операций на желудке, в контрольной группе, в основном, было связано с нарушением «многогранной» функции сфинктера привратника. Развитие этих осложнений в исследуемой группе, нередко, было связано с дискинезией и наличием антиперистальтических сокращений в петле ДПК, а также предрасположенностью к развитию ДГР, демпинг-синдрома и начальным периодом освоения пилоруссохраняющей ДП.

Ключевые слова: язвенная болезнь, прободная дуоденальная язва, дуоденопластика, пилородуоденопластика, дуоденогастральный рефлюкс, демпинг синдром.

IMMEDIATE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PERFORATED DUODENAL ULCERS

Izatillaev I.R., Botirov A.K., Nosirov M.M., Botirov J.A.

Andijan State Medical Institute. Uzbekistan

✓ Resume

The study included 479 patients with perforated duodenal ulcer (PDU). Of these, 381 (79.5%) made up the main group (who underwent excision of the PDU with pylorus-preserving duodenoplasty), and 98 (20.5%) - the comparison group, i.e. control (underwent excision of PDU with pylorus-destroying pyloroduodenoplasty). It was found that the relatively high incidence of complications characteristic of stomach operations in the control group was mainly associated with a violation of the "multifaceted" function of the pylorus sphincter. The development of these complications in the study group was often associated with dyskinesia and the presence of antiperistaltic contractions in the duodenal loop, as well as a predisposition to the development of duodenogastric reflux, dumping syndrome, and the initial period of development of pylorus-sparing duodenoplasty.

Key words: peptic ulcer, perforated duodenal ulcer, duodenoplasty, pyloroduodenoplasty, duodenogastric reflux, dumping syndrome.

TESHILGAN O'N IKKI BARMOQLI ICHAK YARASINI JARROHLIK YO'LI BILAN DAVOLASHNING YAQIN MUDDATDAGI NATIJALARI

Izatillaev I.R., Botirov A.K., Nosirov M.M., Botirov J.A.

Andijon davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston

✓ Rezyume

Tadqiqotda teshilgan duodenal yarasi (TDY) bo'lgan 479 bemorlar olingan. Ulardan 381 (79,5 %) nafari asosiy guruhni (TDY ni kesib olish va pilorus saqlovchi duodenoplastika bajarilgan) va 98 (20,5%) nafari nazorat guruhini (TDY ni kesib olish va pilorusni saqlamagan holda duodenoplastika bajarilgan) tashkil etdi. Nazorat guruhidagi bemorlarda oshqozon operatsiyalariga xos bo'lgan asoratlarning nisbatan yuqori darajasi, asosan, pilorik sfinkterining "ko'p qirrali" funktsiyasini buzilishi bilan bog'liqligi aniqlandi. Ushbu asoratlarning asosiy guruh bemorlarda rivojlanishi esa, ko'pincha, o'n ikki barmoqli ichak cho'tog'ida diskineziya va antiperistaltik qisqarishlarning mavjudligi, shuningdek, duodenogastral reflyuks, demping sindrom va pilorus saqlovchi duodenoplastika amaliyotini o'zlashtirishning dastlabki davri bilan bog'liqligi aniqlandi.

Kalit so'zlar: yara kasalligi, o'n ikki barmoqli ichak yarasi teshilishi, duodenoplastika, piloroduodenoplastika, duodenogastral reflyuks, demping sindrom.



Актуальность

Хирургическое лечение прободной дуоденальной язвы по сей день остается актуальной проблемой, что обусловлено неудовлетворенностью результатами хирургического лечения [1, 4, 8]. Перфоративная язва пилородуоденальной зоны приводит к нарушениям моторно-эвакуаторной функции желудка (МЭФЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК) [7]. Утрата или выключение привратника сопровождается поломкой «защитных барьеров» слизистой и ведет к серьезным послеоперационным нарушениям [3; 9]. Оперативное выключение привратника дезорганизует естественный график и ритм пищеварения в желудке и кишечнике [6]. Неадекватное стремительное поступление пищевого химуса, не прошедшего ферментативную обработку в желудке, является пусковым звеном в патогенезе целого ряда послеоперационных нарушений: дуоденогастральный рефлюкс (ДГР), демпинг-синдром и других нарушений МЭФЖ [2; 5; 7]. Нами изучены ближайшие результаты хирургического лечения прободных дуоденальных язв.

Цель исследования – улучшение ближайших результатов хирургического лечения при прободных дуоденальных язвах (ПДЯ) путем оптимизации хирургической тактики и применением иссечения ДЯ с пилоруссохраняющей дуоденопластики.

Материал и методы

На протяжении последних 35-ти лет (1986-2020 гг.) на базе кафедры хирургических болезней и урологии хирургическому лечению подлежали 782 больных с ПДЯ. Исходя поставленной цели и задачам исследования материалом настоящего исследования явились лишь больные, перенесшие иссечение ПДЯ с пилоруссохраняющей дуоденопластики (ДП) и пилорусразрушающей пилородуоденопластики (ПДП). В этой связи, пациенты перенесшие резекции желудка (РЖ) и ушивание ПДЯ анализу не подлежали.

Предметом нашего исследования явились лишь 479 пациентов. Из них 381 (79,5%) составили основную группу, а 98 (20,5%) – группу сравнения т.е. контрольную.

Всем пациентам с ПДЯ при поступлении в приемное отделение клиники проводили общеклинические анализы крови и мочи, коагулограмму, исследование крови на наличие вирусов гепатита, сифилиса, ЭКГ, флюорографию, обзорную рентгенографию брюшной полости, УЗИ, и по показаниям, диагностическую лапароскопию.

Результат и обсуждение

Возникшие осложнения в раннем послеоперационном периоде у наших пациентов разделены на две подгруппы. Такое деление велось исходя из характера осложнений возникших, которая в полном объеме позволяет провести анализ результатов выполненных операций.

1. Послеоперационные осложнения характерные для операций на желудке: несостоятельность швов, кровотечение, стеноз выходного отдела желудка, анастомозит, гастрит, продолжающийся перитонит, гастроплегия, диарея, ДГР, демпинг-синдром, травматический панкреатит (панкреонекроз).

2. Послеоперационные осложнения общего характера, которые могут возникать и при оперативных вмешательствах на других органах и системах организма: бронхолегочные осложнения (бронхиты, пневмония, экссудативный плеврит), тромбоэмболические осложнения (ТЭО), печеночно-почечная недостаточность и осложнения со стороны операционной раны.

Мы считаем рациональным использование приведенной классификации в качестве рабочей схемы, ибо она систематизирует непосредственные осложнения после различных видов операций по поводу ПДЯ.

Среди осложнений раннего послеоперационного периода наибольшего внимания заслуживают анастомозит, нерассосавшиеся лигатуры, гастроплегия в результате повреждения ствола блуждающего нерва, механическая непроходимость вследствие стеноза гастродуоденального канала в области пилоро- и дуоденопластики, а также несостоятельность швов, ДГР и ранний демпинг-синдром, диарея, посттравматический панкреатит (панкреонекроз).

Нарушения МЭФЖ функционального характера - наиболее частое осложнение ОСО в раннем послеоперационном периоде. Нарушения МЭФЖ в виде анастомозита и гастроплегии, мы условно разделили на нарушения легкой, средней и тяжелой степени.

К легкой степени отнесено такое нарушение эвакуации из желудка, при котором задержка содержимого в нем составляет от 400 до 1000 мл/сут. Состояние больного при этом существенно не страдало.

При средней степени из желудка за сутки удаляется до 2000 мл содержимого. Эти больные нуждаются в интенсивной терапии.

При тяжелой степени нарушениях МЭФЖ задержка содержимого в нем превышает 2000 мл/сут. Они носят нарастающий характер и требуют проведения инфузионной терапии и зондового энтерального питания.

Ранние послеоперационные нарушения МЭФЖ функционального характера возникли у 29 (6,1%) пациентов - в контрольной группе - у 11 (11,2%), в основной - у 18 (4,7%).

После иссечения ПДЯ с ПДП установлены функциональные нарушения МЭФЖ средней 6 (6,1%) и тяжелой степени 5 (5,1%), что было предопределено нарушением целостности пилорического жома. После иссечения ПДЯ с ДП установлены функциональные нарушения МЭФЖ лишь легкой степени 12 (3,1%) и средней степени 6 (1,6%), что было обусловлено сохранением целостности пилорического жома. То есть после иссечения ПДЯ с ДП диагностировано достоверно различимое уменьшение частоты и тяжести функциональных нарушений МЭФЖ.

Возникновение данных осложнений было обусловлено выполнением СтВ, что объясняет ведущую роль в возникновении гастростаза не столько снижением мышечного тонуса, сколько ослаблением его перистальтической активности. Кроме того, у всех пациентов ПДЯ сочеталась с различной степенью пилорoduodenального стеноза. Во всех случаях нарушения МЭФЖ были устранены консервативными мерами.

На фоне клинической картины гастроплегии у 1 (0,3%) пациента диагностирован дуоденостаз. При рентгеноскопии, желудок оказался гипотоничным, перистальтика не прослеживается. Нисходящая петля ДПК гипотонична, а в ниже горизонтальном отделе имеется контраст с горизонтальным уровнем бариевой взвеси. При гастроскопии в желудке определяется значительное количество жидкости и желчи, отмечается забрасывание желчи в желудок. В дальнейшей работе диагностирование ХНДП явилось противопоказанием к выполнению данной методики операции. Этому больному в плановом порядке произведена повторная операция – резекция желудка по Ру-Ибадову.

Расстройства МЭФЖ после операции носили временный характер (10-12 дней) и прекращались по мере восстановления тонуса желудка. Кроме того, при парентеральном питании больного помимо белковых препаратов, мы добавляли соответствующие электролиты (К, Na). Эффективным оказалось применение ганглиоблокаторов, в частности, бензогексония, который назначали по 0,5-1,0 мл 2,5% раствора подкожно или внутримышечно 2 раза в сутки в течение 10 дней. Помимо бензогексония назначали церукал по 10 мг х 3 раза в сутки.

Нарушение эвакуации из желудка в ближайшем послеоперационном периоде у отдельных пациентов вызвано не ваготомией, а воспалительным отеком на месте ДП, суживающий просвет ДПК. В этом мы убедились при эндоскопическом исследовании. Возникновение этого осложнения связано с травматизацией сшиваемых тканей ДПК, а также нарушением двигательной функции желудка в связи с наличием ПДС, перитонитом и ваготомией. Во всех случаях функциональные нарушения устранены консервативной терапией. Большинство послеоперационных нарушений при ДП наблюдались в период освоения нового метода и причина их возникновения была связана с определенными техническими погрешностями при операции или же недооценкой характера заболевания.

Послеоперационные осложнения характерные для операций на желудке представлены в таблице №1.

Таблица №1.

Осложнения раннего послеоперационного периода.

Характер осложнений	Группы			
	Контрольная (1)		Исследуемая (2)	
	Абс	%	Абс	%
ДГР	16	16,3	11	2,9
Демпинг-синдром	13	13,3	8	2,1
Анастомозит	11	11,2	10	2,6
Гастроплегия	2	2,0	3	0,8
Сужение анастомоза	-	-	1	0,3
Острый панкреатит	1	1,0	-	-
Диарея	4	4,1	5	1,3
кровотечение	1	1,0		
Перитонит	1	1,0	1	0,3

Как видно из нижеследующей таблицы №1, ДГР диагностирован у 29 (6,1%). Основным методом диагностики ДГР явилось ФГДС. ДГР диагностирован в контрольной группе в 16 (16,3%) случаев, а в исследуемой – лишь в 11 (2,9%). Причем его проявления в контрольной группе были более выраженными, что проявлялась на клинической картине, и было предопределено нарушением целостности пилорического жома. Тогда как в исследуемой группе, пациенты особых жалоб не предъявляли, и наличие ДГР диагностировано при контрольном эндоскопическом исследовании.

Демпинг синдром диагностирован у 21 (4,4%). Основным методом диагностики демпинг синдрома явился рентгенологический. При рентгеноскопии ЖКТ демпинг синдром диагностирован в контрольной группе в 13 (13,3%) случаев, а в исследуемой – лишь в 8 (2,1%). Причем его проявления в контрольной группе были более выраженными, что нередко проявлялась обморочным состоянием после приема пищи, что вынуждало пациентов принимать положение в постели и было предопределено нарушением целостности, и соответственно замыкательной функции пилорического жома. Тогда как в исследуемой группе пациенты особых жалоб не предъявляли и наличие демпинг реакции диагностировано при контрольном эндоскопическом исследовании.

Итак, ДГР и демпинг синдром являясь патогномичными проявлениями пилорусразрушающих операций, довольно-таки распространенные и часто встречающиеся осложнения, где пусковым механизмом является нарушение целостности сфинктера привратника. Вследствие чего ДГР и демпинг синдром не только пагубно влияет на течение заболевания, но и в большей степени определяет качество оперативного лечения.

Одним из ранних осложнений после иссечения ПДЯ является сужение или стеноз области пилоро- и дуоденопластики. Причинами такого осложнения чаще всего являются технические погрешности операции и образование больших инфильтратов в области пилоропластики. Это осложнение диагностировано в исследуемой группе у 1 (0,3%) пациента после иссечения ПДЯ диаметром более 2,5 см с дуоденопластикой. При эндоскопическом исследовании диагностировано сужение выхода из желудка, аппарат в ДПК не прошел. Рентгенологически отмечалось задержка сульфата бария более 12 часов. Диагностирован стеноз области ДП. После соответствующей консервативной терапии состояние больного несколько улучшилось. После выписки из стационара и повторной госпитализации больной оперирован в плановом порядке в связи с отсутствием должного клинического эффекта.

Итак, проведя ретроспективный анализ, пришли к заключению, что произведено иссечение ПДЯ диаметром более 2,5 см, с выраженным воспалительным инфильтратом и каллезными краями. Это обстоятельство послужило причиной технических сложностей ДП, повлекшей его стеноз. В дальнейшей нашей работе такие случаи являлись противопоказанием к выполнению данного метода операции.

В последующем наша методика иссечения ПДЯ с ДП была усовершенствована (при ДП ранее накладывали двухрядные швы по Матяшуку-Пирогову; в дальнейшем накладываем однорядные серо-мышечно-подслизистые швы). Эти приемы предотвращали сужение в зоне ДП и позволили значительно сократить число нарушений МЭФЖ.

Острый панкреатит диагностирован у 1 (1,0%) пациента. Основным методом диагностики явились клиническая картина, данные УЗИ и показатели амилаз в крови и моче. Данное осложнение возникшее в контрольной группе было обусловлено травмой головки поджелудочной железы в результате иссечения ПДЯ и иссечения второй «зеркальной» язви задней ДПК. Стремление обязательного иссечения ПДЯ вместе с дном привело к травме железы с последующим развитием острого посттравматического панкреатита. Комплексная терапия, наряду с релапаротомией эффекта не дало. На 12 сутки наступил летальный исход. Ретроспективный анализ показал, причиной данного осложнения явилось стремление иссечь дно язвенного кратера. В последующем, нами внесены коррективы в технику операции, дно язвы не иссекалось. После иссечения краев язвы над его дном накладывались однорядные узловые швы, то есть проводилась экстрадуоденизация (выведение дна язвы за пределы кишечной трубки).

Кровотечение из швов ПДП после иссечения ПДЯ возникло у 1 (1,0%) пациента. Консервативная интенсивная гемостатическая терапия оказалась безуспешной. Через 8 часов произведена релапаротомия, дополнительное наложение швов. Послеоперационный период протекал относительно гладко. Больной выписан из стационара в удовлетворительном состоянии.

Диарея диагностирована у 9 (1,9%) пациентов. Диарея диагностирована в контрольной группе в 4 (4,1%) случаев, а в исследуемой – лишь в 5 (1,3%). Патогенез диареи мы связывали с одной

стороны с уменьшением кислотности желудочного сока после СтВ, а с другой - с усилением ЭФЖ в результате ПДП с нарушением целостности сфинктера привратника. У всех пациентов наблюдалась диарея легкой и средней степени тяжести (жидкий стул от 2 до 4 раз в сутки). При соблюдении соответствующей диеты прекращалась самостоятельно в течение 1-2,5 месяцев.

У 2 пациентов, при иссечении ПДЯ без ваготомии, в ближайшем послеоперационном периоде мы диагностировали продолжающийся перитонит, что потребовало экстренной релапаротомии в обоих случаях.

Послеоперационные осложнения общего характера в контрольной группе диагностированы в 21 (25,9%) случаев, в исследуемой – в 14 (4,6%).

Заключение

Таким образом, послеоперационные осложнения характерные для операций на желудке были диагностированы клинически и лабораторными методами. Возникновение данных осложнений, в контрольной группе, в основном, было связано с нарушением «многогранной» функции сфинктера привратника. Развитие этих осложнений в исследуемой группе, нередко, было связано с дискинезией и наличием антиперистальтических сокращений в петле ДПК, а также предрасположенностью к развитию ДГР, демпинг-синдрома и начальным периодом освоения пилоросохраняющей методики иссечения ПДЯ с ДП.

В целом, улучшение результатов хирургического лечения было обусловлено оптимизацией хирургической тактики и широким применением методик и технических приемов иссечения ПДЯ с пилоросохраняющей дуоденопластикой.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бебуришвили А.Г., С.И. Панин, Д.В. Михайлов. Выбор оптимального хирургического лечения прободной язвы двенадцатиперстной кишки // Материалы XII Съезда хирургов России Ростов-на-Дону, 2015. – С. 99 – 100.
2. Вачёв А.Н. Почему следует отказаться от операции простого ушивания язвы двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией? // Вестник хирургии имени И. И. Грекова – 2018. – Т. 177, № 3. – С. 41-44.
3. Володин Д.В. Современные подходы в диагностике и лечении язвенной болезни с различной локализацией язв (результаты собственных исследований) – Москва: Сам Полиграфист, 2019 г. – 208 с.
4. Земляной В.П. Исторические вехи развития хирургии язвенной болезни: (к 135-летию первой успешной резекции желудка, предложенной Т. Бильротом) // Вестник хирургии имени И. И. Грекова – 2016. – Т. 175, № 6. – С. 91-94.
5. Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Маткулиев У.И., Ашуров Ш.Э. Выбор метода хирургического лечения перфоративных язв двенадцатиперстной кишки // Вестник экстренной медицины. – 2015. – №4. – С. 5-9.
6. Марийко В.А. Анализ современного состояния плановой хирургии язвенной болезни // Хирургия. Журнал имени Н. И. Пирогова – 2019. – № 4. – С. 24-29.
7. Попов А.М. Влияние способа лапароскопического ушивания перфоративной пилорoduodenальной язвы на моторно-эвакуаторную функцию желудка и двенадцатиперстной кишки в раннем послеоперационном периоде // Вестник хирургии имени И. И. Грекова – 2017. – Т. 176, № 1. – С. 30-33.
8. Byrne Benjamin E, Bassett Michael, Rogers Chris A, et al. Short-term outcomes after emergency surgery for complicated peptic ulcer disease from the UK National Emergency Laparotomy Audit: a cohort study. BMJ Open. 2018;8:e023721. doi: 10.1136/bmjopen-2018023721.
9. Sengupta TK, Prakash G, Ray S, Kar M. Surgical management of peptic perforation in a tertiary care center: A retrospective study. Niger Med J. 2020 Nov-Dec;61(6):328-333.

Поступила 09.02.2022