



## ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ «ТРУДНЫХ» ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

Эгамов С.Ш., Ботиров А.К., Расулов М.Т.

Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

### ✓ Резюме

Авторы, в результате исследования 262 больных с «трудными» ДЯ, в плановой хирургии ЯБ пришли к заключению, что выполнение РЖ с ГДА по Габерер оправдано при луковичных каллезных и гигантских язвах передней стенки луковицы ДПК. В результате проведенной работы, модификации первого способа Бильрот в основной группе пациентов выполнены в 79,1% случаях, что явилось одной из мероприятий в хирургической профилактике недостаточности швов культи ДПК. При отсутствии возможности выполнения РЖ в модификациях первого способа Бильрот, выполняли РЖ по Гофмейстер-Финстереру или Бальфур. При «трудных» постбульбарных ДЯ в сочетании с ХНДП операцией выбора являлась РЖ по Ру-Ибадову.

Ключевые слова. язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, дуоденальная язва, пилородуоденальный стеноз, «трудная» язва, хирургическая тактика.

## SURGICAL TACTICS FOR "DIFFICULT" DUODENAL ULCERS.

Egamov S.Sh., Botirov A.K., Rasulov M.T.

Andijan State Medical Institute, Uzbekistan

### ✓ Resume

The authors, as a result of a study of 262 patients with "difficult" DU, in elective UD surgery, came to the conclusion that GR with GDA according to Gaberer is justified in case of bulbous callous and giant ulcers of the anterior wall of the duodenal bulb. As a result of the work performed, modifications of the first Billroth method in the main group of patients were performed in 79.1% of cases, which was one of the measures in the surgical prevention of duodenal stump suture failure. In the absence of the possibility of performing GR in modifications of the first Billroth method, GR was performed according to Hofmeister-Finsterer or Balfour. In case of "difficult" postbulbar DU in combination with CDDP, the operation of choice was GR according to Roux-Ibadov.

Keywords. duodenal ulcer, duodenal ulcer, pyloroduodenal stenosis, "difficult" ulcer, surgical tactics.

## "QIYIN" DUODENAL YARALARDA JARROXLIK TAKTIKASI

Egamov S.Sh., Botirov A.K., Rasulov M.T.

Andijon davlat tibbiyot institute, O'zbekiston

### ✓ Rezyume

Mualliflar, yara kasalligining rejali jarrohligida "qiyin" DY bilan og'riqan 262 bemorni o'rganish natijasida me'da rezektsiyasi va Gaberer bo'yicha GDA qo'yish o'n ikki barmoqli ichak piyozchasining old devoridagi kallyoz hamda gigant yaralarida maqsadga muvofiq degan xulosaga kelishgan. Amalga oshirilgan ishlar natijasida bemorlarning asosiy guruhida Bilotning birinchi usuli modifikatsiyalari 79,1% hollarda amalga oshirilgan, bu o'n ikki barmoqli ichak choklari etishmovchiligining jarrohlik profilaktikasidagi chora-tadbirlardan biri bo'lgan. Bilotning birinchi usulining modifikatsiyalarida MRni bajarish imkoniyati bo'lmaganda, MR Gofmeyster-Finsterer yoki Balfur bo'yicha amalga oshirilgan. O'n ikki barmoqli ichak o'tkazuvchanligini surunkali buzilishi bilan birgalikda "qiyin" postbulbar DY bo'lsa, Ru-Ibadov bo'yicha MR tanlov operatsiyasi hisoblanadi.

Kalit so'zlar. o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligi, o'n ikki barmoqli ichak yarasi, piloroduodenal stenozi, "qiyin" yaralar, jarrohlik taktikasi.

### Актуальность

«Классическая» резекция желудка (РЖ) продолжает оставаться в арсенале хирургических методов лечения язвенной болезни желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК) как наиболее надёжная в плане отдалённых результатов. Однако, «постгастрорезекционные синдромы» в 10-40% случаев обуславливают инвалидность у 20-30% в первый год и у 10-15% - в более поздние сроки. Следует отметить, что большинство осложнений РЖ связано с «трудноудаляемыми» язвами. При этом «трудность» язв определяется их большими размерами, локализацией на задней стенке луковицы ДПК, а также постбульбарном отделе, пенетрацией в поджелудочную железу, печеночно-двенадцатиперстную связку и степенью её активности [1-7].

**Цель исследования.** Улучшить результаты хирургического лечения при «трудных» дуоденальных язвах (ДЯ) путем оптимизации хирургической тактики.

### Материал и методы

За период с 2001 по 2020 годы на базе кафедры хирургических болезней и урологии АндГосМИ по поводу ЯБДПК оперированы 1567 больных. При этом «трудные» дуоденальные язвы диагностированы у 494 (31,5%) пациентов. Из них в плановом порядке оперированы 364(73,7%) пациентов и в экстренном - 130 (26,3%).

Предметом нашего исследования явились лишь 262 пациента с «трудными» ДЯ, поступившие в клинику в плановом порядке.

Распределение исследуемой категории пациентов на группы:

- контрольная группа - с 2001 по 2010 годы - 114 (43,5%) пациентов;
- основная группа - с 2011 по 2020 годы - 148 (56,5%) пациентов.

Комплексное исследование, как до операции, так и после нее включало:

1. Фиброэндоскопическое исследование.
2. Исследование моторно-эвакуаторной функции желудка (МЭФЖ) методами рентгеноскопии, непрерывной электрогастрографии и радиогастрографии.
3. Исследование характера желудочной секреции аспирационно-титрационным методом.

Результаты специальных исследований были обработаны методом вариационной статистики по Стьюденту с помощью прикладных программ Microsoft Windows 10.

### Результат и обсуждения

Убедившись, что способов, гарантирующих от несостоятельности культи ДПК нет, у данного контингента пациентов, мы перестроили хирургическую тактику. Она заключается в следующем.

Для облегчения выполнения операции и улучшения её исходов, у больных с «трудными» ДЯ нами проводилась целенаправленная комплексная предоперационная подготовка, направленная одновременно и на рассасывание инфильтрата и снятия воспаления в области ДЯ.

При этом, лекарственная терапия и щадящая диета обеспечивали достижение следующих целей: ликвидацию болевого синдрома и диспептических проявлений, снятие периульцерозной воспалительной инфильтрации и уменьшение размеров самой язвы, устранение признаков гастрита и дуоденита, нормализацию моторно-эвакуаторной и секреторной функции желудка.

В частности, из блокаторов  $H_2$  - рецепторов гистамина часто назначался циметидин в суточной дозе 1000-1200 мг (три приёма в течение дня по 200 мг через 20-30 минут после еды и 400 мг на ночь) или ранисан, ранитидин, зонтак (два приёма по 150 мг - утром и вечером).

Из холиноблокаторов использовали подкожное введение сульфата атропина до 0,5 мл 0,1% раствора 2 раза в день или метацина по 1 мл 0,1% раствора 1-2 раза в день; платифиллина - подкожно по 1-2 мл 0,2% раствора 1-2 раза в сутки. Альмагель по 1 столовой ложке за 30-40 минут до еды 3-4 раза в день и перед сном.

С целью повышения резистентности к «агрессивному» желудочному соку гастродуоденальных тканей назначался де-нол по 120-240 мг - 4 раза в день; вентер - по 1,0 грамм - 4 раза за 40 минут до еды и на ночь, либо по 2,0 грамм (утром и вечером); солкосерил - по 2 мл ежедневно.

С появлением доказательств патогенности *Helicobacter pylori* встал вопрос о необходимости применения антихеликобактериальной терапии. В этом плане наибольшей эффективностью обладает де-нол - по 120 мг - 4 раза в сутки (4-8 недель); метронидазол - по 0,25 грамм - 3 раза во время еды и 4-й раз перед сном.

К выбору метода операции при «трудных» язвах ДПК у каждого конкретного пациента подходили индивидуально. При этом, учитывали сложившуюся ситуацию во время операции, т.е. операционную находку. Данный контингент должны оперировать хирурги с большим практическим опытом именно в желудочной хирургии. Следует обратить внимание на локализацию ДЯ, её диаметр, а также наличие осложнений язвы ДПК и сочетанной хирургической и сопутствующей терапевтической патологии.

Учитывая, что «ахиллесовой пятой» РЖ при «трудных» ДЯ является высокая частота несостоятельности культи, расширение показаний к модификациям РЖ по первому принципу Бильрот в виде гастродуоденоанастомоза (ГДА) по Габерер, продольного терминалолатерального анастомоза (ТЛА) по Хачиеву и поперечного ТЛА по Габерер-Финнею, с использованием усовершенствованных нами методик и технических приемов операций позволило избежать формирования дуоденальной культи. Тем самым сведена к минимуму возможность возникновения несостоятельности швов дуоденальной культи и соответственно, летальности.

В основной группе при ЯБДПК на фоне локализации язвы в луковице, установлены наличие осложнений в виде пенетрации у 45 (30,4%) пациентов. Пенетрация ДЯ в поджелудочную железу установлено у 34 (23,0%) пациентов и в печеночно-двенадцатиперстную кишку – у 11 (7,4%).

Различной степени пилородуоденальный стеноз (ПДС) диагностирован у 52 (35,1%) пациентов. Из них компенсированный – у 18 (12,1%), субкомпенсированный у 11 (7,4%) и декомпенсированный у 23 (15,5%) пациентов.

Пенетрация ДЯ сочеталась с различной степенью ПДС у 51 (34,5%) пациентов. Из них пенетрация с компенсированным ПДС у 22 (14,9%), субкомпенсированным – у 9 (6,1%) и декомпенсированным – 20 (13,5%) пациентов. Наряду с перечисленными осложнениями, в целом, 26 пациентов в анамнезе перенесли ушивание прободной ДЯ, 17 пациентов – в анамнезе прошивание кровотока сосуда на дне ДЯ и у 10 пациентов диагностирован хроническая нарушения дуоденальной проходимости (ХНДП).

В основной группе РЖ по Габереру выполнено у 28 (23,9%) пациентов. При этом у всех пациентов имелась луковичная каллезная ДЯ с пенетрацией в печеночно-двенадцатиперстную связку у 4 (3,4%), пенетрация в сочетании с компенсированным стенозом у 14 (12,0%) пациентов, с субкомпенсированным - у 9 (7,7%) и декомпенсированным - у 1 (0,8%) пациента. Из них у 13 пациентов в анамнезе имелось ушивание ПДЯ.

В основной группе у 36 (30,8%) пациентов выполнены РЖ с поперечным ТЛА по Габерер-Финнею. При этом на фоне луковичных каллезных и/или гигантских ДЯ (27) и наличия «зеркальных» язв установлено пенетрация в поджелудочную железу у 16 (13,7%) пациентов и пенетрация в печеночно-двенадцатиперстную связку у 4 (1,4%). При этом, у 5 пациентов в анамнезе имелось ушивание ПДЯ и 3 – прошивание кровотока сосуда на дне язвы.

В основной группе у 53 (45,3%) пациентов выполнены РЖ с продольным ТЛА по Л.Г. Хачиеву. На фоне луковичных каллезных и/или гигантских ДЯ установлено пенетрация в поджелудочную железу у 14 (12,0%) и печеночно-двенадцатиперстную связку у 3 (2,6%) пациентов. К тому же сочетание пенетрации с компенсированным стенозом диагностировано у 15 (12,8%) пациентов, с субкомпенсированным - у 12 (10,2%) и декомпенсированным - у 9 (7,7%). При этом, у 2 пациентов в анамнезе имелось ушивание ПДЯ и 7 – прошивание кровотока сосуда на дне язвы.

Итак, в основной группе РЖ в модификациях первого способа Бильрот выполнены у 117 (79,1%) пациентов, что по сравнению с контрольной группой больше на 34,4%. Это обстоятельство имеет важное значение т.к. у этого контингента значительно уменьшается необходимость формирования дуоденальной культи с отсюда вытекающими последствиями. В отличие от контрольной группы ни в одном случае на фоне ХНДП РЖ в модификации первого способа Бильрот не выполнялись. Это было predetermined учетом упущений в контрольной группе. К тому же у всех пациентов применялись усовершенствованные методики и технические приемы операций.

В основной группе у 12 (38,7%) пациентов выполнены РЖ по Гофмейстер-Финстереру. На фоне постбульбарных каллезных и/или гигантских ДЯ установлено пенетрация в поджелудочную железу у 4 (12,9%) пациентов, декомпенсированный стеноз диагностирован у 6 (19,4%) и сочетание пенетрации с компенсированным стенозом у 2 (6,3%) пациентов. При этом,

у 3 пациентов в анамнезе имелось ушивание ПДЯ, 3 - прошивание кровотокающего сосуда на дне язвы и у 1 пациента - ХНДП.

В основной группе у 19 (61,3%) пациентов выполнены РЖ по Ру-Ибадову. На фоне постбульбарных каллезных и/или гигантских ДЯ установлен компенсированный стеноз у 4 (12,9%) пациентов, субкомпенсированный - у 2 (6,4%) и декомпенсированный - у 8 (25,8%). К тому же сочетание пенетрации с субкомпенсированным стенозом у 1 (3,3%) и с декомпенсированным стенозом у 4 (12,9%) пациентов. При этом, у 3 пациентов в анамнезе имелось ушивание ПДЯ, 1 - прошивание кровотокающего сосуда на дне язвы и у 9 пациентов - ХНДП.

Стремление оперирующего хирурга в обязательном порядке иссечь «трудную» язву нередко чревато развитием несостоятельности швов культи ДПК. В связи с этим в основной группе перед ушиванием дуоденальной культи производили лишь иссечение краев язвы, после ушивания его краев происходила экстрадуденизация дна язвы, т.е. выведение ее за пределы пищеварительной трубки. Как показал наш опыт работы, при «трудных» ДЯ в сочетании с ХНДП операцией выбора может быть РЖ по Ру-Ибадову.

Распределение пациентов в зависимости от выполненных модификаций РЖ представлено в таблице №1.

**Таблица №1.**

**Распределение пациентов в зависимости от выполненных модификаций резекции желудка.**

Методы операций	Основная группа			
	абс	%	абс	%
	РЖ по Б-I		РЖ по Б-II	
РЖ по:	n – 148			
- Габерер	28	18,9	-	-
- Габерер-Финнею	36	24,3	-	-
- Л.Г. Хачиеву	53	35,8	-	-
- Гофмейстер-Финстереру	-	-	12	8,1
- Ру с инвагин. анастом.	-	-	19	12,8
Итого:	117	79,1	31	20,9

Как видно из таблицы №1, в отличие от контрольной группы, в основной - у 117 (79,1%) выполнены модификации РЖ по Бильрот-I. Из них РЖ по Габереру у 28 (18,9%), РЖ с ТЛА по Габерер-Финнею у 36 (24,3%) и по Л.Г. Хачиеву у 53 (35,8%) пациентов.

Как видно из таблицы №1, в основной группе, при «трудных» ДЯ РЖ в модификациях второго способа Бильрот выполнены лишь у 31 (20,9%) пациентов. Из них по Гофмейстер-Финстереру у 12 (8,1%) и по Ру-Ибадову у 19 (12,8%).

В целом, у пациентов контрольной группы РЖ в модификациях первого способа Бильрот выполнены у 51 (44,7%) пациентов, тогда как в основной - у 117 (79,1%) пациентов. РЖ в модификациях второго способа Бильрот у 63 (55,3%) пациентов, тогда как в основной - у 31 (20,9%) пациентов. То есть в основной группе число РЖ в модификациях первого способа Бильрот увеличилось на 34,4%.

При анализе результатов хирургического лечения пациентов с «трудными» ДЯ в контрольной группе установлены ряд технических и тактических упущений. Так у 2 пациентов «традиционная» РЖ по Гофмейстер-Финстереру выполнена на фоне ХНДП. У данного больного с целью декомпрессии культи ДПК и желудка декомпрессионный назогастроюнальный зонд не оставлен. К тому же, культя ДПК ушита после полного иссечения язвы с ее дном, что в последующем явилось причиной травмы тканей поджелудочной железы.

У всех пациентов основной группы проводилась комплексная предоперационная подготовка с учетом сопутствующих заболеваний, использовались усовершенствованные методики и технические приемы операций, а также послеоперационное ведение, в том числе, с целенаправленной профилактикой тромбоэмболических осложнений (ТЭО).

При диагностировании сочетанной хирургической патологии, требующей её коррекции, у пациентов основной группы тщательно соблюдались рациональная последовательность в выборе этапов симультанной операции. Объём и очерёдность выполнения симультанной операции зависели от конкретного вида сочетанного заболевания.

При сочетании «трудных» ДЯ с заболеваниями желчного пузыря и желчевыводящих путей, первым этапом выполняли холецистэктомию и, по показаниям, вмешательство на желчевыводящих путях. Вторым этапом - один из методов РЖ по поводу ЯБДПК (у 3 пациентов).

Данная последовательность обусловлена не только стремлением санировать наименее инфицированный орган, но и тем, что холецистэктомия быстро выполнима, и не затрудняет проведения вмешательства на желудке. Тогда как, при выполнении холецистэктомии после операции на желудке возникают ряд технических трудностей для полноценной ревизии и коррекции патологии желчевыводящих путей. Кроме того, неизбежна тракция кишечной трубки, что приводит к натяжению швов линии анастомоза.

При сочетании «трудных» ДЯ с эхинококкозом печени первым этапом производили операцию на желудке, а затем вмешательство на печени. Такая очередность обусловлена возможностью нарушения целостности эхинококковой кисты и инфицирования брюшной полости при её выделении. При данном сочетании нет вышеуказанной анатомической зависимости в связи с чем, вмешательство на желудке не усложняет выполнение эхинококкэктомии печени.

При сочетании «трудных» ДЯ с наружными вентральными грыжами мы использовали верхнесрединную лапаротомию (грыжи белой линии живота - 3, пупочные грыжи - 4). При пупочных грыжах разрез дополнительно расширяли книзу. У 1 пациента с кривой паховой грыжей одновременную коррекцию сочетанной хирургической патологии мы не произвели. У всех остальных пациентов проведены симультанные операции.

### Заключение

Таким образом, в плановой хирургии ЯБДПК у пациентов с «трудными» язвами выполнение РЖ с ГДА по Габерер оправдано при луковичных каллезных и гигантских язвах передней стенки луковицы ДПК. Если при РЖ оставалась свободной боковая стенка начальной части луковицы ДПК накладывали продольный ТЛА по Габерер-Финнею, а если свободным оставалась передняя стенка начальной части луковицы ДПК - то накладывали поперечный ТЛА по Л.Г. Хачиеву. В целом, модификации первого способа Бильрот в основной группе пациентов выполнены в 79,1% случаях, что явилось одной из мероприятий в хирургической профилактике недостаточности швов культи ДПК. При отсутствии возможности выполнения РЖ в модификациях первого способа Бильрот, производили РЖ по Гофмейстер-Финстереру или Бальфур. При «трудных» постбульбарных ДЯ в сочетании с ХНДП операцией выбора являлась РЖ по РУ- Ибадову.

Итак, при «трудных» ДЯ оптимизировав хирургическую тактику нам удалось снизить частоту послеоперационных осложнений, связанных с оперативным вмешательством на желудке - на 12,6% (с 19,3 до 6,7%), а также послеоперационной летальности на 5,4% (с 6,1 до 0,7%). Все это позволило добиться искомой цели.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Багненко, С.Ф. Сочетанные осложнения язвы двенадцатиперстной кишки и их хирургическое лечение / С.Ф. Багненко, А.А. Курыгин, Г.И. Синенченко и др. // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2009. – Т. 168(6). – С. 12-15.3
2. Волков В.Е., Волков С.В./ Клиническая оценка некоторых методов герметизации культи двенадцатиперстной кишки при надпиривратниковой резекции желудка и гастрэктомии // Acta Medica Eurasica. 2018. №1. – С. 1-8.
3. Джаббарова А.М., Хакимова Ю.А., Махмудова М.Л. Особенности классификации и клинического течения язвенной болезни желудка // Интернаука. – 2020. – № 44(173). – С. 43-44.
4. Зайцев О.В., Тарасенко С.В., Натальский А.А., Морозов К.С. Технические аспекты выполнения резекции желудка в условиях трудной дуоденальной язвы. Тихоокеанский медицинский журнал, 2011, №3. С.75-79.
5. Марийко В.А. Анализ современного состояния плановой хирургии язвенной болезни // Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова. – 2019. – №. 4. – С. 24-29.
6. Kavitt R.T. Diagnosis and Treatment of Peptic Ulcer Disease // Am J Med. – 2019. – Vol. 132(4). – P. 447-456.
7. Kamada T. et al. Evidence-based clinical practice guidelines for peptic ulcer disease 2020 // J Gastroenterol. - 2021 Feb 23. doi: 10.1007/s00535-021-01769-0.

Поступила 09.02.2022