



НЕКОТОРЫЕ ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ «ТРУДНЫХ» ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

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

Андижанский государственный медицинский институт Узбекистан

✓ Резюме

Авторы статьи поставили перед собой цель – определить некоторые типологические особенности при «трудных» дуоденальных язвах, позволяющих оптимизировать хирургическую тактику. Предметом исследования явились 262 пациента с «трудными» ДЯ, поступившие в клинику в плановом порядке. Комплексное исследование, как до операции, так и после нее, включало: фибрэндоскопическое исследование; исследование МЭФЖ методами рентгеноскопии, непрерывной электрогастрографии и радиогастрографии; исследование характера желудочной секреции аспирационно-титрационным методом. Установлены ряд типологических особенностей «трудных» ДЯ. Полученные данные явились основанием к пересмотру основных принципов лечения пациентов с «трудными» ДЯ.

Ключевые слова: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК), моторно-эвакуаторная функция желудка (МЭФЖ), дуоденальная язва (ДЯ), пилородуоденальный стеноз (ПДС), базальная и максимальная продукция кислоты и пепсина, непрерывная радиогастрография (НРГГ).

SOME TYPOLOGICAL FEATURES IN "DIFFICULT" DUODENAL ULCERS

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

Andijan State Medical Institute. Uzbekistan

✓ Resume

The authors of the article set themselves the goal of identifying some typological features in "difficult" duodenal ulcers, allowing to optimize surgical tactics. The subject of the study were 262 patients with "difficult" DU who were admitted to the clinic in a planned manner. A comprehensive study, both before and after the operation, included: fibroendoscopic examination; study of MEFS by methods of fluoroscopy, continuous electrogastrography and radiogastrography; study of the nature of gastric secretion by aspiration-titration method. A number of typological features of "difficult" DU have been established. The data obtained were the basis for the revision of the basic principles of treatment of patients with "difficult" DU.

Keywords: Duodenal ulcer disease, motor evacuation function of stomach (MEFS), duodenal ulcer (DU), pyloroduodenal stenosis, basal and maximum acid and pepsin production, continuous radiogastrography.

O'N IKKI BARMOQLI ICHAK "MURAKKAB" YARALARINING BA'ZI TIPOLOGIK XUSUSIYATLARI

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

Andijon davlat tibbiyot institute, O'zbekiston

✓ *Resume*

Mualiflar o'z oldiga o'n ikki barmoqli ichak "murakkab" yaralarida jarrohlilik taktikasini optimallashtirishga imkon beruvchi ba'zi tipologik xususiyatlarni aniqlash maqsadini qo'gan. Tadqiqot asosini klinikaga rejali ravishda yotqizilgan "murakkab" duodenal yara bilan og'rigan 262 nafar bemor tashkil etgan. Tashrixdan oldingi va keyingi kompleks tekshiruv usullari quyidagilarni o'z ichiga olgan: fibroendoskopik tekshiruv; oshqozon motor-evakuator funksiyasini rentgenoskopik, uzlusiz elektrogastrografiya va radiogastrografiya usullari orqali o'rganish; oshqozon sekretsiyasi tabiatini aspiratsion-titrlash usuli bilan o'rganish. Tadqiqot natijasida "murakkab" duodenal yaralarining bir qator tipologik xususiyatlari aniqlangan. Olingan ma'lumotlar "murakkab" duodenal yaralar bilan og'rigan bemorlarni davolashning asosiy tamoyillarini qayta ko'rib chiqish uchun asos bo'lib xizmat qildi.

Kalit so'zlar: O'n ikki barmoqli ichak yarasi kasalligi, oshqozon motor-evakuator funksiyasi, o'n ikki barmoqli ichak yarasi, piloroduodenal stenoz, bazal va maksimal kislota va pepsin ishlab chiqarish, uzlusiz radiogastrografiya.

Актуальность

Xирургическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) по сей день остаётся актуальной проблемой хирургической гастроэнтерологии [2,3]. Неудовлетворённость результатами хирургического лечения, явилась основанием к повсеместному переходу к резекционным методам [1,5,7]. Однако, выбор его метода, столь подробно дискутировавшийся в последние годы, не меняет сути дела. В основном, это связано с относительно высокой частотой осложнений и летальности при «трудноудалимых» язвах ДПК, на что должного внимания в литературе не удалено [1,4,6].

Цель исследования. Определить некоторые типологические особенности при «трудных» дуоденальных язвах, позволяющих оптимизировать хирургическую тактику.

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» ДЯ 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. Фиброзэндоскопическое исследование.
2. Исследование МЭФЖ методами рентгеноскопии, непрерывной электрогастографии 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 Office Excel 2019.

Результат и обсуждение

Согласно поставленной цели и задачам мы исследовали особенности клинического течения и показатели функционального состояния желудка у пациентов с «трудными» ДЯ. Для этого выделили группу сравнения из числа пациентов с ЯБДПК без осложненного течения за период с 2001 по 2010 годы, что составило 94 пациента. В группе сравнения ЯБ диагностирована у мужчин в 71 (75,5%) случаев, а у женщин в 23 (24,5%), с соотношением 3:1. Тогда как при «трудных» ДЯ у мужчин в 238 (90,8%) случаев, а у женщин лишь в 24 (9,2%), с соотношением 10:1.

Распределение пациентов по возрасту представлено в таблице №1.



Таблица №1.

Распределение больных ЯБДПК сравниваемых групп по возрасту.

Возраст (в годах)	Группа сравнения (n - 94)		Исследуемая группа (n - 262)	
	абс	%	абс	%
15-19	33	35,1	39	14,9
20-44	53	56,4	115	43,9
45-59	6	6,4	92	35,1
60 и старше	2	2,1	16	6,1
Всего	94	100,0	262	100,0

Как видно из таблицы №1, ЯБ в группе сравнения диагностирована, в основном в возрасте 19-44 года – 88 (91,5%), т.е. в юношеском и молодом возрасте. Тогда как в исследуемой группе, в возрасте 19-59 (89,0%), то есть в молодом и зрелом возрасте. Следует отметить, что «трудные» ДЯ могут диагностироваться и в возрасте до 19 лет, т.е. в юношеском возрасте -39 (14,9%). Это подтверждает тот факт, что «трудность» язвы определяется её локализацией, характером осложнений и степенью её активности, т.е. наличием широкой зоны периульцерозной воспалительной инфильтрации.

В группе сравнения основной контингент составили пациенты с длительностью язвенного анамнеза до 6 лет – 76 (80,9%), тогда как в исследуемой, длительность язвенного анамнеза составило 11-15 лет - у 213 (81,2%) пациентов. Вместе с тем, в исследуемой группе длительность язвенного анамнеза 16 лет и более диагностировано у 36 (13,9%) пациентов, тогда как в группе сравнения такая длительность анамнеза не установлена.

Итак, при анализе анамнеза заболевания у пациентов группы сравнения установлено относительно короткий язвенный анамнез, сохранялась сезонность и периодичность проявлений болезни; симптомокомплекс заболевания легко поддавался противоязвенному лечению и отмечалась стойкая ремиссия после проведенного курса лечения. У больных же с «трудными» ДЯ болезнь имела непрерывно-рецидивирующее течение, нередко диагностирован «гиперсекреторный» синдром, а также стойкий и выраженный болевой синдром, а также ДЯ длительное время не поддавалась комплексному противоязвенному лечению при каждом обострении.

В группе сравнения обострение болезни отмечалось один раз в 2-5 лет в 76 (80,9%) случаев, установлено локализация болей в подложечной и эпигастральной области в 73 (77,6%) случаев, характер болевого синдрома не был связан с приемом пищи лишь у 9 (9,6%) пациентов. В исследуемой группе обострение болезни отмечалось - 2-4 раза в год – в 220 (84,0%), установлено локализация болей в эпигастральной области и правом подреберье с иррадиацией – в 196 (74,8%) случаев и характер болевого синдрома не был связан с приемом пищи - у 164 (62,6%) пациентов.

В группе сравнения диспептические расстройства были выражены умеренно и диагностированы у менее 50% пациентов, тогда как в исследуемой группе диспептические расстройства в виде отрыжки (63,7%), тошноты (70,6%) и изжоги (85,5%) были более выраженным, а рвота установлена у 158 (60,3%) пациентов. В группе сравнения дефицит массы тела у 59 (62,8%) пациентов не наблюдался, тогда как в исследуемой группе, дефицит массы тела 5-10 кг установлен в 142 (54,2%) случаев, дефицит массы тела 11-20 кг - в 46 (17,6%) и более 20 кг- в 9 (3,4%).

Нами, также проведено исследование и сопоставление показателей желудочного сока у 126 больных с «трудными» ДЯ и у 83 - с не осложненным течением ЯБДПК. Для клинической оценки полученных результатов его показатели исследованы у 50 здоровых лиц. Средние показатели секреторной функции желудка у здоровых лиц, у группы сравнения и исследуемой группе представлены в таблице №2.

Таблица №2.

**Средние показатели секреторной функции желудка у здоровых лиц,
в группе сравнения в исследуемой группе.**

Показатели желудочного сока (ед. изм.)	Группы		
	Здоровые лица	Группа сравнения	Исследуемая группа
число исследований	n – 50 (P ₁)	n – 83 (P ₂)	n – 126 (P ₃)
БПК (ммоль/ч)	3,9 ± 0,8	7,9 ± 0,7	12,6 ± 1,2
МПК (ммоль/ч)	18,4 ± 0,9	25,5 ± 1,3	29,3 ± 1,5
БПП (мг/%)	47,6 ± 3,9	68,7 ± 7,2	89,9 ± 8,4
МПП (мг/%)	94,5 ± 10,1	166,3 ± 15,3	192,4 ± 17,3

Примечание: 1) P₂₋₃ > P₁ - различия показателей БПК и МПК, а также БПП и МПП у пациентов группы сравнения и у исследуемой группе статистически достоверны по сравнению со здоровыми лицами.

2) P₃ > P₂ - различия показателей БПК и МПК, а также БПП и МПП у пациентов исследуемой группы статистически достоверны по сравнению с группой сравнения.

Как видно из таблицы №2, у здоровых лиц БПК составила 3,9 ± 0,8 ммоль/час, а МПК 18,4 ± 0,9 ммоль/час. При этом, средние показатели БПК у пациентов группы сравнения оказались 7,9 ± 0,7 ммоль/час, а при «трудных» ДЯ 12,6 ± 1,2 ммоль/час. Итак, при «трудных» ДЯ показатели БПК превышали аналогичные показатели у здоровых лиц в 3,2 раза, а по отношению к группе сравнения - в 1,5 раза.

Немаловажную роль играет также и определение пепсина в желудочном соке. Исследованием пепсина в составе желудочного сока установлено, что БПП у здоровых лиц в среднем оказалось 47,6 ± 3,9 мг/%, а МПП - 94,5 ± 10,1 мг/%. При этом, средние показатели БПП в группе сравнения оказалась 68,7 ± 7,2 мг/%, а МПП - 166,3 ± 15,3 мг/%. При «трудных» ДЯ показатели базальной и максимальной продукции пепсина оказались 89,9 ± 8,4 мг/% и 192,4 ± 17,3 мг/%, соответственно.

Однако, следует отметить, что эти данные среднестатистические. На их фоне встречались больные с нормо- и гипоацидностью показателей желудочного сока, требующие индивидуального подхода к выбору метода операции. Отсюда следует, что необходимо учитывать эти обстоятельства, иначе это может привести к неправильному выбору метода операции и дискредитации метода.

По данным рентгенологического исследования у здоровых лиц (50) эвакуация из желудка имела порционно-ритмический характер. У подавляющего большинства желудок имел крючкообразную форму. Овальный газовый пузырь, не утолщенные продольные складки слизистой, отчетливая, но усиленная перистальтика. Таковы основные рентгенологические признаки, которыми можно охарактеризовать желудок здоровых людей.

При рентгенологическом исследовании пациентов группы сравнения (60 больных) по сравнению со здоровыми лицами эвакуация заканчивалась через 1 - 1,5 часа, т.е. эвакуаторная функция желудка была умеренно ускоренной. При этом, отличительными были выраженный отек слизистой и умеренная деформация слизистой луковицы ДПК.

При «трудных» ДЯ (148) МЭФЖ зависела от степени пилородуodenального стеноза (ПДС). Функциональные нарушения были еще более выраженными и стойкими, что было взаимосвязано с длительностью заболевания. Наряду с рентгенологическими исследованиями нами проведена НРГГ. При этом, больные с «трудными» ДЯ с ПДС анализу не подлежали. Показатели НРГГ у здоровых лиц, у пациентов группы сравнения и в исследуемой группах представлены в таблице №3.

Таблица №3.

Показатели НРГГ у здоровых лиц, в группе сравнения и при «трудных» ДЯ.

Исследуем группы	Уровень эвакуации через:			% остаточной активности принят. пищи через 1 ч (в %)	период полувыве- дения Т $\frac{1}{2}$ (в мин)
	20 мин.	40 мин.	60 мин.		
Здоровые лица					
n - 50 (P ₁)	30,8 ± 3,0	20,4 ± 2,0	10,2 ± 1,0	38,6 ± 3,8	29,6 ± 2,9
Группа сравнения					
n - 62 (P ₂)	34,3 ± 2,0	21,3 ± 1,2	10,5 ± 0,6	35,1 ± 1,9	23,6 ± 1,4
Исследуемая группа					
n - 86 (P ₃)	41,5 ± 1,1	25,6 ± 0,7	10,8 ± 0,3	21,8 ± 0,6	21,3 ± 0,5

Примечание: 1) $P_{2-3} > P_1$ - различия показателей НРГГ у пациентов группы сравнения и в исследуемой группах статистически достоверны по сравнению со здоровыми лицами. 2) $P_3 > P_2$ - различия показателей НРГГ у пациентов исследуемой группы и у группы сравнения статистически достоверны.

Как видно из таблицы №3, исследованиями ЭФЖ установлено, что у пациентов группы сравнения, а тем более у пациентов исследуемой группы, отчетливо сокращается период полувыведения и %-остаточной активности принятой пищи через 1 час. При этом, у здоровых лиц показатели остаточной активности принятой пищи через час (%) и период полувыведения (в мин) составили 38,6±3,8 и 29,5±2,9, соответственно. У пациентов группы сравнения – 35,1±1,5 и 23,6±1,4, соответственно и у пациентов исследуемой группы – 21,8±0,6 и 21,3±0,5, соответственно.

Следует отметить, что у исследуемой группы осложненным компенсированным стенозом привратника, ЭФЖ была компенсирована за счет нормализации в последующие отрезки времени. У пациентов исследуемой группы, осложненным декомпенсированным стенозом привратника, имеется полное нарушение ЭФЖ.

Заключение

Таким образом, «трудных» ДЯ установлены ряд типологических особенностей. Так, клиническое течение и симптоматика при «трудных» ДЯ по отношению к пациентам с не осложненным течением заболевания отличается тем, что соотношение мужчин к женщинам возрастает с 3:1 до 10:1; длительность язвенного анамнеза у 81,2% составило – 11-15 лет (в контрольной у 80,9% – 5 лет). Болезнь имела частое и непрерывно рецидивирующее течение, нередко диагностирован гиперсекреторный синдром и упорный болевой синдром не поддающейся консервативному лечению. В исследуемой группе обострение болезни отмечалось 2-4 раза в год – в 220 (84,0%) случаев, тогда как в группе сравнения 1 раз в 2-5 лет в 76 (80,9%) случаев. В исследуемой группе – у 164 (62,6%) пациентов характер болевого синдрома не был связан с приемом пищи, тогда как в группе сравнения – у 9 (9,6%). В исследуемой группе диспептические расстройства были более выраженным, дефицит массы тела 5-10 кг установлен в 142 (54,2%), 11-20 кг – в 46 (17,6%) случаев, тогда как в группе сравнения дефицит массы тела у 59 (62,8%) пациентов не наблюдался.

Показатели секреторной функции желудка имеют тенденцию к росту, с достоверными отличиями по сравнению с не осложненным течением ЯБДПК. Вместе с тем, нарушения МЭФЖ были более выраженным у пациентов с «трудными» ДЯ и в основном, зависела от степени ПДС.

Полученные данные явились основанием к пересмотру основных принципов лечения пациентов с «трудными» ДЯ.



СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Власов А.П., Сараев В.В., Катков С.В. и др. Комплексный подход к лечению «трудных» язв двенадцатиперстной кишки. // Медицинский альманах. 2012. №2 (21). С.153-156.
2. Гульмамедов Ф.И., Белозерцев А.М., Ярошак В.В. и др. Паллиативные резекции желудка для выключения при низко сидящих язвах двенадцатиперстной кишки // Материалы научно-практической конференции «Хирургия-2000». -Москва, 2000 г. -С. 106-107.
3. Жерлов Г.К., Баринов А.И., Борщ Д.Т. и др. Хирургическое лечение трудных язв желудка. // Вестник хирургии. 1999. Т.158. №3. С.46-50.
4. Кадиров Д.М., Кодиров Ф.Д., Курбонов Д.М., Кобилов Х.Ш. Хирургическое лечение постбульбарных язв, осложненных стенозом. // Хирургия. Журнал им.Н.И.Пирогова. 2010; (5):42-46.
5. Морозов С.В., Полуэктов В.Л., Добровольский А.И., Долгих В.Т. Возможности профилактики острого панкреатита при резекции желудка по поводу «трудных» осложненных язв двенадцатиперстной кишки. // Вестник хирургии. 2009. №4. С. 57-62.
6. Шепетко Е.Н., Фомин П.Д., Заплавский А.В. и др. Тактика и результаты хирургического лечения осложненных постбульбарных и юкстакапиллярных язв. // Хирургия Украши. 2006;2: 34-35.
7. Синиченко Г.Н. Способ укрытия «трудной» культи двенадцатиперстной кишки при резекции желудка // Хирургия-2005. -№11. -С.37-41.

Поступила 09.08.2022