



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

12(50)2022

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
С.И. ИСМОИЛОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал

*Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

12 (50)

2022

декабрь



Received: 20.11.2022
Accepted: 29.11.2022
Published: 20.12.2022

УДК 616.33/.342-002.44-089

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОМБИНИРОВАННЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Турсуметов А.А., Аскарлов Т.А., Жафаров Х.М., Дехканов К.А.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

✓ Резюме

В статье представлены результаты диагностики и хирургического лечения 354 больных с сочетанных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Сочетанные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки характеризуются агрессивным течением, частыми обострениями, склонностью к хирургическим осложнениям и резистентностью к консервативному лечению. Показано, что рентгено-эндоскопические исследования имеют свои особенности и при этом требуется неукоснительное соблюдение некоторых правил и приемов исследований желудка и двенадцатиперстной кишки. Операцией выбора при сочетанных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки является радикальное удаление язвы желудка, как правило, выполняемая атипично.

Ключевые слова: Хирургическое лечение комбинированных язв желудка и двенадцатиперстной кишки, результаты диагностики, резистентность к консервативному лечению.

ОШҚОЗОН ВА ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАКНИНГ КОМБИНАЦИЯЛАШГАН ЯРАЛАРИНИ ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШ

Турсуметов А.А., Аскарлов Т.А., Жафаров Х.М., Дехканов К.А.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

✓ Резюме

Мақолада меъда ярасининг II - тури бўлган, яъни меъда ва ўн икки бармоқли ичакда яралар жуфт келган (бир беморда ҳам меъдада, ҳам ўн икки бармоқ ичакда) 354 беморнинг тасҳишлари ва хирургик даволаш тажрибаси келтирилган бўлиб, яраининг бу тури агрессив кечиши, хуружларнинг кўплиги, хирургик асорталар нисбатан кўп учраши ва консерватив даволашнинг самарасизлиги аниқланган. Бу турдаги беморларда рентген ва эндоскопик текширувларнинг ўзига хос хусусиятлари мавжуд эканлиги таъкидланган ва маълум қоидаларга амал қилиш тавсия этилади. меъда ва ўн икки бармоқли ичакда яралар жуфт келганда меъда резекцияси кўп ҳолларда атипик бажарилади.

Калит сўзлар: Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг қўшма яраларини жарроҳлик йўли билан даволаш, диагностика натижалари, консерватив давога резистентлик.

SURGICAL TREATMENT OF COMBINED GASTRIC AND DUODENAL ULCERS

Tursumetov A.A., Askarov T.A., Jafarov Kh.M., Dekhkanov K.A.

Tashkent Pediatric Medical Institute

✓ Resume

The article presents the results of diagnosis and surgical treatment of 354 patients with combined gastric and duodenal ulcers. Combined gastric and duodenal ulcers are characterized by an aggressive course, frequent exacerbations, a tendency to surgical complications and resistance to conservative treatment. It is shown that X-ray endoscopic examinations have their own characteristics and require strict adherence to certain rules and techniques for studying the stomach and duodenum. The operation of choice for combined gastric and duodenal ulcers is the radical removal of the gastric ulcer, usually performed atypically.

Key words: *Surgical treatment of combined gastric and duodenal ulcers, diagnostic results, resistance to conservative treatment.*

Актуальность

Язвенная болезнь относится к числу наиболее распространенных заболеваний внутренних органов, и среди взрослого населения она встречается в 7 – 12 % наблюдений [1; 2; 3].

Язвы желудка II типа (Johnson H.D., 1965) или комбинированные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки составляют в структуре язвенных поражений желудка около 25% [7]. Известно, что основными методами диагностики язв желудка и двенадцатиперстной кишки остаются рентгенологические и эндоскопические [5]. Следует отметить, что особенности рентгено-эндоскопической диагностики и их возможности при язвах желудка II типа сообщались в единичных исследованиях [8].

Многие авторы отмечают агрессивность течения комбинированных язв, частые обострения, склонность к хирургическим осложнениям (кровотечения, стеноз, перфорация), резистентность к консервативному лечению, что определяет показания к раннему оперативному лечению [4; 8].

Несмотря на совершенствование техники оперативных вмешательств, частота послеоперационных осложнений остается довольно высокой (13-30%) и не имеет тенденции к снижению [3; 4]. До сих пор нет аргументированных критериев как выбора метода резекции желудка, так и различных органосохраняющих операций [3].

Цель исследования: улучшить диагностику и тактику хирургического лечения больных язвами желудка II типа.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находилось на лечении по поводу комбинированных язв желудка и двенадцатиперстной кишки 354 больных в возрасте от 18 до 77 лет. Наличие язв желудка II типа устанавливали с помощью эндоскопического и рентгенологического исследований. Однако, учитывая невысокую информативность этих методов, критерием отбора больных была верификация интраоперационных данных. Только во время операции была возможность точно установить наличие, правильную локализацию, размеры язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Таким образом, верификация язв основана на данных операционных находок, специальных методов гистологического исследования язвенного субстрата. Рентгенологическое и эндоскопическое заключения считали «полными» при соответствии их с интраоперационными находками, и «неполными», если не совпадали локализация, размеры, число желудочных язв и язв двенадцатиперстной кишки. Общее число больных с комбинированными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки (язвы желудка II типа) ко всем оперированным было 4,2%, в том числе с желудочными – 23,3% и дуоденальными – 4,3%.

Существенными различиями язв желудка, комбинированных с язвами двенадцатиперстной кишки, было наличие или отсутствие рентгенологических признаков стенозирования дуоденальных язв. Это позволило нам всех пациентов разделить на 2 группы: язва желудка сочеталась с дуоденальными язвами без стенозирования, которых мы обозначили как язвы желудка II А- типа, а язвы желудка, комбинированные с дуоденальными язвами со стенозированием как язвы желудка II Б- типа. Больных с язвами желудка II А- типа было 116 (мужчин - 94, женщин - 22), средний возраст – $46,6 \pm 1,7$ лет, средняя длительность анамнеза – $6,6 \pm 1,3$ лет. Больные с язвами II Б- типа – 238 (мужчин - 187, женщин – 51), средний возраст – $47,9 \pm 0,7$ лет, средняя длительность язвенного анамнеза – $11,1 \pm 0,6$ лет. Отсутствие четких критериев, характеризующих особенности язв желудка II типа, дало основание включить в работу 2 группы сравнения. Первая была представлена 102

пациентами (мужчин-69, женщин-33), средний возраст - $51,4 \pm 1,1$ лет. Длительность язвенного анамнеза - $4,2 \pm 1,6$ лет; с язвами желудка I типа (Johnson H.D., 1965), или истинными интермедияльными. Удельный вес язв желудка I типа, по нашим клиническим данным составил 63%, а язв III типа - 10%. Вторую группу сравнения составили 115 пациентов с так называемыми «обычными», или типичными дуоденальными язвами, т.е. луковичной локализации и размерами до 1 см в диаметре. Мужчин было 93, женщин-22, средний возраст - $43,5 \pm 4,7$ лет, средняя длительность язвенного анамнеза $12,3 \pm 2,7$ лет.

С целью более углубленного изучения особенностей язвами желудка II типа использовали не только общеклинические (анализы крови, мочи, ЭКГ, изучение секреторной, моторно-эвакуаторной функции желудка, рентгенологические, эндоскопические исследования) но и специальные (морфологические, микробиологические) методы исследования.

Результат и обсуждение

Нами изучены особенности рентгено - эндоскопической диагностики язв желудка II типа, т.е. комбинированных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. В основу нашего исследования положена сравнительная оценка данных операционной верификации с результатами дооперационного рентгенологического и эндоскопического обследований больных язвами желудка II типа.

Результаты комплексного обследования с операционной верификацией позволили установить высокий процент (32,8%) «трудных», «атипичных» форм язв желудка (гигантские, «высокие», множественные и их сочетание), стенозирующих язв двенадцатиперстной кишки (67,2%) у больных с комбинированными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки.

«Полный» диагноз рентгенологически был установлен лишь у половины пациентов с язвами II типа (речь идет о локализации язв в желудке). Он был ниже при «трудных» язвах желудка (табл. 1).

Таблица 1

Частота «полных» совпадений рентгенологических заключений с данными операционной верификации «трудных» и типичных язв при комбинированных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки

Группы больных с язвами II типа	Обследовано	Рентгенологическое заключение	
		«полное»	«неполное»
«Трудные» язвы	96	42 - 43,8 %	54 - 56,2 %
«Типичные» язвы	221	131 - 59,3 %	90 - 40,7 %
Итого	317	173 - 54,6 %	144 - 45,4 %

Как видно из таблицы 2, «полный» диагноз эндоскопический был установлен у 75,7% больных с язвами желудка II типа, а при «трудных» язвах этот показатель был ниже (71,9%). Выявлена определенная зависимость частоты «неполных» рентгенологических и эндоскопических заключений от наличия или отсутствия выраженной рубцово-язвенной деформаций ДПК, т.е. эктазии желудка, гастростаза.

Таблица 2

Частота «полных» совпадений эндоскопических заключений с данными операционной верификации «трудных» и типичных язв желудка при комбинированных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки

Группы больных с язвами II типа	Обследовано	Эндоскопическое заключение	
		«полное»	«неполное»
«Трудные» язвы	96*	69 - 71,9 %	22 - 22,9 %
«Типичные» язвы	221**	171 - 77,4 %	39 - 17,6 %
Итого	317	240 - 75,7 %	61 - 19,2 %

Примечание:

* - в 5 случаях при ЭГДФС язва желудка не диагностирована.

** - в 16 случаях при ЭГДФС язва желудка не диагностирована.

Значительные трудности возникали при рентгенологическом обследовании больных с «трудными» язвами II типа, существующими на фоне стенозирующих язв ДПК, где совпадение диагноза составило лишь в 36,4% случаев.

В таблице 3 представлены данные совпадений эндоскопических заключений с данными операционной верификации.

Таблица 3

Частота «полных» совпадений эндоскопических заключений с данными операционной верификации «трудных» язв желудка при комбинированных язв желудка и двенадцатиперстной кишки

«Трудные» язвы желудка II типа	Обследовано	Эндоскопическое заключение	
		«полное»	«неполное»
Без стенозирования язв ДПК	30	25 - 83,3 %	5 - 16,7 %
Стенозирование язв ДПК	66*	44 - 66,6 %	17 - 25,8 %
Итого	96	69 - 71,9 %	22 - 21,9 %

Примечание: * - в 5 случаях ЯЖ не выявлена.

Так при наличии стенозирования «полный» диагноз установлен в 66,6% случаев. Особенно низкими оказались по известным причинам возможности диагностики при наличии суб- и декомпенсированного стенозов. По данным рентгенологического обследования 317 больных с язвами II типа у 255 из них (71%) выявлены различной степени стенозирование язв двенадцатиперстной кишки, а у 92 (29%) нарушения эвакуации из желудка не выявлено, как выше было представлено основой для выделения двух групп больных с язвами желудка ПА типа и ПБ типа*. По степени стенозирования больные с язвами желудка ПБ типа были распределены следующим образом: компенсированный стеноз – 27%, субкомпенсированный – 45%, декомпенсированный – 28%. Таким образом, у большинства из них (73%) были значительные нарушения эвакуации из желудка, гастростаз на почве рубцовоязвенной деформации луковицы или постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки. Данное обстоятельство обусловило несоответствие рентгенологических и эндоскопических данных с результатами операционных находок. Второе обстоятельство, которое нельзя было не учитывать при проведении клинико-рентгенологических и эндоскопических параллелей, заключается в том, что, в ряде случаев встречались, так называемые, «трудные» язвы, т.е. гигантские (более 3 см в диаметре); множественные и «высокие».

Нами изучены особенности типологических характеристик язв желудка II типа. Для чего проведена сравнительная оценка критериев, совокупность которых позволяет оценить особенности язв желудка II типа и их отличие от таковых при язвах I типа. Отличает язвы желудка II типа от язв I типа значительное число их пенетраций, как дуоденальных (66%), так и самих желудочных (34,7%). Следует отметить, что злокачественная трансформация язв желудка чаще (8,8%) 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 способе хирургического вмешательства.

Существенные различия были выявлены в зависимости от локализации комбинированных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Так при язвах «высокой» локализации (их частота составила 16,9%) наиболее высокой была частота их пенетрации (83,9%), злокачественной трансформации (7,1%) трудных форм (31,3%). В 60,75% случаев они сочетались с язвами двенадцатиперстной кишки, осложненными различной степенью стенозирования.

В 61,3% случаев язвы желудка при комбинированных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки локализовались в средней трети желудка, где пенетрация имело место в 53,2% случаях, стенозирование дуоденальных – 39,4%, а «трудные» формы – в 19,9%.

Хронические язвы желудка при комбинированных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки, локализованные в нижней трети органа (их частота была 21,8%), наиболее часто (80,6%) комбинировались со стенозированием дуоденальных язв, осложненных пенетрацией (61,1%), и злокачественная трансформация имела место в 2,8% случаев. «Трудные» формы желудочных язв встречались реже (12,5%).

В следующем этапе исследования проведена сравнительная оценка типологии язв желудка, комбинируемых с язвами двенадцатиперстной кишки без рентгенологических признаков нарушения эвакуации, т.е. гастростазы (II А- тип), и при значительных эвакуаторных нарушениях, т.е. стенозирующих дуоденальных язвах. Нами установлена высокая частота кровотечений, осложняющих течение язв II А- типа, которая была выше таковой при II Б- типе 1,9 раза. Об особой «агрессивности» такого осложнения, как кровотечение при язвах II А- типа говорит значительный удельный вес операций на «высоте» кровотечения (43,2%), или процент «хирургической активности», т.е. соотношение числа экстренных операций к общему количеству поступивших с этим осложнением больных.

При коротком язвенном анамнезе злокачественная трансформация язв желудка II А типа составила 4,3%, тогда как при II Б- типе она была 1,7%. Пенетрация язв желудка в обеих сравниваемых группах была одинаковой, в то же время — это осложнение при язвах двенадцатиперстной кишки было в 3,5 раз выше, чем при язвах II Б типа.

Таким образом, условное разделение язв желудка II типа является необходимым при решении вопроса выбора лечения в пользу оперативного.

Различия в локализации язв II А и II Б- типов заключалось в том, что язвы II А типа (21,6%) чаще были «высокой» локализации, в то время как II Б –типа реже были «высокими», но чаще (24,8%) располагались в нижней трети желудка.

Среди общего числа 354 больных, оперированных с язвой желудка II типа, в экстренном порядке было прооперировано 23 (мужчин-21, женщин-2, средний возраст $50,9 \pm 1,2$ лет). Они подвергались операции на «высоте» продолжающегося кровотечения (11) и его рецидиве (12).

Всего с клиникой кровотечения было госпитализировано 76 человек (мужчин-63, женщин-13) средний возраст - $48,1 \pm 1,5$ лет; его активность была следующей: FIA-4; FIB- 8; FIIA -60; FIIB – 4. В 23 случаях проводимый комплекс консервативной терапии оказался неэффективным, что и обусловило необходимость экстренной операции. Другими словами, «хирургическая» активность в этой группе составила 30,3%, а удельный вес рецидивов кровотечения среди экстренно оперированных у 55,2% больных, т.е. у каждого второго. Эти показатели значительно превышают таковые при язве I типа и свидетельствуют об особой агрессивности заболевания.

Кроме того, необходимо отметить более высокий средний возраст ($49,8 \pm 1,3$ лет) в этой группе лиц большое число «трудных» форм язв желудка (39,1%), а именно; гигантских(5), множественных(2) и «высоких» (2).

Совокупность выше перечисленных данных (рецидив кровотечения-55,2%) служит веским аргументом в пользу раннего хирургического лечения больных с кровотечением из язв II типа и отказе от длительной консервативной терапии.

С учетом данных экстренной эндоскопии, операционной верификации (локализация язв, размеры, их число, наличие дуоденальных язв) мы стремились к радикальному удалению язвы, основного источника кровотечения (из 23 случаев в 20 источником кровотечения были именно язвы желудка).

Вместе с тем, не всегда было возможным выполнение дистальной резекции желудка в классическом объеме (всего 8), и в большинстве случаев проводились атипичные резекции органа (лестничные-11; проксимальные субтотальные -2; дистальные субтотальные-1). Только у одного больного в связи с наличием тяжелых сопутствующих заболеваний операция была ограничена клиновидным иссечением кровоточащей язвы. Послеоперационная летальность составила 13,04% и была обусловлена следующими причинами: кровотечение из варикозно - расширенных вен пищевода у 2 и кровотечение из желудочной язвы у 1.

Обобщая данные хирургического лечения 331 больных, оперированных в плановом порядке (мужчин - 260, женщин - 71, средний возраст $48,1 \pm 1,7$ лет) мы пришли к определенным выводам. По нашим данным, необходимо учитывать, прежде всего, локализацию хронических

язв желудка, их размеры, число, данные прицельной гастробиопсии, степень гастростаза вследствие стенозирования язв двенадцатиперстной кишки, комбинированных с желудочными. Определенное значение имеет также «низкая» локализация дуоденальных язв и их размеры более 2 см в диаметре. По нашему мнению, разработка алгоритма показаний к хирургии этих язв должна строиться, прежде всего, на локализации хронической язвы желудка. В этой связи наиболее удобным на наш взгляд служит определение локализации в трех зонах: верхняя, средняя и нижняя трети. Такое деление мы используем на основании данных акад. А.Ф.Черноусова с соавт. (2004), [9].

В соответствии с представленной схемой язвы желудка локализовались в верхней трети (16,9%); средней (61,3%) и нижней трети (21,8%). Рис. 1.

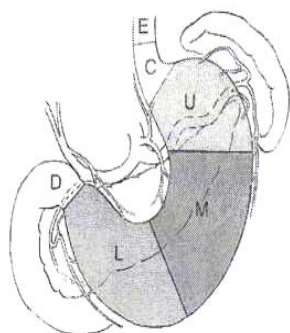


Рисунок 1

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

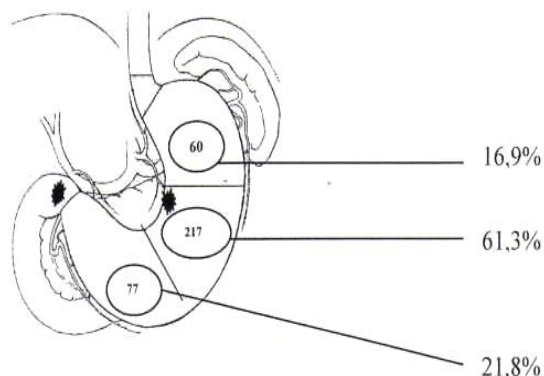


Рисунок 2.

Предлагаемые границы кардии и отделов желудка.

Такое деление желудочных язв по зонам желудка имеет принципиальное значение при выборе способа и объема операции (табл. 4).

Хронические язвы верхней трети желудка, или «высокие», были у 56 больных (16,9%) 6 у 44 мужчин, 12 женщин. Средний возраст – $50,9 \pm 1,4$ лет.

Они характеризуются высокой частотой пенетраций (83,9%); злокачественной трансформации (7,1%). Кроме того, они протекают на фоне стенозирования язв двенадцатиперстной кишки различной степени.

Таблица 4
Характерные различия комбинированных язв желудка и двенадцатиперстной кишки в зависимости от их локализации

Критерии оценки	Локализация язв II типа		
	Верхняя треть (16,9%)	Средняя треть (61,3%)	Нижняя треть (21,8%)
Пенетрация язв желудка	48,2%	26,1%	25%
Стенозирование язв ДПК	60,7%	39,4%	80,6%
Злокачественная трансформация	7,1%	0,98%	2,8%
«Трудные» формы язв желудка	39,3%	19,7%	12,5%
Кровотечение как причина госпитализации	8,3%	5,5%	7,8%
Гиперантровагальный тип секреции	1,7%	5,1%	22,1%

Именно при язвах этой локализации чаще встречаются гигантские, множественные язвы, а также язвы кардии (4), субкардии (20) и в верхней трети (32). 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 операцией 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.

Выводы

1. Частота «полных» совпадений рентгенологических данных с результатами операционной верификации комбинированных язв желудка и двенадцатиперстной кишки не высока и обусловлена рядом объективных и субъективных факторов. В этой связи необходимо полипозиционное рентгенологическое исследование, использование всех известных проекций для получения эвакуации из желудка. Рентгенологическое изучение двенадцатиперстной кишки нельзя ограничивать исследование луковицы. Осмотр постбульбарного отдела и выявление признаков дуоденостаза должны быть неперенным правилом в работе рентгенолога.

2. Выявленные существенные различия между комбинированными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, протекающими на фоне гастростаза (стенозирование дуоденальных язв) и без него, позволяют четко разграничить их на две группы, что имеет значение при выборе способа хирургического лечения.

3. Выбор способа хирургического лечения комбинированных язв желудка и двенадцатиперстной кишки должен быть основан на совокупности критериев их типологии: локализации, размерах, числе язв, наличии «трудных» форм язв, пенетраций, признаках злокачественной трансформации. Разработка алгоритма показаний к хирургии этих язв должна строиться, прежде всего, на локализации хронической язвы желудка. В этой связи наиболее практически удобным служит определение локализации в трех зонах: верхняя, средняя и нижняя трети.

4. При выборе реконструктивного этапа радикального удаления язвы при комбинированных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки необходимо руководствоваться стремлением к сохранению естественного пассажа по двенадцатиперстной кишке, что возможно наложением прямого или одного из вариантов терминолатерального анастомоза.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Афендулов С.А., Журавлев Г.Ю., Смирнов А.Д. Стратегия хирургического лечения язвенной болезни //Хирургия. - Москва, 2006. - № 5.-С. 26-30.
2. Бородач А.В. Современная концепция язвенной болезни: насколько она обоснована //Хирургия.- Москва, 2017.- №10.- С.38-42.
3. Турсуметов А.А. Пути оптимизации хирургического лечения сочетанных и вторичных язв желудка. /Автореф. дисс. ... докт. мед. наук.-2009, 30 С.
4. Черноусов А.Ф., Поликарпов С.А., Черноусов Ф.А. Хирургия рака желудка. - /М.: Изд. «АТ», 2004. - С. 560.
5. Ширинов З.Т., Салихов Я.С., Ф.С. Курбанов. Диагностика и хирургическое лечение язв проксимального отдела желудка //Хирургия. - Москва, 2014. - № 10. - С. 20-23.к
6. Camprodon R.A. Al-Ghnaniem R., Camprodon R. Transgastric surgery for posterior ju intracardial ulcers: a minimal and safe approach //Arch. Surg. - 2003. - у. 138, № 7. - P. 757-761.
7. Johnson H.D. The classification and principles of treatment of gastric ulcers //Gastroenterology 1957. - у. 33. - P. 121-123.
8. Soll A.H., Graham D.Y. The peptic ulcer disease //In: The Textbook of gastroenterology, 5th ed (ed. By Yamada), Blackwell Publishing 2009.- 3. 936-981.

Поступила 20.11.2022