

УДК 616.342-002.44-06-089

Турсунов Ботиржон Кодирович, доцент

Кафедра хирургии и урологии

Андижанский государственный медицинский институт

СОЧЕТАННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ИХ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Резюме: Осложнения язвы двенадцатиперстной кишки в виде сочетания стеноза кишки, кровотечения, перфорации и их хирургическое лечение остаются нерешенной проблемой. В этих случаях пока не существует согласованной лечебной тактики, в результате чего нередко выполняются неадекватные операции, и летальность среди таких больных достигает 34-50% .

Мы попытались на своем опыте изучения данной проблемы сформулировать принципы лечения сочетанных язвенных осложнений.

Ключевые слова: язва, перфорация, осложнения, двенадцатиперстная кишка.

Tursunov Botirjon Kodirovich, associate professor

Department of Surgery and Urology

Andijan State Medical Institute

COMBINED COMPLICATIONS OF DUAL ULTRA AND THEIR SURGICAL TREATMENT

Resume: Complications of duodenal ulcers in the form of a combination of bowel stenosis, bleeding, perforation and their surgical treatment remain an unsolved problem. In these cases, there is still no agreed treatment tactics, as a result of which inadequate operations are often performed, and the mortality rate among such patients reaches 34-50% .

We tried to formulate the principles of treatment of combined ulcerative complications based on our experience of studying this problem.

Key words: ulcer, perforation, complications, duodenum.

Актуальность. В современной литературе проблеме хирургического лечения больных с сочетанными осложнениями хронической дуоденальной язвы уделено недостаточно внимания. Тем не менее эти осложнения являются наиболее опасными в хирургической гастроэнтерологии[2,6].

По наблюдениям ряда авторов, гастродуоденальные язвы осложняются стенозом у 8,1-57,3% больных, из этого количества 52,0-71,5% пациентов одновременно страдают от других язвенных осложнений.

Сочетание пилородуоденального стеноза с кровотечением встречается в 3,4-17,4% случаев, прободением - в 2,6-19,8%, пенетрацией - в 17,2-49,2%, при этом количество больных с сочетанными осложнениями язвенной болезни в настоящее время растёт[5,8].

Течение язвенной болезни при стенозе характеризуется значительными нарушениями водно-электролитного баланса и белковой недостаточностью, усугубляющимися сопутствующими заболеваниями, особенно у лиц пожилого возраста, что обуславливает значительные диагностические трудности при данном заболевании[1,5].

В то же время в литературе имеются немногочисленные сообщения об особенностях клинической картины стенозирующих дуоденальных язв, сочетающихся с кровотечением или перфорацией, а также сочетания перфорации и кровотечения[2,6].

Развитие на фоне язвенного стеноза перфорации или кровотечения ведёт к возникновению синдрома взаимного отягощения, что значительно ухудшает прогноз и исход заболевания[5].

Перфорация, сочетающаяся с желудочно-кишечным кровотечением, является одним из наиболее тяжелых осложнений гастродуоденальных язв. По данным литературы, кровотечение сопутствует прободению язвы в 2,7-

10% случаев. Летальность при этом составляет от 36,5% до 72% среди оперированных больных[4,7].

Столь неблагоприятные результаты лечения связаны главным образом с трудностями диагностики такого сочетания осложнений и неоднозначным подходом хирургов к лечебной тактике, выбору способа и объема оперативного вмешательства. Следует отметить, что лишь отдельные хирурги обладают более или менее значительным опытом лечения этой непростой категории больных.

Летальность при сочетанных осложнениях остаётся высокой и достигает 34%, и тенденции к её снижению в настоящее время не наблюдается. Наибольшую опасность представляют сочетания стеноза с язвенным кровотечением или перфорацией[6].

Недостаточная изученность отдаленных результатов радикальных и паллиативных оперативных вмешательств при сочетанных осложнениях язв двенадцатиперстной кишки, а также значительное несоответствие суждений разных авторов по вопросу о выборе оптимального вида операции у таких больных подчеркивают актуальность цели настоящего исследования.

Цель исследования. На основании комплексного анализа современных способов диагностики и хирургического лечения сочетанных осложнений дуоденальных язв разработать рациональную диагностическую и лечебную программу, принципы выбора наиболее эффективного метода лечения больных с данной патологией.

Материалы и методы исследования. Работа основана на результатах хирургического лечения 145 больных с перфоративной гастродуоденальной язвой. Пациенты оперированы в клинике АГМИ в период с 2019 по 2021 гг. Возраст исследуемых пациентов варьировал от 18 до 65 лет, средний возраст составил $37,7 \pm 15,4$ лет. Больные трудоспособного возраста составили 90%. Среди больных с

перфоративными гастродуodenальными язвами было 16,5% женщин и 83,4% мужчин. Все пациенты поступили в экстренном порядке. По способу оперативного вмешательства больные разделены на две группы: основную и контрольную.

Результаты исследования. При сочетанных осложнениях язвы двенадцатиперстной кишки, когда рубцовый стеноз осложняется перфорацией язвы или кровотечением, ситуация не вписывается в общепринятые принципы хирургической тактики. Ошибочная диагностика в этих случаях достигает 15%, а послеоперационная летальность - 34%. Такие недопустимо негативные результаты объясняются сложностью диагностики и неопределенностью хирургического вмешательства и послеоперационной терапии.

Диагностика стенозирующей язвы двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением или перфорацией, основывается на комплексной оценке симптомов каждого из этих осложнений, а также данных инструментальных и лабораторных методов исследования. Наиболее информативным вспомогательным методом диагностики перфорации является пневмогастрография. Диагностическая эффективность ФГДС в этих случаях оказывается недостаточной из-за рубцовых изменений в пиородуоденальной зоне, не позволяющих в полной мере осмотреть слизистую двенадцатиперстной кишки.

Важным критерием выбора объема хирургического лечения при сочетанных осложнениях гастродуodenальных язв является общее состояние больного, определяемое возрастом, степенью стеноза двенадцатиперстной кишки, тяжестью кровопотери и перитонита.

При хронической язве двенадцатиперстной кишки, осложненной одновременно рубцовым ее стенозом и кровотечением, эндоскопический гемостаз чаще всего оказывается неэффективным из-за недосыгаемости

язвенного кратера. В этих случаях необходимо склоняться к более активной хирургической тактике.

Использование стволовой поддиафрагмальной ваготомии с дренирующими желудок вмешательствами у больных перфоративными и кровоточащими язвами двенадцатиперстной кишки, сочетающимися с ее стенозом, приводит к подавлению кислотно-пептической активности желудочной секреции. При этом важная роль принадлежит адекватной дренирующей желудок операции. Наиболее выгодной из них в таких случаях является пилоропластика по Финнею, которая обеспечивает опорожнение желудка, хороший обзор двенадцатиперстной кишки и надежное прошивание не только кровоточащей "зеркальной язвы" задней стенки луковицы, но и, особенно важно, при ее залуковичной локализации, что бывает невыполнимо при пилоропластике по Гейнеке-Микуличу.

Дальнейшее сколько-нибудь существенное улучшение результатов оперативного лечения больных с сочетанными осложнениями язвы двенадцатиперстной кишки невозможно без инфузионно-трансфузионной терапии, направленной на коррекцию постгеморрагической гипоксии и нарушений гомеостаза, а также без комплексной противо-язвенной терапии.

Рациональная антибиотикотерапия и гемостатическое противорецидивное лечение, проводимые с первых часов поступления таких больных в стационар, снижают частоту инфекционных осложнений более чем в два раза и сводят к минимуму число рецидивов кровотечения в раннем послеоперационном периоде.

Вывод. Разработанная техника выполнения резекции желудка в условиях трудной язвы двенадцатиперстной кишки позволяет минимизировать вероятность несостоятельности швов двенадцатиперстной кишки и значительно улучшить непосредственные результаты оперативного лечения осложненной язвенной болезни. Показана

необходимость дифференцированного подхода к выбору метода оперативного лечения постбульбарных язв, в зависимости от степени вовлечения в периульцерозный процесс большого дуоденального сосочка.

На основании изучения качества жизни и исследования функции основных адаптивных систем организма, доказана эффективность трубковид-ной резекции желудка по сравнению с другими методиками в плане отдаленных результатов.

Показаны преимущества и недостатки использования наиболее распространенных опросников качества жизни - GSRS и SF-36 для оценки отдаленных результатов операций на желудке и двенадцатиперстной кишке. Разработан специальный опросник КОЛЕДЖ, позволяющий с высокой чувствительностью выявлять болезни оперированного желудка и проводить сравнительный анализ эффективности различных хирургических вмешательств по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Совершенствование оперативной техники и оптимизация хирургической тактики при выполнении радикальных операций по поводу трудной язвы позволили снизить частоту и тяжесть ранних и поздних послеоперационных осложнений, что в целом, позволило улучшить результаты хирургического лечения и качество жизни пациентов с осложненным течением язвенной болезни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абдуллаев С.А., Исмоилов О.И., Мизамов Ф.О., Шоназаров И.Ш. Диагностика и хирургическое лечение гастродуоденальных кровотечений // Все-рос. конференция хирургов: Материалы конференции. - Саратов, 2013. - С. 94.
2. Ефименко Н.А., Брюсов П.Г., Перегудов С.И., Шафалинов В.А. Хирургическое лечение перфоративных гастродуоденальных язв у лиц молодого возраста // Воен.-мед. журн. 2010. - Т. 321, № 7. - С. 24-29.

3. Курыгин А.А., Перегудов С.И., Синенченко Г.И. Хирургическое лечение больных старых возрастов с перфоративными гастродуоденальными язвами // Експериментальна і клінична медицина. 2014. - № 3. - С. 146-149.
4. Тимергалин И.В. Клинико-физиологическое обоснование выбора оперативного вмешательства при язве двенадцатиперстной кишки, осложненной суб- и декомпенсированным стенозом: Дис. . канд. мед. наук. СПб, 2016. - 141 с.
5. Feliciano D.V. Do perforated duodenal ulcers need an acid-decreasing surgical procedure that omeprazole is available? // Surg. Clin. North. Amer. 2012. -Vol. 72, № 2. - P. 369-380.
6. Marshall C., Ramaswamy P., Bergin F.G. et al. Evaluation of a protocol for the non-operative management of perforated peptic ulcer // Brit. J. Surg. 2009. -Vol. 86, № 1.-P. 131-134.
7. Tsugawa K., Koyanagi N., Hashizume M. et al. The therapeutic strategies in performing emergency surgery for gastroduodenal ulcer perforation in 130 patients over 70 years of age // Hepatogastroenterology. 2011. - Vol. 48, № 37. -P. 156-162.
8. Winkeltau G. Die chirurgische Therapie in Behandlungskonzept der Ulkuskrankheit // Leber, Magen, Darm. 2018. - Vol. 5, № 18. - S. 229-234.