

Эгамов С.Ш.

Кафедра хирургические болезни

Андижанский государственный медицинский институт

**СЛОЖНЫЕ РАНЕНИЯ В ХИРУРГИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

Резюме: Статья посвящена хирургическому лечению одной из актуальных проблем комплексной хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки – перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки. В статье подробно описаны современные методы хирургического лечения перфоративных язв двенадцатиперстной кишки, показания к их выполнению и особенности техники оперативных вмешательств. Впервые была проведена их комплексная сравнительная оценка на основе изучения клинической, социальной и экономической эффективности.

Подробно описаны характер и частота внутри- и экстрадуоденальных моррофункциональных изменений, сочетанных язвенных осложнений и поражений, возникающих при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки, и показана важность интрадуоденальной ревизии в диагностике и профилактике язвенных осложнений после хирургического вмешательства. В статье подробно рассмотрены вопросы фармакотерапии после операций по изолированному хранению органов в двенадцатиперстной кишке, представлена информация о генотипировании *syp2s19* у пациентов со сложными язвами двенадцатиперстной кишки и тактике лечения пациентов в зависимости от типа метаболизма ингибиторов протонной помпы. Впервые представлены данные о комплексной оценке электрофизиологических параметров перистальтики желудочно-кишечного тракта с использованием периферической электрографии после различных органосохраняющих

хирургических вмешательств у пациентов с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки.

Ключевые слова: язва желудка, сложная ранения, двенадцатиперстная кишка.

Egamov S.Sh.

Department of Surgical Diseases

Andijan State Medical Institute

COMPLEX WOUNDS IN DUODENAL ULCER SURGERY

Resume: The article is devoted to the surgical treatment of one of the urgent problems of complex surgery of peptic ulcer of the stomach and duodenum – perforated duodenal ulcer. The article describes in detail modern methods of surgical treatment of perforated duodenal ulcers, indications for their implementation and features of the technique of surgical interventions. For the first time, their comprehensive comparative assessment was carried out based on the study of clinical, social and economic effectiveness.

The nature and frequency of intra- and extraduodenal morphofunctional changes, combined ulcerative complications and lesions arising from perforated duodenal ulcer are described in detail, and the importance of intraduodenal revision in the diagnosis and prevention of ulcerative complications after surgery is shown. The article discusses in detail the issues of pharmacotherapy after operations for isolated storage of organs in the duodenum, provides information on the genotyping of *syp2s19* in patients with complex duodenal ulcers and treatment tactics of patients depending on the type of metabolism of proton pump inhibitors. For the first time, data on a comprehensive assessment of the electrophysiological parameters of gastrointestinal peristalsis using peripheral electrogastroenterography after various organ-preserving surgical interventions in patients with perforated duodenal ulcer are presented.

Keywords: gastric ulcer, complex wound, duodenum.4

Актуальность. Язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК) являются одними из наиболее распространённых заболеваний среди населения РФ. Ежегодно на учете находятся около 3 млн больных, из которых каждый 10-й оперирован. В экономически развитых странах этим заболеванием страдают в течение жизни 10–15 % населения [3,7]. По мнению ведущих гастроэнтерологов мира, язвенная болезнь (ЯБ) является национальной проблемой [8]. Частота перфораций гастродуodenальных язв составляет 10–15 %, при этом у 0,6–5,5 % больных имеют место повторные перфорации [2]. По данным Ю.М. Панцырева [5] и А.В. Ткачёва [284], перфорации язв стали встречаться чаще, чем стенозы, приближаясь по частоте развития к кровотечениям. ПЯ продолжает занимать ведущие позиции в структуре летальности при ЯБ ДПК. Количество операций при этом осложнении на протяжении последних десятилетий держится на уровне 7,5–13,0 на 100 000 человек, а летальность, снизившаяся к 50-м годам прошлого века, уже многие годы составляет от 5 до 17,9 %. Несмотря на более чем вековую историю хирургии перфоративной язвы (ПЯ) ДПК, результаты её оперативного лечения не могут быть признаны удовлетворительными. До настоящего времени не решён окончательно вопрос о выборе наиболее оптимального метода хирургического лечения больных ПЯ ДПК [6].

На протяжении многих лет изучение язвенной болезни остается актуальной проблемой современной медицины. В структуре заболеваемости и смертности в России в 1999 году (исключая онкологию и травмы) болезни органов пищеварения занимали 3-е место после болезней сердечно-сосудистой системы и органов дыхания. По данным многих авторов [3], в среднем около 15-18% населения России смрадают язвенной болезнью желудка или двенадцатиперстной кишки. Легальность при

развитии осложнений этого заболевания остается стабильно высокой и колеблется на уровне 10-14% [9]

В литературе имеется крайне ограниченное число публикаций, рассматривающих влияние отдельных факторов на снижение риска операционных вмешательств у больных старшей возрастной группы [8]. Каждый из указанных авторов старался изобрести свою классификацию операционно-анестезиологического риска. К сожалению, большинство этих классификаций носят субъективный характер, поэтому тактических подход к лечению больных пожилого и старческого возраста с осложнениями язвенной болезни существенно отличается в разных клиниках. В то же время доказано, что как «минимализация», так и увеличение объема операций возрастной группе нередко приводят к увеличению летальности [1].

Рост числа больных пожилого возраста с язвенной болезнью и её осложнениями, увеличение в структуре заболевания язв больших и гигантских размеров, длительные сроки рубцевания представляют серьезную проблему для выбора метода лечения как хирургического, так и консервативного [4]

Несмотря на последние разработки в области медицинских технологий постоянное совершенствование методов функциональной диагностики, алгоритм обследования пациентов с язвенной болезнью чайте всего включает лишь такие традиционные методы, как рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки с барием и эзофагогастродуоденоскопию. Это позволяет обнаружить язву, но не дает возможности определить причину язвообразования и индивидуализировать метод лечения в каждом конкретном случае.

В результате такого подхода больные лечатся по стандартной схеме [10], принятой в той или иной клинике, а показанием для оперативного

лечения являются лишь угрожающие жизни осложнения. Это приводит к росту экстренных операций и уменьшению количества больных, оперируемых в плановом порядке.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения пострадавших с закрытыми повреждениями 12 п.к. путем усовершенствования существующих и разработки новых методов профилактики и лечения пациентов с закрытыми повреждениями 12 п.к.

Материалы и методы исследования. За период с 2023 по 2024 год в отделении хирургии клинике АГМИ оперированы 15 пострадавших с повреждениями 12 п.к. Изолированные повреждения 12 п.к. наблюдались в 8 случаях, сочетание травмы 12 п.к. с разрывом печени — в 3, с повреждением желудка одном и травмой поджелудочной железы — в 3.

Все пациенты были лицами трудоспособного возраста (от 22 до 54 лет), мужчин 12, женщин — 3. Восемь пострадавших были доставлены в первые 6 часов с момента получения травмы, 5 — поступили от 6 до 12 часов, 2 — доставлены в приемное отделение спустя 12 часов с момента получения травмы.

Диагностическая программа прежде всего начиналась с изучения клинико-объективных данных. У 12 пострадавших состояние при поступлении было тяжелое, 3 — доставлены в крайне тяжелом состоянии. В 3 случаях преобладала картина внутрибрюшного кровотечения, у 4 пострадавших выявлен распространенный перитонит. Наиболее тяжелыми в диагностическом плане представляются пострадавшие с повреждением забрюшинной части 12 п.к. При забрюшинном разрыве стенки кишки, когда брюшина над местом разрыва сохранена и дуоденальное содержимое поступает в забрюшинное пространство, клиническая картина стерта. Симптомы перитонита в первые часы после травмы отсутствуют. Боли носят неопределенный характер, локализуются чаще в правой половине

живота, правом подреберье и поясничной области справа. Отсутствие напряжения мышц передней брюшной стенки, при нечетко локализованных болях в животе, требует активного диагностического поиска. По мере распространения содергимого 12 п.к. и крови по забрюшинному пространству, вдоль правой поясничной мышцы и по правому латеральному каналу боли усиливаются. Появляются общая слабость, жажда, тошнота, иногда рвота с примесью крови. Отмечается бледность кожных покровов, заторможенность или, наоборот, возбуждение. Нарастает тахикардия, повышается количество лейкоцитов в периферической крови. Состояние больного позволяет предположить более тяжелое повреждение, чем ушиб передней брюшной стенки.

Позже, когда содергимое 12 п.к., обладающее способностью вызывать некроз окружающих тканей, проникает в свободную брюшную полость, симптомы внутрибрюшной катастрофы становятся очевидными. Быстрота и степень нарастания этих симптомов зависят от величины разрыва кишки, степени наполнения ее в момент травмы, скорости распространения содергимого в забрюшинном пространстве и проникновения его в брюшную полость. Симптомы раздражения брюшины могут появиться через 8-16 ч. Жидкое содергимое и газ при забрюшинном разрыве 12 п.к. распространяются в забрюшинном пространстве вдоль правой поясничной мышцы и по правому боковому каналу. Боли, которые при этом появляются, могут симулировать клиническую картину повреждения правой почки. Разрыв забрюшинной части 12 п.к. был выявлен у 11 пациентов.

Вывод. Диагностика повреждений 12 п.к. должна носить комплексный характер, включая оценку клинико-объективных данных, результатов инструментальных методов исследования. Наиболее

информационными методами диагностики являются УЗИ, КТ брюшной полости, забрюшинного пространства с контрастированием.

Пострадавшим, поступившим в первые 6 часов с момента получения травмы, при разрывах в супрапапиллярной части 12 п.к. не более 1,5 см, предпочтительнее ограничиваться ушиванием дефекта 12 п.к. двухрядными узловыми швами. При повреждениях кишки более 2 см, после ушивания ее дефекта, с целью декомпрессии и профилактики несостоятельности швов, дополнительно формировать дуоденоюноанастомоз по типу «бок в бок» с брауновским соусьем или на выключенной по Ру петле.

При поступлении пациентов позже 6 часов с момента получения травмы, выполняется выключение 12 п.к. из пассажа в сочетании с гастроэнтероанастомозом по Вельфлеру – Брауну.

Обязательным условием при выполнении оперативного вмешательства является широкое дренирование забрюшинного пространства, продленная назодуоденальная — юнальнальная интубация.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

2. Абакумов М.М., Лебедев Н.В., Малярчук В.И. Диагностика и лечение повреждений живота // Хирургия. — 2001. — № 6. — С. 24-28.
2. Иванов П.А., Гришин А.В., Корнеев Д.А. и др. Повреждения органов панкреатодуоденальной зоны // Хирургия. — 2003. — № 12. — С. 39-43.
3. Красильников Д.М., Фатхутдинов И.М., Шайхутдинов Р.Р. Хирургическая тактика при закрытых повреждениях кишечника // Казанский медицинский журнал. — 2000. — Т. 81, № 5. — С. 405-406.
4. Михайлов А.П., Сигуа Б.В., Данилов А.М. и др. Повреждения двенадцатиперстной кишки (Клиника, диагностика, лечение) // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. — 2007. — № 6. — С. 36-40.

5. Сигуа Б.В. Диагностика и лечение повреждений двенадцатиперстной кишки: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Санкт-Петербург, 2008. — 16 с.

6. Черкасов М.Ф., Юсков В.Н., Ситников В.Н., и др. Повреждения живота при множественной и сочетанной травме. — М.: Ростов-на-Дону, 2005. — 132 с.

7. Aherne N.J., Kavanagh E.G., Condon E.T. et al. Duodenal perforation after a blunt abdominal sporting injuri: the importance of early diagnosis // J. Trauma. — 2003. — Vol. 54, № 4. — P. 791-794.

8. Carrillo E.H., Richardson J.D., Miller F.B. Evolution in the management of duodenal injuries // J Trauma. — 1996. — № 40. — P. 1037-1046.

9. Lopez P.P., Benjamin R., Cockburn M. et al. Recent trends in the management of combined pancreatoduodenal injuries // Am Surg. — 2005. — № 71. — P. 847-852.

10. Velmahos G.C. Complex repair for the management of duodenal injury // Am.Surg. — 1999. — Vol. 65, № 10. — P. 972-975.