

УДК 616.33-002.44-001.1-089

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Г.Н.Райимов¹, И.Х. Отабоев², Б.Т.Хасанов²

1-д.м.н., зав. Кафедрой Хирургии и клинических дисциплин Central
Asian Medical University, Узбекистан

2-врач хирург Ферганского филиала Республиканского научного
центра экстренной медицинской помощи, Узбекистан

Аннотация. Цель исследования — улучшить результаты хирургического лечения пациентов с острым панкреатитом в условиях ургентного стационара. Проанализированы результаты лечения 103 больных, разделённых на основную группу, где применялись тактика *step-up approach* и принципы *fast-track surgery (ERAS)*, и группу сравнения со стандартной хирургической тактикой. Установлено, что использование минимально инвазивных вмешательств в сочетании с программами ускоренного восстановления приводит к снижению частоты послеоперационных осложнений и летальности, а также к сокращению сроков госпитализации. Полученные данные подтверждают целесообразность внедрения этапной хирургической тактики и принципов ERAS при лечении острого панкреатита.

Ключевые слова: язвенная болезнь, перфорация пиlorодуоденальной язвы, лапароскопические вмешательства.

UDC 616.33-002.44-001.1-089

**A DIFFERENTIATED APPROACH TO THE SURGICAL TREATMENT
OF PERFORATED PYLORODUODENAL ULCERS**

G.N. Rayimov¹, I.Kh. Otaboev², B.T. Khasanov²

¹ Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Surgery and Clinical Disciplines, Central Asian Medical University, Uzbekistan

² Surgeon, Fergana Branch of the Republican Research Center of Emergency Medical Care, Uzbekistan

Abstract. **Objective:** to improve the outcomes of surgical treatment of patients with acute pancreatitis in an emergency hospital setting. The treatment results of 103 patients were analyzed and divided into a main group, in which the *step-up approach* and *fast-track surgery (ERAS)* principles were applied, and a comparison group treated using standard surgical tactics. It was established that the use of minimally invasive interventions in combination with enhanced recovery programs leads to a reduction in postoperative complications and mortality, as well as a shorter length of hospital stay. The obtained data confirm the feasibility of implementing a staged surgical strategy and ERAS principles in the treatment of acute pancreatitis.

Keywords: peptic ulcer disease, perforated pyloroduodenal ulcer, laparoscopic interventions.

Цель работы. Улучшение результатов хирургического лечения больных с перфоративными пилородуodenальными язвами.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты лечения 101 пациента, оперированного по поводу ППДЯ, находившихся на лечении в отделении 1-экстренной абдоминальной хирургии Ферганского филиала РНЦЭМП в период с 2020 по 2025 гг. Для обследования больных применялись общеклинические (периферическая кровь с определением основных показателей, биохимические показатели, коагулограмма), специальные (цитологические, морфологические,

иммуногистохимические) методы лабораторной диагностики, а также инструментальные методы исследования.

Всем пациентам были выполнены ургентные оперативные вмешательства по поводу ППДЯ. При этом 61 (60,4%) больному выполнено ушивание ППДЯ, из них 42 (20,6%) пациентам — лапароскопическим доступом и 19 (18,8%) — открытым традиционным доступом. Иссечение язвы без ваготомии (ВТ) выполнено у 40 (39,6%) больных, из них 14 (13,9%) — лапароскопическим доступом и 26 (25,7%) — традиционным лапаротомным доступом с пилородуоденопластикой.

Результаты исследования и их обсуждение

Лапароскопические вмешательства у 56 (55,4%) больных с перфоративной язвой (ПЯ) ДПК выполнялись при следующих показаниях: сроки перфорации до 12 часов; возраст до 40 лет; отсутствие длительного язвенного анамнеза более 1 года; отсутствие других осложнений ЯБ; отсутствие разлитого и/или гнойного перитонита; отсутствие нарушений витальных функций. При отсутствии каллёзной язвы в области перфорации выполнялось лапароскопическое ушивание перфоративного дефекта; при наличии незначительного каллёзного язвенного процесса в пределах до 12 мм вокруг зоны перфорации выполнялось лапароскопическое иссечение перфоративного дефекта. Дополнительными критериями являлись интраоперационная интрагастральная pH-метрия $>2,0$, локализация ПЯ на передней стенке луковицы ДПК, отсутствие дополнительных язвенных процессов в ДПК и желудке.

Ушивание ПЯ традиционным методом без ВТ у 19 (18,8%) больных выполнялось при сроках перфорации более 12 часов с признаками фибринозно-гнойного перитонита и синдрома эндогенной интоксикации с угрозой или развитием полиорганной недостаточности; возрасте старше 75 лет; наличии тяжёлых осложнений ЯБ (кровотечение, пенетрация в ткань

поджелудочной железы) с нарушением витальных функций; наличием тяжёлой сопутствующей соматической патологии.

Осложнения раннего послеоперационного периода у 8 (7,9%) больных носили общехирургический характер, свойственный операциям на органах брюшной полости. У 27 (26,7%) пациентов послеоперационные осложнения были специфическими и связаны с выполнением расширяющей пилородуоденопластики (ПДП). Среди специфических осложнений раннего послеоперационного периода отмечены гастростаз у 5 (4,9%) пациентов, эрозивный гастродуоденит — у 12 (11,9%), рефлюкс-гастрит — у 8 (7,9%), демпинг-синдром — у 2 (1,9%) больных.

Наибольшее количество послеоперационных осложнений наблюдалось у больных, которым было выполнено ушивание язвы традиционным лапаротомным доступом — 17 (16,8%) случаев, из них общехирургические осложнения составили 6 (5,9%), специфические — 11 (10,9%). У пациентов после иссечения язвы с ПДП без ВТ специфических осложнений было больше — 13 (12,9%), при этом общехирургических осложнений отмечалось значительно меньше. У 2 (1,9%) больных с пенетрирующими язвами развился послеоперационный панкреатит. У пациентов, которым были выполнены лапароскопические вмешательства, в послеоперационном периоде общехирургических осложнений не наблюдалось, а специфические осложнения отмечены лишь в 3 (2,9%) случаях: эзофагогастродуоденит — 1, рефлюкс-гастрит — 2.

Развитие эзофагогастродуоденита (ЭГД) у 5 (4,9%) больных было обусловлено нарушением моторной функции ДПК, у 2 (1,9%) — в сочетании с отсутствием отхождения лигатур в просвет кишки и у 1 (0,9%) — вследствие рубцовой деформации пилородуоденальной зоны. Все пациенты с ЭГД лечились в условиях дневного стационара. Для коррекции нарушений моторики применялись препараты, нормализующие моторику желудка и ДПК (бензогексоний, церукал, реглан, мотилиум, домперидон).

Средняя продолжительность лечения составляла около двух недель. Проведение комплексной противоязвенной терапии с учётом патогенетических механизмов гастродуоденита позволило в 8 (7,9%) случаях добиться полного выздоровления, а в 4 (3,9%) — выраженного положительного эффекта.

Выводы

Лапароскопический метод ушивания перфоративных язв пилородуоденальной зоны сопровождается менее выраженным болевым синдромом, снижением частоты послеоперационных осложнений, летальности и продолжительности госпитализации, что требует более широкого внедрения эндовидеохирургических технологий при данном осложнении язвенной болезни. Успешное решение проблемы послеоперационных осложнений возможно лишь при условии их профилактики и проведения рациональной современной противоязвенной терапии.

Список использованной литературы:

1. Bertleff M.J., Lange J.F. Perforated peptic ulcer disease: a review of history and treatment. *Dig Surg.* 2010;27(3):161–169.
2. Lau J.Y., Sung J., Hill C. et al. Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease. *Gut.* 2011;60(1):114–122.
3. Svanes C. Trends in perforated peptic ulcer: incidence, etiology, treatment, and prognosis. *World J Surg.* 2000;24(3):277–283.
4. Ивашкин В.Т., Маев И.В. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.
5. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия язвенной болезни. — Киев: Здоров'я, 2015.
6. Rayimov, G. N., Tillaboldiyev, A. R., & Saloxiddinov, N. (2022). Actical Errors in Surgical Treatment of Strengthened Abdominal Hernias. *The Peerian Journal*, 5, 130-135.