

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СОЧЕТАННЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Нишанов Ф.Н.*^{*}, Нишанов М.Ф., Хожиметов Д.Ш., Робиддинов Б.С.

Андижанский Государственный медицинский институт, Андижан,
Республика Узбекистан

УДК: 616.342-002.44-06-08-035
DOI: 10.25881/BPNMSC.2018.86.49.009

Резюме. Проанализированы результаты хирургического лечения 307 пациентов с сочетанными осложнениями ЯБДПК.

Больных в зависимости от примененной диагностической и хирургической тактики условно разделили на 2 группы. Первую контрольную группу составили 168 (54,7%) пациентов, которым были выполнены «традиционные» варианты резекции желудка, вторую основную группу составили 139 (45,3%) пациентов, которым были выполнены модифицированные варианты резекции желудка.

Ключевые слова: резекция, язвенная болезнь, двенадцатиперстная кишка, стеноз, пенетрация.

Снижению заболеваемости язвой двенадцатиперстной кишки (ДПК) способствовала возможность для широких слоев населения принимать современное комплексное консервативное лечение как амбулаторно, так и в условиях специализированного стационара, но эти труды, к сожалению, не снижают частоты ее осложнений, требующих хирургического вмешательства. По данным различных авторов количество осложнений язвенной болезни ДПК колеблется от 8 до 15% от общего числа больных с гастродуоденальными язвами [2; 3; 5; 6; 8].

В широком спектре осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖДПК) особенно грозными и недостаточно изученными являются сочетанные осложнения. По данным различных авторов частота сочетанных осложнений колеблется от 25 до 30% от общего числа больных с осложненными гастродуоденальными язвами [1; 4; 7; 9].

Цель исследования

Улучшить непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения пациентов с сочетанными осложнениями язв ДПК путем органосохраняющих операций с применением однорядного шва.

Материалы и методы

На базе кафедры хирургии Андижанского государственного медицинского института по поводу осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) было оперировано 1135 пациентов. Из них 307 пациентов составили больные с сочетанными осложнениями ЯБДПК, которые и вошли в материалы данного исследования.

SURGICAL TACTICS IN COMBINED COMPLICATIONS OF DUODENAL ULCERS

Nishanov F.N.*^{*}, Nishanov M.F., Khozhimetov D.Sh., Robiddinov B.S.

Andijan State Medical Institute The Republic of Uzbekistan

Abstract. The authors analyze the results of the surgical treatment of 307 patients with combined complications of PUD.

Patients were divided into 2 groups depending on the applied diagnostic and surgical tactics. The first control group consisted of 168 (54.7%) patients who underwent "traditional" gastrectomy options, the second main group comprised 139 (45.3%) patients who underwent modified versions of stomach resection.

Keywords: resection, peptic ulcer, duodenum, stenosis, penetration.

Больных в зависимости от примененной диагностической и хирургической тактики условно разделили на 2 группы. Первую контрольную группу составили 168 (54,7%) пациентов, которые были оперированы в первом периоде (1991–1996 гг. включительно). Вторую основную группу составили 139 (45,3%) пациентов, которые были оперированы во втором периоде (2010–2015 гг. включительно). В первой группе больных были выполнены «традиционные» варианты резекции желудка. Пациентам второй группы были выполнены модифицированные варианты резекции желудка.

В контрольной группе мужчин составило 103 (61,3%) больных, женщин – 65 (38,7%), в основной группе мужчин составило 96 (69,1%) больных, женщин – 43 (30,9%).

В исследуемых группах больных 46 (14,9%) составили пациенты молодого возраста 20–44, и большинство 198 (64,5%) составили больные в возрасте от 45 до 59 лет, т.е. в наиболее трудоспособном возрасте.

Длительность язвенного анамнез колебалась от 1 до 21 года и более, в среднем 6,1 лет, причем анамнез более 5 лет отмечен в среднем у 32,9% больных.

Характер и частота сочетанных осложнений язв ДПК у больных исследуемых групп представлены в таблице 1.

В контрольной группе больных сочетанные осложнения кровотечение+стеноз выявлены в 14 (8,4%) случае, кровотечение+пенетрация в ближайшие органы в 17 (10,2%) случае, пенетрация+стеноз в 29 (17,3%) случае, пенетрация+перфорация 44 (26,2%) случае и сочетанные осложнение перфорация+стеноз было выявлено в 56 (33,3%) случаях, пенетрация+перфорация +кровоте-

* e-mail: nmhc@mail.ru

Табл. 1. Характер и частота сочетанных осложнений язв ДПК

Характер сочетанных язв ДПК	Группы больных				Всего	
	Контрольная		Основная		абс	%
	абс	%	абс	%		
Кровотечение+стеноз	14	8,4	12	8,6	26	8,5
Кровотечение+пенетрация	17	10,2	15	10,8	32	10,4
Пенетрация+стеноз	29	17,3	23	16,5	52	16,9
Пенетрация+перфорация	44	26,2	36	25,9	80	26,1
Перфорация+стеноз	56	33,3	49	35,4	105	34,2
Пенетрация+перфорация+кровотечение	5	2,9	3	2,2	8	2,6
Пенетрация+перфорация+кровотечение+стеноз	3	1,8	1	0,7	4	1,3
Всего больных	168	100	139	100	307	100

чение в 5 (2,9%) и пенетрация+перфорация+кровотечение+стеноз было выявлено в 3 (1,8%) случаях.

В основной группе больных сочетанные осложнения кровотечения+стеноз выявлены в 12 (8,6%) случаев, кровотечения+пенетрация в ближайшие органы – в 15 (10,8%) случаях, пенетрация+стеноз – в 23 (16,5%) случаях, пенетрация+перфорация – 36 (25,9%) случаев и сочетанные осложнения перфорация+стеноз были выявлены в 49 (35,4%) случаях, пенетрация+перфорация+кровотечение – в 3 (2,2%) и пенетрация+перфорация+кровотечение+стеноз были выявлены в 1 (0,7%) случаев.

В программу инструментального обследования больных до операции входило выполнение эзофагогастродуоденоскопии (эндоскоп фирмы PENTAX OS-A79), рентгенконтрастного и ультразвукового исследования. Из лабораторных исследований наряду с обычными клиническими и биохимическими анализами крови и мочи исследовали свертывающую систему крови.

Результаты исследования и обсуждения

Проведенное эндоскопическое исследование показало, что наиболее часто в 191 (62,2%) случаях была поражена передняя стенка луковицы ДПК, в 45 (14,6%) случаях – задняя стенка и в 71 (23,2%) случаях боковая стенка ДПК.

При рентгенологическом исследовании в области локализации ДЯ у 247 (80,4%) больных определяли известный симптом «ниши» или же конвергенцию складок слизистой на месте язвенно-рубцовой деформации. Деформация луковицы ДПК определялась у 231 больных (75,2%).

Определяли состояние эвакуаторной функции желудка, которая характеризовалась временем опорожнения желудка. Различали ускоренную (время опорожнения менее 1 часа), нормальную (½-2 часа) и замедленную эвакуацию (более 2 часов).

Больных готовили к операции в течение 7–10 суток. За этот период проводилась комплексная противовоспалительная терапия, коррегировались нарушения функций

Табл. 2. Количество ранних «специфичных» осложнений у больных контрольной группы в зависимости от вида РЖ

Виды дренирующих Желудок операций	несост		квот.		нар. МЭФ		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
ГДА по Б-1, n = 72	–	–	3	4,2	4	5,6	7	9,7
ТЛА по Хачиеву, n = 5	–	–	–	–	1	20,0	1	20,0
ТЛА по Габерер-Финнею, n = 34	–	–	1	2,9	3	8,8	4	11,7
ГЭА по Гофм.-Финст., n = 43	4	9,3	2	4,6	4	9,3	10	23,3
ГЭА по Бальфур, n = 6	–	–	1	16,6	1	16,6	2	33,4
ГЭА по Ру-Ибадову, n = 8	–	–	1	12,5	1	12,5	2	25,0
Всего, n = 168	4	2,4	8	4,7	14	8,4	26	15,5

жизненноважных органов, а также восполнялись резервы организма путем внутривенных инфузий солевых и белковых растворов, назначения витаминов и т.д.

В контрольной группе больных применялись следующие варианты анастомозов при «традиционной» РЖ: ГДА по Бильрот-I; ТЛА по Габерер-Финнею; ТЛА по Хачиеву; ГЭА по Гофмейстер-Финстерер; ГЭА по Бальфур; ГЭА по Ру.

В таблице 2 представлено количество возникших ранних послеоперационных «специфичных» осложнений в контрольной группе в зависимости от вида выполненной операции.

Как видно из таблицы, в контрольной группе больных несостоятельность культи ДПК наблюдалась в 4 (2,4%) случаях, кровотечение из зоны анастомоза – в 8 (4,7%) случаях и нарушения моторно-эвакуаторной функции (МЭФ) – в 14 (8,4%) случаях. В контрольной группе больных осложнения, связанные с оперативным вмешательством, в общем количестве составили 26 (15,5%).

В основной группе больных применялись следующие варианты дренирования при модифицированной РЖ: ГДА по Бильрот-I-Габерер; ТЛА по Габерер-Финнею; ТЛА по Хачиеву; ГЭА по Габерер-Гофмейстер-Финстерер; ГЭА по Габерер-Ру-Ибадову.

Модифицированная РЖ по Бильрот-I-Габерер

Верхне-срединная лапаротомия. После ревизии верхнего этажа брюшной полости производится операция Стронга. Намечают границы резекции желудка, оценивают состояние ДПК, патоморфологические изменения, расположение язвы и возможность ее удаления, а также возможный тип анастомоза. Затем строго пристеночно мобилизуют желудок и ДПК по Кохеру. Производят селективную ваготомию выше уровня намечаемой резекции до пищевода. Со стороны большой кривизны на удаляемую часть желудка перпендикулярно его оси накладываемся желудочный жом на расстояние 5–6 см, не доходя до малой кривизны. Со стороны малой кривизны навстречу первому накладываем второй жом под углом к

оси желудка в 45°. После этого производится пересечение малой кривизны под вторым жомом с наложением вворачивающих узловых серозно-мышечно-подслизистых швов в один ряд. Затем на 5–6 мм проксимальнее первого жома рассекается серозная оболочка, и вкруговую накладывают гофрирующие мышечно-подслизистые швы, уменьшая диаметр выходного отдела желудка до 2,5–3 см. Между жомом и наложенными швами культи желудка отсекается. Далее между культей желудка и задней стенкой ДПК ниже язвы накладывают серозно-мышечные узловые швы. Над ними антральная часть желудка и часть ДПК с язвой удаляются. Затем однорядным узловым серозно-мышечно-подслизистым швом создается передняя губа анастомоза. Место стыка трех швов на малой кривизне укрепляется «П»-образным швом. В завершение анастомоз проверяется на герметичность и проходимость.

Следует отметить, что ограничение резекции желудка только удалением антрума способствует сохранению большей части желудка, и, следовательно, позволяет наложить гастродуоденоанастомоз без натяжения швов.

Модифицированная РЖ по Гофмейстер-Финстерер

При модифицированной РЖ по Гофмейстер-Финстерер применяли усовершенствованные методы ушивания культи ДПК. Мы пересмотрели оперативную технику и пришли к заключению, что она должна обеспечивать надежность укрытия культи при минимальной травматичности.

У больных основной группы применили 2 усовершенствованных метода ушивания культи, что дало возможность максимально экономно использовать ткани ДПК, а укрытие культи при минимальном натяжении тканей и небольшой мобилизации культи почти исключает нарушение ее кровоснабжения. Использование внутреннего дренирования культи обеспечивает надежность методик в плане профилактики несостоятельности швов культи ДПК.

Модификация укрытия культи, которую мы применяем при неосложненных и стенозирующих язвах луковицы ДПК. При ушивании культи ДПК вначале накладывают 2 боковых серозно-мышечных шва.

После завязывания швов боковые стороны культи ДПК инвагинируются вовнутрь и культи ДПК приобретает восьмиобразную форму. Далее накладывают «П»-образный серозно-мышечный шов. При завязывании этого шва инвагинируются передняя и задняя стенки культи.

Таким образом, культи ДПК ушивается, по сути, однорядным узловым швом с инвагинацией сначала боковых, а затем передней и задней стенок.

Способ имеет преимущества, выражающиеся в том, что наложение однорядного шва обеспечивает малую травматичность способа, экономию тканей для закрытия культи, простоту методики. Слизистая оболочка кишки остается абсолютно интактной. Применение серозно-

мышечных швов позволяет избежать инфицирования швов кишечным содержимым.

При «трудных» язвах, когда неизмененных тканей для закрытия культи еще меньше, техника укрытия культи заключается в следующем. Для укрытия культи ДПК накладываются два полукисетных шва. При этом вкол иглы должен находиться 0,2 см, отступая от края стенки ДПК, а выкол – на расстоянии 0,5–0,7 см. Между последующими вколом и выколом иглы расстояние должно соответствовать также 0,5–0,7 см. При затягивании швов стенка ДПК вворачивается внутрь.

Необходимым условием применения вышеуказанных методик является адекватное внутреннее дренирование культи ДПК. Для этого постоянный назогастродуоденальный зонд подводится непосредственно к ушитой культе ДПК.

Для своевременного восстановления моторно-эвакуаторной функции кишечника и коррекции метаболических расстройств нами применялось зондовое энтеральное питание (проводимое на фоне ранней стимуляции кишечника), которое начиналось на 2-е сутки и осуществлялось за счет полиионных растворов (минеральная вода). Начиная с 3-х суток, добавляли питательные смеси. У больных основной группы были расширены показания к модификациям первого способа Бильрот, в связи с чем процент резекций с гастродуоденоанастомозом увеличен с 53,9 до 78,7%. Также было принято совсем отказаться от применения резекции желудка по Бальфур-Майнгот.

Показаниями к наложению гастродуоденоанастомоза по Бильрот-I-Габерер явилось луковичное расположение язв, отсутствие большого периульцерозного инфильтрата и выраженной деформации начального отдела ДПК.

Обнаружение выраженного периульцерозного инфильтрата и деформации луковицы было показанием к наложению термино-латерального анастомоза. Мы считаем, что наиболее оптимальным является анастомоз по Л.Г.Хачиеву, поэтому при отсутствии изменений передней стенки ДПК стремились наложить анастомоз по данной методике. При этом, если наименее измененной оказывалась боковая стенка ДПК и наложение швов было при этом удобным, выполняли термино-латеральный анастомоз по Габереру-Финнею.

Показаниями для резекции по Бильрот-II остались большой периульцерозный инфильтрат, «низкие» и трудноудалимые язвы, а также декомпенсированная степень ХНДП. При компенсированной и субкомпенсированной формах ХНДП производилась коррекция операцией Стронга. Одному больному при декомпенсированной степени ХНДП выполнена модифицированная РЖ по Ру-Ибадову (с инвагинационным энтеро-энтероанастомозом).

В таблице 3 представлено количество наблюдавшихся ранних послеоперационных «специфичных» осложнений в основной группе.

Табл. 3. Количество ранних «специфических» осложнений у больных основной группы в зависимости от вида РЖ

Виды дренирующих желудок операций	несост		кровот.		нар.МЭФ		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
ГДА по Б-1, n = 77	–	–	1	1,3	2	2,6	3	3,9
ТЛА по Хачиеву, n = 8	–	–	–	–	1	12,5	1	12,5
ТЛА по Габебер-Финнею, n = 27	–	–	–	–	1	3,7	1	3,7
ГЭА по Гофм.-Финст., n = 23	2	8,8	1	4,4	1	4,4	4	17,6
ГЭА по Бальфур, n = 0	–	–	–	–	–	–	–	–
ГЭА по Ру-Ибадову, n = 4	–	–	–	–	1	25,0	1	25,0
Всего, n = 139	2	1,4	2	1,4	6	4,3	10	7,2

Как видно из таблицы, в основной группе больных несостоятельность культи ДПК наблюдался в 2 (1,4%) случаях, кровотечение из зоны анастомоза наблюдался в 2 (1,4%) случаях и нарушении моторно-эвакуаторной функции (МЭФ) наблюдался в 6 (4,3%) случаях. В основной группе больных осложнения связанные с оперативным вмешательством в общем количестве составил 10 (7,2%).

Внедрение модифицированной РЖ и коррекция ведения послеоперационного периода дали возможность снизить процент нарушений МЭФ у больных основной группы с 1,8 до 0,7% ($p < 0,05$), а летальность при данном осложнении с 0,6 до 0,0% ($p < 0,01$).

Можно сделать вывод, что в основной группе больных нам удалось значительно снизить частоту осложнений, связанных с оперативным вмешательством, частоту релапаротомий и летальных исходов (Табл. 4).

Табл. 4. Сравнительная характеристика результатов хирургического лечения больных контрольной и основной группы

Группы больных	Группы больных		Улучшение результатов на
	Контрольная n = 168	Основная n = 139	
Осложнения связанные с оперативным вмешательством:			
1. Несостоятельность	4 (2,4)	2 (1,4)	2 (1,0)
2. Кровотечение	8 (4,7)	2 (1,4)	6 (3,3)
3. Нарушение МЭФ	14 (8,4)	6 (4,3)	8 (4,1)
Всего осложнений	26 (15,5)	10 (7,2)	16 (8,3)
Релапаротомия	11 (6,5)	3 (2,2)	8 (4,3)
Летальность	5 (2,9)	1 (0,7)	4 (2,2)

Таким образом, разработанные нами усовершенствованные отдельные технические приемы операции и применение оптимальных способов лечения возникших осложнений позволили снизить частоту ранних послеоперационных «специфических» осложнений на 8,3% (с 15,5 до 7,2%, $p < 0,01$), частоту релапаротомий – на 4,3 (с 6,5 до 2,2%) и летальных исходов – на 2,2% (с 2,9 до 0,7%, $p < 0,05$), тем самым, способствуя улучшению результатов хирургического лечения сочетанных осложнений дуоденальных язв в целом.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Афендулов, С.А. Лечение прободной язвы// М.: ФГУП ИПЦ Финопол, 2005. – 166 с. [Afendulov, S.A. Lechenie probodnoj yazyvy// M.: FGUP IPC Finopol, 2005. – 166 s].
- Бабаджанов, Б.Р., Таджибоев, О.Б. К оценке типологии и хирургическое лечение множественных язв желудка// Материалы конференции «Современные технологии в общей хирургии». – Москва, 26–27 декабря 2001. – С. 146–147. [Babadzhanov, B.R., Tadjiboev, O.B. K otsenke tipologii i hirurgicheskoe lechenie mnozhestvennyh yavz zheludka// Materialy konferencii «Sovremennye tekhnologii v obshchej hirurgii». – Moskva, 26–27 dekabrya 2001. – S. 146–147].
- Бондарев, В.И. Непосредственные и отдаленные результаты применения пилоросохраняющих и пилорорвосстанавливающих операций в комплексе хирургического лечения перфоративной пилородуоденальной язвы// Клин. хирургия. – 2004. – № 2. – С. 39–42. [Bondarev, V.I. Neposredstvennye i otdalennye rezul'taty primeneniya pilorosohranyayushchih i pilorovosstanavlivayushchih operacij v komplekse hirurgicheskogo lecheniya perforativnoj piloroduodenal'noj yazyvy// Klin. hirurgiya. – 2004. – № 2. – S. 39–42].
- Вербицкий, В.Г., Багненко, С.Ф., Курыгин, А.А. «Желудочнокишечные кровотечения язвенной этиологии. Патогенез, диагностика, лечение». Политехника. СПб. 2004 г. 242 с. [Verbickij, V.G., Bagnenko, S.F., Kurygin, A.A. «Zheludochno-kishechnye krovotecheniya yazvennoj etiologii. Patogenez, diagnostika, lechenie». Politekhnika. SPb. 2004 g. 242 c].
- Журавлев, Г.Ю. Пути улучшения результатов хирургического лечения больных язвенной болезнью пилорического отдела желудка и двенадцатиперстной кишки: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Воронеж, 2006. 44 с. [Zhuravlev, G.YU. Puti uluchsheniya rezul'tatov hirurgicheskogo lecheniya bol'nyh yazvennoj bolezni'yu piloricheskogo otdela zheludka i dvenadcatiperstnoj kishki: Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. – Voronezh, 2006. 44 s].
- Калинин, А.В. Язвенная болезнь: от патогенеза к лечению // Фарматека. 2002. – № 9. – С. 3–10. [Kalinin, A.V. YAzvennaya bolezni': ot patogenezu k lecheniyu // Farmateka. 2002. – № 9. – S. 3–10].
- Оноприев, В.И. Новые концепция, тактика и технологии хирургического лечения осложнённых дуоденальных язв// Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2006. – № 1. – С. 11–16. [Onopriev, V.I. Novye koncepciya, taktika i tekhnologii hirurgicheskogo lecheniya oslozhnyonyh duodenal'nyh yavz// Vestnik hirurgicheskoy gastroenterologii. – 2006. – № 1. – S. 11–16].
- Barkun, A., Bardou, M., Ernst, J. International Consensus Recommendations on Management of patients With Non-variceal Upper Gastrointestinal Bleeding // Ann. Intern. Med. – 2010. – Vol. 152. – P. 101–113.
- Griffiths, E.A., McDonald, C.R., Bryant, R.V. Retrospective analysis of surgery and trans-arterial embolization for major non-variceal upper gastrointestinal bleeding // ANZ J. Surg. – 2014, Apr. 3.