



К.М. Курбонов, И.А. Сатторов,
Ф.И. Махмадов,
Х.Ю. Шарипов

УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕНЕТРИРУЮЩИХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Таджикский государственный
медицинский университет
им. Абуали ибн Сино

© Коллектив авторов

Резюме. В работе проанализированы результаты комплексной диагностики и лечения 74 больных с пенетрирующими дуоденальными язвами (ПДЯ). Результаты исследования показывают, что ПДЯ наряду с атипичным клиническим течением и наличием тяжёлых осложнений, нередко сопровождаются хроническим нарушением дуоденальной проходимости (64,8 %) различного характера, хроническим панкреатитом (32,4 %), а также высокой степенью кислотопродукции и демпинг-предрасположенностью. Хирургическая тактика при ПДЯ нестандартная, в связи с чем выполнение первичной резекции желудка по Ру в сочетании со стволовой ваготомией и корригирующими вмешательствами на внепеченочных желчных протоках по строгим показаниям значительно улучшают непосредственные результаты лечения этого тяжёлого контингента больных.

Ключевые слова: *пенетрирующие язвы двенадцатиперстной кишки, хирургическое лечение.*

Введение

Следует отметить, что пенетрирующие дуоденальные язвы (ПДЯ) в большинстве случаев протекают атипично под маской других заболеваний, что затрудняет их диагностику и лечение. Так, в 28-32 % наблюдений при пенетрации дуоденальных язв головку поджелудочной железы и гепатодуоденальную связку в клинической картине заболевания доминирует симптомокомплекс хронического панкреатита и хронического холецистита [1, 2, 6]. Среди хирургических методов лечения широкое распространение получили органосохраняющие оперативные вмешательства в сочетании с различными вариантами ваготомии [1, 3, 4]. Однако ряд негативных последствий этих операций, высокая частота рецидивов язвенной болезни, постваготомные синдромы, заставляют многих хирургов сдержанно относиться к органосохраняющим оперативным вмешательствам. Многие авторы среди различных резекционных методик [2-5] предпочтение отдают классической резекции желудка по Гофмейстеру-Финстереру [4]. В этом отношении весьма перспективным и обнадеживающим методом лечения ПДЯ является резекция желудка по Ру в сочетании со стволовой ваготомией.

Цель исследования — Улучшение непосредственных результатов хирургического лечения пенетрирующих дуоденальных язв.

Материалы и методы исследования

Располагаем опытом диагностики и хирургического лечения 74 больных с ПДЯ. Муж-

чин было 42 (56,7 %), женщин — 32 (43,3 %). Язвенный анамнез у 45 (60,8 %) больных превышал 10 лет, а у 29 (39,2 %) более 15 лет. Следует при этом отметить, что большинство больных 57 (77 %) неоднократно неэффективно лечились у разных специалистов по поводу заболеваний печени и почек, а также хронического панкреатита и холецистита.

ПДЯ в 42 наблюдениях сочетались с другими осложнениями язвенной болезни. Так, у 20 (47,6 %) отмечали сочетание пенетрации со стенозом, у 16 (38,1 %) — сочетание пенетрации с кровотечением и у 6 (14,3 %) пациентов пенетрация дуоденальной язвы сочеталась с перфорацией язвы. В 48 наблюдениях у больных с ПДЯ имело место различной степени выраженности хроническое нарушение дуоденальной проходимости (ХНДП) требовавшей хирургической коррекции.

Для диагностики ПДЯ проводили рентгенологическое, эндоскопическое и ультразвуковое исследование, КТ и ЭУС, а также исследовали кислотопродуцирующую функцию желудка, демпинг-предрасположенность. По показаниям проводили контрастное исследование двенадцатиперстной кишки, желчевыводящих путей, определяли активность панкреатических ферментов и уровень билирубина.

Результаты исследования и их обсуждение

Клинические проявления ПДЯ практически во всех случаях оказались атипичным. Так, из 74 больных у 24 (32,4 %) пациентов с пенетрацией язвы в головку поджелудочной железы в клинической картине заболевания

доминировали симптомы хронического индуративного панкреатита с высокими показателями активности панкреатических ферментов в крови и в моче. У 28 (37,8 %) больных наблюдалась пенетрация язвы в общий желчный проток, и у этих больных в клинической картине заболевания превалировали симптомы поражения желчных путей и стойкий болевой синдром с рецидивирующей желтухой. У 7 (9,4 %) больных в клинической картине заболевания доминировало явление холангита, обусловленного образованием холедоходуоденального свища.

В 9 (12,2 %) наблюдениях имело место околососочковая локализация язв вследствие перехода периульцерозной инфильтрации на большой дуоденальный сосочек, у них отмечали иктеричность склер, желтушность кожных покровов и повышение уровня билирубина. Результаты исследования желудочной секреции показали, что гиперреактивный тип секреции обнаружен у 65 (87,8 %) больных, нормальный — у 6 (8,1 %) и гипореактивный тип у 3 (4,1 %). Средние показатели базальной секреции (BAO) составили 8,9 ммоль/л (при норме 2,5-3,5 ммоль/л), максимальный (MAO) — 22,4 ммоль/л (при норме 18-20 ммоль/л) и при этом у 68 (91,8 %) больных имело место повышение желудочной секреции во II-фазе. Чем ниже локализуется язва в двенадцатиперстной кишке, тем выше кислотоагрессия, низкие анацидные язвы встречаются редко (4,1 %). Из 74 больных только у 39 (52,7 %) больных поставлен диагноз, наличие постбульбарной язвы. Лишь у 3 установлен точный диагноз холедоходуоденального свища, при котором у 2 выявлен рефлюкс контрастной бариевой взвеси в общий желчный проток с типичным рисунком желчных ходов и у одного наличие газа. Примерно такие же данные получены при фиброгастродуоденоскопии. Из 74 обследованных таким способом больных диагноз ПДЯ поставлен лишь у 40 (54,1 %), ещё у 34 (45,9 %) обследованных таким способом больных язва обнаружена, но не распознана ее низкая локализация с вовлечением в патологический процесс внепеченочных желчных протоков. Наряду с язвой у 48 (64,8 %) больных диагностирован дуоденогастральный рефлюкс II-III степени с выраженным антральным гастритом. Результаты исследования пробы Страффорда (интраюнального введения 50 % р-ра глюкозы), показали, что у 49 (66,2 %) больных она была положительной.

На УЗИ у 24 (32,4 %) больных наряду с низкой локализацией дуоденальной язвы диагностировали хронический индуративный панкреатит, у — 7 деформацию и утолщение стенок желчного пузыря, общего желчного и печеночного протоков. На сегодняшний день

ведущим методом диагностики хронического индуративного панкреатита при ПДЯ является эндоскопическая ультразвуковая сонография (ЭУС). ЭУС проведены 8 больным с ПДЯ.

На основании клинико-лабораторных и инструментальных данных, расположения язвы и ее отношения к большому дуоденальному сосочку, а также в зависимости от характера осложнений язвенной болезни и выраженности ХНДП больным выполняли различные типы оперативных вмешательств. Мы согласны с мнением М. Siedek и соавт. (1984), что наиболее оптимальным методом лечения «трудных» дуоденальных язв является первичная резекция желудка по Ру. Данную операцию мы выполняли в большинстве случаев согласно рекомендациям В.П. Петрова и соавт. (1991) в сочетании с стволовой ваготомией у 49 (66,2 %) больных с «трудными» дуоденальными язвами. Указанная операция значительно уменьшает риск развития несостоятельности швов дуоденальной культи и послеоперационного панкреатита за счет снижения интрадуоденального давления. Эта операция нивелирует рефлюкс желудочно-кишечного содержимого в билиарное дерево и дуодено- и еюногастральный рефлюкса, тем самым уменьшает риск развития демпинг-синдрома и рака культи желудка в отдалённом периоде. В послеоперационном периоде осложнение в виде несостоятельности швов дуоденальной культи наблюдалось в одном случае с летальным исходом. Ещё у одного больного имело место послеоперационный панкреатит прошедший после консервативного лечения.

Особые трудности возникали при лечении больных с холедоходуоденальными свищами, которые были у 7 больных. При выполнении оперативных вмешательств лишь у 2 больных с холедоходуоденальными свищами в стадии префистулы нарушения проходимости билиарного тракта отсутствовали, у остальных 5 больных при интраоперационной ревизии и рентгеноконтрастном исследовании желчных путей выявилось формирующаяся (2) и сформированная (3) стриктура дистального отдела общего желчного протока и папиллы. В этих ситуациях возникли показания к формированию билиодигестивных анастомозов. Применение холецистоеюноанастомоза в этой ситуации — малом диаметре и истончении общего желчного протока недопустимо из-за повышенной опасности несостоятельности швов и рецидива билиарной гипертензии. В связи с чем, 5 больным с холедоходуоденальными свищами резекцию желудка по Ру в сочетании со стволовой ваготомией дополняли формированием супродуоденального поперечного анастомоза общего желчного протока с дуоденальной культёй. У 2 больных ввиду того, что



язвенный инфильтрат располагался на уровне слияния общего желчного и пузырного протоков и образовал выраженное рубцово-воспалительные изменения желчного пузыря и дистального отдела общего желчного протока с её рубцовой стриктурой после резекции желудка и холецистэктомии, для анастомоза был использован общий печеночный проток. Для этой цели эффективным оказалась изолированная петля тощей кишки несущая гастроеюноанастомоз. В послеоперационном периоде у 2 больных имел место послеоперационный панкреатит и консервативное лечение было эффективным. Ещё у 2 больных наблюдались подпеченочные абсцессы, которые были вскрыты по Клермону. Летальных исходов не было. У 6 (8,1 %) больных с пенитрацией язвы в желчный пузырь выполняли резекцию желудка по Гофмейстеру-Финстериеру и во всех случаях её дополняли холецистэктомией. В послеоперационном периоде у 2 больных наблюдалось осложнение в виде несостоятельности швов дуоденальной культи (1) и послеоперационного анастомозита (1) с одним летальным исходом. Следует отметить, что 19 больным (25,6 %) с пенитрирующими

нисокислящими язвами выполняли резекцию желудка на «выключение» язвы. В раннем послеоперационном периоде у 5 больных имело место осложнение в виде несостоятельности швов дуоденальной культи (2), рецидива кровотечения из прошитой и выключенной дуоденальной язвы (1) и послеоперационная пневмония (1). Летальный исход был у 3 больных.

Выводы

Результаты исследования показывают, что ПДЯ наряду с атипичным клиническим течением и наличием тяжёлых осложнений, нередко сопровождаются хроническим нарушением дуоденальной проходимости (64,8 %) различного характера, хроническим панкреатитом (32,4 %), а также высокой степенью кислотопродукции и демпинг-предрасположенностью. Хирургическая тактика при ПДЯ нестандартная, в связи с чем, выполнение первичной резекции желудка по Ру в сочетании со стволовой ваготомией и корригирующими вмешательствами на внепеченочных желчных протоках по строгим показаниям значительно улучшают непосредственные результаты лечения этого тяжёлого контингента больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бадуров В.Ш. Резекция желудка по Ру, показания к операции, ближайшие и отдаленные результаты: автореф. дис. ... док. мед. наук / В.Ш. Бадуров. — М.: Москва, 1995. — 37 с.
2. Лемешко З.А. Ультразвуковая диагностика заболеваний желудка / З.А. Лемешко, З.М. Османова. — Москва: «ГЭОТАР — Медиа», 2009. — 80 с.
3. Петров В.П. Резекция желудка по Ру / В.П. Петров, Б.Ш. Бадурков, А.К. Хабурзания. — М., 1998. — 211 с.

4. Саенко В.Ф. Хирургическое лечение и профилактика демпинг-синдрома: дис. ... док. мед. наук / В.Ф. Саенко. — Киев, 1979. — 352 с.
5. Саенко В.Ф. Синдром Ру и ее клиническое значение / В.Ф. Саенко, А.Б. Вашенко, Э.Ю. Нарцисян // Клиническая хирургия. — 1989. — № 8. — С. 19 — 21.
6. Ультрасонография желудка и двенадцатиперстной кишки: учеб. пособ. / Р.Я. Абдуллаев, В.В. Гапченко, М.И. Спужак, Ю.А. Винник. — Х.: Нове слово, 2009. — 99 с.

ПОЛПШЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕНЕТРИРУЮЩИХ ДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗОК

**К.М. Курбонов,
И.А. Сатторов,
Ф.И. Махмадов,
Х.Ю. Шарипов**

Резюме. У роботі проаналізовані результати комплексної діагностики і лікування 74 хворих з пенетруючими дуоденальними виразками (ПДВ). Результати дослідження показують, що ПДВ разом з атипичним клінічним перебігом і наявністю важких ускладнень, нерідко супроводжуються хронічним порушенням дуоденальної прохідності (64,8 %) різноманітного характеру, хронічним панкреатитом (32,4 %), а також високою мірою кислотопродукції і демпинг-схильністю. Хірургічна тактика при ПДВ нестандартна, у зв'язку, з чим виконання первинної резекції шлунку по Ру у поєднанні із стволовою ваготомією і коригуючими втручаннями на позапечінкових жовчних протоках за строгими показами значно покращують безпосередні результати лікування цього важкого контингенту.

Ключові слова: пенетруючі виразки дванадцятипалої кишки, хірургічне лікування.



IMPROVEMENT OF SURGICAL
TREATMENT OF DUODENAL
ULCERS PENETRATING

*K.M. Kurbanov, I.A. Sattorov,
F.I. Makhmadov, H.Y. Sharipov*

Summary. This paper analyzes the results of a comprehensive diagnosis and treatment of 74 patients with penetrating duodenal ulcers. The results show that the DPJ will, along with an atypical clinical course and the presence of severe complications, often accompanied by chronic violation of duodenal patency (64,8 %) of various kinds, chronic pancreatitis (32,4 %), and a high degree of acid production and the dumping predisposition. Surgical tactics in DPJ will custom in connection with which the implementation of primary gastric resection for PN in conjunction with stem vagotomy and corrective interventions in the extrahepatic bile ducts under strict indications significantly improve the immediate results of treatment of this difficult group of patients.

Key words: *penetrated duodenal ulcer, surgical treatment*