

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА И ВЫБОР ФАРМАКОТЕРАПИИ ПРИ СТЕНОЗИРУЮЩИХ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

Нишонов Ф.Н., Нишанов М.Ф., Абдуллажонов Б.Р., Мамарасулов М.К., Робиддинов Б.С.

СТЕНОЗЛАНГАН ПИЛОРОДУОДЕНАЛ ЯРАЛАРДА ФАРМАКОТЕРАПИЯНИ ТАНЛАШ ВА ЖАРРОҲЛИК ТАКТИКАСИ

Нишонов Ф.Н., Нишанов М.Ф., Абдуллажонов Б.Р., Мамарасулов М.К., Робиддинов Б.С.

SURGICAL TACTICS AND CHOICE OF PHARMACOTHERAPY FOR STENOSING PYLORODUODENAL ULCERS

Nishonov F.N., Nishanov M.F., Abdullajonov B.R., Mamarasulov M.K., Robiddinov B.S.

Андижанский государственный медицинский институт

Мақсад: стенозланган пилородуоденал яралар билан беморларни даволаш натижаларини яхшилаш. **Материал ва усуллар:** стенозланган пилородуоденал яралар билан меъда резекциясининг турли хил вариантлари ўтказилган 223 беморларни, шу билан биргаликда стенозланган яраларни кесиб олиб ўтказилган 32 та беморлар текширув ва даволаш натижалари тахлил қилинган. **Натижа:** бизнинг ишлаб чиқилган чора тадбирларни текширувдан олдин, текширув вақтида ва сўнги даврда беморларда қўллаш билан асосий гуруҳ беморларида яхши натижалар олинган: меъдада ўтказилган жараёнларга хос специфик асоратлар – 9,75% гача; умумий характерга эга асоратлар – 7,31% гача камайди; ҳамма беморлар соғайиши кузатилди, ўлим холатлар ҳеч қайси беморда бўлмади. Беморларни стационарда ётоқ кунни 9,2 кунни ташкил этди. **Хулоса:** меъда резекциясини кичик чарвини кесиб олиш билан такомиллаштирилган экономотерапияси, гастродуоденал анастомоз қўйиш билан тугатиш агрессив факторларни камайишига ва меъдани эвакуатор функциясини нормаллаштиришига олиб келади ва шу билан биргаликда овқатни табиий хазмига ёрдам беради, ҳамда меъда ва ўн икки бармоқ ичакни бузилган функцияларини тез тикланишига хизмат қилади.

Калит сўзлар: стенозланган пилородуоденал яралар, меъда резекцияси, гастродуоденоанастомоз.

Objective: To improve the results of surgical treatment of patients with stenosing pyloroduodenal ulcers. **Material and Methods:** the results of the examination and surgical treatment of 223 patients with peptic ulcer complicated by pyloroduodenal stenosis, who underwent various types of gastrectomy, and 32 patients with stenotic pyloroduodenal ulcers, who underwent excision of the stenotic ulcer with plastic operations of the pyloroduodenal zone to normalize evacuator, were analyzed. **Results:** Thanks to the use of the complex of measures developed by us, before, during and after surgery, good results were obtained in patients of the main group: the number of complications specific to operations on the stomach decreased to 9.75%; general postoperative complications - up to 7.31%; all patients recovered, there were no deaths. The duration of hospital stay is 9.2 days. **Conclusions:** Improved methods of economical resection of the stomach with excision of the omentum, preferential completion of the gastroduodenal anastomosis imposing reduces the aggressiveness of the peptic factors of the gastric juice and normalize the evacuation function of the stomach, which contributes to the rapid normalization of disturbed functions of the stomach and duodenal ulcer.

Key words: stenosing pyloroduodenal ulcers, gastrectomy, gastroduodenal anastomosis.

Хроническая язва пилородуоденальной локализации у 10,0-17,0% больных осложняется стенозом выходного отдела желудка. Пилородуоденальный стеноз в числе других осложнений язвенной болезни является показанием к хирургическому лечению у 45-47% [1,5]. Несмотря на большую частоту этого осложнения, вопросы выбора метода операции, основанные на клиническом и лабораторном изучении параметров патологического дуоденогастрального рефлюкса и его роли в развитии патологических синдромов, изучены недостаточно [3,8].

Выбор способа операции при рубцово-язвенном пилородуоденальном стенозе стал предметом дискуссии в связи с широким распространением органосохраняющих операций. Внедрение в широкую хирургическую практику щадящих методик с использованием современной медикаментозной противоязвенной терапии позволяют значительно улучшить результаты хирургического лечения язвенных

пилородуоденальных стенозов. Однако риск развития длительной послеоперационной атонии и без того растянутой стенки желудка при язвенном стенозе служит причиной отказа от ваготомии в пользу резекции желудка [2,4,9]. В настоящее время критерии выбора способа операции у больных с пилородуоденальным стенозом четко не определены [6,7,9].

Цель исследования

Улучшение результатов хирургического лечения больных с стенозирующими пилородуоденальными язвами (ПДЯ).

Материал и методы

Нами проанализированы результаты обследования и хирургического лечения 223 больных с язвенной болезнью, осложненной пилородуоденальным стенозом, перенесших различные варианты резекции желудка, а также 32 пациентов со стенозирующими пилородуоденальными язвами, у которых выполнены иссечения стенозирующей язвы с пла-

стическими операциями пилородуоденальной зоны для нормализации эвакуаторной функции желудка.

Оперированные пациенты разделены на 2 группы. Контрольную группу составил 141 (63,23%) больной с язвенной болезнью, осложненной пилородуоденальным стенозом, которому в 2007-2011 гг. выполнены усовершенствованные виды резекции желудка, гастродуоденоанастомозы (ГДА) и гастроеюноанастомозы (ГЕА), иссечение язвы с пилородуоденопластическими (6 б-х) операциями.

В основную группу включены 82 (36,77%) пациента со стенозирующими ПДЯ, у которых в 2012-2017 гг. проводились модифицированные виды экономной резекции желудка с ГДА и ГЕА (55 б-х) и иссечение стенозирующих ПДЯ с пилородуоденопластикой (26 б-х). 1 больному старческого возраста с тяжелым сопутствующим заболеванием, требовавшим быстрого завершения операции, наложен гастрозентероанастомоз с браунским соустьем.

У больных основной группы с целью снижения действия агрессивных факторов (кислота, пепсин, хеликобактер пилори – Нр) еще до операции дополнительно проводили «тройную» или «квадротерапию», продолжая фармакотерапию в послеоперационном периоде у тех пациентов, которые перенесли органосохраняющие операции. Для декомпрессии области анастомоза и пилородуоденопластики, проведения гастроинтестинального «лаважа», а также раннего энтерального питания использовали гастроинтестинальное зондирование.

Больные сравнимых групп были сопоставимы по полу, возрасту и длительности заболевания. Распределение больных со стенозирующими ПДЯ по полу и возрасту представлено в таблице 1. Как видно из таблицы, наибольшее число больных – 104 (46,6%) – относились ко второй возрастной группе, 31 (13,9%) – к первой возрастной группе; в третьей возрастной группе были 53 (23,7%) больных, в четвертой – 35 (15,7%). Из обследованных больных мужчин было 147 (65,9%), женщин – 76 (34,1%). Соотношение мужчин и женщин – 2:1.

Таблица 1
Распределение больных по полу и возрасту, абс. (%)

Пол	Возраст, лет				Всего
	15-24	25-45	46-59	60-74	
Мужчины	20 (8,97)	72 (32,3)	31 (13,9)	24 (10,7)	147 (65,9)
Женщины	11 (4,94)	32 (14,3)	22 (9,8)	11 (4,9)	76 (34,1)
Всего	31 (13,9)	104 (46,6)	53 (23,7)	35 (15,7)	223 (100)

Наиболее короткий язвенный анамнез равнялся 4 месяцам (1 б-й), а наиболее продолжительный – 36 годам. У большинства больных продолжительность заболевания превышала 6 лет (табл. 2).

Таблица 2
Распределение больных в зависимости от длительности болезни

Продолжительность язвенного анамнеза, лет	Число больных, абс. (%)	
От 1-го до 5	24	10,76
От 6 до 10	67	30,04
От 11 до 15	62	27,80
От 16 до 20	43	19,28
От 21-го до 25	15	6,72
26 и более	22	9,86
Всего	223	100

Большинство больных указывали на длительный язвенный анамнез: 172 (77,13%) страдали ЯБ от 6 до 20 лет, 37 (16,59%) – 21 год и более, лишь 24 (10,76%) – меньше 5 лет.

Цель хирургического лечения язвенной болезни, осложненной стенозом выходного отдела желудка, заключается в ликвидации непроходимости, создании условий для восстановления моторно-эвакуаторной функции желудка и радикальном излечении от язвенной болезни. Индивидуальный подход при установлении показаний к операции и выбор наиболее обоснованного метода хирургического вмешательства для каждого конкретного больного зависит от многих факторов, таких как локализация язвы и характер ее осложнений, показатели желудочной секреции и моторно-эвакуаторной функции желудка, возраст пациента и тяжесть сопутствующих заболеваний, характер сочетанных заболеваний и операционные находки, среди которых одно из ведущих мест занимают стадии стеноза.

Решение этих вопросов невозможно без создания четкой классификации язвенного стеноза, которая отражала бы клинико-морфологические и патофизиологические аспекты заболевания, характеризующая его как осложнение язвенной болезни.

Современные возможности клинико-рентгенологического и эндоскопического исследований, совершенствование методов изучения секреторной и моторно-эвакуаторной функций желудка позволили еще раз подтвердить преемственность широко распространенной классификации стенозов по трем степеням тяжести: компенсированный, субкомпенсированный и декомпенсированный. Распределение больных по степени тяжести стеноза представлено в таблице 3.

Таблица 3
Распределение больных ПДЯ по степени стеноза выходного отдела желудка

Степень стеноза	Число больных, абс. (%)
Компенсированный	78 (34,97)
Субкомпенсированный	102 (45,73)
Декомпенсированный	43 (19,28)
Всего	223 (100)

Из таблицы видно, что у больных с язвенной болезнью язвы пилородуоденального отдела чаще осложнялись компенсированным и субкомпенсированным стенозом, который имел место у 180 (80,72%) обследованных, декомпенсированный стеноз выявлен у 43 (19,28%).

Клиническую картину воспалительного стеноза, который наблюдался у 41 (18,38%) больного, определяет язва пилоробульбарного отдела в стадии обострения с характерным воспалительным инфильтратом и отеком периульцерозных тканей, суживающих просвет пилорического канала, что и вызывает нарушение эвакуации из желудка. Клиническая картина рубцово-язвенного стеноза у 160 (71,74%) обследованных также была обусловлена наличием язвы с воспалительными изменениями

тканей вокруг нее, но уже на фоне более или менее выраженной рубцовой деформации выходного отдела желудка. При рубцовом стенозе у 22 (9,86%) пациентов заживление язвы не улучшило моторно-эвакуаторную функцию желудка, так как рубцовая деформация тканей пилоробульбарного отдела, являясь механическим препятствием для нормальной эвакуации, приводит к резкому ухудшению моторной функции желудка.

При выборе метода операции должны учитываться многие факторы, наиболее важными из которых являются локализация язвенного процесса

и его осложнения; характер желудочной секреции и моторика желудка; функциональное состояние физиологической кардии; степень риска оперативного вмешательства, которая зависит от возраста, сопутствующих заболеваний и общего состояния больного. Это обстоятельство послужило обоснованием для разработки алгоритмов (рисунок) дифференцированного выбора способа хирургического лечения осложненных стенозом ПДЯ, учитывающих совокупность индивидуальных, этиопатогенетических и клинических факторов.

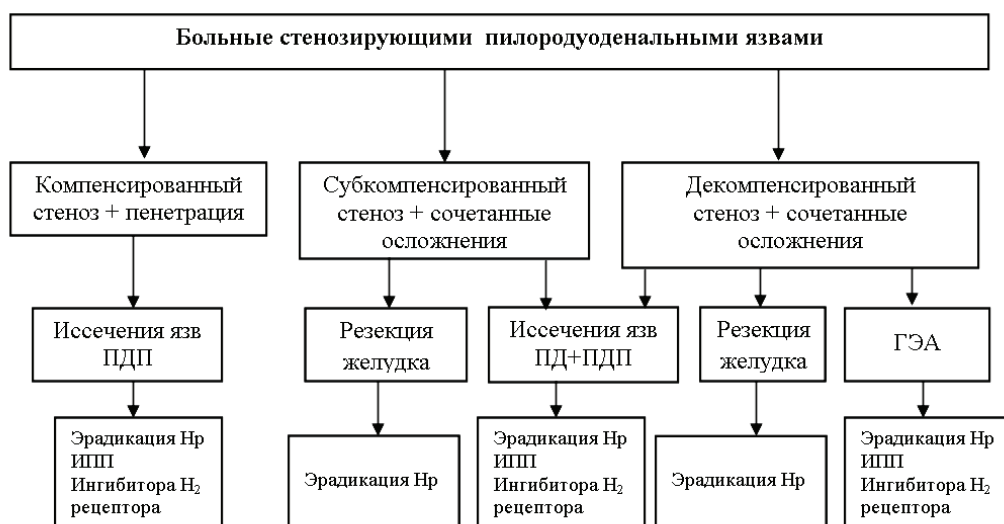


Рисунок. Алгоритм введения больных и выбор метода операции у больных стенозирующими ПДЯ.

Различные варианты резекции желудка выполнены нами у 176 из 223 наблюдаемых нами больных с ПДЯ, осложненной стенозом, в том числе у 150 (85,22%) с наложением гастродуоденоанастомоза. У 32 пациентов произведено иссечение стенозирующих язв с ПДП, у 5 осуществлены дренирующие желудок операции, т.е. наложен гастроэнтероанастомоз с браунским соустьем. Данные о характере проведенных оперативных вмешательств приведены в таблице 4.

Таблица 4
Выполненные у больных со стенозирующими пилородуоденальными язвами операции, абс. (%)

Метод операции	Контрольная группа	Основная группа
Резекция желудка по Б-1 Габереру	44 (31,2)	22 (26,84)
Резекция желудка Б-1 с ТЛПГДА	20 (14,18)	6 (7,31)
Резекция желудка Б-1 с ТЛКГДА	42 (29,78)	20 (24,39)
Резекция желудка по Б-II по Гофмейстеру – Финстереру	17 (12,05)	6 (7,31)
Резекция желудка по Ру – Ибадову	6 (4,25)	1 (1,22)
Резекция желудка по Б-II по Бальфуру	2 (1,42)	-
Иссечение язв с ПДП по методике клиники (МК)	6 (4,25)	26 (31,70)
Гастроэнтероанастомоз	4 (2,83)	1 (1,23)
Всего	141 (100)	82 (100)

Необходимо подчеркнуть, что резекция желудка начинается с подготовки культи желудка усовершенствованным нами методом с иссечения малого сальника и удалением не более 1/2 части желудка, наложением однорядных швов.

Иссечение малого сальника с экономной резекцией желудка ГДА по Бильрот-I – Габереру выполнялось у 66 больных с язвенной болезнью, осложненной стенозом привратника, после проведенной противоязвенной фармакотерапии при отсутствии пенетрации язвы и резкой воспалительной инфильтрации на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки, которые могли бы затруднить наложение прямого гастродуоденального анастомоза по Габереру.

Операцией выбора при стенозирующей трудной пилородуоденальной язве можно считать экономную резекцию желудка с иссечением малого сальника и наложением термино-латерального поперечного (у 26 больных) ГДА или термино-латерального косоуго (у 62 пациентов) гастродуоденоанастомоза. При закрытии трудной дуоденальной культи технические сложности возникают при больших, «целующихся» язвах, пенетрирующих в головку поджелудочной железы. Наиболее рациональный прием в таких случаях – мобилизация двенадцатиперстной кишки с оставлением основания язвы (экстрадуоденизация язвы) на месте.

При невозможности наложения ГДА подготовленная нами культя желудка анастомозируется с начальным отделом тощей кишки (принцип Бильрот-II в модификации Гофмейстера – Финстерера). Такой подход мы применили у 23 больных. При наложении гастроеюноанастомоза использованы однорядные серозно-мышечно-подслизистые швы и введен назогастроюнодуоденальный зонд для декомпрессии области ГЭА и культи ДПК.

Разработка патогенетически обоснованных блокаторов агрессивных факторов желудочного сока (ингибиторов протоновой помпы, ингибиторов H₂-рецепторов) и эрадикации H_p способствовала внедрению органосохраняющих желудок операций не только в экстренной, но и в плановой хирургии на желудке по поводу язвенной болезни. Как видно из таблицы 5, подавляющему большинству (26) больных основной группы, у больных с компенсированным и у части пациентов с субкомпенсированным стенозом выполнено иссечение стенозирующих ПДЯ с пилородуоденопластикой.

Результаты и обсуждение

В послеоперационном периоде у 33 (23,40%) больных контрольной группы наблюдались ранние осложнения, в том числе связанные с операцией на желудке – у 20 (14,18%), общего характера – у 13 (9,22%). У 3 (2,12%) больных возникла несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки, причем у 2 больных наблюдалась стертая форма, а у 1 – острая. При проведении релапаротомии у этого больного культи двенадцатиперстной кишки ушита, подведены дренажные трубки для активной аспирации. Однако больной умер вследствие продолжавшегося перитонита. Несостоятельность анастомоза наступила у 1 пациента. При релапаротомии дефект ушит, наступило выздоровление. Нарушение эвакуаторной функции желудка наблюдалось у 8 (5,67%) больных. Кровотечение возникло у 2 (1,41%) пациентов. Благодаря проведению усиленной консервативной терапии, включая эндоскопические мероприятия, у этих больных наступило выздоровление. Умерли еще 2 больных: один вследствие перитонита, возникшего как осложнение острого деструктивного панкреатита, второй от острого инфаркта миокарда. Данные о количестве и характере послеоперационных осложнений представлены в таблице 5.

Таблица 5
Характеристика ранних послеоперационных осложнений в группах больных, абс. (%)

Осложнения раннего послеоперационного периода	Контрольная группа	Основная группа
Специфичные для операции на желудке: - несостоятельность культи ДПК	3/1 (2,12)	2 (2,43)
- несостоятельность ГДА	1 (0,7)	-
- анастомозит	8 (5,67)	2 (2,43)
- панкреатит	1/1 (0,7)	1 (1,22)
- перитонит	5 (3,54)	2 (2,43)
- кровотечение	2 (1,41)	1 (1,22)
Всего	20/2 (14,18)	8 (9,75)
Осложнения общего характера: - со стороны органов дыхания	4 (2,83)	3 (3,66)
- сердечно сосудистые заболевания	3/1 (2,12)	2 (2,43)
- инфильтраты	4 (2,83)	1 (1,22)
- нагноение раны	2 (1,41)	-
Всего	13 (1) (9,22)	6 (7,31)
Итого	33/3 (23,40)	14 (17,07)

В первом периоде больных вели традиционным способом. Больных готовили к операции в стационаре в течение 2-х дней. В течение предопераци-

онного периода проводилась комплексная противоязвенная терапия, корригировались нарушенные функции жизненно важных органов, а также восполнялись резервы организма путем внутривенных инфузий солевых и белковых растворов, назначения препаратов, нормализующихся обменные процессы. Эвакуация содержимого из культи желудка производилась пассивно, через назогастральный зонд, который устанавливали временно на 2-3 дня. В послеоперационном периоде все больные получали адекватную антибиотико- и инфузионную терапию. Среднее количество койко-дней – 10,2.

Со временем выбор метода операции претерпел существенные изменения. Начиная с 2000 г. и особенно начиная с 2012 года, чаще стали применять иссечение стенозирующих язв ПДП – у 26 (31,7%) пациентов. В послеоперационном периоде у больных основной группы проводили раннее энтеральное питание. У больных, перенесших резекцию желудка ГДА и ГЕА, осуществляли эрадикацию H_p. Больные, перенесшие иссечение стенозирующих язв ПДП, получали ингибиторы протоновой помпы и блокаторы H₂-рецепторов, кроме того, им проводили эрадикацию H_p (тройная или квадротерапия).

В результате проведенного нами комплекса мероприятий до, во время операции и в послеоперационном периоде у пациентов основной группы были получены хорошие результаты: количество осложнений, специфичных для операций на желудке, снизилось до 9,75%; послеоперационных осложнений общего характера – до 7,31%; все больные выздоровели, летальных исходов не было. Сроки пребывания больных в стационаре в среднем составляло 9,2 дня.

Таким образом, усовершенствованные методы экономной резекции желудка с иссечением малого сальника, преимущественное завершение наложением гастродуоденального анастомоза приводит к уменьшению агрессивности пептических факторов желудочного сока и нормализации эвакуаторной функции желудка, что способствует естественному прохождению пищи по пищеварительному тракту, быстрой нормализации нарушенных функций желудка и двенадцатиперстной кишки. Внедрение в клиническую практику иссечения стенозирующих язв с пластическими операциями на фоне блокаторов агрессивных факторов желудочного сока и эрадикации H_p приводит к значительному улучшению результатов хирургического лечения осложненных форм язвенной болезни вообще, и стенозирующих ПДЯ, в частности.

Литература

1. Акжигитов А.Г. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная стенозом, фармакотерапия, показания к хирургическому лечению: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2009. – 28 с.
2. Дурлештер В.М., Дидигов М.Т. Хирургическое лечение декомпенсированного рубцово-язвенного стеноза двенадцатиперстной кишки // Вестн. хир. гастроэнтерол. – 2009. – №2. – С. 59-67.
3. Мягкова Л.П. Консервативное лечение язвенной болезни // Язвенная болезнь; Под ред. В.Х. Василенко и др. – М.: Медицина, 2006. – С. 207-245.
4. Нишанов Ф.Н. Органосохраняющие операции при

язвенной болезни, осложненной пилородуоденальным стенозом: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1987. – 47 с.

5. Окоемов М.Н. Хирургическое лечение язвенных пилородуоденальных стенозов: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2001. – 40 с.

6. Пугаев А.В., Негребов М.Г., Соболев В.В. Лечение больных с пилородуоденальным стенозом // Хирургия. – 2007. – №10. – С. 26-30.

7. Рухляда Н.В., Назаров В.Е., Ермолаев И.А. Диагностика и лечение язвенной болезни, осложнённой стенозом. – СПб: Изд-во ДЕАН, 2006. – 240 с.

8. Behrman S.W. Management of Complicated Peptic Ulcer Disease // Arch. Surg. – 2005. – Vol. 140. – P. 201-208.

9. Gilliam A.D., Speake W.J., Lobo D.N. Current practice of emergency vagotomy and Helicobacter pylori eradication for complicated peptic ulcer in the United Kingdom // Brit. J. Surg. – 2003. – Vol. 90, №1. – P.88-90.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА И ВЫБОР ФАРМАКОТЕРАПИИ ПРИ СТЕНОЗИРУЮЩИХ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

Нишонов Ф.Н., Нишанов М.Ф., Абдуллажонов Б.Р., Мамарасулов М.К., Робиддинов Б.С.

Цель: улучшение результатов хирургического лечения больных со стенозирующими пилородуоденальными язвами. **Материал и методы:** проанализированы результаты обследования и хирургического лечения 223 больных с язвенной болезнью, осложненной пилородуоденальным стенозом, перенесших различные варианты резекции желудка, а также 32 пациентов со сте-

нозирующими пилородуоденальными язвами, у которых выполнены иссечения стенозирующей язвы с пластическими операциями пилородуоденальной зоны для нормализации эвакуаторной функции желудка. **Результаты:** благодаря применению разработанного нами комплекса мероприятий до, во время и после операции у больных основной группы были получены хорошие результаты: количество осложнений, специфичных для операций на желудке, уменьшилось до 9,75%; послеоперационных осложнений общего характера – до 7,31%; все больные выздоровели, летальных исходов не было. Сроки пребывания пациентов в стационаре – 9,2 дня. **Выводы:** усовершенствованные методы экономной резекции желудка с иссечением малого сальника, преимущественное завершение наложением гастродуоденального анастомоза приводит к уменьшению агрессивности пептических факторов желудочного сока и нормализации эвакуаторной функции желудка, что способствует естественному пассажу пищи по пищеварительному тракту, быстрой нормализации нарушенных функций желудка и двенадцатиперстной кишки.

Ключевые слова: стенозирующие пилородуоденальные язвы, резекция желудка, гастродуоденальный анастомоз.

