

Г.Ф. Жигаев, Е.В. Кривигина, Е.Ю. Лудупова

К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ И ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко, Улан-Удэ

В данной работе представлен опыт лечения осложненных пилородуоденальных и дуоденальных язв, диагностические особенности и хирургическая тактика при данной патологии. Авторы считают операцией выбора резекцию желудка по Бильрот II – Бальфуру.

Ключевые слова: пилородуоденальные, дуоденальные язвы, хирургическое лечение, осложнения

TO THE QUESTION ABOUT SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATED PYLORIC-DUODENAL AND DUODENAL ULCERS

G.F. Zhigaev, E.V. Krivigina, E.Y. Ludupova

Republican clinical hospital him N.A.Semashko, Ulan-Ude

In the work experience of treatment of complicated pyloroduodenal and duodenal ulcers, diagnostic features and surgical tactics is submitted at the pathology are given. Authors consider a resection of a stomach on Bilroth II – Balfur to be operation of a choice.

Key words: pyloric-duodenal and duodenal ulcers, surgical treatment, complications

В выборе способа оперативного вмешательства осложненных пилородуоденальных и дуоденальных язв, частота которых колеблется в пределах 7,7 – 20,6% [2, 6, 13], возникают значительные трудности. Это связано с особенностями их клинических проявлений – пенетрация в головку поджелудочной железы – 52,3% [3, 10], в печеночно-дуоденальную связку – 20,2%, в несколько органов с образованием спаечно-воспалительного конгломерата – 3,9% [9], сочетанным осложнением (кровотечение и пенетрация, кровотечение и перфорация) – 16,1% [7].

В выборе хирургической тактики при данной патологии имеются разные подходы и мнения. Так, одни авторы [11, 12] считают методом выбора операции – иссечение язвы или ее ушивание в сочетании с ваготомией, пилоросохраняющие и пилородренирующие операции при перфоративных язвах. Другие [5, 8] рекомендуют резекцию желудка при «трудных» и осложненных язвах.

При кровоточащих язвах [1, 4] придерживаются активной хирургической тактики, т. к. после эндоскопического гемостаза отмечают рецидив кровотечения у 11,1% больных, независимо от способа гемостаза. Операцией выбора для них является резекция желудка.

Нами проанализированы результаты хирургического лечения 102 больных с осложненными пилородуоденальными – 56 (54,5%), дуоденальными – 42 (41,3%), сочетанными – 4 (4,2%) язвами желудка и двенадцатиперстной кишки. Мужчин было 72 (70,1%), женщин – 30 (29,9%), возраст больных от 23 до 70 лет и старше. Длительность заболевания была от 5 до 10 лет. У 28 (27,1%) пациентов отмечены сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем, хронические заболевания печени и желчевыводящих путей.

При эндоскопическом исследовании выявлены язвенные дефекты: до 3 см у 46 (45,4%), до 4 см у 20 (19,7%), до 5 см у 16 (15,2%), более 5 см у 8 (8%)

пациентов. У 12 (11,7%) пациентов размер язвы не превышал 2 см, и она локализовалась постлуковично. Язвы отличались большими размерами, неправильной формой. Они были с подрытыми краями, в виде кратеров, с распространенным воспалительным валом вокруг язвенного дефекта, ярким гиперемизированным круговым ободком, особенно в двенадцатиперстной кишке, с фибринозным налетом, разной формой деформации привратника.

По результатам морфологического исследования в 7 (6,9%) случаях обнаружена дисплазия высокой степени, у 4 (4,4%) – атипичные клетки.

В клинической картине осложненных пилородуоденальных и дуоденальных язв преобладали боли в эпигастрии с иррадиацией в поясницу, опоясывающие боли, усиливающиеся после приема пищи, диспепсические расстройства, снижение массы тела до 12 килограмм в течение 2 – 3 месяцев болезни.

Кровотечение встретилось у 52 (51%) больных. Из них у 28 (27,7%) наблюдаемых отмечались сочетанные осложнения (кровотечение и пенетрация, кровотечение и перфорация, рубцовый стеноз).

Для определения степени тяжести кровопотери применяли интегральный показатель:

$$KK = AD \text{ сист.} \times Hb / ЧСС \times ЧД,$$

где **KK** – коэффициент компенсации, **AD сист.** – систолическое артериальное давление, **Hb** – гемоглобин, **ЧСС** – частота сердечных сокращений, **ЧД** – частота дыхания.

Объем инфузионно-трансфузионной терапии определялся по формуле:

$$V = M (65 - 5KK),$$

где **V** – объем инфузионной терапии, **M** – масса тела пациента, **KK** – коэффициент компенсации.

У 14 (26,9%) больных была I степень тяжести кровопотери, II степень у 11 (21,2%), III степень у 21 (40,4%), IV степень тяжести у 6 (11,5%) пациентов. Перфорация язв встретилась у 39 (38,2%)

пациентов, у 14 (13,8 %) из них она сочеталась с пенетрацией и кровотечением.

Операцией выбора при пилородуоденальных и дуоденальных язвах была резекция желудка. Всего выполнено 73 (71,4 %) резекции желудка: по Бильрот II – Витебскому – 16 (22 %), по Бильрот II – Бальфуру – 57 (78 %). В послеоперационном периоде у 2 (12,5 %) больных, оперированных по Бильрот II – Витебскому, отмечена несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки, у 1 (6,3 %) – послеоперационный панкреатит, у 1 (6,3 %) – кровотечение из сформированной малой кривизны, что потребовало повторного оперативного вмешательства. В группе больных, оперированных по Бильрот II – Бальфуру осложнений не отмечено.

После резекции желудка умерли 4 (5,5 %) пациента: от инфаркта миокарда – 1 (1,4 %), от панкреонекроза – 2 (2,7 %), от несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки – 1 (1,4 %), от перитонита – 1 (1,4 %). Паллиативные операции выполнены у 29 (28,4 %) больных. У 14 (48,3 %) произведено ушивание перфоративной язвы, у 8 (27,6 %) – иссечение язвы с пилоропластикой, у 3 (10,3 %) было прошивание кровоточащего сосуда с перевязкой левой желудочной артерии, у 4 (13,8 %) – резекция желудка на выключение язвы по Финстереру. В этой группе пациентов у 3 (10,3 %) были отмечены послеоперационные осложнения: рецидив кровотечения – у 2, несостоятельность швов ушитого перфоративного отверстия – у 1. Умерли 2 (1,9 %) больных. Во время операции при ревизии в пилородуоденальной зоне определялся рубцово-спаечный воспалительный конгломерат больших размеров с выраженной деформацией луковицы двенадцатиперстной кишки. Язвы задней стенки двенадцатиперстной кишки чаще пенетрировали в головку поджелудочной железы. Во время операции обнаруживали, что задняя стенка кишки по периметру отсутствует за счет деструкции, а на поджелудочной железе остается язвенный кратер. Все это создавало определенные трудности при выделении и, в последующем, ушивании культи двенадцатиперстной кишки. В таких ситуациях проводили мобилизацию кишки по Кохеру-Сенчилло-Явербаум. Культю обрабатывали открытым способом во избежание повреждения элементов гепатодуоденальной связки, «трудную» культю ушивали атипично (по Сапожкову, Юдину), в 3 случаях по Хвостову.

Таким образом, клиническое течение пилородуоденальных и дуоденальных язв отличается развитием тяжелых сочетанных осложнений, что создает определенные трудности в выборе хирургической тактики и адекватного объема операции. Операцией выбора считаем резекцию желудка по Бильрот II – Бальфуру. Выполняемые паллиативные операции являются вынужденной мерой, направленной на стабилизацию состояния больных в критической ситуации.

Сведения об авторах

Жигаев Геннадий Федорович – профессор, д.м.н., заслуженный деятель науки РФ. 670047, Улан-Удэ, ул. Павлова 12, Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко, тел. 8(3012) 23-36-24

Кривигина Елена Владимировна – к.м.н., врач-эндоскопист.

Лудупова Евгения Юрьевна – к.м.н., главный врач РКБ им. Н.А.Семашко.

ЛИТЕРАТУРА

1. Афанасьев А.Н. Возможности фармакотерапии влечения острых гастродуоденальных язвенных кровотечений. Успенские чтения / А.Н. Афанасьев, М.А. Евсеев // Материалы научно-практической конференции врачей России. – Тверь, 2003. – С. 113 – 115.

2. Борисов А.Г. Хирургическое лечение при хронических гастродуоденальных язвах / А.Г. Борисов, В.П. Земляной, К.Г. Кубачев // Вестник хирургии. – 2002. – № 1. – С. 79 – 81.

3. Волков Е.Ю. Перфорация гигантской язвы двенадцатиперстной кишки / Е.Ю. Волков // Клин. хирургия. – 1992. – № 8. – С. 42 – 44.

4. Гостищев В.К. Лечение острых гастродуоденальных язвенных кровотечений: фармакотерапия или оперативное лечение. Современные подходы науки и практики в хирургии / В.К. Гостищев, М.А. Евсеев // Сб. науч. трудов. – Воронеж, 2002. – С. 136 – 138.

5. Долгушкин А.Н. Особенности течения и оперативного лечения больных после зашивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки / А.Н. Долгушкин // Клин. хир. – 1993. – № 9 – 10. – С. 20 – 21.

6. Жанталинова Н.А. Выбор хирургической тактики при гигантских язвах желудка и двенадцатиперстной кишки / Н.А. Жанталинова // Хирургия. – 2005. – № 12. – С. 30 – 32.

7. Коровин А.Я. Способ хирургического лечения кровоточащей постбульбарной язвы двенадцатиперстной кишки с пенетрацией в стенку общего желчного протока / А.Я. Коровин, С.Б. Базлов // Вестник хир. гастроэнтерологии. – 2006. – № 1. – С. 60 – 61.

8. Курыгин А.А. Неотложная хирургическая гастроэнтерология / А.А. Курыгин, Ю.М. Стойко, С.Ф. Багненко // С-Пб.: Питер, 2001. – 483 с.

9. Рыбачков В.В. Осложненные гастродуоденальные язвы / В.В. Рыбачков, И.Г. Дряженков // Хирургия. – 2005. – № 3. – С. 27 – 29.

10. Трошин А.В. Клинико-рентгенологическая диагностика больших и гигантских язв двенадцатиперстной кишки / А.В. Трошин, Е.В. Фирсов, А.М. Чухраев // РЖГК. – 2001. – № 6. – С. 79 – 81.

11. Тутченко Н.И. Пилороросстанавливающие операции при осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / Н.И. Тутченко, Я.В. Гоер, А.В. Саломко // Клин. хир. – 1991. – № 8. – С. 19 – 21.

12. Хасанов А.Г. Диагностика и результаты хирургического лечения перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки / А.Г. Хасанов, А.Н. Рубаев, Е.И. Сендерович // Клин. хир. – 1991. – № 4. – С. 15 – 18.

13. Хараберюш В.А. Хирургическое лечение больных с гигантской кровоточащей язвой желудка и двенадцатиперстной кишки / В.А. Хараберюш, П.Г. Коңдратенко // Клин. хир. – 1991. – № 8. – С. 3 – 7.