

© Ю.И.Калиш, А.А.Турсуметов, 2007
УДК 616.33-002.44-02

Ю.И.Калиш, А.А.Турсуметов

О ПРИРОДЕ ВТОРИЧНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА

Республиканский специализированный центр хирургии им.акад. В.Вахидова (дир — проф. Ю.И.Калиш), г. Ташкент, Республика Узбекистан

Ключевые слова: вторичные язвы желудка, гастростаз, оперативное лечение.

Введение. Возникновение вторичных язв желудка (ВЯ) обусловлено гастростазом как язвенной [1, 2], так и неязвенной этиологии [3, 4]. Сведения о частоте и особенностях ВЯ носят противоречивый характер, так как не всеми признаются две основные, на наш взгляд, причины длительно существующего гастростаза, нарушений эвакуаторной функции различных отделов желудка. Так, В.Н.Чернышев и И.К.Александров [4] видят причину образования ВЯ в гастростазе неязвенной этиологии (химические ожоги выходного отдела желудка, после фундопликации по Ниссену, релаксация и грыжи диафрагмы, двухполостной желудок, тяжелые формы нарушений дуоденальной проходимости и пр.).

Материал и методы. Изучены две основные группы причин гастростаза: язвенной этиологии вследствие стенозирования язв двенадцатиперстной кишки (ДПК) и неязвенной. В нашем центре оперирован 1521 больной с хроническими язвами желудка. Из них у 238 (15,6%) верифицированы хронические язвы желудка различной локализации, сочетаемые со стенозированием язв ДПК

У 53 (3,5%) ВЯ были обусловлены нарушениями эвакуации из желудка неязвенной этиологии.

Результаты и обсуждение. Проведена сравнительная оценка основных особенностей ВЯ в двух группах больных (табл. 1).

Наиболее многочисленную (81,8%) представляла группа больных с ВЯ язвенной этиологии (см. табл. 1). Существенных различий в локализации ЯЖ у пациентов обеих групп не отмечено, за исключением более высокого удельного веса ВЯ (язвенной этиологии) в области кольца привратника и надпривратниковой зоны (18,7%).

Наличие стенозирования дуоденальных язв (компенсированное — у 26,1% больных, субкомпенсированное — у 45,4% и декомпенсированное — у 28,5%) в сочетании с длительным язвенным анамнезом (11,1±0,6) года, на наш взгляд,

явилось причиной формирования язв желудка, т.е. вторичных по своей природе. Пенетрация язв ДПК имела место у 39,1% пациентов, т.е. у них был активный язвенный процесс.

Таким образом, значительное число активных язв ДПК, выявленных во время операции, опреде-

Таблица 1

Основные особенности вторичных язв желудка (M±m)

Критерии оценки	Гастростаз	
	Стенозирующая язва ДПК (n=238)	Неязвенной этиологии (n=53)
Средний возраст, лет	47,9±0,7	44,3±1,6
Средняя длительность анамнеза, лет	11,1±0,6*	6,9±1,01
Соотношение мужчин и женщин	3,6:1*	4,9:1
Осложнения в анамнезе, %	31,5*	15,1
в том числе:		
кровотечение	18,5*	11,3
перфорация	13,0*	3,8
Осложнения при поступлении, %	16,8*	11,3
в том числе:		
кровотечения	16	11,3
перфорация	0,8	—
Верифицированы, %:		
«трудные» язвы ДПК	8	—
«трудные» язвы желудка	30,1	30,2
перерождение язвы желудка (ЯЖ)	1,7*	3,8
Пенетрация ЯЖ, %	22,3*	11,3
Пенетрация+стеноз, %	39,1	—
Стенозирование, %	60,9	—

*Отмечена достоверность различий.

ленно создавало ряд технических трудностей при выполнении резекции желудка.

Более того, как показал анализ операционных находок, у 73 (30,1%) больных были так называемые «трудные» язвы желудка (гигантские — у 12,6%; «высокие» — у 12,6% и множественные — у 5,5%). Из общего числа таких язв у 5,5% пациентов они сочетались. Это, в свою очередь, диктовало необходимость выполнения типичных резекций желудка в большем объеме. «Трудные» язвы ДПК (гигантские, «низкие») имели место у 19 пациентов (8%). Признаки перерождения ВЯ были в 1,7% наблюдений.

Другим не менее серьезным осложнением ВЯ было кровотечение, послужившее причиной госпитализации у 16% больных. Как показали данные экстренной эндоскопии, чаще кровоточили язвы желудка (35 из 38 поступивших пациентов, реже — дуоденальные).

Перфорация язв ДПК была только у 2 (0,8%) больных. Для сравнения укажем, что это осложнение было у 8,5% больных с «обычными» язвами ДПК. Вероятно, столь низкий удельный вес перфораций можно объяснить наличием стенозирующих язв ДПК (завершенный язвенный процесс) и пенетрацией язв на задней стенке луковицы ДПК или ее постбульбарного отдела.

По данным анамнеза, у лиц с вторичными ЯЖ осложнения встречались в два раза чаще (31,5%), чем при ВЯ неязвенной этиологии.

Таким образом, возникновение вторичных ЯЖ можно связать с наличием длительного по времени гастростаза на почве, как правило, суб- и декомпенсированных стенозов в области ДПК (74%). Их отличительными особенностями является высокий удельный вес «трудных» язв желудка (у каждого третьего больного) и значительная частота пенетраций дуоденальных язв. Пенетрация же самих ВЯ также достаточно высока (в среднем 42,1%) и колеблется в зависимости от их локализации: от 50% (проксимальные) до 34,2% (тело желудка). В равной мере осложнены пенетрацией и «трудные» язвы желудка (47,4%), чаще гигантские (63,4%), сочетание этих язв (59,1%).

Изучение особенностей секреторной активности желудка при ВЯ выявило понижение ее

в 33,5% наблюдений, у 55,7% — она была аналогично таковой у здоровых людей и только в 10,8% — была высокой.

Среди редких причин образования ВЯ на почве гастростаза, нарушений эвакуаторной функции желудка неязвенной этиологии (53 больных) в порядке убывания располагались: тяжелые формы хронических нарушений дуоденальной проходимости (у 33); гипертрофия пилорического жома (у 11); полип ДПК (у 3), кольцевидная поджелудочная железа (у 2); фито bezoary желудка (у 2); грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (у 1), эхинококковая киста брюшинного пространства (у 1). Соотношение мужчин и женщин — 4,9:1, средний возраст — (44,3±1,6) года.

Из вышеуказанного числа этих больных с ВЯ «трудными» они были в 30,2% («высокие» — у 8, гигантские — у 6 и множественные — у 2).

Таким образом, если исходить из того фактора, что ведущей причиной формирования ВЯ служит длительный гастростаз, то по удельному весу «трудных» язв они одинаково часто встречались в обеих сравниваемых группах.

Показания к хирургическому лечению больных с ВЯ, возникших на фоне длительных стенозирующих язв, ДПК базировались, исходя из наличия гастростаза, «трудных» язв желудка, вероятности их перерождения. Характер и объем радикальных операций отражены в табл. 2.

Нам удалось сохранить естественный пассаж по ДПК при резекции желудка по Бильрот-I — у 93 больных и наложением различных вариантов терминолатерального анастомоза (ТЛА) — у 64, т.е. у 157 пациентов.

Наличие «высоких», множественных, гигантских язв желудка и их сочетаний потребовало выполнения атипичных и более обширных резекций органа (лестничные, трубчатые). Гастрэктомия (у 2 больных) и проксимальная резекция желудка (у 1) выполнены при наличии признаков перерождения язв (по данным дооперационной прицельной гастробиопсии и экстренной интраоперационной биопсии).

Из общего числа 238 оперированных пациентов экстренные оперативные вмешательства

Таблица 2

Характер операций при ВЯ на фоне стеноза

Характер операций	Типичные ЯЖ	«Трудные» ЯЖ	Итого	ВЯ неязвенной этиологии
Резекция желудка по Бильрот-I	67	26	93	21
Резекция желудка по Бильрот-II	54	24	78	29
Терминолатеральный анастомоз	44	20	64	2
Гастрэктомия	—	2	2	—
Проксимальная резекция желудка	—	1	1	1
Всего	165	73	238	53

выполнены у 8 из них (при кровотечении — у 6, перфорации — у 2). Это были: резекция желудка по Бильрот-I (у 1) и по Бильрот-II (у 4), операции завершали наложением ТЛА (у 3).

У всех пациентов с редкими причинами образования ВЯ выполняли резекцию желудка в разных модификациях, иногда ее сочетали со стволовой ваготомией. Преобладание среди этих операций резекции желудка по Бильрот-II было обусловлено наличием хронической непроходимости ДПК. Послеоперационная летальность в группе больных с ВЯ на фоне стенозирующих дуоденальных язв составила 2,9% (7), а во 2-й группе летальных исходов не было.

Выводы. 1. Возникновение вторичных язв желудка обусловлено наличием длительно существующих стенозирующих язв ДПК (81,1%) и гастростаза неязвенной этиологии (18,2%).

2. Характерным для обоих вариантов ВЯ является значительный удельный вес так называемых «трудных» язв желудка, высокая склонность к кровотечению.

3. Операцией выбора при ВЯ должна быть резекция желудка, предпочтительно по Бильрот-I или с наложением ТЛА.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Борисов Б.Ф., Василенко Л.И., Куницкий Ю.Л. Вторичные язвы желудка после органосохраняющих операций при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Вестн. хир.—1988.—№ 6.—С. 25–27.
2. Калиш Ю.И. Сочетанные и вторичные поражения желудка и кардии при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Клини. хир.—1979.—№ 8.—С. 55.
3. Пономарев А.А., Курыгин А.А. Редкие неопухолевые хирургические заболевания пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.—Л.: Медицина, 1987.—232 с.
4. Чернышев В.Н., Александров И.К. Классификация язв желудка и выбор способа операции // Хирургия.—1992.—№ 9–10.—С. 3–8.

Поступила в редакцию 29.12.2006 г.

Yu.I.Kalish, A.A.Tursumetov

ON THE NATURE OF SECONDARY ULCERS OF THE STOMACH

The authors have studied two main groups of causes of the arising of secondary ulcers of the stomach: ulcerous aetiology due to stenosing duodenal ulcers (238 patients — 81.1%) and non-ulcerous aetiology (53 patients — 18.2%). It was found that both variants of secondary ulcers were characterized by a considerable part of so called “difficult” ulcers of the stomach and high bias towards bleedings. Operation of choice for secondary ulcers of the stomach must be resection of the stomach preferably by the Billroth-I method or application of termino-lateral anastomosis.