

ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Ю.И. КАЛИШ¹, А.А. ТУРСУМЕТОВ², Д.А. САПАЕВ², М.К. КАБУЛОВ¹

Республиканский специализированный Центр хирургии им. акад. В. Вахидова¹,
Ташкентский педиатрический медицинский институт²,
Республика Узбекистан, г. Ташкент

Резюме. Представлен 35 летний опыт хирургического лечения 354 больных с сочетанными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки (II тип язв по Johnson H.D., 1965). Язвы желудка II типа, т.е. сочетаемые с дуоденальными, отличаются значительным полиморфизмом («разброс» в локализации, наличие «трудных» форм, высокая частота стенозирующих язв двенадцатиперстной кишки). Операцией выбора должны быть атипичные резекции желудка (лестничная, субтотальная дистальная, субтотальная проксимальная, трубчатая). Гастрэктомия выполняется при «высокой» локализации язв с наличием данных за их злокачественную трансформацию.

Ключевые слова: сочетанные язвы, тактика лечения, резекция желудка.

CHOOSE TYPE OF SURGICAL TREATMENT COMBINED ULCERS OF STOMACH AND DUODENI

YU.I. KALISH¹, A.A. TURSUMETOV², D.A. SAPAEV², M.K. KABULOV¹

The republican specialized Center of surgery of a name of the acad. of V. Vakhidov¹,
Tashkent pediatric medical институт²,
Republic of Uzbekistan, Tashkent

Resume. 35 summer experience of surgical treatment of 354 patients with combined stomach ulcers and a duodenal gut (II type of ulcers on Johnson H.D Is presented., 1965). Stomach ulcers of II type, i.e. combined with дуоденальными, differ considerable polymorphism ("disorder" in localizations, presence of "difficult" forms, high frequency stenosis ulcers of a duodenal gut). Atypical resections of a stomach (ladder, subtotal distal, subtotal proximal, tubular) should be choice operation. Gastrectomy it is carried out at "high" localization of ulcers with presence of data for their malignant transformation.

Key words: combined ulcers, treatment tactics, stomach resection.

Введение. К сочетанным язвам желудка и двенадцатиперстной кишки относят одновременное или последовательное язвенное поражение желудка и двенадцатиперстной кишки, или существование язвы (язв) одной локализации в сочетании с язвой (язвами) или рубцово-язвенной деформации другой локализации [1,3,10,12].

Johnson H.D. (1965), [12] в своей работе обозначил их как язвы желудка II типа (т.е. сочетаемые с дуоденальными).

Вопросы ульцерогенеза II типа язв остаются спорными (одновременное или последовательное возникновение), однако хирург сталкивается с другой, более практически значимой проблемой определения вида и объема операции [2,9,11,13]. Именно она в связи с малочисленностью личных наблюдений остается окончательно не разрешенной и подчас спорной [4,5,6,8, 14].

Цель исследования. Изучить особенности сочетанных язв желудка и

двенадцатиперстной кишки и на этом основании определить оптимальные варианты их хирургического лечения.

Материал и методы. Мы располагаем более чем 30-летним опытом комплексного обследования и хирургического лечения больных с хроническими язвами двенадцатиперстной кишки (8545) и желудка (1562), результатами повторных и реконструктивных операций (887) при заболеваниях оперированного желудка, а также 985 оперативных вмешательств у лиц, перенесших в прошлом ушивание перфоративной дуоденальной язвы.

Хронические язвы желудка в соответствии с классификацией (Johnson H.D., 1965) по частоте распределились следующим образом: истинные (интермедиальные) были у 63 % (I тип); сочетанные с дуоденальными (II тип) 27 % и язвы кольца привратника и надпривратниковой зоны (III тип) - 10%.

В основу настоящего сообщения положен анализ комплексного обследования 354 пациентов с язвами II типа (мужчин - 281; женщин - 73, средний возраст $47,5 \pm 1,7$ лет).

С этой целью осуществлена сравнительная оценка основных критериев, совокупность которых служит основанием для выбора способа и объема операции у больных с язвами I и II типов.

Результаты и обсуждение. Первый этап работы заключался в проведении сравнительной оценки особенностей язв I и II типов. Он был необходим в связи с отсутствием в литературе данных, позволяющих сопоставить типологическую характеристику этих видов хронических язв желудка. Как правило, в имеющихся публикациях по язвам II типа, они описывались в контексте вообще язвенной болезни, а чисто целенаправленных исследований по этому вопросу крайне мало. Окончательный диагноз язв желудка II типа, или сочетанных язв желудка и двенадцатиперстной кишки, ставили только на основании операционной верификации.

Из 354 оперированных плановые операции были выполнены - 331, а в экстренном порядке (продолжающемся кровотечении или его рецидиве) - 23.

Результаты комплексного обследования с операционной верификацией позволили установить ряд факторов в той или иной мере влияющих на особенности регламентации ряда тактических вопросов и способа хирургического лечения (табл. 1).

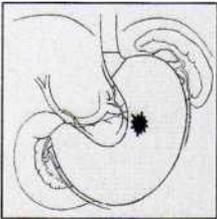
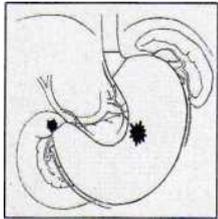
Прежде всего, это высокий процент (32,8%) «трудных» форм язв желудка (гигантские, «высокие», множественные и их сочетания), стенозирующих язв двенадцатиперстной кишки (67,2%). Отличает язвы желудка II типа значительное число их пенетраций, как дуоденальных (66%), так и самих желудочных (34,7%).

Говоря о злокачественной трансформации язв желудка, следует отметить, что чаще (8,8%) они осложняли течение язв I типа, нежели II типа (2,5%).

Таким образом, сочетаемые с дуоденальными язвы желудка - это особая форма хронических язв, требующих дифференцированного подхода, как в определении тактики лечения, так и способа хирургического вмешательства. Прежде всего, необходимо с целью предупреждения развития и прогрессирования целого «букета» осложнений более раннее хирургическое лечение и, естественно, отказ от длительно проводимой консервативной терапии.

Таблица 1.

Основные особенности типологии язв II и I типов

Осложнения язвенной болезни	Тип язвы	
		
	I тип	II тип
Осложнения в анамнезе	14,7%	30,8%
<i>кровотечение</i>	12,7%	18,9%
<i>перфорация</i>	1,9%	11,9%
Осложнения при поступлении	13,7%	21,8%
<i>кровотечение</i>	13,7%	21,2%
<i>перфорация</i>	-	0,6%
Осложнения, выявленные во время обследования		
<i>пенетрация ЯЖ</i>	26,5%	34,7%
<i>пенетрация язв ДПК</i>	-	66,0%
<i>стенозирование язв ДПК</i>	-	67,2%
<i>«трудные» формы ЯЖ</i>	13,7%	32,8%
<i>«трудные» формы язв ДПК</i>	-	6,8%
<i>злокачественная трансформация</i>	8,8%	2,5%

Наиболее яркой иллюстрацией сказанному служит наши данные об особенностях такого осложнения язвенной болезни как кровотечение. За указанный период с клиникой кровотечения госпитализировано 76 пациентов с язвами II типа (средний возраст $49,1 \pm 1,5$ лет). Консервативная терапия оказалась неэффективной у 23 из них (средний возраст $50,9 \pm 3,1$ лет), что послужило основанием для экстренной операции (продолжающееся кровотечение -11; его рецидив -12).

Таким образом, хирургическая активность при кровоточащих язвах II типа (как правило, кровили желудочные язвы) была 30,7%. Более того, среди 23 оперированных у 10 (43,5%) были выявлены «трудные» язвы (гигантские - 4; множественные -2; «высокие» -4) желудка и двенадцатиперстной кишки (1). Послеоперационная летальность составила 13%, а средний возраст умерших $71 \pm 4,5$ лет. В задачу второго этапа работы входило сравнение двух вариантов язв желудка II типа, а именно, сочетаемых с дуоденальными, но без рентгенологических признаков пилородуоденального стеноза (II-A тип) и при наличии этого осложнения (II- B тип). Вообще о наличии стенозирования язв ДПК при язвах желудка II типа было известно давно, а частота этого осложнения колеблется от 5,5% до 77% [3,4,9].

Во второй таблице представлена сравнительная оценка язв желудка II-A типа (язвы желудка на фоне язв ДПК без

стенозирования) и II - B типа (на фоне язв ДПК различной степени стенозирования).

Обращает на себя внимание, что при более коротком анамнезе при язве II- A типа они чаще (31,9%) осложняются кровотечением, нежели язвы II - B типа. Как правило, в обеих группах кровоточат желудочные и реже дуоденальные язвы. Частота «трудных» форм язв желудка (гигантские, множественные, «высокие») примерно одинакова, однако, при язвах II- B типа чаще встречаются гигантские и «низкие» дуоденальные язвы. В этой связи они в 7 раз чаще бывают пенетрирующими.

Если судить о таком грозном осложнении хронических язв желудка как злокачественная трансформация, то последняя была значительно выше (4,3%) при II-A типе, нежели при II- B типе (1,7%).

В задачу третьего этапа работы входила разработка показаний к выбору способа хирургического лечения больных с язвами желудка II типа.

Необходимость дифференцированного подхода диктовалось, прежде всего, локализацией этих язв. В основу их распределения в желудке мы использовали схему, предложенную академиком А.Ф.Черноусовым с соавт. (2004) [7], предусматривающую деление его на 3 части (рис. 1).

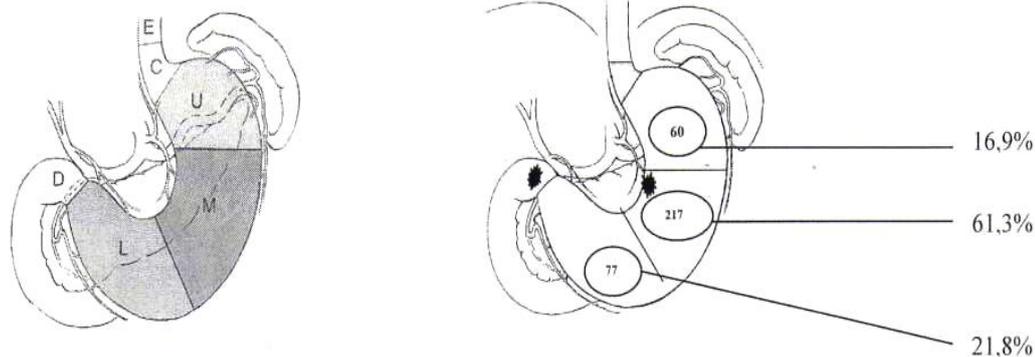
В соответствии с представленной схемой язвы желудка локализовались в верхней трети (16,9%); средней (61,3%) и нижней трети (21,8%).

Таблица 2

Некоторые особенности язв желудка II типа

Критерии оценки (в % к общему числу)	II-A тип (n-116)	II-B тип (n-238)
Средний возраст	$46,6 \pm 1,7$	$47,9 \pm 0,7$
Средняя длительность язвенного анамнеза	$6,6 \pm 1,3^*$	$11,1 \pm 0,6$
Пенетрация в анамнезе	Ж-22 -19%	Ж-51 -21%
Кровотечение в анамнезе	19,8%	18,5%
Перфорация в анамнезе	9,5%*	13%
Кровотечение при поступлении	31,9%*	16%
в т.ч. из язв желудка	94,5%	92,1%
из язв ДПК	5,5%	7,9%
«Трудные» язвы ДПК	4,3%*	8%
«Трудные» язвы желудка	37%	30,1%
в т.ч. гигантские	9,5%	12,6%
«высокие»	19%	12,6%
множественные	8,6%	5,5%
Перерождение язв желудка	4,3%*	1,7%
Гиперантровагальный тип секреции	6,9%*	9,2%
Пенетрация язвы желудка	36,2%*	33,2%
Пенетрация язвы ДПК	11,2%	77,8%

Примечание: звездочкой отмечена достоверность различий.



Примечание: С - кардия, субкардия; U - (upper third) - верхняя; М (middle third) средняя и L (lower third) - нижняя треть желудка.

Рис. 1. Предлагаемые границы кардии и отделов желудка.

Такое деление желудочных язв по зонам желудка имеет принципиальное значение при выборе способа и объема операции (табл.3).

Как видно из приведенных данных, «высокая» локализация хронических язв была у 16,9% больных (из 60 «высоких» язв желудка в 4 это были язвы кардии, а в 12 - субкардии), более того, в 39,3% случаев это были гигантские, множественные, которые в ряде случаев сочетались.

Исходя из полученных данных операций выбора при «высоких» язвах желудка II типа были разные варианты атипичных резекций желудка. Нами они произведены у 58 из 60 оперированных (лестничная - 27; дистальная субтотальная - 16; проксимальная субтотальная - 12, трубчатая - 1). В двух случаях «высокая» локализация хронической язвы и наличие признаков злокачественной трансформации потребовали выполнение гастрэктомии.

Чаще (61,3%) хронические язвы II типа располагались в средней трети желудка. У каждого пятого (19,7%) были их «трудные»

формы. Особенности локализации таких язв, учет «трудных» их форм и признаков злокачественной трансформации позволили выполнить дистальную резекцию желудка в классическом объеме в 78 (35,9%) случаях. У большинства же пациентов это были варианты атипичной резекции желудка (лестничная - 101, дистальная субтотальная - 35, трубчатая - 1) и у двух потребовалась гастрэктомия (гигантская язва с злокачественной трансформацией).

У каждого пятого больного (21,8%) хронические язвы желудка II типа располагались в нижней трети органа, характеризуясь высокой частотой (80,6%) стенозирующих язв ДПК, пенетрации (61,1%), гиперантровагального типа секреции (22,1%). Наличие «трудных» форм желудочных язв (12,5%), злокачественной трансформации (2,8%) не служило противопоказанием к выполнению дистальной резекции желудка в классическом объеме (73 из 77 случаев) и лишь у 3 это были субтотальная дистальная резекция и в 1 - лестничная.

Таблица 3.

Характерные различия язв желудка II типа в зависимости от их локализации

Критерии оценки	Локализация язв II типа		
	Верхняя треть (16,9%)	Средняя треть (61,3%)	Нижняя треть (21,8%)
Пенетрация язв желудка	48,2%	26,1%	25%
Стенозирование язв ДПК	60,7%	39,4%	80,6%
Злокачественная трансформация	7,1%	0,98%	2,8%
«Трудные» формы язв желудка	39,3%	19,7%	12,5%
Кровотечение как причина госпитализации	8,3%	5,5%	7,8%
Гиперантровагальный тип секреции	1,7%	5,1%	22,1%

Из всех 354 оперированных пациентов, резекцию 2/3 желудка удалось выполнить у 111

(31,4%), причем в 12,6 % случаев (14), она дополнена стволовой поддиафрагмальной

ваготомией в связи с гиперантровагальным типом секреции. Реконструктивный этап оперативных вмешательств при язвах II типа заключалось в преимущественном формировании прямого (149) или терминолатерального анастомоза (77).

Послеоперационная летальность при плановых операциях (331) составила 2,7%, и была высокой (13%) при вмешательствах, выполненных у лиц в экстренном порядке (23) на высоте кровотечения или его рецидиве. Это связано с более старшим возрастом больных ($50,9 \pm 3,1$ лет), наличием сопутствующих заболеваний, преобладанием трудных форм язв желудка.

Выводы:

Язвы желудка II типа, т.е. сочетаемые с дуоденальными, отличаются значительным полиморфизмом («разброс» в локализации, наличие «трудных» форм, высокая частота стенозирующих язв двенадцатиперстной кишки).

Большая часть пациентов (особенно при осложненном течении заболевания) относятся к более старшей возрастной группе. Средний возраст госпитализированных с кровотечением был $49,1 \pm 1,5$ лет, оперированных на высоте продолжающегося кровотечения или его рецидиве $50,9 \pm 3,1$ лет, а среди умерших после экстренных операций составил $71 \pm 4,5$ лет.

В этой связи целесообразен отказ от длительно проводимой консервативной терапии, которая, кроме этого, должна учитывать локализацию язв желудка (чем они выше, тем более вероятен риск злокачественной трансформации).

Операцией выбора должны быть атипичные резекции желудка (лестничная, субтотальная дистальная, субтотальная проксимальная, трубчатая). Дистальные резекции органа в классическом объеме строго лимитированы особенностями язв желудка. Гастрэктомия выполняется при «высокой» локализации язв с наличием данных за их злокачественную трансформацию.

Литература:

1. Курьгин А.А., Стойко Ю.М., Багненко С.Ф. Неотложная хирургическая гастроэнтерология. Санкт-Петербург. Питер. 2001. 469 с.
2. Нечай А.И., Меркулов О.А. Хирургическое лечение сочетанных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. //Вестник хирургии.-Санкт- Петербург, 1988.-№ 10.-с. 19-22.

3. Никульшин С.С. Результаты применения пилоросохраняющей резекции желудка в хирургическом лечении сочетанных язв желудка и двенадцатиперстной кишки// Хирургия. - Москва.-1998.-№2.-с.14-16.

4. Сытник А.П., Наумов. Выбор метода операции при язвенной болезни желудка. //Хирургия. - Москва.-1995.-№3.-с.59-63.

5. Турсуметов А.А. Пути оптимизации хирургического лечения сочетанных и вторичных язв желудка. Автореф. дисс. ... докт. мед. наук.-Ташкент.-2009.-30 с.

6. Уваров И.Б. Радикальные дуоденопластика и гастропластика при сочетанных язвах двенадцатиперстной кишки и желудка.: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук.-Краснодар, 1997.- 32 с.

7. Черноусов А.Ф., Поликарпов С.А., Черноусов Ф.А. Хирургия рака желудка. - Москва, Изд. АТ, 2004, 560с.

8. Dauglas M.C., Duthie H.L. Vagotomy for gastric ulcer combined with duodenal ulcer//Brit. J. Surg., 1971, vol.58, №10, p.721-724.

9. Lagache G., Combemale M. Les ulcers etages gastriques et duodenaux. Etude de 77 observations.// Acta chir.belg., 1969,68,4, 262-275.

10. Mangold R. Combined gastric and duodenal ulceration. // Brit.M.J., 1958,2,1193-1197.

11. Rumbal J.M. Coexistent duodenal ulcer. // Gastroenterology, 1971, v.61, p.622-627.

12. Johnson H.D. Gastric ulcer: classification, blood, group characteristics, secretion pattern and pathogenesis // Annals of surgery. - 1965. - V.162, № 6. - P.996-1004.

13. Weisberg H., Glass G.B.J. Coexting gastric and duodenal ulcers; a review. //Am .J.Dig.Dis., 1983,Vol.8.№:7.-p.992-1007.

14. Welsh J.S., Floyd C.E., Mckeon J.A. Cambined gastric and duodenal ulcer: camparison of medical treatment // Am Surg., 1965 Sep; 31: 590-594.

**МЕЪДА ВА ЁН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАК
БИРГА КЕЛУВЧИ ЯРАЛАРИНИ
ХИРУРГИК ДАВОЛАШ УСУЛИНИ
АСОСЛАШ**

Ю.И. КАЛИШ¹, А.А. ТУРСУМЕТОВ²,
Д.А. САПАЕВ², М.К. КАБУЛОВ¹

Акад. В.Вохидов номидаги Республика
ихтисослаштирилган хирургия Маркази¹,
Тошкент педиатрия медицина институти²,
Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

Мақолада 354 меъда ярасининг II тури
(Johnson H.D., 1965) бўлган беморларни
хирургик даволаш тажрибаси келтирилган.

Ушбу турдаги меъда яралари ён икки бармоқли
ичак яраси билан бирга келганда ўзига хос
хусусиятларга эга эканлиги аниқланган
(жойлашувининг турли эканлиги, яранинг оғир
шакллари нисбатан кўп учраши, ён икки
бармоқли ичак ярасининг кўп ҳолларда стеноз
билан кечиши). Бу турдаги яраларда меъда
резекцияси кўп ҳолларда атипик бажарилади
(нарвонсимон, субтотал дистал, субтотал
проксимал, найсимон). Яралар юқори
жойлашганда ва ёмон сифатли
трансформацияси кузатилганда гастрэктомия
операциясини бажариш мақсадга мувофиқ.

Калит сузлар: кушма яралар, даволаш
тактикаси, меъда резекцияси