

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ



Облокулов Захриддин Тулкинович¹, Шоназаров Искандар Шоназарович²

1 - Межрайонный Центр политравмы и острых сосудистых заболеваний Пахтачинского района, Республика Узбекистан;

2 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ЯРА КАСАЛЛИГИ АСОРАТЛАРИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШНИНГ ЗАМОНАВИЙ ЖИХАТЛАРИ

Облокулов Захриддин Тулкинович¹, Шоназаров Искандар Шоназарович²

1 – Пахтачи тумани туманлараро кўп шикастлар ва ўткир қон томир касалликлари Маркази, Ўзбекистон Республикаси;

2 - Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

MODERN ASPECTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH COMPLICATIONS OF PEPTIC ULCER

Oblokulov Zakhriddin Tulkinovich¹, Shonazarov Iskandar Shonazarovich²

1 - Interdistrict Center for Polytrauma and Acute Vascular Diseases of Pakhtachi District, Republic of Uzbekistan;

2 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Ўн икки бармоқли ичак яраси тешилган беморларни таъхислаш ва даволаш муаммоси ҳозирги вақтда долзарб бўлиб қолмоқда ва қўшимча ўрганишни талаб қилади. Шу билан бирга, стандарт диагностика усуллари 100% аниқлик ва ўзига хосликка эга эмас, бу диагностик лапароскопиядан кенгроқ фойдаланишни талаб қилади. Ҳозирги вақтда ўн икки бармоқли ичак яраси тешилган беморларни хирургик даволашни рад этиши имконини берадиган даволаш усуллари шилаб чиқилмаган.

Калит сўзлар. Ўн икки бармоқли ичак яраси, перфорация, хирургик даво.

Abstract. The problem of diagnosis and treatment of patients with perforated duodenal ulcer remains relevant at the present time and requires further study. At the same time, standard diagnostic methods do not have 100% accuracy and specificity, which requires wider use of diagnostic laparoscopy. Currently, no treatment methods have been developed to avoid surgical treatment of patients with perforated duodenal ulcers.

Keywords: Duodenal ulcer, perforation, surgical treatment.

К.Т. Chung et al. (2017) отметил, что язвенной болезнью ежегодно в мире болеет не менее 4 миллионов человек, заболеваемость составляет 1,5 - 3%. Перфорация язвы происходит у 5% больных язвенной болезнью. В Узбекистане встречаемость перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки составляет 16-21 случай на 100000 населения, а в странах с развитой экономикой этот показатель несколько меньше и равен 7-10 случаям на 100000 населения. Motamedi et al. (2018) показали, что ежегодно в мире от язвенной болезни умирает 250000 человек.

Международные исследования констатируют, что летальность при прободной язве за последние 30 лет не имеет тенденции к снижению и равна 1,3 - 29,4% при перфорации дуоденальной язвы [4, 9].

30-ти суточная летальность при перфорации язвы двенадцатиперстной кишки достигала 26,5%, а 90-суточная летальность - 25,6 - 27,7%. Выполнение повторных операций приводило к повышению 90 дневной летальности. Среди погибших пациентов 92,9% имели сопутствующую патологию [7].

Общая летальность при перфорации язвы желудка и двенадцатиперстной кишки составила

10%, а среди оперированных пациентов этот показатель равнялся 8,9% [15].

Российские исследователи отмечают, что перфорация хронической язвы возникает у 15% больных с язвенной болезнью при этом у 0,6 - 5,5% больных имеют место повторные перфорации. Несмотря на появление современных противовоспалительных препаратов и успехи консервативного лечения язвенной болезни, частота прободений язвы не имеет тенденции к снижению. В структуре летальности при язвенной болезни перфоративная язва двенадцатиперстной кишки в настоящее время занимает ведущие позиции.

Ряд авторов констатируют в последние годы возрастание частоты перфоративных язв и увеличение процента поздних госпитализаций [10]. Другие авторы не отмечают тенденции к снижению этих показателей [6].

Ряд исследователей отмечают, что у 5-20% больных с перфорацией дуоденальной язвы имеется сочетание нескольких осложнений язвенной болезни. При этом увеличивается количество больных с сочетанными осложнениями язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Сторонники «геликобактерной» теории с наступлением XXI века считают проблему язвенной болезни принципиально решенной, но в действительности в России отмечается рост количества больных с осложненными формами язвенной болезни [3].

Многие авторы считают, что эрадикация *Helicobacter pylori* снижает риск рецидива язвы в течение 1 года [12]. Некоторые авторы полагают, что имеются разновидности язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, не поддающиеся консервативному лечению. Следовательно, должны оставаться в силе показания к радикальной операции при язвенной болезни. Из опыта известно, что применение планового оперативного лечения по поводу язвенной болезни в конце XX века позволяло добиваться значительного снижения количества осложненных форм язвенной болезни [3].

Чрезмерное упование на возможности современного консервативного лечения язвенной болезни не привело к снижению количества осложненных форм язвенной болезни в России. Отказ от планового хирургического лечения язвенной болезни сопровождается увеличением частоты язвенных кровотечений и перфораций в 1,5-2,5 раза. Среди пациентов с рецидивом язвенной болезни и ушиванием перфоративной язвы в анамнезе резистентность к антисекреторным препаратам отмечена у 7,7 - 42% больных.

Если в конце XX столетия имелась лишь тенденция к сокращению плановой хирургической помощи при язвенной болезни, то в начале этого столетия можно констатировать почти пол-

ную отмену плановой хирургической помощи. В настоящее время хирургия язвенной болезни ограничивается лишь лечением тяжелых осложнений язвенной болезни - перфорации, кровотечения, малигнизации и стеноза [3].

K. Thorsen et al. (2020) отметили увеличение заболеваемости и летальности у пациентов с перфорацией язвы в возрасте старше 60 лет. Различий по гендерному признаку не было выявлено [25].

Согласно национальным клиническим рекомендациям «Прободная язва» (2020) диагностический поиск при перфорации язвы направлен на выявление характерных признаков перфорации - свободного газа в брюшной полости, свободной жидкости в брюшной полости, наличия язвы и прободного отверстия.

Для обнаружения свободного газа в брюшной полости выполняют обзорную рентгенографию органов брюшной полости. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости позволяет в 75% выявить свободный газ и в 95% свободную жидкость. При отсутствии признаков перитонита и подозрении на прикрытую перфорацию выполняют фиброгастродуоденоскопическое исследование, которое выявляет наличие перфорации в 90% случаев (Национальные клинические рекомендации «Прободная язва», 2020).

Хорошо известно, что ранняя диагностика перфорации язвы и адекватное лечение очень важны у таких пациентов [11]. При перфорации язвы рентгенологическое исследование не выявляет свободного газа у 15% больных с перфорацией [14]. M.E. Iskandar et al. (2015) показали, что при отсутствии пневмоперитонеума вследствие ранее перенесенных операций диагноз перфорации язвы затруднен (23).

Использование диагностической лапароскопии приводит к уменьшению количества диагностических лапаротомий до 1% в структуре всех оперативных пособий хирургических отделений. Так как их выполняют только в ситуации когда невозможно адекватно осмотреть органы брюшной полости при лапароскопии. Диагностическая лапароскопия позволяет выбрать оптимальный хирургический доступ, способ выполнения операции - открытая или лапароскопическая, то есть реализовать сберегательный подход в лечении экстренных хирургических больных. По данным P.P. Рахматуллаева и соавт. (2015) у 89,6% больных при этом после верификации диагноза операцию удается завершить лапароскопической методикой [9].

И.Н. Климович и соавт. (2015) для снижения риска сердечно-сосудистых и легочных осложнений у больных пожилого и старческого возраста при подозрении на перитонит предлагают проводить лапароскопию в изопневматическом

режиме [4]. При этом Лещенко И.Г. и соавт. (2016) полагают, что диагноз перфорации гастродуоденальной язвы у больных пожилого и старческого возраста вследствие стертости клинической картины заболевания должен исключаться целенаправленно. В сомнительных случаях авторы считают обязательным выполнение лапароскопии или лапароцентеза с лабораторным исследованием промывных вод [8].

San. J. et al. (2019) выявили корреляционную зависимость между количеством свободной жидкости в брюшной полости по данным компьютерной томографии и интраоперационными данными. Это количество определялось временем от момента перфорации, величиной перфорационного отверстия, Мангеймским индексом перитонита и в последующем коррелировало с частотой послеоперационных осложнений [21].

Перфорация язвы двенадцатиперстной кишки является абсолютным показанием к оперативному лечению, однако попытки найти способы лечения альтернативные оперативному лечению не прекращаются [2].

Так, P. Fransvea et al. (2020) сообщили о 8 пациентах, которые лечились по поводу перфорации язвы с помощью металлических саморасправляющихся стентов. Из них 6 человек лечилось по поводу первичной перфорации дуоденальной язвы и 2 больных - по поводу несостоятельности швов ранее ушитой перфоративной язвы. Умер 1 из этих 8 пациентов осложнений. Авторы делают вывод о том, что данный метод может быть альтернативой классическому оперативному вмешательству [24].

Y. Zheng et al. (2020) привели результаты консервативного лечения 107 пациентов с перфорацией язвы. Для прогнозирования возможности консервативного лечения авторы предложили 4 критерия: возраст 70 лет и старше, наличие свободной жидкости в брюшной полости при ультразвуковом исследовании, выход водорастворимого контраста за пределы желудочно-кишечного тракта и индекс APACHE II 8 баллов и более. Каждый критерий оценивали в 1 балл. По мнению авторов при сумме критериев 2 балла и более консервативное лечение перфорации язвы безперспективно [22].

A.J. Stanley et al. (2017) сообщили о консервативном лечении 30 пациентов с перфорацией дуоденальной язвы вследствие их тяжелого общего состояния. Летальность составила 30%. Лечение состояло в назогастральной аспирации, антибиотикотерапии и назначении антисекреторных препаратов. Сделан вывод о том, что летальность коррелирует с наличием шока при поступлении и видом антисекреторного препарата. Однако при наличии шока при поступлении авторы рекомендуют избирать хирургическую тактику [16].

Таким образом, проблема диагностики и лечения больных с перфорацией язвы двенадцатиперстной кишки остается актуальной в настоящее время и требует дальнейшего изучения. При этом стандартные методы диагностики не обладают 100% точностью и специфичностью, что требует более широкого использования диагностической лапароскопии. В настоящее время не разработаны способы лечения, позволяющие отказаться от оперативного лечения пациентов с перфорацией язвы двенадцатиперстной кишки.

Литература:

1. Абдуллаев Э.Г. Возможности использования лапароскопических методик в диагностике и лечении экстренной абдоминальной патологии [Текст] / Э.Г. Абдуллаев, А.В. Гусев, В.В. Бабышкин и др. // Материалы XII Съезда хирургов России Ростов-на-Дону, 2015. - С. 1151 - 1152.
2. Бебуришвили А.Г. Возможности консервативного лечения прободной язвы [Текст] / А.Г. Бебуришвили, С.И. Панин, Д.В. Михайлов и др. // Хирургия. 2016 - №5. - С.69-72.
3. Богопольский П.М. Некоторые исторические аспекты хирургического лечения язвенной болезни в России [Текст] / П.М. Богопольский, Н.Н. Крылов, Д.А. Балалыкин // Материалы XII Съезда хирургов России Ростов-на-Дону, 2015. - С. 861 - 862.
4. Климович И.Л. Лифтинговая лапароскопия в диагностике послеоперационного перитонита у больных пожилого и старческого возраста [Текст] / И.Н. Климович, С.С. Маскин, И.А. Дубровин и др. // Материалы XII Съезда хирургов России Ростов-на-Дону, 2015. - С. 1005 - 1006.
5. Кулумбегов, Г.Р. Перфорация как осложнение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: структура заболеваемости, результаты диагностики и экстренного хирургического лечения / Г.Р. Кулумбегов, А.Ш. Ирасханов, У.С. Беслекоев // International scientific review of the problems and prospects of modern science and education : сборник трудов конференции, 29-30 января 2018 г. - Boston, USA, 2018. - С. 147-149.
6. Кульчиев А.А. Результаты ушивания перфоративных пилородуоденальных язв в отдаленном периоде [Текст] / А.А. Кульчиев, А.А. Морозов, С.В. Тигиев и др. // Материалы XII Съезда хирургов России Ростов-на-Дону, 2015. - С. 53 - 56.
7. Ризаев Ж. А. и др. Анализ активных механизмов модуляции кровотока микроциркуляторного русла у больных с пародонтитами на фоне ишемической болезни сердца, осложненной хронической сердечной недостаточностью // Вісник проблем біології і медицини. – 2019. – №. 4 (1). – С. 338-342.

8. Ризаев Ж. А., Адилова Ш. Т., Пулатов О. А. Обоснование комплексной программы лечебно-профилактической стоматологической помощи населению республики Узбекистан // Аспирант и соискатель. – 2009. – №. 4. – С. 73-74.
9. Ризаев Ж. А. и др. Значение коморбидных состояний в развитии хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста // Достижения науки и образования. – 2022. – №. 1 (81). – С. 75-79.
10. Ризаев Ж. А., Ахмедов А. А. Основы стоматологической помощи в Республике Узбекистан на основе развития общей врачебной практики // Журнал стоматологии и краниофациальных исследований. – 2023. – Т. 4. – №. 3.
11. Шоназаров И. Наш опыт диагностики и лечения повреждений двенадцатиперстной кишки при сочетанной абдоминальной травме / Шоназаров И., Нарзуллаев С., Мизамов Ф., Мансуров Т., Холмирзаев О. // Журнал проблемы биологии и медицины (2017) № 3 (96) С-122-125
12. Юлдашев Ш.С. Болада ёт жисм таъсирида кизилунгач перфорацияси / Юлдашев Ш.С., Хайдаров Г.А., Шоназаров И.Ш., Улугмурадов А.А., Хаитов У.Х., Нормурадов Д.К. // Вестник экстренной медицины (2016) № 4 С-69-71.
13. Amini, A. Duodenal Perforation / A. Amini, R.A. Lopez // StatPearls. - Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2020. - URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553084>.
14. Are Patients with Perforated Peptic Ulcers Who are Negative for Helicobacter pylori at a Greater Risk? / R.K. Rasane, C.B. Horn, A.A. Coleoglou Centeno [et al.] // Surg. Infect. (Larchmt). - 2019. - Vol. 20, № 6. - P. 444-448. -doi: 10.1089/sur.2018.249.\
15. Association of IL-1B+3954 and IL-1RN Polymorphisms in Chronic Gastritis and Peptic Ulcer / M. Motamedi Rad, M. Rezaeishahmirzadi, S. Shakeri [et al.] // Iran J. Public. Health. - 2018. - Vol. 47, № 9. - P. 1364-1370.
16. Chung K.T. Perforated peptic ulcer - an update [Text] / K.T. Chung, V.G. Shelat // World J. Gastrointest. Surg. -2017. - Vol. 9. - №1. - P. 1 - 12.
17. Clinical characteristics of peptic ulcer perforation in Korea / Y.J. Yang, C.S. Bang, S.P. Shin [et al.] // World J. Gastroenterol. - 2017. - Vol. 23, № 14. - P. 2566-2574. - doi: 10.3748/wjg.v23.i14.2566.
18. Comparison of risk scoring systems for patients presenting with upper gastrointestinal bleeding: international multicentre prospective study / A.J. Stanley, L. Laine, H.R. Dalton [et al.] // BMJ. - 2017. - Vol. 356. - P. i6432. -doi: 10.1136/bmj.i6432.
19. Diagnostic and therapeutic role of laparoscopy in perforated peptic ulcer in the elderly patients / A. Giordano, P. Prosperi, G. Alemanno [et al.] // G. Chir. - 2020.
20. Doomra, R. NSAIDs and self-medication: A serious concern / R. Doomra, A. Goyal // J. Family Med. Prim. Care. - 2020. - Vol. 9, № 5. - P. 2183-2185. - doi: 10.4103/j fmprc.j fmprc_201_20.
21. Duodenal stump leakage. Lessons to learn from a large-scale 15-year cohort study / Y. Po Chu Patricia, W. Ka Fai Kevin, L. Fong Yee [et al.] // Am. J. Surg. - 2020. -Vol. 220, № 4. - P. 976-981. - doi: 10.1016/j.amjsurg.2020.02.042.
22. Evidence-based clinical practice guidelines for peptic ulcer disease 2020 / T. Kamada, K. Satoh, T. Itoh [et al.] // J. Gastroenterol. - 2021. - Vol. 54. -P. 303-322. - doi: 10.1007/s00535-021-01769-0.
23. Gastrointestinal Tract Disorders in Older Age / I. Dumic, T. Nordin, M. Jecmenica [et al.] // Can. J. Gastroenterol. Hepatol. - 2019. - Vol. 2019. - P. 6757524. -doi: 10.1155/2019/6757524.
24. Hospitalizations for Peptic Ulcer Disease in China: Current Features and Outcomes / Y. Zheng, M. Xue, Y. Cai [et al.] // J. Gastroenterol. Hepatol. - 2020. - Vol. 35. -P. 2122 -2130. - doi: 10.1111/jgh.15119.
25. Iskandar M.E. Diagnosis and Management of Perforated Duodenal Ulcer following Roux-En-Y Gastric Bypass: A Report of Two Cases and a Review of the Literature [Text] / M.E. Iskandar, F.M. Chory, E.R. Goodman et al. // Case Rep. Surg. - 2015. - 2015:353468.
26. Laparoscopic Repair of Perforated Peptic Ulcer in the Elderly: An Interim Analysis of the FRAILESEL Italian Multicenter Prospective Cohort Study / P. Fransvea, G. Costa, L. Lepre [et al.] // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan Tech. - 2020. -Vol. 30, № 1. - P. 2-7. - doi: 10.1097/SLE.0000000000000826.
27. Thorsen K. Epidemiology of perforated peptic ulcer: age- and gender-adjusted analysis of incidence and mortality [Text] / K. Thorsen, J.A. S0reide, J.T. Kval0y et al. // World J. Gastroenterol. - 2020. - Vol. 19. - №3. - P. 347 - 354.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Облокулов З.Т., Шоназаров И.Ш.

Резюме. Проблема диагностики и лечения больных с перфорацией язвы двенадцатиперстной кишки остается актуальной в настоящее время и требует дальнейшего изучения. При этом стандартные методы диагностики не обладают 100% точностью и специфичностью, что требует более широкого использования диагностической лапароскопии. В настоящее время не разработаны способы лечения, позволяющие отказаться от оперативного лечения пациентов с перфорацией язвы двенадцатиперстной кишки.

Ключевые слова. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, перфорация, хирургическое лечение.