

**ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ
ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ
КИШКИ**

Эгамов Сарварбек Шавкатбекович, доцент

Кафедра хирургические болезни

Андижанский государственный медицинский институт

Резюме,

На основе хирургического опыта лечения 47 пациентов с экстренными осложнениями пептических язв после гастроинтестинальных анастомозов, наилучшей методикой подтверждено применение реконструктивной резекции желудка по модификации Ру в сочетании с поддиафрагмальной ваготомией (37 случаев).

Рассмотрены достоинства операции по методу Ру-Никитина, включающей использование правого окна мезоколонного пространства. К преимуществам относятся верхнее расположение желудочного культи в брюшине и анатомический принцип «дуоденизации» отводящей кишки.

При реконструктивных вмешательствах основными показаниями стали нестабильные (субкомпенсированные) и декомпенсированные формы хронической непроходимости двенадцатиперстной кишки (8 случаев), а также короткая приводящая петля после операции по Бильрот-II с резекцией желудка, что зафиксировано в 4 наблюдениях.

Для оптимального отведения пищеварительных секретов из двенадцатиперстной кишки рекомендуется использование предложенного варианта дуоденоюнальной анастомозы с изоперистальтической ориентацией, что наиболее эффективно при применении в качестве основной операции резекции желудка по методу Ру-Никитина.

Ключевая слова: отдалённые результаты, эрадикационная терапия, перфоративная язва, желудочно-кишечный анастомоз, осложненная пептическая язва, хирургическое лечение.

OSHQOZON VA O'N IKKI BARMOQLI ICHAK YARASINI REZEKTSIYA QILISHDAN KEYINGI ASORATLARNI DAVOLASH VA OLDINI OLISH

Egamov Sarvarbek Shavkatbekovich, dotsent

Jarrohlik kasalliklari bo'limi

Andijon davlat tibbiyot institute

Rezyume,

Oshqozon-ichak trakti anastomozlaridan so'ng oshqozon yarasining shoshilinch asoratlari bo'lgan 47 bemorni davolash bo'yicha jarrohlik tajribasiga asoslanib, eng yaxshi usul subdiafragmatik vagotomiya bilan birgalikda Roux-en-Y modifikatsiyasi bo'yicha oshqozonning rekonstruktiv rezektsiyasidan foydalanish ekanligi tasdiqlandi (37 ta holat).).

Ru-Nikitin usulidan foydalangan holda operatsiyaning afzalliklari, shu jumladan mezokolon bo'shlig'ining o'ng oynasidan foydalanish ko'rib chiqiladi. Afzalliklari qorin pardadagi me'da bo'shlig'ining ustun joylashuvi va eferent ichakning "duodenizatsiyasi" ning anatomik printsipini o'z ichiga oladi.

Rekonstruktiv aralashuvlarda asosiy ko'rsatkichlar surunkali o'n ikki barmoqli ichak tutilishining beqaror (subkompensatsiyalangan) va dekompensatsiyalangan shakllari (8 ta holat), shuningdek, 4 ta kuzatuvda qayd etilgan oshqozon rezektsiyasi bilan Bilrot-II operatsiyasidan keyin qisqa afferent halqa edi.

O'n ikki barmoqli ichakdan ovqat hazm qilish sekretsiyasini optimal drenajlash uchun izoperistaltik yo'naltirilgan duodenojejunal anastomozning tavsiya etilgan versiyasidan foydalanish tavsiya etiladi, bu Ru-Nikitin usuli yordamida oshqozon rezektsiyasining asosiy operatsiyasi sifatida qo'llanilganda eng samarali hisoblanadi.

Kalit so'zlar: masofaviy natijalar, eradikatsiya terapiyasi, teshilgan yara, oshqozon-ichak anastomozi, asoratlangan oshqozon yarasi, jarrohlik davolash.

TREATMENT AND PREVENTION OF COMPLICATIONS AFTER GASTRIC AND DUODENAL ULCER RESECTION

Egamov Sarvarbek Shavkatbekovich,
Associate Professor Department of Surgical Diseases
Andijan State Medical Institute

Resume,

Based on surgical experience in treating 47 patients with emergency complications of peptic ulcers after gastrointestinal anastomoses, the best technique was confirmed to be the use of reconstructive gastric resection by Roux-en-Y modification in combination with subdiaphragmatic vagotomy (37 cases).

The advantages of the operation by the Roux-Nikitin method, including the use of the right window of the mesocolonic space, are considered. The advantages include the superior location of the gastric stump in the peritoneum and the anatomical principle of "duodenization" of the efferent colon.

In reconstructive interventions, the main indications were unstable (subcompensated) and decompensated forms of chronic duodenal obstruction (8 cases), as well as a short afferent loop after the Bilroth-II operation with gastric resection, which was recorded in 4 cases.

For optimal drainage of digestive secretions from the duodenum, it is recommended to use the proposed version of duodenojejunal anastomosis with isoperistaltic orientation, which is most effective when used as the main operation of gastric resection according to the Ru-Nikitin method.

Keywords: remote results, eradication therapy, perforated ulcer, gastrointestinal anastomosis, complicated peptic ulcer, surgical treatment.

Актуальность. Известно, что после резекции желудка нарушается процесс всасывания этого железа в желудочно-кишечном тракте[3]. Причина нарушения процесса всасывания железа в желудочно-кишечном тракте в организме человека заключается в том, что после резекции желудка удаляются часть желудка и часть 12-перстного кишечника[5].

При этом снижается уровень участвующих в нем железобактерирующих частей[2]. Это означает, что объем и качество ферментов, необходимых для поглощения железа из желудочно-кишечного тракта, различаются[4].

Особенно, если желудок резецирован по методу Б-П, пища обходится без участия органов, усваивающих железо, и веществ, входящих в них.

Это состояние неотлично для пациента, поэтому необходимо изучить состояние и разработать необходимые лечебные мероприятия[1]. Причина может в дальнейшем привести к тяжелой поли-органной дистрофической недостаточности.

Цель исследования. Целью исследования является изучение факторов, вызывающих анемию при резекции язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы исследования. Мы были пациентами с хронической анемией, которые долгое время лечились 56 заболеваниями желудка и 12-перстного кишечника.

Из них 22 женщины (39%) и 34 (61%) мужчины, представляющие пациентов в возрасте от 19 до 68 лет. Эти пациенты были госпитализированы и обследованы для реабилитации через месяц после операции.

Результаты исследования. Мы сдали пациентам 8-10 мл крови из вены во время обеда, а затем дали пациенту 1,0 насыщенную водородом добавку железа. Затем принимали внутрь 30 мл 3% хлорида на килограмм. Кровь брали из вены через 1, 3, 6 часов после питья. Затем пациенту разрешили есть. Полученную кровь хранили в термостате при 4-60 градусах,

центрифугировали через 2 часа при скорости 2000, плазму отбирали отдельно.

Полученную плазму снова центрифугировали при 2000 об/мин для отделения плазмы. Полученная плазма была протестирована на содержание железа. Такие обследования проводились пациентам до и после операции.

В зависимости от проведенной операции у 48 пациентов с гастродуодено-анастомозом желудка Б-1 удалено резекцией 2/3 желудка, 3 пациента - по поводу декомпенсированного стеноза, 51 пациент разделен на три группы. У пациентов, получавших железо от 1 часа, концентрация железа составляла до 60% в 24-й группе, у 18 пациентов во 2-й группе - до 150%, а у 9 пациентов в 3-й группе - выше 151%.

В группе 4 этим 5 пациентам была выполнена резекция желудка В-II, в которой пациентам в этой группе была наложена длинная петля с гастроэнтеро-анастомозом Коричневый мост через переднюю часть тонкой кишки, 2/3 желудка были резецированы, а 12-перстного оставлены в начале кишечной непроходимости. Все пациенты, участвовавшие в обследовании, были получены на основании обследований, как указано выше, даже в предоперационном периоде.

После насыщения препаратом железа мы предпочли графически проверить абсорбированное железо, чтобы облегчить обобщение (индикатор пост-абсорбции). Можно рассматривать каждый случай отдельно и сравнивать, изменился ли он так или иначе. Это можно понимать как сравнение концентрации железа в сыворотке крови в заданный момент времени в процентах (1,3,6 часа) в предоперационном и послеоперационном периодах.

Например, если 100% принято натощак до насыщения, -140% через один час, -170% через 3 часа, -150% через 6 часов, наш высокий показатель составляет 170%. Этот показатель относился к среднему значению для всех пациентов. У некоторых пациентов 110% натощак, 160% через час после

введения ионизированного двухвалентного железа, 240% через три часа, 180% через 6 часов, 140% натошак у третьего пациента, 180% через час после введения ионизированного двухвалентного железа. 210% через три часа, 180% через шесть часов.

Симптомы поверхностного гастрита и анастомозов выявлены у 4 пациентов, перенесших резекцию по методике Б-П, эвакуация сохранена. У одного пациента процесс всасывания железа был полностью нарушен из-за утолщения слизистой оболочки желудка и сокращения желез.

У всех 56 пациентов были взяты биопсии из нескольких мест, чтобы определить состояние оставшихся желез в послеоперационной полости, и когда было определено относительное количество желез и состояние секреции, количество желез было значительно уменьшено.

Исследования показали, что у 56 пациентов, получавших ионизированное двухвалентное железо, абсорбция препарата ухудшилась после резекции желудка, чем после операции. У 48 пациентов функциональное состояние железососущих желез желудка ухудшилось в 3-5 раз. У 3 больных основной группы и у пациентов, перенесших резекцию желудка по методике Б-П, после введения железа ионизированное двухвалентное железо полностью ухудшало абсорбцию железа, а динамика железа в плазме снизилась в 5-6 раз. К этому времени было обнаружено, что уровень железа в плазме крови снизился на 22-26% от исходного уровня.

Следует отметить, что у здорового человека железо всасывается в желудке, 12-перстном кишечнике и верхнем отделе тонкого кишечника. Чем ниже вы опускаетесь в тонком кишечнике, тем меньше железа всасывается.

Это состояние приводит к уменьшению поверхности всасывания железа, что может привести к тяжелой анемии из-за того, что железо не проходит через основные пути абсорбции из-за нарушения двухвалентного обмена. Компенсаторная функция собственного организма тоже работает, но для полного усвоения железа организмом требуется некоторое время.

Вывод. Хронические 12-перстные язвы кишечника и желудка (независимо от того, какая модификация метода Б-II) приводят к серьезным нарушениям абсорбции у пациентов после резекции желудка. Это нарушение всасывания железа встречается у 72-76% пациентов и увеличивается в 3-5 раз после операции.

Возникновение гипо-феремии после резекции желудка является серьезным осложнением, которое, если его не лечить, может привести к гипохромной агастральной анемии и гипотрофической полиорганной недостаточности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Алыбаев Э.У. Современные подходы в хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / Алыбаев Э.У., Сопуев А.А., Искаков М.Б., Орозобеков Б.К.// Журнал: Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева./ КГМА. – Бишкек, 2009. - Вып. 1. - С. 233-237.

2. Гибадулин, Н.В. Хирургическая коррекция постгастрорезекционных и постгастрэктомических синдромов / Н.В. Гибадулин, И.О. Гибадулина // Бюллетень Восточно-Сибирского науч. центра СО РАМН. – 2011. – № 4. – С. 37–38.

3. Дамбаев, Г.Ц. Методика формирования свисающего анастомоза при операции на желудке / Г.Ц. Дамбаев, Ч.К. Абилов, В.В. Скиданенко, М.М. Соловьев, А.Н. Байков, Е.В. Семичев // Бюллетень сибирской медицины. – 2010. – № 6. – С. 24–29.

4. Крылов Н.Н., Мухаммед М.Х. Существует ли оптимальный вариант гастроэнтероанастомоза после дистальной субтотальной резекции желудка? Хирургия. – 2012. – № 8. – С. 83–86.

5. Нишанов Ф.Н. Обоснование декомпрессии и желудочнокишечного лаважа области анастомозов в хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / Нишанов Ф.Н., Нишанов М.Ф., Турсунов Б.К., Рустамов Ж.А., Ходжиметов Д.Ш.// Андижанский государственный

медицинский институт. Журнал теоретической и клинической медицины. –
Ташкент, 2015. - №2. – С.71-74.