

УДК: 616.34-089.84-06-08/084

УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬЮ КИШЕЧНЫХ ШВОВ

С.И. Джамалов¹, Н.У. Арипова¹, С.Р. Баймаков², М.М. Пулатов², Б.Н. Исроилов¹, С.К.Матмуродов¹

¹Ташкентская медицинская академия, Алмазарский район, улица Фараби-2, Ташкент ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0483-629X>, <https://orcid.org/0000-0003-2462-3707>, <https://orcid.org/0000-0002-6957-5537>, <https://orcid.org/0000-0002-2550-5043>.

²Ташкентский государственный стоматологический институт, Яшнабадский район, ул. Махтумкули, 103, 100047, Ташкент.. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1096-835X>, <https://orcid.org/0000-0001-6767-7241>

РЕЗЮМЕ

Цель: профилактика возникновения и улучшения результатов лечения несостоятельности кишечных швов в хирургии язвенной болезни.

Анализируются результаты хирургического лечения 1131 больного язвенной болезнью, прооперированных в период с 1996 по 2020 гг. Больные условно подразделены на 2 группы (первая группа – больные, оперированные до 2000 года, вторая группа – с 2000 года по настоящее время). Из всех больных у 2% (23 больных) наблюдалась несостоятельность швов культи ДПК или анастомозов. В первой группе при релапаротомиях применялась традиционная тактика лечения несостоятельности швов – релапаротомия, реушивание, подведение «тампон-сигары» к месту несостоятельности, дре-

нирование брюшной полости. Во второй группе – дренирование культи ДПК через дефект, назоэнтеральное дренирование, активная аспирация дуоденального содержимого через дренаж и полноценный возврат его через назоэнтеральный зонд и энтеральное питание.

Результаты: при применении предложенной методики, среди больных несостоятельностью швов культи ДПК умерло 2 больных, что составило 0,2% по отношению ко всем оперированным больным второй группы (из 719 больных), а по отношению ко всем ранним послеоперационным осложнениям - 1,1%.

Ключевые слова: язвенная болезнь, хирургическое лечение, несостоятельность швов, релапаротомия, назоэнтеральное дренирование.

IMPROVING THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH INTESTINAL SUTURE FAILURE

S. I. Jamalov¹, N. U. Aripova¹, S. R. Baymakov², M. M. Pulatov², B. N. Isroilov¹, S. K. Matmurodov¹

¹Tashkent Medical Academy, Almazar district, Farabi-2 street, Tashkent: ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0483-629X>, <https://orcid.org/0000-0003-2462-3707>, <https://orcid.org/0000-0002-6957-5537>, <https://orcid.org/0000-0002-2550-5043>.

²Tashkent State Dental Institute, Yashnabad district, 103 Makhtumkuli str., 100047, Tashkent. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1096-835X>, <https://orcid.org/0000-0001-6767-7241>

ABSTRACT

Purpose: to prevent the occurrence and improve the results of treatment of intestinal suture incompetence in peptic ulcer surgery. Analyzed results of 1131 patients with peptic ulcers underwent surgical treatment during since 1996 to 2020 years. Patients are conditionally split into 2 groups (the first group - patients which underwent surgery in the period before 2000 and second group - from 2000 to the present). From all patients at 2% (23 patients) existed insolvency an suther of cults of duodenum or anastomosis. In the first group at relaparotomy was used traditional tactics of the treatment to insolvency sutchter - relaparotomy, resutchtering to lead “tampons-cigars” to place of insolvency, drainage of abdominal cavity. In the second group - drainage of cults duodenum through the defect, with nazointestinal drainage, active aspiration of

duodenal contents through drainage and full-fledged return it through nazointestinal drainage and oral nutrition. In the first group lethality was 1,2%, in the second group - 0,2%.

Results: when using the proposed technique, among patients with insolvency of the duodenal stump sutures, 2 patients died, which amounted to 0.2% in relation to all operated patients of the second group (out of 719 patients), and in relation to all early postoperative complications - 1.1%

Key words: peptic ulcer disease, surgical treatment, inconsistency of sutures, relaparotomy, nasoenteric drainage.

Актуальность проблемы. Среди ранних послеоперационных осложнений в хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

(ЯБЖ и ДПК), самым грозным и имеющим тяжелые последствия является несостоятельность швов (НШ) культи ДПК, гастродуоденоанастомоза (ГДА) и гастроэнтероанастомоза (ГЭА). НШ приводит к развитию перитонита (ограниченного или разлитого) или образованию поддиафрагмальных и межкишечных абсцессов, дуоденальных свищей, возникновению острого послеоперационного панкреатита и аррозивных кровотечений. Несмотря на предложенные способы профилактики распространения перитонита при НШ - назодуоденальное и назоэнтеральное дренирование, установка “тампон сигары” в подпеченочном пространстве, реушивание дефекта культи ДПК, подшивание поперечно-ободочной кишки к передней брюшной стенке, летальность, при возникновении этого состояния, составляет 20-80% [1, 2, 3, 4]. Высокая летальность связана, в основном, поздней диагностикой возникшего осложнения, продолжающимся перитонитом после релапаротомии, большими потерями «дуоденального коктейля», а также погрешностями в хирургической технике и тактике [1, 2, 5]. Поэтому разработка путей профилактики НШ, распространения перитонита после повторной операции, а также адекватного восполнения потерь является актуальной проблемой в абдоминальной хирургии.

Цель: профилактика возникновения и улучшения результатов лечения несостоятельности кишечных швов в хирургии язвенной болезни.

Материал и методы исследования. В клинике кафедры факультетской хирургии ТМА (КБ №1 МЗ РУз) с 1996 по 2020 гг. по поводу различных осложнений ЯБЖ и ДПК оперированы 1131 больной. Из них у 23 наступила несостоятельность швов (культи ДПК - 20, ГДА - 2, ГЭА - 1), что составляет 2% по отношению ко всем оперированным больным, а по отношению ко всем ранним послеоперационным осложнениям - 12,7% (из 181 ранний осложнение). Из них 18 ранее были оперированы в плановом порядке и 5 по неотложным показаниям (перфорация язвы - 2, продолжающееся кровотечение - 3). При ретроспективном анализе выявлены основные причины, приведшие к НШ. На наш взгляд, это выделение гигантских или низких (“трудных”) язв задней стенки ДПК с пенетрацией в головку панкреаса или гепатодуоденальную связку (ГДС) из инфильтрированных тканей и травматизация ткани поджелудочной железы (из-за “самонадеянного, необоснованного стремления хирургов, во что бы ни стало удалить язвенный субстрат”) - у 16, наложение анастомоза на измененных тканях (с натяжением швов) - у 3, необоснованная радикализация операций у 4 больных с анемией, гиповолемией, гипопротеинемией и тяжелыми сопутствующими заболеваниями со стороны легкого, сердца и печени. Таким образом, технические погрешности по ходу операций были у 16, тактические и связанные с общим со-

стоянием организма у 7. Из всех больных с НШ повторно оперированы 13 больных (табл. 1).

Таблица 1. Причины повторных оперативных вмешательств

Несостоятельность швов	Разлитой перитонит	Ограниченный перитонит
Культи ДПК	8	2
ГДА	1	1
ГЭА	1	-
Итого	10	3

Результаты и их обсуждение. Исходя из применяемой тактики лечения НШ, больные условно были разделены на 2 группы. В первую вошли 412 больных оперированных по одним из способов Бильрота до 2000 года, а во вторую – 719 больной, оперированные с 2000 года и по настоящее время. В первой группе у 11 больных наступила НШ (из них 8 повторно оперированы), во второй группе – у 12 (5 повторно оперированы). При повторных операциях по поводу НШ культи ДПК в первой группе применялась традиционная тактика, заключающаяся в релапаротомии и проведении санации брюшной полости, промывании антисептиками, при разлитом перитоните – установка дренажных трубок для проведения лаважа брюшной полости в послеоперационном периоде и обязательно, назоэнтеральная интубация. К культе ДПК подводили “тампон сигару” и рядом с ней оставляли дренажную трубку. Из этой группы двоим больным проводили реушивание дефекта культи ДПК. Наряду с этим проводили дезинтоксикационную, антибактериальную и восполнительную терапию. После релапаротомии умерли 5 больных, что составляет 1,2% по отношению ко всем оперированным больным первой группы, 2,7% по отношению ко всем ранним послеоперационным осложнениям (из 181). На основании анализа причин летальных исходов на почве несостоятельности швов мы еще раз убедились, что летальность чаще всего наступает за счет потери дуоденального содержимого и продолжающегося перитонита с интоксикацией, иногда с образованием тонкокишечных свищей, аррозивных кровотечений. Причиной этому, по нашему мнению, является скопление дуоденального содержимого в области “тампон сигары” и распространение её в другие отделы брюшной полости с разъеданием тканей под действием дуоденального и панкреатического соков. Кроме того, происходит мацерация кожи вокруг дренажных трубок, а также потерю дуоденального содержимого не всегда удается восполнить. Исходя из этого, начиная с 2000 года, при повторных операциях, мы категорически отказались от ушивания дефекта культи ДПК и вве-

дения в брюшную полость “тампон сигары”. В настоящее время наша тактика такова:

Для профилактики несостоятельности швов культи ДПК, ГДА и ГЭА во время первичной операции оставляем назоэнтеральный (по показаниям назодуоденальный) зонд (с целью декомпрессии верхнего этажа ЖКТ или культи ДПК);

При возникновении несостоятельности швов культи ДПК или ГЭА с признаками неограниченного перитонита проводим релапаротомию и санацию брюшной полости, в полость ДПК вводим дренажную трубку с фиксацией рассасывающим шовным материалом (через дефект несостоятельности в культи ДПК). В подпеченочном пространстве также оставляем дренажную трубку (она улавливает попавшую в брюшную полость дуоденальное содержимое);

Проводим коррекцию положения назоэнтерального зонда (при необходимости) с целью декомпрессии верхнего этажа ЖКТ (первые 2-3 сутки), а в дальнейшем его используем для раннего энтерального кормления. Операцию завершаем адекватным дренированием брюшной полости;

В раннем послеоперационном периоде проводим постоянную активную аспирацию дуоденального содержимого через дренажную трубку, находящуюся в полости кишки (начиная с первых суток). Надо отметить, что если в последующие дни послеоперационного периода, дуоденальное содержимое начинает выделяться через так называемый парадренаж, то и туда устанавливаем второй аспиратор.

Учитывая то, что в составе дуоденального содержимого в большом количестве имеются важные для организма белки, электролиты, ферменты, после фильтрации его возвращаем больному через назоэнтеральный зонд (по возможности в полном объеме). Наряду с этим через зонд вводим питательные вещества (бульоны, соки, чай, минеральная вода и др. в объеме до 3-4 литров в сутки).

В качестве аспиратора обычно используем переделанный компрессор (меняем местами клапаны) для аквариумов. Этот компрессор создаёт несильное всасывающее давление, которое является оптимальным именно для таких целей.

Благодаря такому подходу лечения несостоятельности швов, исключается скопление дуоденального содержимого в подпеченочном, поддиафрагмальном пространстве и не происходит распространение ее в брюшную полость, не происходит мацерация кожи вокруг дренажной трубки. Происходит постоянная декомпрессия культи ДПК и благодаря

возврату фильтрованного дуоденального содержимого и введению питательных препаратов в кишечник (через назоэнтеральный зонд) быстрее восстанавливается перистальтика кишечника и самое главное, уменьшаются потери организма. Кроме того, быстрее формируются дуоденальные свищи, которые в дальнейшем чаще самостоятельно закрываются. При применении этой методики, среди больных несостоятельностью швов культи ДПК умерло 2 больных, что составило 0,2% по отношению ко всем оперированным больным второй группы (из 719 больных), а по отношению ко всем ранним послеоперационным осложнениям - 1,1%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

1. При релапаротомиях по поводу несостоятельности кишечных швов применение “тампон сигары” и дополнительной дренажной трубки не обеспечивает оптимальное дренирование и не способствует ограничению процесса и быстрому формированию свища. Напротив, часто приводит к скоплению дуоденального содержимого в подпеченочном пространстве, и, тем самым, способствует распространению её в другие отделы брюшной полости. При таком способе лечения летальность составила 1,2%.

2. Установка дренажной трубки в культи ДПК с постоянной активной аспирацией и наличие подпеченочного дренажа способствует отграничению перитонита и формированию узкого дуоденального свища, исключается мацерация кожи вокруг дренажной трубки. При таком способе летальность составила 0,2%.

3. Благодаря полноценному возврату дуоденального содержимого, получаемого из дренажных трубок при активной аспирации, через назоэнтеральный зонд и раннему энтеральному кормлению, уменьшаются потери электролитов, ценных ферментов, количество внутривенных инфузий. Тем самым заметно уменьшаются количество койко-дней и материальные затраты у данной категории больных.

4. Предложенную тактику «активной аспирации и обратного возврата» также можно применять без релапаротомии у больных с несостоятельностью кишечных швов при условии наличия нормально функционирующих дренажных трубок и заранее установленного назоэнтерального зонда для кормления (или же можно установить зонд эндоскопическим путём!).

Литература/References

1. Писаревский Г. Н. Методы ушивания культи двенадцатиперстной кишки. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2011;(3):67-72.

[Pisarevsky GN Methods of suturing the stump of the duodenum. Hirurgija.Zhurnal im. N.I. Pirogova. 2011;(3):67-72.(In Russ.).]

2. Синенченко Г.И., Долгоруков М.И., Михайлов А.П., Кулагин В.И., Пичуев А.В., Адаменко В.Н. Способ укрытия «трудной» культи двенадцатиперстной кишки при резекции желудка. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2005;(11):37-41. [Sinichenko G.I., Dolgorukov M.I., Mikhailov A.P., Kulagin V.I., Pichuev A.V., Adamenko V.N. A method of covering a "difficult" duodenal stump during gastric resection. *Hirurgija. Zhurnal im. N.I. Pirogova*. 2005;(11):37-41. (In Russ.)]
3. Тарасенко С.В., Зайцев О.В., Песков О.Д., Копейкин А.А. Хирургическое лечение «трудных» язв двенадцатиперстной кишки. *Хирургия, журн.им. Н.И.Пирогова*. 2005;(1):29-32. [Tarasenko S.V., Zaitsev O.V., Peskov O.D., Kopeikin A.A. Surgical treatment of "difficult" duodenal ulcers. *Hirurgiya, zhurn.imeni N.I. Pirogova*. 2005;(1):29-32. (In Russ.)]
4. Томнюк Н.Д., Рябков И.А., Данилина Е.П., Ховалыг В.С., Здзитовский Д.Э., Кембель В.Р., Борисов Р.Н. Причины несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка по Бильрот II. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2016;(6-1):74-77. [Tomnyuk N.D., Ryabkov I.A., Danilina E.P., Khovalyg V.S., Zdzitovskiy D.E., Kembel V.R., Borisov R.N. Reasons for the failure of the sutures of the duodenal stump after resection of the stomach according to Billroth II. *Mezhdunarodnyj zhurnal prikladnyh i fundamental'nyh issledovanij*. 2016;(6-1):74-77. (In Russ.)]
5. Alves J.B. Treatment of the postgastrectomy external duodenal fistula. *IntSurg*. 2008;(49):248-251.

УДК: 616.313-009.7 : 616.578.834.1 - 036.82] - 02/092 - 036.1-07 – 08

К ВОПРОСУ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА, КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГЛОССАЛГИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Х.П. Камилов, М.Х. Ибрагимова, А.З. Камилова

Кафедра госпитальной терапевтической стоматологии ТГСИ, Яшнабадский район, ул. Махтумкули, 103, 100047, Ташкент.

РЕЗЮМЕ

Представлен обзор литературы, посвященный актуальной проблеме терапевтической стоматологии – этиологии, патогенезу, диагностике и совершенствованию эффективности лечения пациентов с глоссалгией (глоссодинией), перенесших COVID-19 на этапе реабилитации

Цель – изучить материалы публикаций, посвященных лечению глоссалгии (глоссодинии) у больных, перенесших COVID-19 на этапе реабилитации. Подробно описаны этио-патогенетические механизмы данного заболевания, методы диагностики и лечения с применением различных медикаментозных препаратов и физиотерапевтических других немедикаментозных методов лечения в снижении выраженности болевого синдрома.

Результаты. Несмотря на широкое обсуждение различных методов и средств лечения пациентов с глоссалгией (глоссодинией), в доступной литературе имеется незначительное количество исследований, посвященных повышению эффективности лечения данного заболевания. Это происходит в виду того, что глоссалгия (глоссодиния) может развиваться не только при наличии травматических факторов в полости рта, но может быть

проявлением соматических заболеваний, особенно желудочно-кишечного тракта или воздействия неврологических факторов, а также, в результате их сочетания между собой, часто проявляется у больных перенесших COVID-19 на этапе реабилитации.

Выводы. Представленные результаты обзора литературы могут свидетельствовать об актуальности данной тематики в практической стоматологии для оказания эффективной помощи пациентам, перенесшим COVID-19 с глоссалгией (глоссодинией) на этапе реабилитации и для улучшения качества жизни пациентов.

Ключевые слова: Глоссалгий (глоссодиния), этиология, патогенез, диагностика, лечение пациентов, перенесших COVID-19 с глоссалгией (глоссодинией) на этапе реабилитации

Глоссалгия (глоссодиния, парестезия) – это заболевание, характеризующееся периодическим появлением жжения, нарушением вкуса, значительной распространенностью у людей среднего и старшего возраста часто сочетается с соматическими заболеваниями. [1,14].

Глоссалгия характеризуется болями языка, в отличие от глоссодинии, проявляющейся паресте-