

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ  
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

---

---

На правах рукописи

УДК 616.33-002.44-06-089:616.342-002-06-089

АЛЫБАЕВ ЭРНИС УРБАЕВИЧ

**ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ  
В ХИРУРГИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ  
ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ**

14.00.27 – хирургия

**Автореферат**  
диссертации на соискание ученой степени  
доктора медицинских наук

Бишкек – 2004

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность проблемы.** Перфорации пилородуоденальных язв встречается у 5-18% больных язвенной болезнью и являются грозным осложнением этого заболевания. Хирургическое лечение перфоративных пилородуоденальных язв, несмотря на значительные успехи в абдоминальной хирургии, продолжает оставаться злободневной проблемой (Ю.М. Панцырев и А.А. Гринберг А.А., 1989; J. Horowitz et al., 1989; J. Makela et al., 1992).

Наиболее часто перфорации наблюдаются при локализации язв в двенадцатиперстной кишке и в области пилорического канала, т.е. в так называемой пилородуоденальной зоне. Летальность при перфорации остается высокой и колеблется в пределах 1,4-20,8%. (Б.Н. Эсперов и Д.И. Баток, 1989; В.Н. Сацукевич и соавт., 1993).

При перфоративных пилородуоденальных язвах, по-прежнему используются различные оперативные вмешательства. От паллиативного ушивания перфоративного отверстия до, небезопасной в условиях развивающегося перитонита, резекции желудка, что не может не отразиться как на ближайших, так и на отдаленных результатах хирургического лечения. (Л.Г. Заверный и Ю.Н. Мохнюк Ю.Н., 1988; В.Н. Шиленок и Э.Я. Зельдин, 1999; М.И. Кузин, 2001).

К настоящему времени опыт применения органосохраняющих операций с парасимпатической денервацией желудка в экстренной хирургии свидетельствует о том, что пути улучшения результатов хирургического лечения осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки следует искать в более широком использовании операций с различными вариантами ваготомий, которые дают гораздо меньшую летальность и сопровождаются лучшими функциональными результатами, чем резекция желудка (А.Ф. Черноусов и О.Д. Лукичев, 1990; В.С. Помелов и соавт., 1997; P.H. Jordan Jr. and C. Morrow, 1991).

В этой связи совершенствование диагностики осложненной язвенной болезни, оптимизация хирургической тактики, поиск новых, технически более простых и эффективных модификаций селективной проксимальной ваготомии, выбор наиболее предпочтительного метода дренирующей желудка операции и совершенствование техники ее выполнения является весьма актуальной проблемой urgentной хирургической гастроэнтерологии.

**Связь темы диссертации с научными программами и научно-исследовательскими работами:** Работа выполнена в Национальном хирургическом центре МЗ КР в рамках государственного заказа на научно-исследовательские работы Государственного агентства по науке и интеллектуальной собственности при Правительстве Кыргызской Республики по теме "Совершенствование диагностики и разработка новых

методов хирургического лечения осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки" (Шифр: 00001048, Гос. регистрация № 1048).

**Цель работы:** Повышение клинической эффективности хирургического лечения больных с перфоративными пилородуоденальными язвами путем совершенствования диагностики, хирургической тактики и выбора оптимального способа органосохраняющих операций, дающих более лучшие непосредственные и отдаленные результаты.

### Задачи исследования:

1. Обосновать и усовершенствовать комплекс диагностических мероприятий при перфоративных пилородуоденальных язвах.

2. Обоснование и оптимизация радикальных органосохраняющих способов хирургического лечения перфоративных пилородуоденальных язв, минимально изменяющих нормальное функциональное состояние гастродуоденальной системы.

3. Разработать малотравматичные и технически более простые модификации проксимальной желудочной ваготомии, обеспечивающие адекватную парасимпатическую денервацию кислотопродуцирующей зоны желудка.

4. Разработать показания и оптимизировать методику хирургической пилоро- или дуоденопластики с учетом патологических изменений в пилородуоденальной зоне у больных с перфоративными пилородуоденальными язвами.

5. Разработать объективные клинко-морфологические критерии определения границ иссечения перфоративной пилородуоденальной язвы.

6. Изучить непосредственные и отдаленные клинко-функциональные результаты органосохраняющих операций при перфоративных пилородуоденальных язвах.

7. Провести сравнительную оценку функционального состояния желудка и двенадцатиперстной кишки после различных вариантов органосохраняющих вмешательств в сочетании с дренирующими или пилоросохраняющими операциями у больных с перфоративными пилородуоденальными язвами.

### Научная новизна:

В выполненном исследовании на большом числе клинических наблюдений определены показания и показана эффективность применения органосохраняющих операций в сочетании с различными вариантами ваготомии при перфоративных пилородуоденальных язвах.

В работе доказаны преимущества иссечения перфоративных пилородуоденальных язв перед ушиванием. При этом радикальным удалением язвенного субстрата достигается предупреждение развития таких грозных осложнений раннего послеоперационного периода, как

кровотечение из ушитой или незамеченной во время операции другой язвы, стенозирование выходного отдела желудка, несостоятельности швов ушитой язвы, перитонит.

На основе комплексной оценки операционного риска, функционального состояния желудка и хирургической ситуации разработаны критерии индивидуализированного выбора способа ваготомии, включая применение нашей модификации комбинированной ваготомии.

На основании анатомических исследований парасимпатической иннервации желудка выявлены варианты ветвления переднего блуждающего нерва, при которых выполнение экстрагастральной селективной проксимальной ваготомии может привести к повреждению переднего нерва Латарже и нарушению моторно-эвакуаторной функции желудка.

Предложен оригинальный способ передней гастросерозомиотомии при перфоративных пилородуоденальных язвах с рассечением возвратных нервов Росати (рац.предложение № 005).

Предложен оригинальный доступ к заднему блуждающему нерву, что позволило разработать новый, более физиологичный способ передней серозно-мышечной ваготомии тела и фундального отдела желудка в сочетании с задней стволовой ваготомией (рац.предложение № 004).

Определена необходимость удаления ткани в периаульцерозной зоне двенадцатиперстной кишки не менее чем на 1,5 см от края перфоративного отверстия, ибо ультраструктурная организация клеток в этой зоне находится на стадии некроза и некробиоза, а состояние их органелл указывает на необратимость этих нарушений. Клетки, находящиеся вне этой зоны, обладают достаточно высокой функциональной активностью.

Определены показания и разработаны способы выполнения пилоросохраняющих операций в сочетании с комбинированной ваготомией.

Предложен и внедрен в клинику новый более эффективный способ поперечной дуоденопластики с наложением однорядных швов и рассечением связки Трейтца (авторское свидетельство № 599, Кыргызпатент).

#### **Практическая значимость полученных результатов:**

В результате проведенных комплексных клинических исследований даны обоснованные практические рекомендации:

- по внедрению в практику у больных с перфоративными пилородуоденальными язвами разработанного нами диагностического комплекса, что позволило в предельно сжатые сроки (до 1 часа) достоверно диагностировать прободение язвы;

- по определению показаний и выбору наиболее эффективных методов хирургического лечения перфоративных пилородуоденальных язв;

- по методике определения границ иссечения перфоративных

пилородуоденальных язв;

- по учету разработанных критериев индивидуализированного выбора способа ваготомии при перфоративных пилородуоденальных язвах;

- по применению передней гастросерозомиотомии при перфоративных пилородуоденальных язвах с рассечением возвратных нервов Росати;

- по применению модифицированного варианта комбинированной (передней серозно-мышечной ваготомии тела и фундального отдела желудка в сочетании с задней стволовой) ваготомии при перфоративных пилородуоденальных язвах;

- по применению методик иссечения перфоративных пилородуоденальных язв, поперечной дуоденопластики, рассечению связки Трейтца и низведению дистального отдела двенадцатиперстной кишки.

**Экономическая значимость полученных результатов** включает возможность получения медико-социальной эффективности при использовании разработанных методов диагностики и лечения больных с перфоративными пилородуоденальными язвами за счет снижения затрат на медикаментозные средства и расходные материалы, сокращения сроков пребывания в стационаре и снижения числа осложнений.

#### **Основные положения диссертации, выносимые на защиту:**

1. Разработанные органосохраняющие операции с комбинированной ваготомией являются патогенетически обоснованными и радикальными вмешательствами у больных с перфоративными язвами двенадцатиперстной кишки и пилорического отдела желудка.

2. Применение комбинированной ваготомии в модифицированном варианте дает возможность у значительной части больных выполнить пилоросохраняющие операции.

3. Малый травматизм и небольшая затрата времени для выполнения органосохраняющих операций, их высокая эффективность, особенно в сочетании с модифицированными вариантами комбинированной ваготомии, позволяют применять их у больных с перфоративными пилородуоденальными язвами и расширить показания к применению этих оперативных вмешательств у лиц старшей возрастной группы.

4. Иссечение дуоденальной язвы с ликвидацией периаульцерозного инфильтрата, последующей поперечной дуоденопластикой, рассечением связки Трейтца и низведением дистального отдела двенадцатиперстной кишки не приводит к грубым морфологическим изменениям в перидуоденальной зоне и способствует нормальной порционной эвакуации содержимого желудка.

**Личный вклад соискателя.** Личное участие автора диссертации охватывает все разделы обшклинических, специальных и дополнительных

методов исследования, разработки новых способов диагностики и лечения больных с перфоративными пилородуоденальными язвами и большую часть клинического материала.

#### **Апробация результатов исследования:**

Основные положения диссертационной работы доложены и обсуждены на: Всероссийской научной конференции "Современные проблемы плановой и экстренной хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки" (Российская Федерация, г. Саратов, 2003) Республиканская научно-практическая конференция "Актуальные проблемы экстренной медицинской помощи" (7-8 ноября 2003, г. Ташкент, Республика Узбекистан): заседании научного отдела Национального хирургического центра МЗ КР (г. Бишкек, 2003); заседании Ассоциации хирургических обществ Кыргызской Республики (г. Бишкек, 2003); заседании экспертной комиссии по предварительному рассмотрению диссертаций при диссертационном совете Д 14.04.230 НХЦ МЗ КР (г. Бишкек, 2004).

#### **Внедрение результатов исследования:**

Разработанная методика хирургического лечения перфоративных пилородуоденальных язв внедрена в практику работы Национального хирургического центра и Национального госпиталя Министерства здравоохранения Кыргызской Республики.

Основные положения диссертационной работы включены в программу подготовки студентов, клинических ординаторов и аспирантов на базах Кыргызской Государственной медицинской академии и Национального хирургического центра по ряду тем, посвященных изучению хирургии язвенной болезни.

#### **Публикации по теме диссертации:**

По теме диссертации опубликовано 41 научных работ, в том числе 1 монография и 1 патент №599 "Способ дуоденопластики при прободной язве двенадцатиперстной кишки". Получено 3 удостоверения на рационализаторское предложение по теме диссертации.

#### **Структура и объем диссертации:**

Диссертационная работа изложена на 263 страницах электронного набора шрифтом Times New Roman, Кириллица (размер 14; интервал 1,5). Работа состоит из введения, восьми глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы.

Диссертация иллюстрирована 24 таблицами и 41 рисунком.

Библиография включает 341 источник, из них 194 - отечественных и из стран ближнего зарубежья; 147 - авторов из стран дальнего зарубежья.

## **СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

### **Материал и методы исследования.**

Настоящая диссертационная работа основана на результатах комплексного обследования и хирургического лечения 2255 больных с перфоративными пилородуоденальными язвами, находившимися в НХЦ МЗ КР в период с 1990 по 2002 годы.

Среди оперированных больных было 2014 мужчин и 241 женщина при примерном соотношении 8,4:1. Возраст больных колебался от 17 до 78 лет, составляя в среднем 41,4 года. Подавляющее большинство больных было моложе 50 лет, то есть находились в зрелом, наиболее трудоспособном возрасте. Госпитализировали большинство больных в сроки до 6 часов после перфорации язвы, т.е. в реактивную фазу перитонита, это в значительной степени обусловило как его распространенность, так и характер экссудата в брюшной полости. Отметим, что серозный перитонит был выявлен у 442 (19,6%) больных, а серозно-фибринозный наблюдался у 1269 больных, что составляет 56,2% от общего числа оперированных пациентов. Наиболее тяжелое воспаление брюшины – фибринозно-гнойный перитонит – обнаружен у 544 (24,1%) больных.

По характеру выполненных оперативных вмешательств больные распределены на 5 групп. Первую группу составили 696 больных, которым была выполнена первичная резекция желудка. Во второй группе представлены 52 больных, которым произведены органосохраняющие операции с левосторонней продольной резекцией желудка. К третьей группе отнесены 47 больных, у которых оперативное вмешательство при прободной язве сочеталось с двусторонней стволовой ваготомией. В четвертую группу включены 144 больных, которым выполнены органосохраняющие операции с модифицированными вариантами комбинированной ваготомии. И, наконец, в пятую группу включены 1316 больных, которым выполнено ушивание перфоративной язвы.

Ушивание перфоративной язвы выполняли при распространенных формах перитонита, при высокой степени операционного риска (преклонный возраст, тяжелые сопутствующие заболевания), а также у лиц молодого возраста со "свежей" язвой – без видимых «на глаз» морфологических признаков хронического процесса и без «язвенного» анамнеза. Из числа перенесших ушивание перфоративной язвы умер 61 больной, что составляет 4,6%. Все умершие лица преклонного возраста - 65-83 года.

Наряду с общеклиническими методами исследования, больным выполняли эзофагогастродуоденоскопию, исследовали базальную и стимулированную кислотопродукцию желудка аспирационно-титрационным методом и методом ионометрии, эвакуаторную функцию желудка с помощью серийной рентгенографии и ультразвуковой эхолокации.

### Результаты исследования.

При своевременной и ранней диагностике перфораций язвенного генеза значительно меньше страдает как общее состояние больного, так и более благоприятно протекает ближайший послеоперационный период. Для постановки диагноза перфоративной пилородуоденальной язвы необходимо использовать комплексный метод диагностики, включающий в себя анамнез, клиническую картину, рентгенологическое обследование брюшной полости, а также эндоскопические методы исследования. У части больных с целью дифференциальной диагностики, а также при подозрении на прикрытую перфорацию язвы выполняли ультразвуковое и лапароскопическое исследование. Эндоскопия, выполненная до операции, выявила в 107 случаях "зеркальную" язвенную патологию двенадцатиперстной кишки, что позволило планировать как объем оперативного вмешательства, так и хирургическую тактику.

Примененные комплексные методы диагностики, учитывающие особенности клинических проявлений в совокупности с рентгенологическими и эндоскопическими методами обследования в 100,0% случаев позволили избежать диагностические ошибки, а в 72-х случаях (13,2%) -- избежать ненужных оперативных вмешательств.

Инсуффляция воздуха в кратер язвы при фиброгастродуоденоскопии с обзорной рентгенографией брюшной полости, а также данные лапароскопии позволяют с большей степенью достоверности правильно установить диагноз и в ряде случаев избежать ненужных оперативных вмешательств.

Такой объем исследований, как показал наш опыт, является оптимальным и дающим достаточную информацию для своевременной и правильной постановки диагноза и определения хирургической тактики при осложненной язвенной болезни.

Контрольные исследования (эндоскопия, рентгенологическое исследование, исследование желудочной кислотопродукции) выполняли на 12-14-е сутки после операции, а также через 6 месяцев и в сроки от 1 до 5 лет.

Оценку функциональных результатов органосохраняющих операций с ваготомией проводили методом анкетирования с использованием шкалы Н. Visick (1948) в модификации Ю.М. Панцырева и А.А. Гринберга (1985), с учетом показателей инструментальных методов исследования.

Резекцию желудка при перфоративных пилородуоденальных язвах выполняли наряду с широким внедрением в клинику органосохраняющих операций с ваготомией. Резекционный метод применялся при прободной язве в реактивной фазе перитонита, в основном у больных относительно молодого и среднего возраста.

Нами ваготомия выполнена у 45-ти больных с местным перитонитом.

у 118-ти больных с диффузной формой перитонита и у 24-х больных с разлитым перитонитом.

У оперированных больных осложнений в виде медиастенита мы не наблюдали. По нашему мнению, опасность возникновения медиастенита значительно преувеличена.

Стволовая ваготомия, до настоящего времени, остается одной из наиболее широко применяемых операций в хирургии перфоративной пилородуоденальной язвы. Стволовая ваготомия привлекает хирургов тем, что выполнение ее вызывает стойкое угнетение желудочной кислотопродукции и занимает минимальное время (до 3-5 мин).

Стволовая ваготомия выполнена у 47-ми больных. В первые 6 часов после перфорации -- у 27-ми больных, через 6-12 часов -- у 8-ми больных, через 12-24 часа -- у 9-ти больных, через 24 часа и более -- у 3-х больных.

Оценивая в своей работе течение ближайшего послеоперационного периода больных после стволовой и селективной проксимальной ваготомии, мы не обнаружили существенных преимуществ первой перед последней. В то же время, развитие ряда осложнений в раннем послеоперационном периоде, характерных только для стволовой ваготомии, заставили нас более сдержанно относиться к применению стволовой ваготомии. В связи с этим показания к выполнению стволовой ваготомии мы несколько сузили в пользу выполнения селективной проксимальной ваготомии и ее модификаций, как физиологически более выигрышному вмешательству.

Сдерживающими факторами выполнения селективной проксимальной ваготомии у больных с перфорацией пилородуоденальной язвы является значительная техническая сложность по сравнению с другими видами ваготомии, опасность повреждения нерва Латарже и ишемического некроза малой кривизны желудка, боязнь развития медиастенита у больных с перитонитом.

Сказанное выше послужило причиной более углубленного и детального изучения парасимпатической иннервации желудка с целью применения в клинике новых модификаций селективной проксимальной ваготомии, их адаптации к условиям ургентной хирургии. Наиболее перспективными в этом отношении является методика Тейлора (1979), который предложил комбинированную ваготомию -- переднюю интрагастральную серомиотомию малой кривизны желудка в сочетании с задней стволовой ваготомией.

Операция получила распространение, однако, необходимая при ее выполнении скелетизация абдоминального отдела пищевода, будучи весьма сложным фрагментом операции, таит в себе опасность неблагоприятных функциональных последствий -- нарушение замыкательной функции пищевода, которое может проявляться как симптомами дисфагии, так и

явлениями желудочно-пищеводного рефлюкса.

Изучение анатомии блуждающих нервов производилось нами с целью разработки новых модифицированных вариантов комбинированной ваготомии, отвечающих требованиям urgentной хирургии. Особое значение при этом, наряду с адекватной ваготомией, уделяли упрощению техники операции. Техника операции заключается в следующем:

Выполняем верхнесрединную лапаротомию, верифицируем диагноз. Прошиваем и перевязываем все крупные сосуды малой кривизны желудка на расстоянии 1,5 см от ее края, начиная от сосуда, который обычно сопровождает проксимальная веточка "гусиной лапки" нерва Латарже, нити не срезаем. Далее скальпелем рассекаем серозно-мышечный слой в области угла желудка между первыми двумя лигатурами, которые используем, как держалки. После этого сосудистыми ножницами легко отпрепаровываем мышечный слой от подслизистой основы и постепенно рассекаем серозно-мышечную оболочку кверху на расстоянии 1,5-2,0 см от края малой кривизны желудка на всем ее протяжении. Разрез продлеваем на свод желудка с переходом на его заднюю поверхность (рис. 1).

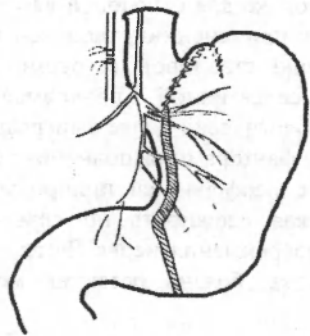


Рис. 1. Модифицированная комбинированная ваготомия (передняя серозно-мышечная ваготомия тела и фундального отдела желудка с рассечением нерва Росати в сочетании с задней стволовой ваготомией)

С целью пересечения возвратной ветви нерва Росати, который проходит на границе между антральным отделом и телом желудка, веерообразно в рассыпную поднимаясь вверх и являясь продолжением переднего нерва Латарже, дополнительно рассекаем серозную-мышечную оболочку на границе тела и антрального отдела желудка, начиная от его угла по малой кривизне в поперечном направлении до большой кривизны желудка (рационализаторское предложение № 005). На выполнение этой

дополнительной операции затрачивается очень мало времени - до 2-3 минут, этот факт помогает использовать его у тяжелых больных с перфоративной пилорородуоденальной язвой.

В отличие от методики Т. Taylor мы не производим скелетирование абдоминального отдела пищевода, достигая парасимпатической денервации фундального отдела за счет продления разреза серозно-мышечного слоя желудка на его свод с переходом на заднюю поверхность. При этом пересекается возможный "криминальный" нерв Грасси, а также веточки блуждающего нерва, идущие к дну желудка в составе желудочно-диафрагмальной связки.

При выделении заднего блуждающего нерва через отверстие в пищеводно-диафрагмальной связке возможно повреждение стенки пищевода, а само рассечение связки создает опасность возникновения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

С учетом сказанного нами, разработан доступ к заднему блуждающему нерву, который, существенно упрощая поиск и выделение заднего вагуса, в то же время лишен отмеченных выше недостатков общепринятого доступа (рационализаторское предложение №004).

В мало сосудистом участке малого сальника над хвостовой долей печени в косопоперечном направлении делаем отверстие длиной 4-5 см, стараясь не повредить при этом проходящие в малом сальнике печеночные ветви переднего блуждающего нерва. Хвостатую долю печени вместе с левой долей печени отодвигаем введенным в отверстие длинным узким крючком. При этом обнажается боковая поверхность абдоминального отдела пищевода. Натягивая желудок правой рукой вниз и кпереди пальцами левой руки, через проделанное отверстие в малом сальнике на заднебоковой поверхности пищевода между пищеводом и брюшной аортой, без труда определяем натянутый задний блуждающий нерв. У больных с умеренным развитием параззофагеальной клетчатки, при потягивании за желудок из этого доступа, задний блуждающий нерв может определяться визуально.

Прослеживаем ход нерва на всем протяжении до пищеводного отверстия диафрагмы. Для лучшей ориентировки в пищевод предварительно заводим толстый желудочный зонд. Нерв выделяем диссектором и берем на резиновую держалку. Накладываем зажимы на нерв непосредственно у пищеводного отверстия диафрагмы, после пересечения и перевязки концов нерва снимаем зажимы, при этом проксимальный конец блуждающего нерва уходит под медиальную ножку диафрагмы в средостение.

Этот доступ обеспечивает надежное выделение заднего блуждающего нерва, возможность высокого пересечения основного ствола нерва и его ветвей при выполнении задней стволовой ваготомии. Опасность повреждения пищевода при этом практически исключается.

У 144-х больных с перфоративными язвами нами была выполнена модифицированная комбинированная ваготомия в сочетании с различными вариантами вмешательств в пилородуоденальной области.

После окончания основных этапов операции в области пилородуоденальной зоны с комбинированной ваготомией, осматривали дуоденоюнальный угол и с целью профилактики нарушения эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки пересекали связку Трейтца при высоком ее расположении и при дистальном перидуодените.

Нами выполнено рассечение связки Трейтца при перфоративной пилородуоденальной язве в 45-ти случаях, что составило 31,3%.

Важная роль в развитии функциональных послеоперационных нарушений и рецидива язвы после органосохраняющих операций с ваготомией принадлежит характеру операции в пилородуоденальной области.

Основным условием для благоприятного исхода течения послеоперационного периода у больных с перфорацией пилородуоденальной язвы является удаление язвенного субстрата с периульцерозным инфильтратом. Иссечение перфоративной язвы и пластика в области пилородуоденальной зоны должны производиться в пределах здоровых тканей. При этом, иссечение язвы обеспечивает хорошие условия для ревизии задней стенки двенадцатиперстной кишки и пилорического канала, что до минимума снижает процент вероятности пропустить вторую язву (Таб.1).

Таблица 1

Характер оперативных вмешательств в пилородуоденальной области

Тип операции	Число больных	%
Пилороразрушающие операции:		
Гастродуоденостомия по Финнею	23	12,3
Пилоропластика по Гейнеке-Микуличу	43	23,0
Пилоропластика по Джадду	38	20,3
Пилоросохраняющих операции:		
Поперечная дуоденопластика	72	38,5
Дуоденопластика по Таннеру-Кеннеди	11	5,9
ВСЕГО	187	100

С удалением язвенного субстрата организм лишается достаточно мощного очага аутоиммунной агрессии.

В начале наших исследований, независимо от места расположения перфоративной пилородуоденальной язвы, мы наиболее часто применяли пилоропластику по Финнею (в 23-ти случаях), однако после такого рода операций чаще развивается и тяжелее протекает демпинг-синдром. Наличие

широкого выходного отдела при этом варианте дренирующей операции делает желудок "неудерживаемым" органом, более быстрая эвакуация желудочного содержимого является одной из причин демпинг-синдрома и постваготомической диареи. Установлено, что возрастание демпинг-реакции при операции Финнея находится в прямой зависимости от ширины сформированного гастродуоденального соустья. В связи, с этим мы значительно ограничили показания к выполнению пилоропластики по Финнею.

В последующем мы стали применять пилоропластику по методу Гейнеке-Микуличу.

Пилоропластика по Гейнеке-Микуличу выполнена 43-м больным в комбинации с двухсторонней стволовой или задней стволовой с передней селективной проксимальной ваготомией.

Это операция, в силу высокой частоты нарушения эвакуации при ее выполнении, не находит в настоящее время широкого применения.

Рассечение двенадцатиперстной кишки и желудка на значительном (не менее 3-х см в обе стороны от пилорического жома) протяжении с пересечением привратника и последующим ушиванием разреза в поперечном направлении ведут к деформации выходного отдела желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки, нарушению моторики антрального отдела желудка вследствие повреждения ветвей нерва Латарже, нарушению функциональной активности пересеченного пилорического жома и задержки эвакуации из желудка.

В последующем у этих больных в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде рентгенологически образовались деформации в области пилородуоденальной зоны. Это явилось следствием образования грубого валика после сшивания тканей желудка и двенадцатиперстной кишки, вдающегося в просвет кишки, тем самым затрудняющего эвакуацию из желудка.

В связи с этим, в последние годы мы применяем методику поперечной пилоропластики по Джадду. Поперечная пилоропластика по Джадду выполнена 38-ти больным. Операцию выполняли в сочетании с задней стволовой и передней проксимальной ваготомией при локализации язв в области привратника (Рис.2).

Мы считаем, что более оптимальным в физиологическом отношении является выполнение пилоросохраняющей операции при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки - поперечной дуоденопластики. Как показали наши исследования, это малотравматичное, физиологическое вмешательство, характеризуется лучшими функциональными результатами.

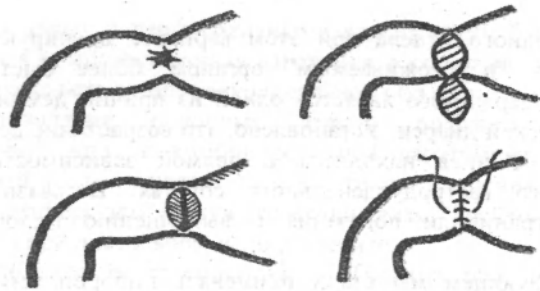


Рис. 2. Поперечная пилоропластика по Джадлу.

После поперечной дуоденопластики у большинства больных отмечается ритмично-порционная эвакуация желудочного содержимого, дуоденогастральный рефлюкс выражен незначительно (Рис.3).

Однако традиционные виды дуоденопластики не лишены недостатков, в связи с чем нами с целью профилактики послеоперационной стенозирующей деформации луковицы двенадцатиперстной кишки модифицирован известный способ дуоденопластики (Патент № 599).



Рис. 3. Поперечная дуоденопластика по Джадлу

Способ осуществляется следующим образом. В момент операции по поводу прободной язвы двенадцатиперстной кишки, расположенной на ее передней стенке иссечение язвы производят в поперечном направлении двумя полуовальными окаймляющими язву и периульцерозный инфильтрат разрезами длиной 4,5-5 см в пределах здоровых тканей. Образовавшийся дефект на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки ушивают в поперечном направлении однорядным узловым швом нерассасывающимся атравматическим шовным материалом. Вкол иглы производят на расстоянии

5-6 мм от края разреза со стороны серозной оболочки от проксимального отдела двенадцатиперстной кишки. Иглу проводят через серозный, мышечный и подслизистый слои с выколом в край слизистой оболочки. С дистальной стороны двенадцатиперстной кишки иглу проводят в обратном направлении с выколом в 4-5 мм от края разреза. Следующий вкол иглы производят изнутри в край серозной оболочки проксимального отдела двенадцатиперстной кишки с выколом через 2 мм (шов «А» на рис. 4).

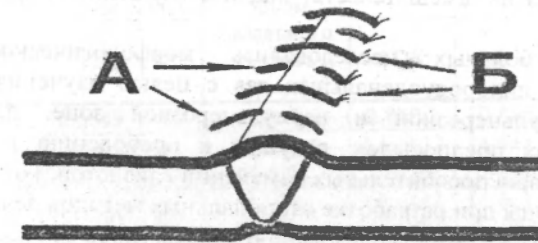


Рис. 4. Модифицированный однорядный шов при дуоденопластике

При завязывании такого узла получается хорошее сопоставление одноименных слоев кишечной стенки, и кроме того, образуется «капюшон» из серозной оболочки проксимального отдела двенадцатиперстной кишки, покрывающий линии швов. Интервал между такими швами составляет 5 мм. После натягивания нитей строго между ними накладывают обычные узловые швы через все слои (шов «Б»). Дополнительной перитонизации линии швов пряжей большого сальника в таких случаях не требуется.

Иссечение прободной язвы двенадцатиперстной кишки двумя поперечными окаймляющими разрезами и ушивание образовавшегося дефекта в поперечном направлении однорядным узловым швом направлено на предупреждение грубого рубцевания и стенозирования данного отдела двенадцатиперстной кишки. При рассечении связки Трейтца и низведении дистального отдела двенадцатиперстной кишки происходит улучшение эвакуации кишечного содержимого и уменьшение внутрипросветного давления, что способствует профилактике несостоятельности однорядного шва на двенадцатиперстной кишке.

Предлагаемый способ прост по исполнению, выполним в любом хирургическом отделении, не требует специального оборудования и специальной подготовки хирурга. Наряду с этим способ безопасен и не сопровождается серьезными осложнениями.

Модифицированный вариант дуоденопластики в сочетании с комбинированной ваготомией выполнен 83-м больным.



Такой дифференцированный подход к выбору метода оперативного вмешательства в пилородуоденальной области с учетом локализации язвы, ее расположения по отношению к сфинктеру привратника и постбульбарному сфинктеру позволил при выполнении комбинированной ваготомии у 57,6% больных выполнить пилоросохраняющие операции.

Переход к модифицированным вариантам комбинированной ваготомии, их широкое применение в клинике, как в плановой, так и в экстренной хирургии язвенной болезни требовали подтверждения эффективности этих вмешательств, анализа отдаленных функциональных результатов.

У 36 больных исследовались морфологические изменения перфоративных пилородуоденальных язв с целью изучения структурных изменений в ulcerозной и периульцерозной зоне, для выявления морфологических предпосылок, ведущих к прободению и установления компенсаторно-приспособительных изменений слизистой, которые могли бы быть использованы при разработке рациональных методов лечения.

Морфологическому исследованию подвергались как язвенный дефект, так и периульцерозная зона. Выделяли дно, края язвы и слизистую оболочку, окружающую язвенный субстрат на расстоянии до 2 см от края язвы (Рис.5.).



Рис.5. Дно перфоративной хронической язвы, некроз на поверхности с инфильтрацией лимфоидно-лейкоцитарными элементами. Ок. 10 об. 40.

Проведенные исследования свидетельствуют о необходимости удаления ткани в зоне не менее 1,5 см от края перфоративного отверстия, ибо ультраструктурная организация клеток в этой зоне находится на стадии некроза и некробиоза, а состояние их органелл указывает на необратимость этих нарушений. Клетки, находящиеся вне этой зоны, обладают достаточно высокой функциональной активностью.

С целью оценки эффективности модифицированного варианта

комбинированной и стволовой ваготомии проведено послеоперационное обследование кислотопродуцирующей функции желудка. Показатели кислотопродукции у больных, оперированных по поводу перфоративных язв, изучены на 14-16-е сутки после операции у 62-х больных, через 6 месяцев – у 51-го больного и в сроки от 1 года до 5 лет – у 48-ми больных (Таб.2).

Таблица 2

Показатели кислотопродукции в разные сроки после  
стволовой и модиф. варианта комбинированной ваготомии.

Сроки исследования	Кол-во больных		Часовой объем базального секрета (в мл.)	ЗСТПСМТ		Двухст. стволовая ваготомия	
	А*	Б**		БПК	МПК	БПК	МПК
14-16 дней	49	13	62,0±3,5	2,8±0,2	10,8±0,3	3,8±0,02	16,5±1,2
6 месяцев	40	11	60,0±3,4 P>0,05	3,1±0,12 p<0,05	14,9±1,3 p<0,05	3,34±0,12 p<0,05	13,4±1,6 p<0,05
1-5 лет	39	9	68,0±4,4 p<0,05	3,3±0,14 p<0,05	17,4±1,5 p<0,05	3,41±0,16 p<0,05	17,2±1,8 p<0,05
Процент снижения кислотопродукции	49	13	22,5%	74,0%	65,8%	77,3%	65,7%

\* - ЗСТПСМТ

\*\* - Двухст. стволовая ваготомия

БПК снизилась в среднем на 74%, МПК - на 65,8% после задней стволовой ваготомии в сочетании с передней серозно-мышечной ваготомией, и соответственно на 77,3% и 65,7% - после двусторонней стволовой ваготомии.

Достоверной разницы в показателях послеоперационной кислотопродукции между этими двумя вариантами комбинированной и стволовой ваготомии не отмечено.

Представляло интерес состояние кислотопродуцирующей функции желудка после ваготомии с дренирующими желудок операциями или с пилоросохраняющими операциями (Таб.3).

Мы провели сравнительную оценку показателей кислотопродукции в группах больных, которым произведены ваготомия и иссечение язвы луковицы двенадцатиперстной кишки с дуоденопластикой, а в другой группе – ваготомия с иссечением и дренирующей желудок операцией, при этом достоверных различий в показателях кислотопродукции в обеих этих группах больных, не отмечалось.

Таблица 3

Показатели кислотопродукции желудка после ваготомии в сочетании с различными операциями в пилородуоденальной зоне

Характер операции на пилородуоденальной зоне	Объем нулевой порции (в мл.) M+m	Часовой объем секреции до стим.	Часовой объем секреции и после стимул. M+m	Общая кисл. (в титред.) M+m	Св. кисл./в титред.) M+m	БПК (ммоль/час) M+m	МПК (ммоль/час) M+m
Ваготомия + дуоденопластика	16,0+4,5	55,0+4,8	134+6,3	55,0+2,4	8,5+0,2	3,8+0,1	18,9+1,7
Ваготомия с дренирующей желудок операцией	30,0+8,6	80,0+8,6	163,0+6,8	54,0+2,8	12,8+2,4	3,9+1,6	8,2+3,6
P	P<0,05	P<0,05	P<0,05	P>0,05	P<0,05	P>0,05	P<0,05

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что различные виды ваготомии с дренирующими и пилоросохраняющими видами операций, достаточно эффективно подавляют желудочную кислотопродукцию, снижая показатели БПК более чем на 70 %, а МПК более чем на 60 % от исходных величин.

Восстановление моторно-эвакуаторной функции желудка после модифицированного варианта комбинированной ваготомии наблюдалось, как правило, уже к 6-му месяцу у подавляющего числа больных, что подтверждается данными рентгенологического, эндоскопического и ультразвукового исследований. При гастродуоденостомии по Финнею и пилоропластике по Геинке-Микуличу (36 обследованных больных) через 2 недели после операции нормальная скорость опорожнения желудка наблюдалась у 13-ти больных, замедленная - у 19-ти и у 4-х больных она была ускорена (Таб. 4). Рентгенологически при контрастировании желудка отмечалась характерная для этих способов дренирующих операций деформация выходного отдела желудка и начального отдела двенадцатиперстной кишки с наличием широкого гастродуоденального соустья и пролабирующей в просвет «шпорой». Наиболее близкие к нормальным рентгенологические характеристики эвакуаторной функции желудка в сроки от 1-го до 5-ти лет отмечены у больных, которым выполнены поперечная пилоропластика по Джадду и дуоденопластика.

Таблица 4

Характер эвакуации из желудка в различные сроки после комбинированной ваготомии.

Характер эвакуации	Вид операции	Число больных (%) и сроки наблюдений		
		14 сут	6 мес	1-5 лет
Ускоренный (2 часа)	КСМТ+Дренирование	4 (4,7%)	4(9,3%)	1(2,4%)
	КСМТ+Дуоденопластика	1(1,2%)	1(2,4%)	-
Нормальный (2-4 часа)	КСМТ+Дренирование	13(15,2%)	11(25,6%)	11(25,6%)
	КСМТ+Дуоденопластика	36(41,9%)	26(60,5%)	31(72,1%)
Замедленный (свыше 4 ч.)	КСМТ+Дренирование	19(22,1%)	-	-
	КСМТ+Дуоденопластика	13(15,2%)	1(2,4%)	-
Всего:		86 (100%)	43 (100)	43 (100)

При ультразвуковом исследовании желудка после модифицированного варианта комбинированной ваготомии в сроки до 6-ти месяцев отмечалось некоторое ослабление моторики антрального отдела желудка. После пилоропластики по Финнею пилорический жом не определялся, имелось постоянное сообщение между желудком и двенадцатиперстной кишкой. В тоже время после поперечной дуоденопластики и пилоропластики по Джадду отмечено ритмично-порционное поступление содержимого желудка в двенадцатиперстную кишку. Сохранение замыкательной функции привратника (полное смыкание пилорического жома) выявлено у 7-ми из 12-ти обследованных больных после поперечной пилоропластики и у 8-ми из 9-ти обследованных, которым выполнена дуоденопластика.

Сравнительная оценка функции выходного отдела желудка после различных вариантов операций в пилородуоденальной зоне в сочетании с комбинированной ваготомией свидетельствует о несомненных функциональных преимуществах пилоросохраняющих операций.

Как показал наш опыт, наиболее оптимальными сроками выполнения эндоскопического исследования являются 12-14 сутки после операции, когда происходит заживление пилородуоденального соустья после выполнения дренирующей или пилоросохраняющей операции. В указанные сроки после оперативного вмешательства контрольное эндоскопическое исследование выполнено 162-м больным, оперированным по поводу перфоративных язв с применением двухсторонней стволовой и модифицированным вариантом комбинированной ваготомии. При этом у большинства больных выявлено уменьшение степени выраженности катаральных эрозивно-гемморагических и деструктивных изменений слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, а также тенденция к нормализации моторики

желудка и его секреторной функции.

В сроки от 6-ти месяцев до 5-ти лет после операции обследовано 98 пациентов, которым выполнена двухсторонняя стволовая и комбинированная ваготомии в сочетании с различными операциями в пилородуоденальной области. Из них эндоскопическое исследование было выполнено 11-ти пациентам после пилоропластики по Финнею, 25-ти – после пилоропластики по Гейнеко-Микуличу, 28-ми – после пилоропластики по Джадду, 34-м – после поперечной дуоденопластики. За этот период исследования нормальная слизистая оболочка пищевода обнаружена у 82,0% обследованных больных и у 18,0% выявлены признаки умеренно выраженного катарального эзофагита.

В группе больных с иссечением язвы пилорического канала у части из них выявлено зияние привратника. При этом наблюдается нарушение замыкательной функции привратника в сопровождении с довольно значительным дуодено-гастральным рефлюксом. Деформация луковицы двенадцатиперстной кишки различной степени выраженности была выявлена у всех пациентов, как в раннем, так и в позднем послеоперационном периоде. Степень выраженности ее зависела не только от характера рубцово-восстановительных изменений в области язвы, что предшествовало перфорации, но и от характера операции в пилородуоденальной зоне. Наибольшей выраженности деформация луковицы двенадцатиперстной кишки достигла после операции Финнея. Фактически, после этой операции луковица, как анатомическое образование, исчезает. Создание широкого, в том числе и за счет разрушения привратника, бульбоантрального соустья ведет к «антрализации» луковицы, лишает ее как анатомической, так и физиологической автономии, что подтверждается не только рентгенологическими данными, но и результатами эндоскопического исследования. Анализ эндоскопических данных показал, что после комбинированной ваготомии с иссечением язвы и дуоденопластикой ведет к быстрому и стойкому стиханию воспалительного процесса в желудке и двенадцатиперстной кишке, а это в свою очередь обуславливает нормализацию моторно-эвакуаторной функции пилородуоденальной зоны.

При обследовании в сроки от 6 месяцев до 5 лет 187-ми больных, перенесших органосохраняющие операции с двухсторонней стволовой и комбинированной ваготомией у 6-ти пациентов выявлен рецидив язвы, что составило 3,2%. Через 6 месяцев после операции рецидив язвы выявлен у 1-го больного, перенесшего комбинированную ваготомию с иссечением перфоративной язвы с последующей пилоропластикой по Гейнеко-Микуличу. При контрольном обследовании через 6 месяцев у него была выявлена бессимптомная язва, которая закрылась после курса

противоязвенной терапии.

В сроки от 1-го года до 3-х лет после операции рецидив язвы у 2-х больных после двухсторонней стволовой ваготомии с пилоропластикой по Гейнеко-Микуличу. В 2-х наблюдениях рецидивная язва после пилоропластики по Гейнеко-Микуличу с комбинированной ваготомией и у 1 больного язва рецидивировала после комбинированной ваготомии с поперечной дуоденопластикой. Наибольшее количество рецидивов (4) возникало после иссечения язвы пилорического сочетания с ваготомией. У 4-х больных рецидив язвы с возрастом симптомов язвенной болезни, у 2-х больных рецидивная язва протекала бессимптомно.

Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют о том, что рецидив язвы после органосохраняющих операций с ваготомией не только от характера и полноты ваготомии, но и в значительной степени от характера операции в пилородуоденальной области. Это касается, прежде всего, язв пилорического канала, при которых неадекватное дренирование желудка может явиться причиной рецидива язвы.

Из 52-х пациентов, которым была произведена левосторонняя продольная резекция желудка с иссечением перфоративной язвы и дуоденопластикой (26 больных) или пилоропластикой (20 человек) в сроки до одного года после операции обследовано 35 больных. В отдаленном послеоперационном периоде на 3-й и 5-й год после операции прошли стационарное обследование 32 пациента, 8 человек – амбулаторно.

Нами проанализированы изменения кислотопродукции левосторонней продольной резекции желудка на 12-14 сутки после операции, а также через 6 месяцев и через 1-5 лет у всех оперированных больных.

В послеоперационном периоде в этой группе величина (средней) депрессии кислотопродукции в среднем составила БПК - 70,6%, МПК - 65,2%. Пятилетний контроль послеоперационного кислотообразования в желудке у оперированных нами больных не выявил его значительного восстановления, а также ни у одного из больных не возник рецидив язвы.

При рентгенологическом обследовании через 1-5 лет после левосторонней продольной резекции желудка с пилоропластикой у 30-ти пациентов отмечалось сохранение деформации пилородуоденального отдела. Все остальные рентгенологические параметры (контуры желудка, рельеф слизистой, перистальтика и эвакуация) были в пределах нормы.

Подводя итоги исследования в ближайшем и в отдаленном послеоперационном периоде больных после левосторонней продольной резекции желудка, можно заключить, что наименьшее количество рефлюкс-

гастритов и гипотонии желудка наблюдалось при использовании дуоденопластики в связи с сохранением пилороантрального отдела и функции пилорического жома.

Полученные нами данные указывают на возможность и целесообразность применения левосторонней продольной резекции желудка с пилоро- или дуоденопластикой при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки, при которой стойко подавляется кислотность и сохраняется моторно-эвакуаторная функция желудка.

Из 47-ми больных, которым по поводу перфоративных пилородуоденальных язв выполнена двусторонняя стволовая ваготомия, умер 1 человек. Летальность при этом составила 2,3%.

Характерным осложнением двусторонней стволовой ваготомии явилась постваготомическая атония желудка, которая наблюдалась у 7 (16,3%) оперированных больных.

Переход от двусторонней стволовой ваготомии к ее более совершенному варианту - комбинированной ваготомии показал существенные преимущества этого метода парасимпатической денервации кислотопродуцирующих отделов желудка. Среди интраоперационных осложнений модифицированного варианта комбинированной ваготомии в 1-м случае наблюдалось повреждение селезенки, потребовавшее ее удаления. В некоторой степени профилактикой повреждения селезенки может служить заведение за селезенку марлевых тампонов, приближающих ее к желудку, что уменьшает натяжение элементов желудочно-селезеночной связки при тракции желудка.

Нарушение эвакуации из желудка, обусловленное постваготомической атонией и анастомозитом, наблюдалось у 6-ти больных после модифицированного варианта комбинированной ваготомии. У 2-х из этих 6-ти больных произведена поперечная пилоропластика, у 3-х больных - пилоропластика по Гейнеке-Микуличу и у 1 больного - поперечная дуоденопластика. Частота осложнений при использовании комбинированной ваготомии примерно в 2 раза ниже, чем при применении стволовой ваготомии.

При выполнении модифицированной комбинированной ваготомии исключается опасность повреждения нерва Латарже с последующим развитием гастростаза. Послеоперационная летальность после органосохраняющих операций с применением комбинированной ваготомии в нашей практике не отмечалась.

Переход к использованию модифицированного варианта комбинированной ваготомии способствовал уменьшению времени выполнения и травматичности хирургического вмешательства и, тем самым, снижению риска операции у больных с перфоративными

пилородуоденальными язвами.

Оценка эффективности органосохраняющих операций со стволовой и комбинированной ваготомией определялась по классификации H.Visick в модификации Ю.М. Панцырева и А.А. Гринберга (1985).

Использованная нами методика оценки отдаленных результатов хирургического лечения перфоративных пилородуоденальных язв позволила соблюсти необходимую объективность и получить статистически достоверные данные.

Сравнительный анализ отдаленных результатов лечения при радикальном иссечении язвы, в зависимости от способа выполненной ваготомии, представлен в таблице 5.

Таблица 5

Отдаленные функциональные результаты после органосохраняющих операций различных видов ваготомии.

Результаты	Стволовая ваготомия с дренирующей операцией		Комбинированная ваготомия (ЗС ПСПВ) с пилоро- или дуоденопластикой	
	6 мес.	1 - 5 лет	6 мес.	1 - 5 лет
	Число пациентов (%)	Число пациентов (%)	Число пациентов (%)	Число пациентов (%)
Visick 1	19 (63,3 %)	17 (62,9 %)	86 (76,8 %)	88 (81,5 %)
Visick 2	7 (23,3 %)	6 (22,2 %)	18 (16,1 %)	13 (12 %)
Visick 3	3 (10,0 %)	2 (7,4 %)	6 (5,4 %)	5 (4,6 %)
Visick 4	1 (3,3 %)	2 (7,4 %)	1 (1,7 %)	2 (1,9 %)
<b>Всего:</b>	<b>30 (100 %)</b>	<b>27 (100 %)</b>	<b>111 (100 %)</b>	<b>108 (100 %)</b>

Отличные и хорошие результаты в сроки до 5 лет после органосохраняющих операций с модифицированной комбинированной ваготомией получены у 93,5% обследованных больных.

В сроки от 1 до 5 лет у 5-ти (4,6%) больных, перенесших комбинированную ваготомию результаты операции расценены как удовлетворительные. У больных, перенесших стволовую ваготомию, при изучении отдаленных результатов, в 3-х случаях выявлены неудовлетворительные результаты. Из них у 2-х пациентов (7,4%) причиной неудовлетворительных результатов явился рецидив язвы двенадцатиперстной кишки, а 1-го (3,3%) пациента демпинг-синдром средней степени тяжести в сочетании с рефлюкс-гастритом.

Применение стволовой ваготомии показало ее меньшую физиологичность по сравнению с комбинированной ваготомией. Так, при выполнении этой операции на 5,5% выше процент неудовлетворительных результатов по сравнению с комбинированной ваготомией. В то же время

процент отличных и хороших результатов при выполнении стволовой ваготомии с пилоропластикой достигал 85,1%, что является достаточно высоким показателем.

Неудовлетворительные результаты в соответствии с классификацией Н.Visick установлены у 6-ти больных, которые перенесли стволовой и модифицированный вариант комбинированной ваготомии.

Как показали наши исследования, функциональные нарушения, возникающие после операции, с течением времени имеют очевидную тенденцию к снижению их числа и степени выраженности.

Зависимость частоты и характера функциональных нарушений от характера операции в пилорoduоденальной области в сроки от 1 до 5 лет после операции (Таб. 6): демпинг-синдром легкой и средней степени отмечался у 2-х больных после гастродуоденостомии по Финнею, у 3-х больных после пилоропластики по Гейнеко-Микуличу и у 1-го больного после пилоропластики по Джадду, диарея легкой степени - у 9 больных.

Таблица 6

Характер функциональных послеоперационных нарушений в зависимости от метода операции в пилорoduоденальной зоне в сроки от 1 до 5 лет.

Метод операции, число больных	Демпинг-синдром.	Диарея	Гастростаз	Дуоденостаз
Гастродуоденостомия по Финнею. (n-23)	2 (8,6 %)	2 (8,6 %)	1 (4,3 %)	-
Поперечная пилоропластика по Джадду. (n-38)	1 (2,6 %)	1 (2,6 %)	2 (5,2 %)	1 (2,6 %)
Пилоропластика по Гейнеко-Микуличу (n-43)	3 (6,9 %)	4 (9,3 %)	2 (4,6 %)	-
Дуоденопластика (n-72)	-	1 (1,3 %)	1 (1,3 %)	-
ВСЕГО: (n-104)	6 (5,7 %)	8(7,6%)	5(4,8%)	1(0,9%)

В отдаленном послеоперационном периоде наименьшее количество демпинг-синдрома, рефлюкс-гастритов и диареи наблюдалось при использовании поперечной дуоденопластики с сохранением пилорического сфинктера.

Подводя итоги исследования, в отдаленном периоде после операции нормальные или близкие к таковым показатели отмечены практически у всех обследуемых больных, которым были выполнены пилоросохраняющие или дуоденопластические операции. Сравнительная оценка функции выходного

отдела желудка после различных вариантов операций в пилорoduоденальной зоне в сочетании с комбинированной ваготомией свидетельствует о функциональных несомненных преимуществах пилоросохраняющих операций.

Таким образом, поставленные в работе задачи исследования были решены, цель которых состояла в снижении летальности и улучшения как ближайших, так и отдаленных функциональных результатов хирургического лечения перфоративных пилорoduоденальных язв.

Это стало возможным благодаря применению вместо традиционных методов хирургического лечения менее травматичных и менее опасных органосохраняющих оперативных вмешательств с ваготомией.

## ВЫВОДЫ

1. Своевременная и правильная диагностика перфоративных пилорoduоденальных язв является одним из ведущих звеньев в исходе лечения, так как у этой категории больных время с момента заболевания и установки диагноза является одним из главных факторов благоприятного исхода.

Для постановки диагноза перфоративной пилорoduоденальной язвы необходимо использовать комплексный метод диагностики, включающий в себя анамнез, клиническую картину, рентгенологическое обследование брюшной полости, а также эндоскопические методы исследования.

Инсуффляция воздуха в кратер язвы при фиброгастродуоденоскопии с обзорной рентгенографией брюшной полости, а также данные лапароскопии позволяют с большей степенью достоверности правильно установить диагноз и в ряде случаев избежать ненужных оперативных вмешательств.

2. Органосохраняющие операции в сочетании с ваготомией, являясь альтернативными резекционным способом хирургического лечения осложненных пилорoduоденальных язв, сопровождаются по сравнению с резекцией желудка более низкой послеоперационной летальностью и лучшими функциональными результатами.

3. При двусторонней стволовой поддиафрагмальной ваготомии с дренирующей желудок операцией по поводу перфоративных пилорoduоденальных язв сохраняется относительно большая частота различных постваготомических осложнений.

4. Применение при осложненных пилорoduоденальных язвах селективной проксимальной ваготомии и ее модифицированных вариантов позволяет у значительной части больных выполнить, частично сберегающую привратник, дренирующую операцию – гемипилорэктомию по Джадду с поперечной пилоропластикой или полностью сохранить привратник, ограничиваясь поперечной дуоденопластикой.

5. Модифицированные варианты комбинированной ваготомии не уступая селективной проксимальной ваготомии по эффективности воздействия на кислотопродуцирующую функцию желудка, выполняются технически проще, с меньшей затратой времени и более низким числом интраоперационных и послеоперационных осложнений.

6. Модифицированная комбинированная интрагастральная ваготомия дает возможность с наименьшим риском выполнять это хирургическое вмешательство при осложненных пилородуоденальных язвах у лиц с тяжелыми сопутствующими заболеваниями и позволяет расширить показания к органосохраняющим операциям у больных с перфоративными язвами не только в реактивной, но и в токсической фазе перитонита.

7. Пилоропластика по Финнею и Гейнеке-Микуличу будучи пилороразрушающими вмешательствами, сопровождаются выраженным дуоденогастральным рефлюксом и большей частотой проявлений демпинг-синдрома по сравнению с другими вариантами дренирующих желудок операций. Показанием к этим операциям должно служить лишь наличие рубцово-воспалительных изменений, захватывающих область привратника и луковицы двенадцатиперстной кишки, а также сочетанных язв луковицы и пилорического канала.

8. Поперечная пилоропластика по Джадду является малотравматичной операцией, дренирующей желудок и сохраняющей функцию пилорического жома у подавляющего большинства больных. Выполнение ее предпочтительно при локализации прободной язвы в области пилорического канала или препилорического отдела желудка.

9. При расположении язвы в области тела луковицы двенадцатиперстной кишки или в ее постбульбарном отделе показана пилоросохраняющая операция — поперечная дуоденопластика, которая в сочетании с модифицированными вариантами комбинированной ваготомии, является наиболее оптимальным способом органосохраняющего оперативного вмешательства, обеспечивающего порционную эвакуацию желудочного содержимого, предотвращающего число рефлюкс-гастритов, а также предотвращающего демпинг-синдром.

10. Для адекватного выполнения модифицированной комбинированной ваготомии при перфоративных пилородуоденальных язвах требуется тщательный учет индивидуальных особенностей анатомического ветвления блуждающего нерва, имеющих большое разнообразие.

11. У лиц старших возрастных групп с перфоративными пилородуоденальными язвами и тяжелыми сопутствующими заболеваниями и наличием распространенного перитонита целесообразно выполнять локальное иссечение перфоративной язвы в пределах здоровых тканей с последующей пилоро- или дуоденопластикой. У данной категории больных

ваготомия имеет относительные показания.

### ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для постановки диагноза перфоративной пилородуоденальной язвы необходимо использовать комплексную методику диагностики, включающую в себя изучение анамнеза, клиническую картину, рентгенологическое обследование брюшной полости, а также эндоскопические методы исследования.

Инсуффляция воздуха в кратер язвы при фиброгастродуоденоскопии с обзорной рентгенографией брюшной полости, а также данные лапароскопии позволяют с большей степенью достоверности правильно установить диагноз и в ряде случаев избежать ненужных оперативных вмешательств.

2. При хирургическом лечении больных с перфоративными пилородуоденальными язвами целесообразно выполнять радикальные органосохраняющие операции, наиболее оптимальным вариантом которых является - иссечение язвенного субстрата с последующей поперечной пилоро- или дуоденопластикой в сочетании с комбинированной ваготомией.

3. При выполнении задней стволовой ваготомии доступ к блуждающему нерву следует осуществлять через разрез в малососудистом участке малого сальника над хвостатой долей печени, что существенно облегчает его выделение и исключает опасность повреждения пищевода.

4. С целью адекватного восстановления дренирующей функции желудка и профилактики послеоперационной стенозирующей деформации луковицы двенадцатиперстной кишки после иссечения перфоративной дуоденальной язвы и дуоденопластики - иссечение язвы необходимо производить в поперечном направлении двумя полуовальными окаймляющими язву и периульцерозный инфильтрат разрезами в пределах здоровых тканей. Образовавшийся дефект на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки ушивают в поперечном направлении однорядным узловым швом нерассасывающимся атравматическим шовным материалом, затем производят рассечение связки Трейтца и низведение дистального отдела двенадцатиперстной кишки.

## СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ ТРУДОВ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Мамакеев М.М., Алыбаев Э.У., Сопуев А.А., Акылбеков И.К. Обоснование, методика и непосредственные результаты продольной резекции желудка с пилоро- и дуоденопластикой при перфоративной двенадцатиперстной кишки. // "Здравоохранение Кыргызстана". - №3-4. - с.46-48.
2. Мамакеев М.М., Алыбаев Э.У., Сопуев А.А. Пути совершенствования радикального хирургического лечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки. // В кн.: "Неотложная хирургия". - Бишкек, 1995.-выпуск II. - с.2-4.
3. Кутманбеков А.К., Абдуллаев Д.С., Алыбаев Э.У. Сравнительные анализы результатов диагностики скорой помощи, приемного отделения, эндоскопии и операционных находок у больных с гастродуоденальным кровотечением язвенной этиологии. // В кн.: "Хирургическая гастроэнтерология". - Бишкек, 1997. - том I. - с.3-12.
5. Кутманбеков А.К., Сыдыгалиев К.С., Алыбаев Э.У., Рыспеков М.Т. Изменения гемодинамики у оперированных больных с гастродуоденальным кровотечением язвенной этиологии при традиционном методе лечения. // В кн.: "Хирургическая гастроэнтерология". - Бишкек, 1997. - том I. - с.16-22.
6. Абдуллаев Д.С., Кутманбеков А.К., Сыдыгалиев К.С. Алыбаев Э.У. Оптимизация хирургического лечения язвенной болезни желудка. // В кн.: "Хирургическая гастроэнтерология". - Бишкек, 1997. - том I. - с.49-53.
7. Мамакеев М.М., Алыбаев Э.У., Сопуев А.А., Кутманбеков А.К. Дуоденопластика в хирургии перфоративных и кровоточащих язв двенадцатиперстной кишки. // В кн.: "Хирургическая гастроэнтерология". - Бишкек, 1997, - том I. - с.58-63.
8. Алыбаев Э.У., Сопуев А.А., Кутманбеков А.К., Ниязов Б.С., Абдуллаев Д.С. Выбор метода оперативного лечения перфоративных язв двенадцатиперстной кишки. // В кн.: "Хирургическая гастроэнтерология". - Бишкек, 1997. - том I. - с.80-85.
9. Мамакеев К.М., Алыбаев Э.У. Перфоративная язва двенадцатиперстной кишки. // В кн.: "Экстренная хирургия". - Бишкек, 1999. - с.41-60.
10. Абдуллаев Д.С., Ниязов Б.С., Алыбаев Э.У. Совершенствование способов диагностики и хирургического лечения хронической дуоденальной непроходимости в сочетании с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. // В кн.: Международный конгресс гастроэнтерологов Евразии (Сборник научных статей). - Бишкек, 2001. - с.5-10.

11. Абдуллаев Д.С., Ниязов Б.С., Алыбаев Э.У. Обоснование показаний и технические аспекты надпривратниковых резекций желудка. // В кн.: Международный конгресс гастроэнтерологов Евразии (Сборник научных статей). - Бишкек, 2001. - с.17-21.
12. Алыбаев Э.У., Ниязов Б.С., Абдуллаев Д.С., Ниязова С.Б. Органосохраняющие операции в хирургии перфоративных язв двенадцатиперстной кишки. // В кн.: Международный конгресс гастроэнтерологов Евразии (Сборник научных статей). - Бишкек, 2001. - с.59-62.
13. Кутманбеков А.К., Ниязов Б.С., Сыдыгалиев К.С., Алыбаев Э.У., Сатылганов Н.А., Кутманбеков Э.А. Степень обсемененности толстою кишечника в послеоперационном периоде у больных с осложненными формами язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. // В кн.: Международный конгресс гастроэнтерологов Евразии (Сборник научных статей). - Бишкек, 2001. - с.129-135.
14. Мукамбетова Г.Т., Ниязов Б.С., Кутманбеков А.К., Сыдыгалиев К.С., Уметалиев Ю.К., Алыбаев Э.У. Эндоскопическая тактика при гастродуоденальных кровотечениях. // В кн.: Международный конгресс гастроэнтерологов Евразии (Сборник научных статей). - Бишкек, 2001. - с.145-147.
15. Алыбаев Э.У. Органосохраняющие операции при перфоративной пилородуоденальной язве. // Вопросы организации хирургической службы и хирургической гастроэнтерологии (Сборник научных трудов). - Бишкек, 2002. - с.14-19.
16. Алыбаев Э.У., Кадыралиев Т.К. Изменения в системе неспецифического иммунитета у больных язвенной болезнью, осложненной перфорацией. // Вопросы организации хирургической службы и хирургической гастроэнтерологии (Сборник научных трудов). - Бишкек, 2002. - с.48-51.
17. Алыбаев Э.У., Керимкулов Б.А. Современные представления о патогенезе язвенной болезни. // Вопросы организации хирургической службы и хирургической гастроэнтерологии (Сборник научных трудов). - Бишкек, 2002.-с.51-55.
18. Алыбаев Э.У., Исаков М.Б., Керимкулов Б.А. Современные схемы эрадикационной терапии инфекции H. Pylori. // Вопросы организации хирургической службы и хирургической гастроэнтерологии (Сборник научных трудов). - Бишкек, 2002.-с.65-68.
19. Сопуев А.А., Бозгунчиев М.М., Элеманов Н.Ч. Алыбаев Э.У. Анализ посещаемости специалистов хирургического профиля лечебно-профилактических учреждений. // "Хирургия Кыргызстана". - 2003. - №1. - с.19-23.

20. Сопуев А.А., Бозгунчиев М.М., Искаков М.Б., Алыбаев Э.У. Острая хирургическая заболеваемость органов брюшной полости по данным обращаемости в лечебно-профилактические учреждения. // "Хирургия Кыргызстана". - 2003. - №1. - с.24-28.

21. Алыбаев Э.У., Сыдыгалиев К.С., Ниязов Б.С., Элеманов Н.Ч. Органосохраняющие операции при перфоративной пилородуоденальной язве. // "Хирургия Кыргызстана". - 2003. - №1. - с.41-45.

22. Алыбаев Э.У., Тухватшин Р.Р., Кадыралиев Т.К. Состояние клеточных и субклеточных структур двенадцатиперстной кишки у больных с перфоративной язвой. // "Хирургия Кыргызстана". - 2003. - №1. - с.45-48.

23. Алыбаев Э.У., Тухватшин Р.Р., Кадыралиев Т.К. Морфофункциональное состояние слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки при перфоративной язве. // "Хирургия Кыргызстана". - 2003. - №1. - с.48-51.

24. Абдуллаев Д.С., Алыбаев Э.У., Ниязов Б.С. Особенности диагностики хронической дуоденальной непроходимости и сочетание ее с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. // Медицина. Приложение к журналу. "Известия ВУЗов". - 2003. - №2 - с.25-32.

25. Алыбаев Э.У., Сопуев А.А., Абдуллаев Д.С. Диагностические особенности хирургии перфоративной пилородуоденальной язвы в современном аспекте. // Медицина. Приложение к журналу. "Известия ВУЗов". - №2. - 2003. - с.32-37.

26. Алыбаев Э.У., Сопуев А.А., Тилеков Э.А., Абдуллаев Д.С. Выбор методов оперативного лечения перфоративных пилородуоденальных язв. // Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки: Материалы Всероссийской конференции - Саратов, 2003. - с.30-31.

27. Алыбаев Э.У., Сопуев А.А., Ниязов Б.С., Тилеков Э.А. Органосохраняющие операции при перфоративной пилородуоденальной язве. // Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки: Материалы Всероссийской конференции - Саратов, 2003. - с.31-32.

28. Кутманбеков А.К., Алыбаев Э.У., Абдуллаев Д.С. Эндоскопическая тактика при гастродуоденальных кровотечениях. // Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки: Материалы Всероссийской конференции - Саратов, 2003. - с.120-122.

29. Алыбаев Э.У. Диагностика и хирургическое лечение перфоративных пилородуоденальных язв. (Монография). // Бишкек, 2003. - 216 с.

30. Сопуев А.А., Калжикеев А.М., Алыбаев Э.У., Элеманов Н.Ч., Искаков М.Б. Методика хирургического лечения разлитого гнойного перитонита. // "www.med2000.ru" (хирургия) – Москва, 2003.

31. Алыбаев Э.У. Пути улучшения результатов хирургического лечения перфоративных гастродуоденальных язв. // Бюллетень Сибирского отделения РАМН., журнал "Клиническая и экспериментальная медицина". Новосибирск, 2003. - №4. - с.29-35.

32. Алыбаев Э.У., Абдуллаев Д.С. Эндоскопическая оценка состояния оперированного желудка больных с язвенной болезнью, осложненной кровотечением и перфорацией. // Бюллетень Сибирского отделения РАМН., журнал "Клиническая и экспериментальная медицина". - Новосибирск, 2003. - №4. - с.45-51.

33. Алыбаев Э.У. Комплексные методы исследования в диагностике перфоративных пилородуоденальных язв. // Бюллетень Сибирского отделения РАМН., журнал "Клиническая и экспериментальная медицина". Новосибирск, 2003. - №4. - с.31-36.

34. Алыбаев Э.У., Сопуев А.А., Искаков М.Б., Элеманов Н.Ч. Способ дуоденопластики при прободной язве двенадцатиперстной кишки. // Кыргызпатент. - А.с. №599 KG.268.C1.-2003.

35. Алыбаев Э.У. Сфинктеросохраняющие операции при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки. // "Хирургия Кыргызстана". - 2004. - №1. - с.44-47.

36. Алыбаев Э.У. Особенности хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, у больных с избыточной массой тела. // "Хирургия Кыргызстана". - 2004. - №1. - с.41-43.

37. Алыбаев Э.У. Оценка функции выходного отдела желудка с помощью УЗИ, оперированных больных перфоративной пилородуоденальной язвой. // Медицина. Журнал. "Известия ВУЗов". - 2004. - №2. - с.39-41.

38. Абдуллаев Д.С., Алыбаев Э.У. Симультанные операции при хронической дуоденальной непроходимости. // Медицина. Журнал. "Известия ВУЗов". - 2004. - №2. - с.41-43.

39. Алыбаев Э.У. Хирургическое лечение перфоративной гастродуоденальной язвы // "Хирургия Кыргызстана". - 2004. - №2. - с.41-44.

40. Алыбаев Э.У. Степень депрессии кислотопродукции при перфоративной пилородуоденальной язве, после органосохраняющих операций. // "Медицина Кыргызстана". - 2004. - №2. - с.31-34.

41. Алыбаев Э.У. Пути совершенствования радикального хирургического лечения перфоративной гастродуоденальной язвы. // журнал "Медицинские науки". - Москва, 2004. - №3. - с.27-31.



## РЕЗЮМЕ

диссертационной работы Алыбаева Эрниса Урбаевича на тему:  
«Органосохраняющие операции в хирургии перфоративных  
пилородуоденальных язв» на соискание ученой степени доктора  
медицинских наук по специальности 14.00.27 – хирургия.

Ключевые слова: перфоративная пилородуоденальная язва, органосохраняющая операция, ваготомия, иссечение язвы, пилоропластика, дуоденопластика.

Объект исследования - 2255 больных с перфоративными пилородуоденальными язвами.

Цель исследования – Повышение клинической эффективности хирургического лечения больных с перфоративными пилородуоденальными язвами.

Методы исследования - Эзофагогастродуоденоскопия, изучение кислотопродукции желудка, рентгенография и ультразвуковая эхолокация.

Определены показания и показана эффективность применения органосохраняющих операций в сочетании с различными вариантами ваготомии при перфоративных пилородуоденальных язвах. Предложен оригинальный способ поперечной дуоденопластики с наложением однорядных швов и рассечением связки Трейтца с целью коррекции пассажа в области пилородуоденальной зоны. Предложен оригинальный доступ к заднему блуждающему нерву, что позволило разработать новый, более физиологичный способ передней серозно-мышечной ваготомии в сочетании с задней стволовой ваготомией. Предложен оригинальный способ передней гастросерозомиотомии с рассечением возвратных нервов Росати. На основе комплексной оценки операционного риска, функционального состояния желудка и хирургической ситуации разработаны критерии индивидуализированного выбора способа ваготомии. Впервые на научной основе определены границы иссечения перфоративных язв с учетом состояния морфологических изменений в перидуоденальной зоне.

Диссертационная работа изложена на 263 страницах электронного набора шрифтом Times New Roman, Кириллица (размер 14; интервал 1,5). Работа состоит из введения, восьми глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы.

Диссертация иллюстрирована 24 таблицами и 41 рисунками.

Библиография включает 341 источников, из них 194 - отечественных и из стран ближнего зарубежья; 147 - авторов из стран дальнего зарубежья.

## КОРТУНДУ

Алыбаев Эрнис Урбаевичтин «Ашказандан он эки эли ичегиге өтүүчү муунактагы жараат жарылып кеткендеги хирургияда мүчө сактоочу операциялар» деген темада 14.00.27-хирургия адистиги боюнча медицина илимдеринин докторунун окумуштуу даражасына диссертациялык иши

Чечүүчү сөздөр: ашказандан он эки эли ичегиге өтүүчү муунактагы жараат жарылып кеткени, мүчө сактоочу операция, ваготомия, кесилген жарааттар, пилоропластика, дуоденопластика. Изилдөө объектиси - ашказандан он эки эли ичегиге өтүүчү муунактагы жарааты жарылып кеткен 2255 бейтап. Изилдөөнүн максаты - ашказандан он эки эли ичегиге өтүүчү муунактагы жарааты жарылып кеткен бейтаптарды хирургиялык дарылоонун клиникалык натыйжалуулугун жогорулатуу. Изилдөөнүн усулдары - эзофагогастродуоденоскопия, ашказандын кычкыл чыгаруусун изилдөө, рентгенография жана ультраүндүк эхолокация.

Ашказандан он эки эли ичегиге өтүүчү муунактагы жарааты жарылып кеткенде мүчө сактоочу операцияларды ваготомиянын ар кандай түрлөрү менен айкалыштырып колдонуунун көрсөткүчтөрү аныкталган жана натыйжалуулугу көрсөтүлгөн. Ашказандан он эки эли ичегиге өтүүчү муунактагы жарааты жарылып кеткен аймактагы пассажды оңдоо максатында бир катарда тигиш кылуу жана Трейтц муунагын кесүү менен туурасынан дуоденалдык жасалуучу пластиканын жаны ыкмасы сунуш кылынган. Адамга нервдин артта мүчөлөнгөн бөлүгүн сейрек кездешүүчү бир башкача ыкма менен кесүү жолу сунуш кылынган. Натыйжасында артка ваготомиясы менен айкалышкан алдынкы кулгун-булчун ваготомиясынын мурдагыдан физиологиялуу жаны ыкмасын иштеп чыгууга мүмкүн болгон. Ошондой эле Росаттинин кайтарылма нервдерин кесүү менен алдынкы гастросерозомиотиянын сейрек ыкмасы да сунуш кылынган. Операциялык тобокелдик жактарын ченеп-билүүнүн натыйжасында, ашказандан иштөө абалын жана хирургиялык кырдаалды чогуусу менен баамдоонун негизинде ваготомиянын ыкмасын жекече тандоо ченемдери иштелип чыкты. Перидуоденалдык аймактагы морфологиялык өзгөрүүлөрдүн абалын эске алуу менен перфоративдик жарааттарды кесүүнүн чектери илимий негизде алгачкы жолу аныкталган.

Диссертациялык иш Times New Roman, кириллица тамгалары (14-өлчөм; 1,5 аралыкта) менен электрондук терүү менен 258 бетке жазылган. Иш кириш сөздөн, сегиз главадан тыянагтан, корутундулардан, иштиктүү сунуштардан жана адабияттын тизмесинен турат.

Диссертация 24 таблица жана 37 сүрөт менен коштолуп көркөмдөлгөн.

Библиографиясы 341 булакты камтып, алардын 194ү ата мекендик жана жакынкы чет өлкөдөн; 147си - алыскы чет өлкөлүк авторлор.

**RESUME**

to a Thesis on a theme: "Organs saving operations in surgery of perforated pyloroduodenal ulcers " for competition of academic degree of Doctor of Medicine on a speciality 14.00.27- surgery by Ernis Urbaevich Alybaev.

Key words: perforated pyloroduodenal ulcer, organs saving operation, vagotomy, excision of ulcer, pyloroplasty, duodenoplasty.

Subject of research: 2,255 patients with perforated pyloroduodenal ulcer.

Purpose of research: To increase clinical efficiency of surgical treatment of patients with perforated pyloroduodenal ulcer.

Methods of research: esophgogastroduodenoscopy, study of gastric acid production, radiography and ultrasonic echolocation.

The Thesis determines the indications and considers the effectiveness of organs saving operations applications in combination with different variants of vagotomy while treating perforated pyloroduodenal ulcers. The original method of transverse duodenoplasty is suggested with putting in single-layer suture and the dissection of Traits ligament with the purpose of passage correction in the area of pyloroduodenal zone. The paper suggests the original posterior vagus nerve approach that enabled to work out a new, more physiologic way of anterior seromuscular vagotomy combined with posterior stem vagotomy. The original way of anterior gastroserousomyotomy with the dissection of relapsing nerves of Rosatty. On the basis of integrated assessment of operative risk, function state of stomach and the surgical situation, the criteria of individualized choice of the vagotomy method have been worked out. For the first time the limits of perforated ulcers excision were determined in the scientific basis taking into account the state of morphological changes in the zones around the ulcer infiltration.

The Thesis is given account of on 258 pages typed by use of Times New Roman type, Cyrillic alphabet ( type 14; interval 1,5).

The paper consists of mtrouction, eight chapters, conclusion, deductions, practical recommendations and list of literature.

The Thesis is illustrated with 24 charts and 37 pictures.

The Bibliography includes 341 sources, out of them 174 ones are from our country and the countries of near foreign countries; 147 authors are from far foreign countries.

Отпечатано в ОсОО "Молор"  
Бишкек, ул.Медерова,68

