

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ
РЕСПУБЛИКИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР**

На правах рукописи
УДК 616.33/.342-002.45-089-036.65-08

ИСМАИЛОВ КУБАНЫЧБЕК КАСЫМОВИЧ

**ПИЛОРОДУОДЕНОПЛАСТИКА ПРИ
ПЕРФОРАТИВНЫХ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ
ЯЗВАХ С ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ТЕРАПИЕЙ**

(14.00.27 – хирургия)

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Бишкек – 2007

24
20.21
8
P.T.

Работа выполнена в Национальном хирургическом центре Министерства здравоохранения Кыргызской Республики и в Иссык-Кульской областной объединенной больнице

Научный руководитель.

доктор медицинских наук Алыбаев Эрнис Урбаевич

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук Джумабеков Ауесхан Тулегенович
(г.Алматы)

доктор медицинских наук, профессор Джоробеков Абдылас Джоробекович
(г.Бишкек)

Ведущая организация: Научный центр хирургии им.А.Н.Сызганова
(г.Алматы, Республика Казахстан)

Защита диссертация состоится «3» мая 2007 г. в 14.00 часов на заседании Диссертационного совета Д. 14.06.314 Национального хирургического центра Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (720044, г. Бишкек, ул.3-я линия, 25).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке НХЦ (720044, г. Бишкек, ул.3-я линия, 25).

Автореферат разослан « _____ » _____ 2007 г.

Ученый секретарь
Диссертационного совета Д. 14.06.314
доктор медицинских наук,
профессор



Сопуев А.А

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. В Кыргызстане ежегодно производится около 20-ти тысяч экстренных операций по поводу острой хирургической патологии органов брюшной полости. Из них около 6% составляют операции по поводу перфоративных пилородуоденальных язв (ПП-ДЯ) (М.М.Мамакеев и соавт. 1997).

В последние годы доказано, что возникновение и дальнейшее развитие язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки наряду с повышенной кислотностью желудочного сока, связано также с инфильтрацией слизистой оболочки *Helicobacter pylori*. При язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки более чем у 80% больных выявлена обсемененность слизистой *Helicobacter pylori* (П.Я.Григорьев, Э.П.Яковенко, Davis R.S., David W., et al.). На основании данного открытия в последние годы нашли широкое применение различные схемы эрадикационной и антисекреторной терапии язвенной болезни.

Однако до сих пор, несмотря на достижения в хирургии и противорецидивной терапии ПП-ДЯ спорными остаются многие вопросы выбора метода хирургического лечения и тактики послеоперационной противорецидивной терапии (Ю.М.Паншырев и соавт. 2003, Meisner S. et al. 1994). Прежде всего, это связано с тем, что сохраняется на достаточно высоком уровне послеоперационные осложнения и неудачи при использовании традиционных хирургических вмешательств (ушивание перфоративной язвы или пластическое ее закрытие, различные виды ваготомий с пилоропластикой, первичная резекция желудка), а также еще и с тем, что в сознании хирургов не преодолен фактор игнорирования противорецидивного лечения (Н.М.Кузин и соавт., 1995, Messmann H. et al., 1998).

Неудовлетворительные ближайшие и отдаленные результаты применения вышеперечисленных видов операций у больных с ПП-ДЯ вынуждает хирургов к поиску более радикальных, но, в то же время, более физиологических операций, а также и приемлемых схем послеоперационного противорецидивного лечения (А.А.Шалимов и соавт. 1986; А.Ф. Черноусов и соавт. 1988, Hasselgren C. et al. 1998). Логика такова, что, в целях повышения функциональной полноценности этих операций, а, следовательно, улучшения непосредственных, ближайших и отдаленных результатов, хирург не должен игнорировать эффективную эрадикационную и антисекреторную терапию (В.И.Оноприев, 1999; М.И.Кузин. 2001).

Вышеизложенное убеждает нас в необходимости продолжения

поисков более оптимальных методик не только хирургического, но и терапевтического лечения больных с ПП-ДЯ.

Связь темы диссертации с научными планами и программами. Работа выполнена в Национальном хирургическом центре (НХЦ) и в Иссык-Кульской объединенной областной больнице (И-КООБ) в рамках государственного заказа на НИР Министерства образования и науки Кыргызской Республики "Пути оптимизации лечения хеликобактериоза и дисбактериоза оперированного желудка при осложненных формах язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки" (Шифр: 0002805, № Гос. регистрации: 2805).

Цель. Улучшить результативность хирургического лечения на фоне противорецидивной терапии при ПП-ДЯ.

Задачи исследования:

1. Изучить результативность основных методов хирургического лечения ПП-ДЯ (ушивание перфоративной язвы, первичная резекция желудка, стволовая ваготомия с пилоропластикой) с уточнением структуры и выявлением вероятных причин осложнений, летальности и неудовлетворительных исходов.

2. При ПП-ДЯ оценить эффективность метода иссечения перфоративной язвы с пилородуоденопластикой в сочетании с эрадикационной и антисекреторной медикаментозной терапией на основе характеристики степени обсемененности *Helicobacter pylori* и показателей кислотопродукции слизистой желудка в ближайшие и отдаленные сроки.

3. Разработать тактику и схему применения противорецидивного лечения у больных с ПП-ДЯ перенесших пилородуоденопластику без ваготомии в послеоперационном периоде, а также тактику их диспансерного наблюдения.

Научная новизна.

На основе оценки непосредственных, ближайших и отдаленных результатов использования традиционных методов хирургического лечения ПП-ДЯ, каковыми являются ушивание перфоративной язвы, первичная резекция желудка, стволовая ваготомия с пилоропластикой, выявлены вероятные причины возникших у больных осложнений, рецидивов и летальности.

Определен более оптимальный физиологичный метод комплексного лечения больных с ПП-ДЯ, каковым является методика иссечения перфоративной язвы с пилородуоденопластикой (ПДП) в сочетании с эрадикационной антисекреторной медикаментозной терапией, эффективность которого обоснована непосредственными, ближайшими и отдаленными результатами.

Доказаны преимущества разработанной тактики и критериев для применения противорецидивного лечения у больных с ПП-ДЯ перенесших ПДП без ваготомии в послеоперационном периоде.

Практическая значимость.

Определены причины осложнений и летальности после операций по поводу ПП-ДЯ, показана функциональная недостаточность применения в большинстве случаев простого ушивания, пластического закрытия ПП-ДЯ и первичной резекции желудка в ближайшие и отдаленные послеоперационные сроки.

При ПП-ДЯ, использование ПДП с иссечением язвы без ваготомии с последующей противорецидивной терапией получены более хорошие результаты, что является основанием рекомендовать данный метод лечения ПП-ДЯ в клинической практике более шире.

Использование предложенной тактики эрадикационной и антисекреторной медикаментозной терапией позволяет улучшить результативность хирургического лечения ПП-ДЯ, тем не менее с целью предупреждения рецидива язвы доказана необходимость регулярного (1-2 раза в год) клинко-инструментального (ФГДС, R-скопия) и лабораторного (желудочная секреция, обсемененность *Helicobacter pylori*) контроля.

Экономическая значимость полученных результатов включает возможность получения медико-социальной эффективности при использовании разработанных методов хирургического лечения и послеоперационной противорецидивной терапии у больных с ПП-ДЯ 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. При ПП-ДЯ, в сравнении с традиционными методами, ПДП с иссечением язвы без ваготомии является не только радикальной, но и физиологичной операцией, обеспечивающий порционную эвакуацию желудочного содержимого, а также предотвращающий постваготомические синдромы. Использование этого метода позволяет снизить уровень послеоперационных осложнений до 4%.

2. Независимо от использования методов операции, в целях улучшения их результативности, в том числе при применении ПДП без ваготомии у больных с ПП-ДЯ в послеоперационном периоде показано противорецидивное (эрадикационное+антисекреторное) лечение.

Личный вклад соискателя. Личное участие автора диссертации охватывает все разделы аналитических, общеклинических, специальных и дополнительных методов исследования, разработки новых способов диагностики и лечения больных с ПП-ДЯ, непосредственное выполнение

либо участие в операциях.

Апробация работы. Основные положения диссертационной работы доложены и обсуждены на: заседании Ассоциации хирургических обществ Кыргызской Республики (АХО КР) (2006); заседании научного отдела НХЦ (2006); заседании экспертной комиссии по предварительному рассмотрению диссертаций при НХЦ (2007).

Внедрения. Разработанный способ лечения ППДЯ внедрен в практику НХЦ и И-КООБ. Материалы диссертации используются в учебном процессе кафедры госпитальной хирургии КГМА.

Публикации. По теме диссертации опубликовано 8 научных работ, получено 1 удостоверение на рац. предложение.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 145 страницах (шрифт: Times New Roman, размер 14; интервал 1,5). Работа состоит из введения, трех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Диссертация иллюстрирована 25 таблицами и 15 рисунками. Библиография включает 222 источника, из них 138 - отечественных и из стран ближнего зарубежья; 84 - авторов из стран дальнего зарубежья.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. Клиническим материалом исследования являются данные диагностики, хирургического лечения и послеоперационного диспансерного наблюдения за 180 больными с ПП-ДЯ, находившимися на лечении в И-КООБ и НХЦ за период с 2001 по 2006 годы. Возраст обследованных колебался от 16 до 80 лет. По нашим данным, возраст наибольшего риска заболевания ПП-ДЯ составляет 20-40 лет (67,3%). Почти 4/5 больных (151 больной - 83,9%) оперированы по поводу перфоративной язвы луковицы двенадцатиперстной кишки (ДПК) и только 29 (16,1%) больных - по поводу перфоративной язвы пилорического канала.

По характеру выполненных оперативных вмешательств больные распределены на 4 группы: 1-ю составили 70 (38,8%) больных, которым была выполнено ушивание перфоративной язвы; 2-ю - 30 (16,7%) больных, которым произведены резекции 2/3 желудка по Бильрот-II; 3-ю - 30 (16,7%) больных, у которых иссечение ПП-ДЯ сочеталось с двусторонней стволовой ваготомией; 4-ю - 50 (27,8%) больных, которым выполнены иссечения ПП-ДЯ с ПДП. Причем, с последующим противоязвенным лечением на базе антацидов, H₂ блокаторов, ингибиторов протонной помпы и противомикробных средств.

Наряду с общеклиническими методами исследования, больным выполняли ФГДС, исследовали базальную и стимулированную

кислотопродукцию желудка аспирационно-титрационным методом, эвакуаторную функцию желудка с помощью серийной рентгенографии. Определяли степень обсемененности слизистой оболочки *Helicobacter pilori*. При этом, контрольные исследования (ФГДС, 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.

Результаты комплексных исследований в ближайших, и отдаленных периодах после операции оценивались по классификации Visik (1948), в модификации А.А.Гринберга (1985). Следует отметить, что, многолетний опыт лечения больных с ПП-ДЯ, а также практика оценочной деятельности (Э.У.Алыбаев, 2004) позволил нам выполнить адекватную оценку не только непосредственные, но и ближайшие и отдаленные результаты применения ряда сравнительных методик хирургического лечения больных.

На наш взгляд, идентичность возрастного и полового состава, а также однородность сопутствующих осложнений язвенной болезни и заболеваний других органов и систем обеспечивают объективность сравнения выделенных нами четырех групп больных. Изучая результаты обследования этих групп, нами выявлены основные причины рецидивов и других неудач лечения ПП-ДЯ приводящих к повторным операциям, осложнениям в послеоперационном периоде и летальности, приводящих к стойкой утрате трудоспособности.

Результаты исследования. В главе 3 изложены результаты изучения ближайших и отдаленных результатов применения ушивания ПП-ДЯ. Анализируя результаты применения простого ушивания ПП-ДЯ или пластического его закрытия, мы пришли к выводу, что основными факторами приводящими к осложнениям в раннем послеоперационном периоде являются: 1) оставление язвы в момент оперативного вмешательства; 2) возникновение на месте ушитой язвы субкомпенсированного или декомпенсированного пилородуоденостеноза; 3) не назначение патогенетического медикаментозного лечения язвенной болезни.

Нами установлено, что указанные выше факторы оказали отрицательное влияние на результаты выполнения этой операции. Так, ранние послеоперационные осложнения имелись у 9 (12,8%) больных, из которых 7 (87,5%) больных подверглись повторному оперативному вмешательству. Причинами приведшими к повторной операции у 2-х больных был декомпенсированный дуоденостеноз и у 5-х больных язвенное кровотечение.

Выявлено, что летальный исход в этой группе в раннем

послеоперационном периоде наблюдался у 5 больных (7,1%). Все умершие лица были преклонного возраста (65-80 лет) с выраженными сопутствующими заболеваниями соматического характера. У 2-х больных причинами смерти явились прорезывания швов ушитой язвы двенадцатиперстной кишки с кровотечением, у 2-х больных вследствие нераспознанного кровотечения зеркальной язвы задней стенки ДПК, и у 1-го двусторонняя пневмония.

Нами доказано, что особенно неудовлетворительны оказались отдаленные результаты этой операции. В частности, из 70-ти больных этой группы у 56-ти (80%) больных отмечены различные осложнения язвенной болезни в поздние сроки после операции.

По нашим данным, структура осложнений язвенной болезни у этой группы больных следующая: 1) хроническая рецидивная язва ДПК или пилорического отдела желудка - у 21-го (30%) больного; 2) субкомпенсированный или декомпенсированный пилородуоденостеноз у 26-ти (37,14%) больных; 3) кровотечение из рецидивной пилородуоденальной язвы (П-ДЯ) - у 5-ти (7,14%) больных; 4) повторная перфорация рецидивной или незажившей после ушивания ПП-ДЯ - у 2-х (2,8%) больных; 5) малигнизация рецидивной или незажившей после ушивания пилорической язвы - у 2-х (2,84%) больных.

Таблица 1

Распределение больных, перенесших ушивание ПП-ДЯ по осложнениям в отдаленном периоде

Наименование осложнений	п	%	Повторно оперированные
Хроническая рецидивная язва ДПК и пилорического отдела желудка с пенетрацией язвы П-ДО	21	37,5	6
Пилородуоденостеноз с пенетрацией язвы П-ДО	26	46,4	26
Кровотечение из рецидивной П-ДЯ	5	8,9	4
Повторная перфорация рецидивной или незажившей П-ДЯ	2	3,6	2
Малигнизация рецидивной или незажившей пилорической язвы	2	3,6	1
Итого:	56	100	39

Надо отметить тот факт, что 39 (55,7%) больных из этой группы в позднем послеоперационном периоде подверглись повторному

оперативному вмешательству. В таблице 1 приведены данные по осложнениям.

Следует отметить, что всем указанным выше больным произведены резекции желудка по Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера и Я.Д.Витебского. Структура показаний к повторной операции у этой группы больных следующая: 1) стеноз пилородуоденальной области у 26-ти (66,6%) больных; 2) пенетрация язвы пилородуоденальной области - у 6-ти (15,3%) больных; 3) хроническая рецидивная П-ДЯ - у 4-х (10,2%) больных; 4) кровотечение из рецидивной П-ДЯ - у 4-х (10,2%) больных; 5) повторная перфорация рецидивной или незажившей после ушивания ПП-ДЯ - у 2 (5,1%) больных; 6) малигнизация незажившей пилорической язвы - у 1 (2,5%) больного.

Нами установлено, что ранние послеоперационные осложнения были отмечены у 18-ти (46,1%) больных, 2 (5,1%) из которых умерли, несмотря на повторные релапаторотомии и интенсивное лечение по поводу продолжающегося перитонита, причиной которого является несостоятельность швов культи ДПК. Таким образом, из 70-ти больных перенесших ушивание или пластическое закрытие ПП-ДЯ, осложнения наблюдались у 9 (12,8%) больных в раннем послеоперационном периоде, 7 из которых повторно оперированы. Летальность в раннем послеоперационном периоде в этой группе больных составила 7,1%.

Следует подчеркнуть, что результаты отдаленного периода (3 года и более) после ушивания ПП-ДЯ были неутешительными. В частности, у 56-ти (80%) из 70-ти больных наступили различные осложнения. Из них 39 (69,6%) были оперированы повторно. При этом, как правило, больным произведены резекции желудка по Бильрот-II в различных модификациях. Летальность в этой группе больных составила 5,1%.

В главе 3 изложены результаты изучения непосредственных, ближайших и отдаленных результатов первичной резекции желудка. Структура показаний к первичной резекции желудка при ПП-ДЯ следующая: 1) ПП-ДЯ+субкомпенсированный пилородуоденостеноз - у 16 (53,3%) больных; 2) ПП-ДЯ+ кровотечение из пилородуоденальной язвы - у 2 (6,6%) больного; 3) ПП-ДЯ + пенетрация зеркальной язвы - у 2 (6,6%) больных; 4) перфорация каллезной пилорической язвы (подозрение на малигнизацию) - у 4 (13,3%) больных; 5) перфорация рецидивной или незажившей после ушивания ПП-ДЯ - у 2 (6,6%) больного и перфорация хронической длительной П-ДЯ - у 4 (13,3%) больных.

Надо признать тот факт, что послеоперационный период у больных, перенесших резекцию желудка при ПП-ДЯ, протекал тяжело, что было обусловлено наличием перитонита до операции, травматичностью операции

у данных больных по сравнению с плановой резекцией желудка. Ранние послеоперационные осложнения имелись у 10 (33,3%) больных (табл. 2).

Следует отметить, что наиболее грозным осложнением у больных была несостоятельность швов культи ДПК, которая отмечена у 4 (40%) больных, с летальным исходом у двоих. У других 6-ти больных в раннем послеоперационном периоде отмечены острый послеоперационный панкреатит, анастомозит и инфильтрат в области культи ДПК. Летальность у больных этой группы составила 6,6%.

Таблица 2

Распределение больных, перенесших резекцию желудка по Бильрот-II при ПП-ДЯ по осложнениям в раннем послеоперационном периоде

Наименование осложнений	n	%	Повторно оперированные	Летальность
Несостоятельность швов культи ДПК	4	40	4	2
Послеоперационный панкреатит	2	20	-	-
Анастомозит	2	20	-	-
Инфильтрат в области культи ДПК	2	20	-	-
Итого:	10	100	4	2

Следует заметить, что не отвечают современным требованиям и отдаленные результаты резекции желудка при ПП-ДЯ (обследованы 28 больных). Так, только 16 (53,3%) больных в отдаленные сроки после резекции желудка оценивали свое состояние как хорошее или отличное. Демпинг-синдром отмечен - у 3 (10,7%) больных, гипогликемический синдром - у 2 (7,1%) больных, синдром приводящей петли - у 1 (3,5%) больного, а также пептическая язва анастомоза - у 2 (7,1%) больных. Стойкая утрата трудоспособности среди этой группы больных имела у 10 (35,7%) больных.

Таким образом, полученные нами результаты применения резекции желудка в качестве радикальной операции при ПП-ДЯ следует признать недостаточно удовлетворительными. Кроме того, резекция желудка у данной группы больных не всегда выполнима. Как известно, для нее необходимы определенные условия - отсутствие перитонита, относительно удовлетворительное состояние больного, достаточная хирургическая квалификация и опыт.

Сказанное выше заставило нас более осмотрительно подойти к тактике использования этого метода операции при ПП-ДЯ. В своей практической работе мы к резекции желудка при ПП-ДЯ прибегаем только при наличии определенных условий и при абсолютных показаниях. Причем, к абсолютными показаниями, мы считаем наличие помимо ПП-ДЯ, декомпенсированного пилородуоденостеноза, сочетанные язвы желудка и ДПК, зеркальные язвы ДПК, длительный язвенный анамнез (>10 лет) с частыми обострениями.

В главе 3 также изложены результаты изучения непосредственных, ближайших и отдаленных результаты использования стволовой ваготомии при ПП-ДЯ. Анализируя результаты выполнения стволовой ваготомии с пилоропластикой у больных с ПП-ДЯ, мы солидарны с авторами, которые утверждают, что основным неблагоприятным фактором влияющим на течение послеоперационного периода является нарушение моторно-эвакуаторной функции желудка. Следует отметить, что у большинства больных послеоперационный период протекал значительно легче, чем после резекции желудка и ушивания ПП-ДЯ.

По нашим данным, осложнений, связанных с выполнением стволовой ваготомии, как повреждение пищевода, желудка или селезенки, у наших больных отмечено не было. Послеоперационные осложнения в раннем послеоперационном периоде имелись лишь у 4-х (13,3%) больных, а в позднем послеоперационном периоде они проявились - у 8-ми больных, что составило 26,6%. Причем, летальности в этой группе больных не было.

Установлено, что наиболее частым осложнением в раннем послеоперационном периоде была пневмония, которая отмечена у 2-х (6,6%) больных. На наш взгляд, она была обусловлена операционной травмой поддиафрагмальной области и гипотонией желудка, которая способствует высокому стоянию куполов диафрагмы. Нарушение моторно-эвакуаторной функции желудка у этой категории больных - нередкое осложнение в послеоперационном периоде, что обусловлено денервацией желудка.

Следует отметить, что в отдаленном периоде, только у 68,7% обследованных больных результаты лечения расценивались как отличные и хорошие, у 6-ти (25%) больных -удовлетворительные и у 8,3% больных - плохие. В этом периоде осложнения наблюдались у 8-и больных (26,6%). В частности, диарея развилась - у 3-х больных, дисфагия - у 2-х, демпинг-синдром - у 2-х, рецидив язвы - у 1 больного. 1 больной с рецидивной язвой был повторно оперирован по поводу язвенного кровотечения. Летальности в этой группе больных также не было.

Таким образом, полученные нами результаты применения общепринятых, так называемых традиционных, методов операции

(ушивания, резекции желудка и стволовой ваготомии с пилоропластикой) при ПП-ДЯ следует в целом признать неутешительными. Это и послужило поводом для поиска более радикальных, но, в то же время, более физиологических методов операции при ПП-ДЯ.

В главе 4 мы остановили свой выбор на ПДП без ваготомии с иссечением язвы и с последующем противорецидивным лечением. Надо заметить, что этому способствовало появление в последнее время более эффективных противоязвенных препаратов и возможности успешного консервативного лечения язвенной болезни. Начиная с 2001 года у данной категории больных эту методику оперативно-медикаментозного лечения ПП-ДЯ мы широко применяем не только в стенах НХЦ, но и в условиях И-КООБ, ряда городских больниц.

ПДП с иссечением язвы без ваготомии с последующим противоязвенным медикаментозным лечением нами применена у 50-ти больных. Большинство больных (80%) были в возрасте 20-50 лет. Больных в возрасте старше 60 лет было всего 2 (4%). У 11 (22%) больных наступила перфорация немой П-ДЯ. И только у 4 (8%) больных отмечался язвенный анамнез до перфорации равный 10 лет и более. 14% больных периодически принимали противоязвенное лечение у терапевта по месту жительства, остальные не лечились или эпизодически при обострениях принимали противоязвенные препараты.

Выявлено, что сопутствующие заболевания имелись лишь у 7 (14%) больных. Помимо перфорации различные осложнения язвенной болезни имелись у 12 (24%) больных. Наиболее частым осложнением был стеноз пилородуоденальной области, что имело место у 9 (18%) больных. Из них у 7-ми больных в стадии компенсации и у 2 больных - в стадии субкомпенсации. У 1-го (2%) больного имелась пенетрация противоположной, так называемой "зеркальной" язвы ДПК в головку поджелудочной железы, а у 2-х (4%) больных имело место сочетание язвы ДПК и желудка. У 8-ми (16%) больных отмечались гастродуоденальное кровотечение в анамнезе.

Даже на основании изложенного можно предположить, что ПДП с иссечением язвы является при ПП-ДЯ более оптимальной, как по радикальности излечения, так и функциональной полноценности, операцией. Нами оформлено рационализаторское предложение (БРИЗ НХЦ №008). Находим нужным изложить технику операции.

Доступ — верхнесрединная лапаротомия. После удаления электроотсосом содержимого из брюшной полости, по возможности пилородуоденальная зона вокруг перфоративного отверстия освобождается от спаек и сращений, с частичной мобилизацией ДПК по Кохеру. Затем

накладываются швы-держалки на ДПК по краям передней полуокружности привратника чуть дальше от язвенного инфильтрата. Затем, двумя полуовальными или ромбовидным разрезом в пределах здоровых тканей иссекается язва с перифокальным инфильтратом. Причем, в поперечном направлении (Рис. 1).

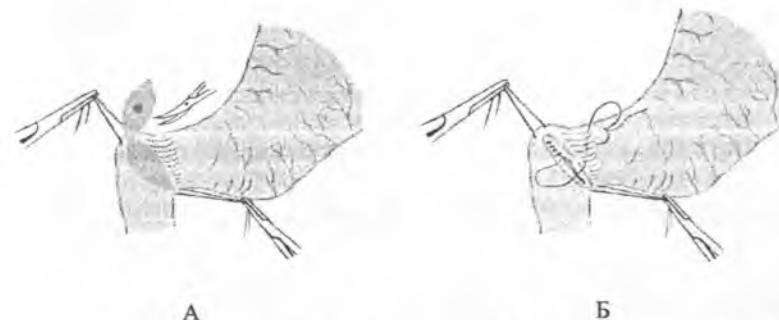


Рис. 1. Этапы: иссечение язвы (А) и ПДП (Б) при ПП-ДЯ.

Для иссечения ПП-ДЯ существует и другой прием. Вначале производят поперечный разрез по передней стенке желудка и ДПК через перфоративное отверстие, а затем язвенный инфильтрат иссекают двумя полуовальными разрезами. Выполняя этот этап операции, хирург должен создать важное условие - широкое раскрытие просвета ДПК с ревизией задней стенки, чтобы не пропустить «зеркальную» язву.

ПДП осуществляется наложением на рану двухрядных швов. Первый ряд швов накладывается в поперечном направлении. Как правило, этот шов непрерывный с применением кетгута через все слои без грубого захватывания тканей (рис.1 Б). Закрытие разреза также можно производить накладыванием первого ряда в поперечном направлении узловыми кетгутowymi швами. На наш взгляд, непрерывный шов более оптимальный, так как предупреждает кровотечение из ушитой слизистой, что иногда наблюдается при наложении узловых швов. Второй ряд швов производится серозно-мышечными узловыми швами без грубого вворачивания тканей из нерассасывающего материала.

Как показали наши исследования, предлагаемый нами метод операции является менее травматичным, а также более физиологическим методом,

характеризующимся более лучшими функциональными результатами. Согласно нашим данным, после поперечной ПДП у большинства больных отмечаются ритмично-порционная эвакуация желудочного содержимого, дуоденогастральный рефлюкс выражен незначительно (рис2).

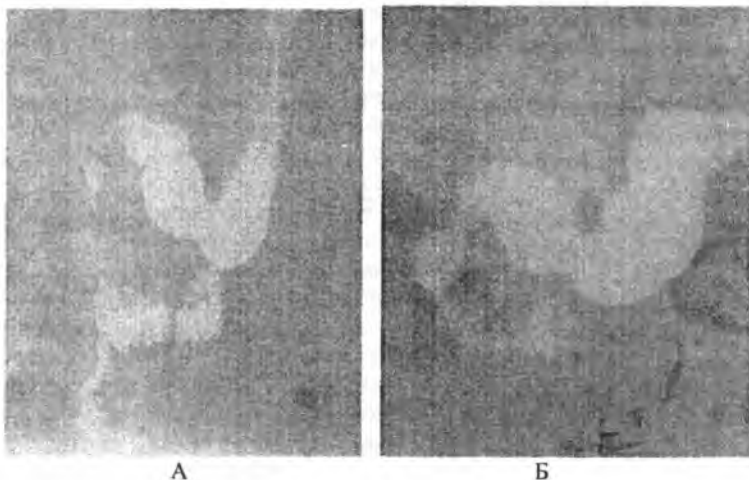


Рис. 2. Рентгенограмма желудка через 14 суток (А) и через 1 год после ПДП

В послеоперационном периоде назначали комплексное противоязвенное лечение. Мы применяли две схемы противорецидивного лечения (табл. 3). Первая схема. Больные в раннем послеоперационном периоде, начиная с 3-их суток после операции, получали противорецидивное лечение по следующей схеме: 1) обволакивающее и антацидное средство (алмагель по 1 чайной ложке 4 раза в день за 30 минут до еды в течение трех недель); 2) блокатор H_2 -рецепторов квамател (фамотидин) по 20 мг внутривенно в сутки - утром и вечером в течение 5-ти дней.

В последующем квамател по 40 мг в таблетках один раз перед сном в течение шести недель. Лечение дополнялось применением антибиотика (амоксциллин 0,5x4 раза в день после еды в течение 10 дней), а также противомикробного средства (метронидазол по 100 мл внутривенно 2 раза в течении 3-х дней). Далее назначался трихопол по 0,25г 3 раза в день после еды в течение семи дней и средство стимулирующее метаболические процессы.

Таблица 3

Схема послеоперационного противорецидивного лечения

Лекарственные препараты.	Доза.	Длительность
Антисекреторная терапия (H_2 блокаторы).	Квамател (20 мг утром и вечером; 40 мг в сутки, в/в)	В течение 5 дней.
Антисекреторная терапия (H_2 блокаторы).	Квамател (40 мг 1 раз в сутки (per os)	В течение 6 недель.
Антигеликобактерная терапия	Амоксициллин 0,5 - 4 раза в день после еды	В течение 10 дней.
Антигеликобактерная терапия	Метронидазол (100 мл 2 раза в день в/в)	В течение 3 дней.
Антигеликобактерная терапия	Трихопол (0,25- 3 раза в день после еды.	В течение 7 дней.

Вторая схема: в отличие от первой схемы, больные вместо блокатора H_2 -рецепторов получали ингибитор протонной помпы - омепразол по 40 мг один раз в день в течение 4 недель. Омепразол (омез) не оказывает блокирующее влияние на H_2 -рецепторы, вместе с тем является эффективным противоязвенным средством. Противоязвенное действие омепразола связана с блокадой «кислотного насоса», с уменьшением секреции кислоты желудка. Как известно, этот препарат липофилен, легко проникает в клетки слизистой оболочки желудка, концентрируется в них и оказывает цитопротекторное действие, защищая тем самым слизистую оболочку желудка и ДПК.

Такое противорецидивное лечение больные получали до выписки из отделения, то есть в течении 10-12 суток, а потом лечение продолжали в амбулаторных условиях. Перед выпиской больным проводили контрольная ФГДС и рентгеноскопия желудка, общие анализы крови и мочи.

Характеризуя в целом течение послеоперационного периода у больных, перенесших ПДП с иссечением язвы без ваготомии, следует отметить, что у большинства больных послеоперационный период протекал значительно легче, чем после других видов оперативного вмешательства по поводу ПП-ДЯ. Это связано, на наш взгляд, с меньшим объемом оперативного вмешательства, сохранением иннервации желудка и кишечника, сохранением нормального пассажа из желудка вследствие ПДП.

По нашим данным, послеоперационные осложнения имелись у 7-ми

больных, что составило 14%. Из них у 3-х (42,9%) осложнения отмечались в раннем и у 4-х (57,1%) - в позднем послеоперационном периоде. Летальных исходов в этой группе больных не отмечалось. У 2-х больных в раннем послеоперационном периоде отмечалась динамическая кишечная непроходимость, которая проявлялась вздутием живота, неотхождением газов, болями в животе. У обоих больных явления пареза кишечника купировались после консервативных мероприятий. У 1-го больного наблюдалось явление гастростаза.

Касательно ближайших результатов следует отметить следующее. Амбулаторно через 2-2,5 месяца после ПДП с иссечением язвы и последующим противовоспалительным лечением обследованы 43 больных. Обследование включало также исследования мазков со слизистой пилорического отдела желудка и ДПК на *Helicobacter pylori*. Распределение больных по степени обсемененности *Helicobacter pylori* в мазке отпечатке, взятой со слизистой оболочки пилородуоденальной зоны при ФГДС после противорецидивного лечения показана на диаграмме (рис. 4).

При оценке результатов у данной группы больных в эти сроки после операции у 41 (95,4 %) результаты лечения нами расценены как отличные и хорошие, у 2 (4,6%) больных - удовлетворительные. Плохих результатов в эти сроки не наблюдались. У двоих больных результаты были расценены как удовлетворительные в связи с тем, что у них сохранялись явления гастродуоденита и высокая обсемененность *Helicobacter pylori*.

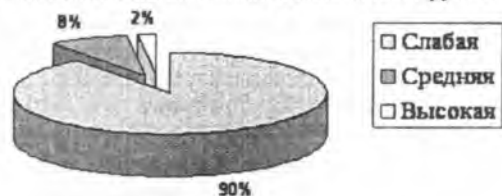


Рис. 3. Распределение больных по степени обсемененности *Helicobacter pylori*

Демпинг-синдром у больных данной группы отмечен не был, хотя у 3-х больных при рентгенографии желудка и ДПК было отмечено незначительное ускорение эвакуации из желудка. Это, на наш взгляд, связано с морфофункциональными нарушениями пилорического жома. При последующих обследованиях у этих больных эвакуация из желудка стало нормальной. Отдаленные результаты у данной группы больных нами прослежены в сроки до 3-х лет у 36-ти (72,0%) больных. В эти сроки

отличные и хорошие результаты отмечены у 8,7% обследованных больных, удовлетворительные - у 10,7% и плохие - у 3,6% обследованных больных.

Основное ухудшение результатов было обусловлено с появлением больных в поздних сроках с удовлетворительными и плохими результатами. Эти изменения вызваны тем, что ряд больных, несмотря на наши рекомендации, не принимали противорецидивное лечение или принимали его не в полном объеме.

Таблица 4

Распределение больных, перенесших ПДП без ваготомии при ПП-ДЯ по наличию факторов риска в позднем послеоперационном периоде

Факторы риска	6 мес		1 год		2 года		3 года	
	п	%	п	%	п	%	п	%
Слабая степень обсемененности	11	30,5	16	44,4	17	47,2	15	41,6
Средняя степень обсемененности	2	5,5	2	5,5	3	8,3	4	11,1
Сильная степень обсемененности	0	0	0	0	1	2,7	1	2,7
Нормальная кислотность	10	28	18	50	25	70	25	70
Повышенная кислотность	26	72	18	50	11	30	11	30

Обращает на себя внимание, что в первый год после операции почти все больные принимали противорецидивное лечение по указанной методике. С истечением времени (>1,5 года) и при отсутствии жалоб часть больных самостоятельно отказалась от противорецидивного лечения. И именно среди этой группы больных отмечены удовлетворительные и плохие результаты обследования.

Следует отметить, что у 2-х больных через 2 и 3 года после операции выявлен рецидив язвы и по этой причине результат обследования у них расценен нами как плохой. У обоих больных после стационарного противорецидивного лечения язвы зарубцевались. У 2-х обследованных больных результат расценен как удовлетворительный, в связи с тем, что у них выявлены явления гастродуоденита, умеренно повышенная кислотность желудочного сока и повышенная степень обсемененности *Helicobacter pylori* слизистой оболочки пилорического отдела желудка и ДПК и степень кислотности как факторы риска (табл. 4). У всех остальных обследованных больных результаты обследования расценены как хорошие и отличные.

Обсемененность *Helicobacter pylori* не наблюдалось.

При исследовании желудочной секреции фракционным методом мы отметили колебания продукции соляной кислоты в различные периоды после операции (табл. 5). Такое колебание желудочной секреции обусловлено применением больным H₂-блокаторов и антацидов по вышеуказанной схеме.

Таблица 5

Показатели кислотопродуцирующей функции в различные сроки после операции у больных, перенесших ПДП без ваготомии (M+m)

Сроки исследования	n	БПК, мэкв/час	МПК, мэкв/час
2-2,5 мес.	43	7,7±0,5	25,5±0,5
От 6 мес. до 3 лет	43	6,0±0,5	10,5±0,5
P	ND	P<0,05	P<0,001

Нами, при исследовании желудочной секреции через 1-3 лет после операции, отмечалось незначительное увеличение средних величин БПК до 6,0±0,5 мэкв/час и МПК до 10,5±0,5 мэкв/час. Увеличение величин БПК и МПК отмечалось особенно до противорецидивного лечения.

Итак, проведенное нами сравнение результатов лечения показало преимущества применения ПДП с иссечением язвы без ваготомии и с последующим противорецидивным лечением в качестве радикальной операции у больных с ПП-ДЯ. Особенно значительны эти преимущества при соблюдении больными в послеоперационном периоде диеты и противорецидивного лечения в полном комплексе.

Таким образом, использование этого метода позволило нам сократить в 2-3 раза количество послеоперационных осложнений и избежать послеоперационной летальности и повторных операций по поводу осложнений язвенной болезни. С применением данной операции улучшились и отдаленные результаты. Так, количество отличных и хороших результатов увеличилось почти в 3 раза и не отмечен выход больных на инвалидность.

Возможность широкого применения ПДП с иссечением язвы и с последующим противорецидивным лечением, ее небольшая травматичность и техническая несложность, низкий процент послеоперационных осложнений, хорошие функциональные результаты, позволили нам пересмотреть тактику лечения больных с ПП-ДЯ.

ВЫВОДЫ

1. При оценке результативности традиционных операций по поводу ПП-ДЯ, а также традиционной технологии ведения послеоперационного периода обращает внимание то, что при ушивании рецидив язвы возникает - в 30%, пилородуоденостеноз - в 37,14%, а кровотечение, повторная перфорация, малигнизация - в 12% случаев; при первичной резекции желудка демпинг-синдром констатируется - в 10,7%, синдром приводящей петли, пептическая язва анастомоза - в 10,6%, стойкая утрата трудоспособности - в 35,7% случаях; при ваготомии удовлетворительные и плохие результаты - в 31,3% случаев.

2. Основными причинами недостаточного уровня эффективности традиционных вмешательств и игнорирования хирургами противорецидивного лечения при ПП-ДЯ являются, помимо травматичности, нефизиологичность операций, сохранение или развитие пилородуоденостеноза, повышенной кислотности желудочного сока, высокой обсемененности *Helicobacter pylori*.

3. При ПП-ДЯ, в сравнении с традиционными методами, ПДП с иссечением язвы без ваготомии является не только радикальной, но и физиологичной операцией, обеспечивающий порционную эвакуацию желудочного содержимого, а также предотвращающий постваготомические синдромы. Понимая этого, этот метод, обладая малой травматичностью, является технически несложной, что позволяет рекомендовать его для широкой хирургической практики;

4. Для улучшения результатов применения ПДП без ваготомии у больных с ПП-ДЯ в послеоперационном периоде показано противорецидивное лечение на базе эридикации *Helicobacter pylori* и антисекреции соляной кислоты за счет ингибиции протонной помпы. Использование комплексного метода позволяет снизить уровень послеоперационных осложнений до 4%. Тем не менее, есть необходимость регулярного (1-2 раза в год) клинико-инструментального (ФГДС, R-скопия) и лабораторного (желудочная секреция, обсемененность *Helicobacter pylori*) контроля.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Иссечение и пластическое закрытие ПП-ДЯ в силу малой травматичности и физиологичности рекомендуется для широкого внедрения в хирургическую практику. В этом аспекте, показания к этой операции можно расширить, так как ее можно применить даже при наличии разлитого гнойного перитонита и общего тяжелого состояния больного.

2. К первичной резекции желудка при перфоративных пилородуоденальных язвах следует прибегать при наличии строгих показаний. При этом следует учесть, что основными факторами риска являются несостоятельность культи ДПК, а также послеоперационный панкреатит и анастомозит.

3. Появление высокоэффективных противоязвенных антисекреторных препаратов и внедрение эрадикационной терапии позволяет максимально сузить показания к стволовой ваготомии, существенным недостатком которого является денервация пилороантрального отдела желудка с постваготомическими нарушениями. При этом следует учесть, что у 1/3 оперированных больных отмечаются удовлетворительные и плохие отдаленные результаты.

4. Операцией выбора при перфоративных ПДП является пилородуоденопластика с иссечением язвы без ваготомии. Тем не менее для достижения хороших результатов в послеоперационном периоде всем больным в послеоперационном периоде необходимо проводить противорецидивное лечение, а в последующем при выявлении факторов риска язвенной болезни 1-2 раза в год необходимо проводить клинико-инструментальное и лабораторное обследование и противорецидивное лечение.

Список опубликованных трудов по теме диссертации:

1. Хирургическое лечение перфоративной гастродуоденальной язвы. // "Хирургия Кыргызстана". – 2005. - №1. - С. 14-16. (соавт. Алыбаев Э.У., Койчуманов А.Н., Керимбаев Р.Т.).

2. Пилоро- или дуоденопластика при перфоративной пилородуоденальной язве с последующей противоязвенной терапией. // "Хирургия Кыргызстана". – 2005. - №1. - С. 17-19. (соавт. Алыбаев Э.У., Койчуманов А.Н., Керимбаев Р.Т.).

3. Степень депрессии кислотопродукции при перфоративной пилородуоденальной язве, после органосохраняющих операций. // "Хирургия Кыргызстана". – 2005. - №1. - С. 19-22. (соавт. Э.У. Алыбаев., Бектуров Ж.Т., Койчуманов А.М., Керимбаев Р.Т.).

4. Ушивание перфоративной пилородуоденальной язвы, ближайшие и отдаленные результаты. // "Хирургия Кыргызстана". – 2006. - №1. - С. 24-29.

5. Эндоскопическая картина оперированного желудка после различных вариантов операций при перфоративных и кровоточащих гастродуоденальных язвах. // "Хирургия Кыргызстана". – 2006. - №3. - С. 40-43 (соавт. Алыбаев Э.У., Абдуллаев Ж.С.).

6. Сравнительная оценка результатов различных оперативных вмешательств при перфоративной пилородуоденальной язве. // "Хирургия Кыргызстана". – 2006. - №3. - С. 43-46. (соавт. Алыбаев Э.У., Керимбаев Р.Т.).

7. Хирургическое лечение перфоративных пилородуоденальных язв. // «www.medlinks.ru»/ - Москва, 2006. (соавт. Сопуев А.А., Алыбаев Э.У., Салибаев О.А.).

8. Нормативные требования к должности врача-хирурга общехирургического профиля в Кыргызской Республике. // «www.medlinks.ru»/ - Москва, 2006. (соавт. Сопуев А.А., Салибаев О.А.).

РЕЗЮМЕ

диссертационной работы Исмаилова Кубанычбека Касымовича «Пилородуоденопластика при перфоративных пилородуоденальных язвах с противорецидивной терапией» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.00.27 – хирургия.

Ключевые слова: перфоративная пилородуоденальная язва, органосохраняющая операция, иссечение перфоративной язвы, пилородуоденопластика, противоязвенная терапия.

Объект исследования - 180 больных с перфоративными пилородуоденальными язвами.

Цель исследования – Улучшить результативность хирургического лечения на фоне противорецидивной терапии при перфоративных пилородуоденальных язвах.

Методы исследования - Общеклинические методы, фиброгастродуоденоскопия, рентгенологическое исследование, исследование желудочной кислотопродукции, определение степени обсемененности слизистой оболочки *Helicobacter pylori*.

Полученные результаты и их новизна: Разработан способ оперативного лечения пилородуоденопластика без ваготомии с последующей противорецидивной терапией и показаны преимущества применения ее перед другими существующими методами лечения перфоративных пилородуоденальных язв.

Разработаны критерии для применения противорецидивного лечения у больных перенесших пилородуоденопластику без ваготомии в послеоперационном периоде.

На основании анализа исходов лечения определен наиболее

оптимальный физиологичный метод комплексного лечения больных с перфоративными пилородуоденальными язвами.

Область применения: хирургия.

Библиография: 222 источника. Иллюстрации - 25 таблиц, 15 рисунков.

КОРУТУНДУ

Исмаилов Кубанычбек Касымович 14.00.27-хирургия адистиги боюнча «Карын он эки ээли ичегинин тешилген жарасын ооруга каршы дарылоо менен пилородуоденопластика» темасы боюнча медициналык илимдердин кандидаты илимий даражасын коргоо арналган диссертациялык эмгегине.

Түйүндүү сөздөр: карын он эки ээли ичегинин тешилген жарасы, органсактоочу операция, кесилген жара, пилородуоденопластика, жараны дарылоо.

Изилдөө объекти: карын он эки ээли ичегинин тешилген жарасы менен 180 бейтап.

Изилдөө максаты: карын он эки ээли ичегинин тешилген жарасын хирургиялык жол менен бирге оору кайталанышына каршы даарылоонун натыйжалуулугун жогорулатуу.

Изилдөө ыкмалары: жалпы клиникалык ыкмалар, эндоскопия, рентгенологиялык изилдөөлөр, карындын кычкылдык бөлүп чыгаруусун изилдөө, былжырлуу чел кабыктын *Helicobacter pylori* менен уруктаныш денгээлин аныктоо.

Алынган жыйынтыктар жана алардын жаңылыгы: Ваготомиясыз операциялап дарылоонун пилородуоденопластика ыкмасы иштелип чыккан, андан ары оору кайталанышына каршы дарылоо менен жана карын он эки ээли ичеги тешилген жарасын дарылоонун бул ыкмасынын башка колдонулуп жүргөн ыкмалардан артыкчылыгы көрсөтүлгөн.

Операциядан кийинки мезгилде ваготомиясыз пилородуоденопластика болгон бейтаптардын оорулары кайталанышына каршы дарылоонун баалоочендери (критерийлери) иштелип чыккан.

Дарылоонун натыйжаларын талдоонун негизинде карын он эки ээли ичегинин тешилген жараттары бар бейтаптарды комплекстүү дарылоонун эң ыңгайлуу физиологиялык ыкмасы белгиленген.

Колдонуу тармагы: хирургия.

Библиография: 222 булак. Иллюстрациялар - 25 таблица, 15 сүрөт.

RESUME

**of thesis on Pyloroduodenoplasty of Perforated Pyloroduodenal Ulcers along with Antirecurrence Therapy
by Ismailov Kubanychbek Kasymovich
for the academic degree of Candidate of Medicine
major 14.00.27 – Surgery**

Key words: perforated pyloroduodenal ulcer, organ-retaining operation, perforated ulcer excision, pyloroduodenoplasty, antiulcer therapy.

Subject of research: 180 patients with perforated pyloroduodenal ulcers.

Objective: Assessment of efficiency of perforated ulcer excision through pyloroduodenoplasty along with eradication antisecretory pharmacotherapy as compared with traditional methods of perforated pyloroduodenal ulcer surgery.

Methods of research: general clinical method, endoscopy, X-ray examination, gastric acid production examination, determination of *Helicobacter pylori* dissemination degree of mucous membrane.

Obtained results and their novelty: A surgical treatment of pyloroduodenoplasty without vagotomy with further antirecurrence therapy has been developed, and its advantages as compared with other existing treatments of perforated pyloroduodenal ulcers have been demonstrated.

Criteria of application of antirecurrence therapy on patients who have undergone pyloroduodenoplasty without vagotomy in postoperative period have been developed.

Based on the analysis of results an optimal physiological method of multimodality therapy of patients with perforated pyloroduodenal ulcers was determined.

Field of use: surgery.

Bibliography: 222 published sources. Illustrations – 25 tables, 15 figures.

СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

АТФ	Аденозинтрифосфорная кислота
БПК	Базальная продукция кислоты
Б-II	Бильрот – II
ГЭА	Гастроэнтероанастомоз
ДПК	Двенадцатиперстная кишка
И-КООБ	Иссыккульская областная объединенная больница
МЗ КР	Министерство здравоохранения Кыргызской Республики
МПК	Максимальная продукция кислоты
НХЦ	Национальный хирургический центр;
НР	<i>Helicobacter pylori</i>
ПДО	Пилородуоденальная область
ПДП	Пилородуоденопластика
ПДС	Пилородуоденостеноз
ПДЯ	Пилородуоденальная язва
ПП-ДЯ	Перфоративная пилородуоденальная язва
СтВ	Стволовая ваготомия;
УЗИ	Ультразвуковое исследование
ФГДС	Фиброгастроуденоскопия
ЭКГ	Электрокардиография
ЯБ	Язвенная болезнь
ЯА	Язвенный анамнез