

**На правах рукописи**

**Зефилов Руслан Андреевич**

**УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**  
**БОЛЬНЫХ С ПЕПТИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ ОПЕРИРОВАННОГО**  
**ЖЕЛУДКА**

**14.00.27 – хирургия**

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

**Казань – 2009**

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Казанский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

**Научный руководитель:** доктор медицинских наук, профессор,  
Красильников Дмитрий Михайлович

**Официальные оппоненты:** доктор медицинских наук, профессор,  
Федоров Игорь Владимирович;  
доктор медицинских наук, профессор,  
Чикаев Вячеслав Федорович

**Ведущая организация:** Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Московский государственный стоматологический медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Защита состоится \_\_13 мая\_2009г. в \_\_\_\_ часов на заседании диссертационного Совета Д 208.033.01 при Государственном образовательном учреждении дополнительного профессионального образования «Казанская медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» (420012, г. Казань, ул. Муштари, д.11)

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ГОУ ДПО «Казанская медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» (420012, г. Казань, ул. Муштари, д.11)

Автореферат разослан «\_13\_»\_апреля\_2009 г.

Ученый секретарь  
диссертационного Совета,  
кандидат медицинских наук, доцент

Тухватуллина Л.М.

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность проблемы.** Несмотря на значительные достижения в фармакотерапии больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, количество пациентов с осложнениями язвенной болезни, нуждающихся в оперативном лечении не уменьшается. В связи с этим профилактика рецидива заболевания после хирургических вмешательств остается особенно актуальной. Как известно, частота возникновения пептических язв у больных после хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки составляет от 0.5 до 15%, а в 75-80% случаев заболевание имеет осложненное течение (Черноусов А.Ф. и соавт., 1996; Turnage R.H., 2003; Paimela H, Oksala N.K.; Martin R.F., 2005; Terano A., 2005; Newton E.B., Versland M.R., Sepe T.E., 2008).

Пептические язвы оперированного желудка трудно поддаются консервативной терапии, а предпринимаемые хирургические вмешательства отличаются сложностью, травматичностью, большим риском развития послеоперационных осложнений и высокой летальностью (Панцырев Ю.М., Сидоренко В.И., 1995; Лисовская Т.В., 2000; Hurtado-Andrade H., 2003; Beales I.L., 2004; Harbison S.P.; Dempsey D.T., 2005; Gralnek I.M., Barkun A.N., Bardou M., 2008). Решающую роль в профилактике рецидива заболевания имеет правильный выбор адекватного метода хирургического вмешательства при первичной операции. При определении объема и метода хирургического пособия хирург должен решить задачи по устранению высокого уровня кислотообразования, удалению язвы и нормализации пассажа пищевых масс по желудочно-кишечному тракту (Шалимов А. А. с соавт., 1985; Кузнецов В.А., Федоров И.В., 1992; Красильников Д.М. и соавт, 2000, 2005; Reisig J. et al., 1985; Kivilaakso E., 2004; Vouillamoz D., Viani F., 2005; Behrman S.W., 2005; Aabakken L., 2008). К сожалению, именно не соблюдение этих правил, в большинстве случаев, приводит к возникновению у больных пептических язв культы желудка или гастроэнтероанастомозов.

Локализация язвенного дефекта оперированного желудка обуславливает особенности клинической картины заболевания и требует специальных методов диагностики и лечения. При этом диагностика пептических язв характеризуется большим количеством ошибок, что вызвано трудностями и особенностями их рентгенологического и эндоскопического обнаружения [Козлов И. А., 1997; Kovacevic B. et al., 1986; Hurtado-Andrade H., 2003; Beales I.L., 2004; Martin R.F., 2005; Behrman SW., 2005; Ellison E.C., 2008].

В тоже время детальное выявление причин рецидива заболевания, способствует выбору адекватного метода лечения. Несмотря на большое количество исследований, проведенных в

этом направлении, вопрос о выборе оптимальных вариантов хирургического лечения у больных с пептическими язвами окончательно не решен.

Таким образом, диагностические подходы для достоверного выявления причин рецидива заболевания, выбор адекватного метода хирургического лечения в настоящее время остаются недостаточно разработанными, что, несомненно, требует усовершенствования диагностической программы и изыскания более эффективных методов хирургических вмешательств.

**Цель работы:** разработка комплекса мер по улучшению результатов хирургического лечения больных с пептическими язвами оперированного желудка путем усовершенствования существующих и разработки новых методов дифференциальной диагностики и лечения.

Для достижения указанной цели были поставлены следующие **задачи исследования:**

1. Разработать комплексную программу диагностики пептических язв оперированного желудка.

2. Провести анализ причин развития пептических язв оперированного желудка у больных после хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

3. Определить оптимальные варианты хирургического лечения больных с пептическими язвами оперированного желудка в зависимости от причины рецидива заболевания с внедрением новых методов оперативного пособия.

4. Провести сравнительный анализ ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения больных с пептическими язвами оперированного желудка традиционными и разработанными нами методами.

**Научная новизна.** На основании проведенного комплексного исследования определен алгоритм диагностики у больных с пептическими язвами оперированного желудка. Разработаны новые методы хирургического пособия у больных с пептическими язвами, способствующие улучшению непосредственных и отдаленных результатов операции. Получен патент № 2325853, 2008г.

**Практическая значимость.** Результаты проведенных исследований позволяют осуществлять выбор адекватного метода лечения при первичной операции у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Разработанная программа диагностики рецидива заболевания делает возможным определить показания к различным методам лечения и при необходимости выбрать оптимальный вариант хирургического вмешательства, в зависимости от причины, приводящей к возникновению пептической язвы культи желудка или гастроэнтероанастомоза. Представлены новые методы хирургического

вмешательства, позволяющие снизить количество ранних и поздних послеоперационных осложнений у больных с пептическими язвами оперированного желудка.

**Внедрение результатов исследования.** Разработанный алгоритм диагностики, хирургического лечения больных с пептическими язвами оперированного желудка применяется в отделении абдоминальной хирургии Республиканской клинической больницы Республики Татарстан, в учебном процессе на кафедре хирургических болезней N1 Казанского Государственного Медицинского Университета.

**Апробация работы.** Основные результаты работы доложены на научно-практической конференции “Актуальные вопросы абдоминальной хирургии” (Новосибирск, 1998), объединенной научной конференции сотрудников клиники хирургических болезней N1 Казанского Государственного Университета и Республиканской клинической больницы Татарстана (Казань, 2000), научной конференции “Актуальные вопросы современной хирургии” (Москва, 2000), конференциях молодых ученых Казанского государственного медицинского университета (Казань, 2004, 2006, 2007), научном обществе хирургов Республики Татарстан (2007), совместном заседании кафедр хирургии КГМУ и КГМА (2009).

**Публикации.** По материалам исследований, вошедших в диссертацию, опубликованы 6 печатных работ. Получен патент на новый способ оперативного вмешательства № 2325853, 2008г.

**Объем и структура диссертации.** Диссертация объемом 113 страниц состоит из введения, обзора литературы, материалов клинических наблюдений и методов исследования, 4 глав собственных исследований, обсуждения полученных результатов, выводов, практических рекомендаций и списка используемой литературы. Список использованной литературы включает 268 название, из них 163 отечественных и 105 иностранных авторов. Диссертация содержит 4 рисунка, 10 таблиц, 2 микрофотографии, 1 фотографию, 3 рентгенограммы.

#### **Положения, выносимые на защиту.**

1. В диагностике пептических язв оперированного желудка необходимо использование комплекса клинических, лабораторных, эндоскопических, рентгенологических и морфологических методов исследования. При этом данные о состоянии кислотопродукции, уровне гастринна сыворотки крови, морфометрии слизистой оболочки желудка, КТ и МРТ, имеют определяющее значение в выборе метода и объема оперативного вмешательства.

2. Больным с осложнёнными пептическими язвами оперированного желудка показано повторное хирургическое вмешательство. Методом выбора, при невозможности формирования прямого гастродуоденоанастомоза, культи двенадцатиперстной кишки,

ушивания дефекта двенадцатиперстной кишки после дегастроуденостомии, являются разработанные нами оперативные пособия, главная цель которых заключается в подавлении высокой кислотопродукции, удалении язвенного субстрата, нормализации пассажа пищевых масс по желудочно-кишечному тракту, профилактики ранних и поздних послеоперационных осложнений.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

### Материалы и методы исследования

Данные исследования базируются на анализе результатов лечения 288 больных с пептическими язвами оперированного желудка, находившихся с 1992 по 2007 гг. в клинике хирургических болезней N1 Казанского Государственного Медицинского Университета на базе отделения абдоминальной хирургии Республиканской клинической больницы Минздрава Республики Татарстан. Среди больных было 67 (23,3%) женщин и 221 (76,7%) мужчин в возрасте от 15 лет до 81 года.

У 141 пациента с неосложненными пептическими язвами, в результате проведения консервативной терапии, удалось добиться стойкой ремиссии, 147 больных с осложнениями пептических язв, были оперированы. Из них 106 больным произведены резекции и ререзекции желудка по Бильрот – II, 37 больным по разработанным нами методикам. Данные группы больных составили соответственно группу сравнения и основную группу.

Комплексное обследование больных до операции и в различные сроки (до 5 лет) после оперативного лечения, помимо клинического обследования, включало в себя лабораторные исследования (таблица 1), полипозиционную рентгенографию желудка и двенадцатиперстной кишки, фиброгастроуденоскопию с биопсией, изучение желудочной секреции, радионуклидную ЭВМ-гепатосцинтиграфию с количественным определением дуоденогастрального рефлюкса на сцинтилляционной гамма-камере, ЭВМ-гастросцинтиграфию с оценкой моторно-эвакуаторной функции верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства выполнялось всем больным на ультразвуковых сканнерах "Ultramark-9". КТ проводилась на GE Medical System Multi Spiral CT Hi-speed Nx\iPro. МРТ проводилась на Toshiba Medical System MRI Excel\ART.

Кислотопродуцирующая функция желудка определялась методом непрерывной аспирации желудочного содержимого натошак тонким зондом. Внутрижелудочная рН-метрия

проводилась с помощью зонда Е.Ю. Линара (1968). У 40 больных проводилась эндоскопическая рН-метрия. Использовали эндоскопические рН-зонды и ацидогастрометр "АГМ-03". Наряду с этим проводилось определение гастрина в периферической крови и исследование *Helicobacter pylori* в биоптатах слизистой оболочки уреазным тестом.

Морфологическое и морфометрическое исследование слизистой оболочки желудка проводилось до и в отдаленные сроки после операций для оценки выраженности изменений слизистой, установления этиологической природы выявленных изменений.

Распределение больных с пептическими язвами оперированного желудка по основным методам и срокам обследования представлено в таблице 1. Статистическая обработка информации проводилась на персональном компьютере "Pentium II" с помощью программы "Excel 97". Для проверки достоверной разницы между средними величинами в группах использовали t-критерий Стьюдента с коэффициентом доверия  $p=0,95$  или критерий «z» для сравнения долей при анализе качественных признаков.

### **Результаты собственных исследований и их обсуждение**

#### **Клинические симптомы у больных с пептическими язвами оперированного желудка.**

Исследование симптоматики пептических язв базировалось на анализе анамнеза и клинической картины заболевания у 288 больных. В эту группу вошли 141 больной с неосложненными пептическими язвами, 75 больных со стенозирующими, каллезными и пенетрирующими язвами, 64 больных с кровоточащими и 8 больных с перфоративными язвами.

Проведенный статистический анализ показал, что первые клинические проявления заболевания у 56,2% больных возникли через 6 месяцев после первой операции, у 38,3% - через 12 месяцев, а у 5,5% - через 18 месяцев.

Основная клиническая симптоматика пептических язв оперированного желудка представлена в таблице 2. Следует отметить, что болевой синдром занимает важное место в клинической картине пептической язвы. Поэтому, мы считаем, что в распознавании пептической язвы пристальное внимание следует уделять именно анализу болевого синдрома.

Таблица 1

Распределение больных с пептическими язвами оперированного желудка по методам и срокам обследования

Использованные методы	Сроки обследования (количество больных)
-----------------------	---

исследования	При поступлении	После оперативного вмешательства		
		2-4 недели	4-6 месяцев	Более 1 года
Эндоскопический	280	120	57	78
Рентгенологический	165	129	57	78
Гастрин	120	-	23	47
Желудочная секреции	57	22	47	77
pH-метрия	170	87	50	78
Определение Helicobacter pylori	51	-	-	39
Морфологический	81	-	15	73
Ультразвуковое исследование	288	36	201	78
КТ, МРТ	12	-	3	4

Сочетание с другими заболеваниями встречалось у 106 больных с пептической язвой оперированного желудка (36,8%). Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы выявлены у 57 больных (19,8%), желчнокаменная болезнь - у 38 пациентов (13,2%), из которых 28 были ранее оперированы.

На основании результатов изучения клинической симптоматики, мы можем заключить, что проявления пептической язвы разнообразны, нередко “атипичны”. Поэтому признаком пептической язвы оперированного желудка служит не характер проявлений, а их выраженность и “агрессивное” течение язвенной болезни.

#### **Лабораторные и инструментальные методы диагностики пептических язв оперированного желудка**

При оценке величины желудочной секреции до операции оказалось, что у 89,3% больных кислородная продукция была значительно повышена. Средние значения базальной и максимальной

Таблица 2.

#### Клиническая симптоматика пептических язв оперированного желудка

Симптомы заболевания	Число исследованных больных с пептическими язвами оперированного желудка и частота встречаемости симптома (в %)
Боли	278 (96,5%)
Чувство тяжести в эпигастрии	110 (38,2%)
Отрыжка	137 (47,6%)

Тошнота	109 (37,8%)
Рвота	72 (25%)
Изжога	87 (30,2%)
Запоры	19 (6,6%)
Похудание	54 (18,8%)
Общая слабость	44 (15,3 %)

кислопродукции у 57 обследованных больных составили  $6,9 \pm 0,7$  и  $30,5 \pm 0,9$  ммоль/час, что достоверно ( $p < 0,05$ ) больше контрольных значений ( $3,1 \pm 0,3$  и  $12,5 \pm 0,6$  ммоль/час,  $n=46$ ).

Из 170 больных с пептическими язвами оперированного желудка, которым была проведена внутрижелудочная рН-метрия, у 142 (83,5%) имело место гиперсекреция с низкими значениями рН (менее 1,6). При стимуляции пентагастрином гиперацидное состояние со снижением рН до 1,2-1,0 определялось у 125 больных.

У 40 больных до операции была проведена эндоскопическая пристеночная рН-метрия. Оказалось, что у 28 больных (70 %) имела место гиперсекреция с низкими значениями рН (менее 1,6), у 10 (25 %) - нормоацидное состояние (рН от 1,6 до 2,0), а у 2 (5%) – гипоацидное (рН – более 2,1). У 10 больных обнаружено нарушение нейтрализующей функции антрального отдела желудка (рН – менее 1,5).

Рентгенологическое исследование проведено у 165 больных с пептической язвой оперированного желудка. Диагноз, основанный на клинической картине, был подтвержден рентгенологическим исследованием лишь в 50% наблюдений. При больших каллезных, пенетрирующих и стенозирующих язвах, на рентгенограмме культи желудка часто отмечается ее атония, задержка контрастного вещества с горизонтальным уровнем, расширением культи желудка, нарушением эвакуации бариевой смеси. При рентгенологическом обследовании у 86 пациентов определялась большая культи желудка, у 51 больного она соответствовала одной трети желудка.

Эндоскопическое исследование позволило выявить язвенное поражение у 268 больных (93,2%), что дало возможность определить характер, размеры и точную локализацию язвы.

Исследование гастрин в периферической крови радиоиммунологическим методом показало, что из 120 исследованных больных с пептическими язвами оперированного желудка только в 7 случаях (5,8%) были отмечены высокие концентрации гастрин, превышающие 200 нг/л. У пяти больных, при оперативном вмешательстве на выключение, обнаружена оставленная слизистая оболочка пилороантрального отдела желудка, у двух синдром Золлингера-Эллисона.

Морфологическое исследование слизистой оболочки желудка произведено у 81 больного с пептическими язвами оперированного желудка. Согласно полученным данным у 75 пациентов (92,6%) наблюдался фундальный гастрит, который в 26 % случаев носил поверхностный характер, в 32 % сопровождался поражением желез слизистой оболочки без атрофии, а в 42 % случаях отмечался атрофический гастрит. Воспалительный процесс в слизистой оболочке оперированного желудка сопровождался снижением количества обкладочных клеток. Так, если при отсутствии патологических изменений слизистой оболочки в 10 полях зрения содержится в среднем  $527 \pm 30$  (15 наблюдений) обкладочных клеток, то при пептических язвах их количество достоверно ( $p < 0,05$ ) уменьшается до  $325 \pm 18$  (81 наблюдение).

Контаминация слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori* отмечена до операции у 47 (92,2%) из 51 обследованного больного с пептическими язвами оперированного желудка. Тяжелая степень инфицирования зарегистрирована у 20 (39,2%) больных.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства проведено у 288 больных с пептическими язвами оперированного желудка. Однако подтверждение диагноза с использованием этого метода представляет большие трудности. Поэтому, обычно, с использованием УЗИ диагностировались сопутствующие заболевания: целенаправленно определялись признаки панкреатита с преимущественным поражением головки поджелудочной железы, билиарной гипертензии, оценивали экзогенность поджелудочной железы, ширину общего желчного и внутривисцеральных протоков. Аэрохолия являлась явным признаком билиодигестивного свища.

У 19 больных, с резко повышенным уровнем кислотопroduкции, множественными язвами культи желудка и гастроэнтероанастомоза, с целью выявления ulcerогенной аденомы поджелудочной железы, произведены КТ и МРТ. Только в одном наблюдении удалось выявить наличие аденомы в теле поджелудочной железы.

Основываясь на проведенных исследованиях, можно утверждать, что клиническое течение пептических язв оперированного желудка обладает целым рядом особенностей: высокой «агрессивностью» клинического течения, устойчивостью к консервативному лечению и частым развитием тяжелых осложнений, из которых наиболее ранними являются кровотечение и перфорация язвы, а также – пенетрация и стеноз. Эти особенности течения заболевания у пациентов с пептической язвой обуславливают необходимость проведения своевременного оперативного лечения.

Проведенный анализ позволяет считать, что программа диагностики у больных пептической язвой оперированного желудка должна включать комплекс исследований - рентгеноконтрастные методы, эндоскопию, обязательное изучение уровня кислотопродукции и гастрин сыворотки крови, морфометрию слизистой оболочки желудка, определение моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки, по показаниям КТ и МРТ. Эти исследования являются определяющими в выборе оптимального варианта хирургического вмешательства и профилактики рецидива заболевания.

#### **Анализ причин развития пептических язв культи желудка и желудочно-кишечных анастомозов у больных после хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.**

Распределение больных по ранее перенесенным операциям резекции желудка (120 больных) и органосохраняющим операциям (27 больных) представлено в таблицах 3 и 4. У 94 больных ранее была проведена резекция желудка по Бильрот I, у 21 – по Бильрот II, у 5 - резекция по Ру. При ранее выполненных органосохраняющих операциях 13 пациентам была проведена селективная проксимальная, а 14 пациентам - стволовая ваготомия с дренирующими операциями.

Проведенный анализ показал, что причинами рецидива заболевания у 120 пациентов после резекции желудка являлись: экономная резекция у 47 больных (39,2%), высокий тонус блуждающего нерва, подтвержденный при изучении желудочного кислотообразования, у 29 больных (24,2%), оставленная слизистая пилороантрального отдела желудка у 5 пациентов (4,2%), синдром Золлингера-Эллисона у 2 больных (1,7%), гастростаз у 17 больных (14,2%), а сочетание причин у 20 пациентов (16,7%). После селективной проксимальной ваготомии с дренирующей операцией, главной причиной образования пептических язв была тактическая ошибка - селективная проксимальная ваготомия этим больным не была показана. При стволовой ваготомии с дренирующей операцией тактические ошибки наблюдались в 1 случае, а технические у 4 больных (неполноценная ваготомия).

#### **Выбор оптимального варианта оперативного вмешательства при пептических язвах оперированного желудка.**

В нашей работе выбор метода операции при пептических язвах оперированного желудка определялся на основании его патогенетической обоснованности, перспективы стойкого излечения, а также минимального риска развития послеоперационных осложнений.

С пептическими язвами оперированного желудка нами были оперированы 147 больных. Из них 120 (81,6%) после ранее перенесенных резекций желудка, а 27 (18,4%) после органосохраняющих операций (таблицы 3 и 4). При этом пенетрация язвы и стенозирование

гастроэнтероанастомоза послужили показанием к хирургическому вмешательству у 75 пациентов (51,0%), язвенное кровотечение – у 64 (43,5%), перфорация язвы, желудочно-ободочные свищи у 8 больных (5,4%). По экстренным и срочным показаниям были оперированы 23 пациента (15,6%).

Таблица 3

Реконструктивные оперативные вмешательства при пептической язве после резекции желудка

Ранее перенесённые Операции	Повторные операции			
	Резекция по Бильрот- II	Резекция по Ру	Наша методика	Прочее
Резекция по Бильрот- I	59	11	22	2
Резекция по Бильрот- II	-	21	-	-
Резекция по Ру	5	-	-	-
Всего	64	32	22	2
Всего реконструкций: 120				

В качестве повторных реконструктивных вмешательств производили резекции желудка по Бильрот - I – 2 операции (1,4%), по Бильрот - II – 70 операций (47,6%), по РУ – 36 операций (24,5%). У больных с синдромом Золлингера-Элиссона (1,4%) в одном наблюдении выполнена гастрэктомия, в другом - рerezекция желудка и удаление гастриномы, выявленной в теле поджелудочной железы.

Таблица 4

Реконструктивные оперативные вмешательства при пептической язве после органосохраняющих операций

Ранее перенесённые операции	Реконструктивные операции			
	Резекция по Бильрот- I	Резекция по Бильрот –II	Резекция по РУ	Наша методика

Селективная проксимальная ваготомия + пилоропластика по Гейнеке-Микуличу	1	2	2	6
Селективная проксимальная ваготомия + гастродуоденостомия по Джабуле	-	-	-	2
Стволовая ваготомия + пилоропластика по Гейнеке-Микуличу	-	-	-	2
Стволовая ваготомия + гастроэнтеростомия	1	4	2	5
Всего	2	6	4	15
Всего реконструкций 27				

### **Новые методы оперативного лечения больных с пептическими язвами оперированного желудка.**

Одним из частых послеоперационных осложнений, у больных после выполнения реконструктивных вмешательств по Бильрот - II, является несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки, которая формируется в связи с невозможностью наложения гастродуоденоанастомоза после резекции желудка или наличия дискинезии двенадцатиперстной кишки. Кроме того, у больных возникает постоянный заброс кишечного содержимого в культю желудка, что приводит к развитию рефлюкс-гастрита, кишечной метаплазии, а в последующем к образованию язв или рака культи желудка. Большой объем и травматичность вмешательства, высокий риск развития интра - и послеоперационных осложнений, в связи с формированием культи двенадцатиперстной кишки, а также одновременным ушиванием дефекта в нисходящей части кишки после дегастродуоденостомии, характерны операциям у больных, которым ранее были произведены селективная проксимальная ваготомия с гастродуоденоанастомозом по Джабуле.

В связи с этим, возникает необходимость поиска и внедрения новых методов хирургического лечения, способствующих устранению вышеизложенных недостатков оперативных вмешательств. Нами разработаны оптимальные методы операций при пептических язвах оперированного желудка, позволяющие максимально избежать развития ранних и поздних послеоперационных осложнений (патент на способ оперативного

лечения у больных с пептическими язвами гастродуоденоанастомоза после органосохраняющих операций; А.С. № 2325853, МПК А 61 В 17/00, бюл. N 16, 2008 г).

Оперативное вмешательство у больных с пептическими язвами после резекции желудка по Бильрот - I выполняем следующим образом. Производим срединную лапаротомию с иссечением старого послеоперационного рубца. После мобилизации культи желудка и двенадцатиперстной кишки, выполняется ререзекция культи желудка вместе с гастродуоденоанастомозом, несущим пептическую язву. Отступя 5 – 10 см от связки Трейца, пересекаем тощую кишку, формируем отключенную, длинную, не менее 70 см петлю тощей кишки и накладываем гастроэнтероанастомоз 2-х рядными швами по типу «конец в бок» изоперистальтически в дистальной части тощей кишки. Затем на расстоянии 30 – 40 см от гастроэнтероанастомоза формируем термино-латеральный анастомоз между двенадцатиперстной кишкой, где ранее был гастродуоденоанастомоз, и отводящей петлей тощей кишкой по типу «конец в бок» 2-х рядными швами. Завершаем операцию наложением межкишечного анастомоза «конец в бок» на расстоянии 30 – 40 см от дуоденоюноанастомоза.

При выполнении операции по предложенному способу не возникает необходимости в формировании дуоденальной культи, а за счет наложения анастомоза «конец в бок», в результате надежной герметизацией тощей кишкой двенадцатиперстной кишки, устраняется повышенное внутри просветное давление. При выполнении пластики применяли двухрядный узловый шов. В этом случае особое внимание уделяли точной адаптации однородных тканей и максимальному растяжению в поперечном направлении за швы-держалки образовавшейся после дуоденотомии раны стенки кишки. Внутренний ряд швов выполняли узловыми швами рассасывающейся нитью 3/0-4/0 на атравматической игле. Наружный ряд серозно-мышечных швов накладывался нерассасывающейся нитью. В предлагаемом способе накладывается анастомоз впередиободочно, гастроэнтероанастомоз накладывается «конец в бок», что приводит к уменьшению травматичности вмешательства, сохранению частичного пассажа пищевых масс по двенадцатиперстной кишке, профилактике ранних и поздних послеоперационных осложнений (рис. 1).

У больных после селективной проксимальной ваготомии с гастродуоденоанастомозом по Джабуле, когда имеются большие, каллезные язвы анастомоза, реконструктивное вмешательство по нашему методу выполняется практически в той же последовательности. После мобилизации дистальной 2/3 части желудка, гастродуоденоанастомоза, производится дегастродуоденостомия, двенадцатиперстная кишка пересекается сразу же за привратником. Выполняется дистальная резекция 2/3 желудка. Формируется культя двенадцатиперстной кишки. Культя желудка анастомозируется с изолированной петлей тощей кишки «конец в

бок», далее формируются дуоденоюноанастомоз «бок в бок», энтеро-энтероанастомоз «конец в бок». Данная методика реконструктивного вмешательства показана больным, когда не представляется возможным ушить дефект двенадцатиперстной кишки после дегастроуденостомии. Это обусловлено её выраженными инфильтративными изменениями, значительным сужением просвета кишки после ушивания, когда создается явная угроза развития несостоятельности швов (рис. 2).

У больных с пептическими язвами после селективной проксимальной ваготомии с гастродуоденоанастомозом по Джабуле и залуковичными язвами двенадцатиперстной кишки, после дегастроуденостомии, дистальной резекции желудка, в ряде случаев, ушить культю двенадцатиперстной кишки технически бывает невозможно. Это обусловлено тем, что между культей двенадцатиперстной кишки и дефектом кишки после дегастроуденостомии, промежуток стенки кишки составляет не более 15 мм. Исходя из данной ситуации, нами производится рассечение стенки двенадцатиперстной кишки, соединяя два просвета кишки в один, с которым в последующем формируется анастомоз «бок в бок» с тощей кишкой, после гастроэнтеростомии, а на конечном этапе - межкишечный анастомоз (рис. 3).



Рис.1. Вариант оперативного вмешательства у больных с пептическими язвами после резекции желудка.

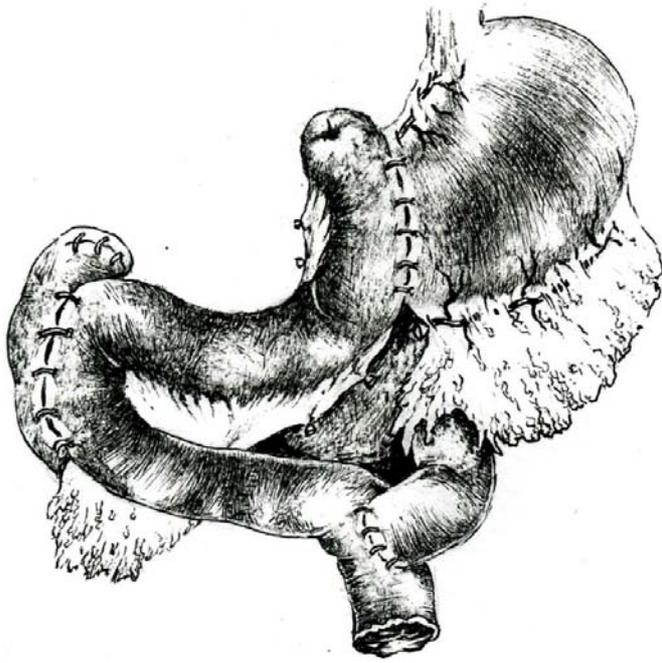


Рис.2. Вариант оперативного вмешательства у больных с пептическими язвами после селективной проксимальной ваготомии с гастродуоденоанастомозом по Джабуле.

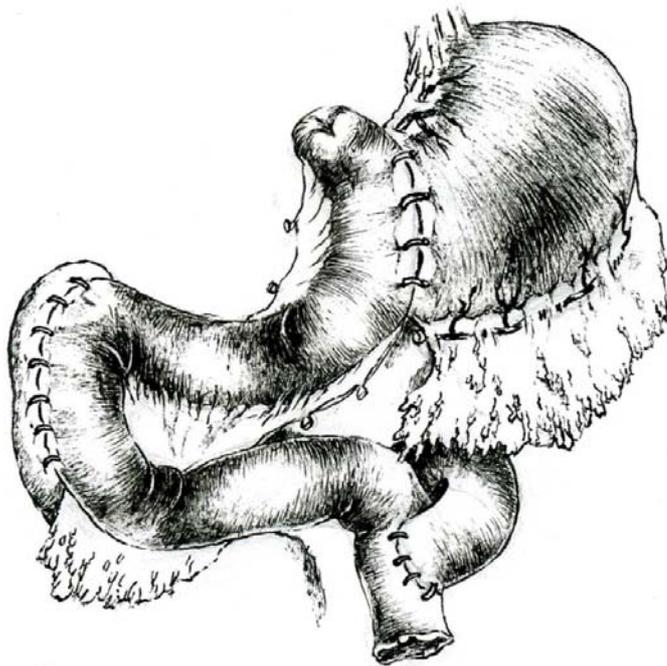


Рис.3. Вариант оперативного вмешательства у больных с пептическими язвами после селективной проксимальной ваготомии с гастродуоденоанастомозом по Джабуле и залуковичными язвами двенадцатиперстной кишки.

## **Ближайшие результаты хирургического лечения больных с пептическими язвами оперированного желудка**

Проведена сравнительная оценка непосредственных результатов хирургического лечения больных с пептическими язвами оперированного желудка после операций классическими методами (110 больных) и разработанными нами методиками (37 больных). Всего с осложненными пептическими язвами оперированного желудка были прооперированы 147 больных, из которых 120 после ранее перенесенных резекций желудка, а 27 после органосохраняющих операций (таблицы 3 и 4).

В послеоперационном периоде после операций по методам Бильрот I, Бильрот II и Ру умерло 6 (5,5%) больных. Причиной смерти у 5 больных явилась несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки с прогрессирующим распространенным перитонитом и эндогенной интоксикацией. У 1 пациента летальный исход предопределило развитие панкреонекроза и полиорганной недостаточности. Обращает на себя внимание, что частота летальных исходов значительно выше у больных, которым повторные операции были сделаны при пептических язвах, осложненных кровотечением, чем осложненных пенетрацией или стенозом.

Летальных исходов в группе больных, оперированных по разработанным нами методикам, отмечено не было.

Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде наблюдались у 40 (36,4%) больных после операций с резекцией желудка по классическим методам и у 8 (21,6%) оперированных по нашей методике. К осложнениям, непосредственно связанными с выбором способа резекции желудка, относится анастомозит, который отмечен в ближайшем послеоперационном периоде у 1 больного после резекции желудка по Бильрот-I, сопровождающийся явлениями выраженного гастростаза. Консервативные мероприятия с использованием аспирационного назогастрального зондирования позволили купировать нарушения эвакуации из культи желудка. Такие осложнения более специфичны для резекции желудка по способу Бильрот I в силу того, что формирование гастродуоденоанастомоза происходило нередко в условиях периульцерозного воспаления. Раневые гнойно-воспалительные осложнения после повторных операций возникли у 16 больных (10,9%). Развитие вышеперечисленных осложнений, потребовало продолжительного лечения и реабилитации больных.

Таким образом, применение разработанных нами методов резекции или резекции желудка при осложненных пептических язвах оперированного желудка приводит к уменьшению летальности и количества ранних послеоперационных осложнений.

## **Отдаленные результаты хирургического лечения пептических язв оперированного желудка**

Одним из критериев эффективности хирургического лечения пептических язв оперированного желудка, помимо низкой летальности и малой частоты послеоперационных осложнений, бесспорно, считается возможность стойкого излечения от основного заболевания при минимальной выраженности расстройств пищеварения.

Отдаленные результаты хирургического лечения больных с пептической язвой оперированного желудка оценивали на основе комплексного обследования пациентов, включающего в себя анализ клинической картины, результатов лабораторных исследований, а также качества жизни через 4 месяца и более после оперативного вмешательства.

Одним из поздних осложнений являлся демпинг-синдром, который у больных перенесших резекцию желудка по Бильрот-II наблюдался у 14 (20%) больных, его клиническая выраженность соответствовала средней степени тяжести. Демпинг-синдром отмечен после резекции желудка по Ру у 3 (8,3%) больных. Достоверно ( $p < 0,05$ ) реже (1 пациент - 3,7%) демпинг-синдром наблюдался после выполнения наших модификаций операций.

При рентгенологическом контроле установлено, что моторно-эвакуаторная функция желудочной культи в отдаленные сроки после операции сохраняется, с некоторой склонностью к ее гипотонии. Атоничного состояния культи желудка отмечено не было. Первичная эвакуация происходила у всех больных ускоренно и культи желудка полностью освобождалась от контраста уже в первый час исследования, что наиболее отчетливо проявлялось у 8 пациентов с демпинг-синдромом средней степени.

При эндоскопическом осмотре, на фоне рефлюкса желчи из кишки в желудок, выявлялась диффузная гиперемия слизистой с выраженным слизееобразованием, утолщенными и рыхлыми складками. У 4 пациентов выявлены множественные эрозии вблизи анастомоза. Необходимо отметить, что четкой корреляции между клиническими и эндоскопическими проявлениями рефлюкс-гастрита не обнаружено.

У 15 (20,8%) больных после резекции желудка по Бильрот-I и Бильрот-II и у 6 больных (16,7%) по Ру рентгенологически и эндоскопически отмечен гастро-эзофагеальный рефлюкс и рефлюкс-эзофагит легкой степени выраженности. На наш взгляд, этому наиболее благоприятствует постоянный заброс в желудочную культи щелочного кишечного содержимого. У больных, оперированных по нашей методике, таких осложнений было достоверно меньше ( $p < 0,05$ ) - 3 больных (8,1%).

После резекции желудка у 20 (13,6%) пациентов состояние отягощалось диареей, причем квалифицировалась она как средней степени тяжести. Частота и выраженность диареи мало коррелировали со способом выполненной операции ( $p > 0,05$ ).

Исследование секреторной функции желудка, проведенное у больных в отдаленные сроки после резекции желудка, позволило отметить ее стойкое снижение. Средние показатели базальной и максимальной секреции составили  $2,12 \pm 0,4$  и  $11,5 \pm 0,1$  ммоль/час, соответственно (124 исследования), что достоверно ( $p < 0,05$ ) меньше показателей до операции ( $6,9 \pm 0,7$  и  $30,5 \pm 0,9$  ммоль/час).

Анализ морфологических и морфометрических исследований свидетельствует о том, что наибольшие изменения структуры слизистой оболочки желудка в плане дегенерации обкладочных клеток характерны для всех, исследованных нами больных. В послеоперационном периоде количество обкладочных клеток было снижено до  $200 \pm 27$  в 10 полях зрения (88 наблюдений), по сравнению с  $527 \pm 30$  в норме (15 наблюдений,  $p < 0,05$ ). Корреляций в количестве обкладочных клеток в зависимости от способа операции обнаружено не было.

Для количественной оценки отдаленных результатов оперативных вмешательств у больных с пептическими язвами гастроэнтероанастомоза использовали модифицированную классификацию А. Н. Visick, которая дополнена объективными лабораторными и инструментальными методами исследования. Распределение больных согласно этой классификации представлено в таблице 5. У пациентов после реконструктивных операций по методам Бильрот I, Бильрот II и Ру в отдаленные сроки "отличные" и "хорошие" результаты отмечаются в 56,4% , а при использовании нашей методики – в 75,6% случаев, причем "неудовлетворительные " результаты отмечены у 20% и 5,4% больных, соответственно. Различия в количестве «отличных» и «хороших» результатов по сравнению с «удовлетворительными» и «неудовлетворительными» результатами в группах больных, оперированных по классическим и нашим методикам были достоверны ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, проведенное исследование показало, что в большинстве случаев наиболее оптимальным вариантом хирургического пособия у больных с пептическими язвами культи желудка или гастроэнтероанастомоза является оперативное вмешательство по разработанным нами методам, суть которых заключается в резекции или резекции желудка на выключенной по Ру петле тощей кишки с дуоденоюноанастомозом. Главной целью таких вмешательств является подавление высокой кислотопродукции, удаление язвенного субстрата, нормализации пассажа пищевых масс по желудочно-кишечному тракту.

Применение этих вариантов резекции или ререзекции желудка уменьшает количество ранних и поздних осложнений.

## **ВЫВОДЫ.**

1. Программа диагностики у больных пептической язвой оперированного желудка должна включать в себя не только проведение клинических и рентгеноконтрастных исследований, эндоскопию, но и обязательное изучение уровня кислотопродукции, гастрин-сыворотки крови, морфометрию слизистой оболочки желудка и по показаниям КТ, МРТ.

2. Анализ причин возникновения пептических язв оперированного желудка показал, что рецидив заболевания обусловлен экономной резекцией у 39,2%, высоким тонусом блуждающего нерва у 24,2 %, оставленной слизистой пилороантрального отдела желудка у 4,2%, синдромом Золлингера-Эллисона у 1,7%, гастростазом у 14,2 %, и сочетанием причин у 16,7% больных. После селективной проксимальной ваготомии с дренирующей операцией, главной причиной образования пептических язв являются технические ошибки.

3. Выбор метода хирургического пособия у больных с пептическими язвами оперированного желудка зависит от причин их возникновения. При необходимости в выполнении резекции или ререзекции желудка, наиболее эффективными являются оперативные вмешательства, по разработанным нами способам, которые заключаются в резекции или ререзекции желудка на выключенной по Ру петле тощей кишки с дуоденоюноанастомозом.

4. Проведенный сравнительный анализ ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения больных с пептическими язвами оперированного желудка показал преимущество разработанных нами методов операций, проявляющееся в стойком снижении кислотопродукции, нормализации пассажа пищевых масс по желудочно-кишечному тракту, уменьшении количества ранних и поздних послеоперационных осложнений. По классификации Visick после реконструктивных операций по способу Бильрот- I, Бильрот- II в отдаленные сроки "отличные" и "хорошие" результаты наблюдались у 56,4% , а при использовании разработанных нами методик – у 75,6% обследованных больных, "неудовлетворительные" результаты отмечены соответственно у 20% и 5,4% больных.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.**

1. В комплексной диагностике пептических язв оперированного желудка необходимо использовать совокупность клинических, лабораторных, эндоскопических, рентгенологических и морфологических признаков.

2. Основным методом лечения больных с осложнёнными пептическими язвами оперированного желудка является повторное хирургическое вмешательство. При невозможности ушивания культи двенадцатиперстной кишки или её дефекта после дегастродуоденостомии, использовать разработанные нами методики операций, которые заключаются в резекции или резекции желудка на выключенной по Ру петле тощей кишки с дуоденоюноанастомозом. Главной целью операций является подавление высокой кислотопродукции, удаление язвенного субстрата, нормализация пассажа пищевых масс по желудочно-кишечному тракту, улучшение непосредственных и отдаленных результатов оперативного лечения.

#### **Список работ, опубликованных по теме диссертации:**

1. Зефирова Р.А. Диагностика пептических язв оперированного желудка / Р.А. Зефирова // Молодые ученые в медицине: материалы X всероссийской научно-практической конф., посвящ. 1000-летию Казани и 60-летию победы в Великой Отечественной войне, 26-27 апреля 2005 г. – Казань, 2005. – С. 247.

2. Красильников Д.М. Хирургическое лечение больных с пептическими язвами оперированного желудка / Д.М. Красильников, Р.А. Зефирова // Практическая медицина. – 2006. - №3 (17). – С. 24-25.

3. Зефирова Р.А. Диагностика и лечение пептических язв оперированного желудка / Р.А. Зефирова // Молодые ученые в медицине: материалы XI всероссийской научно-практической конф., посвящ. 200-летию медицинского образования в Казани, 26-27 апреля 2006 г. – Казань, 2006. – С. 231.

4. Зефирова Р.А. Причины возникновения пептических язв оперированного желудка / Р.А. Зефирова // Молодые ученые в медицине: материалы XII всероссийской научно-практической конф., посвящ. 150-летию со дня рождения В.М. Бехтерева, 25-26 апреля 2007 г. – Казань, 2007. – С. 312.

5. Патент на изобретение «Способ оперативного лечения у больных с пептическими язвами гастродуоденоанастомоза после органосохраняющих операций» (Красильников Д.М., Фаррахов А.З., Зефирова Р.А., Пикуза А.В.). А.С. № 2325853, МПК А 61 В 17/00, бюл. N 16, 2008 г.

6. Красильников Д.М. К хирургическому лечению больных с пептическими язвами оперированного желудка /Д.М.Красильников, Р.А.Зефирова // Казанский медицинский журнал – 2009. - № 1 (90). – С. 42-46.

**Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии:**

[www.gastroscan.ru/literature/](http://www.gastroscan.ru/literature/)