

**Министерство здравоохранения Республики Узбекистан  
Андижанский государственный медицинский институт**

**«УТВЕРЖДАЮ»**  
**Председатель научно-технического совета при  
Министерстве Здравоохранения**  
\_\_\_\_\_ **Ш.К.Атаджанов**  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_

**Нишанов Муроджон Фозилжонович**

**КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ  
КИШКИ**

**Монография**

**Андижан 2025**

---

### Аннотация

В монографии изложены теоритические и практические основы диагностики и лечения кровотокающих пилородуоденальных язв. Данная проблема решается наиболее сложно в хирургической практике. Авторами разработаны эффективные, в ряде случаев оригинальные, методы хирургического лечения больных с указанной патологией, позволившие значительно сократить частоту послеоперационных осложнений и летальных исходов.

Книга предназначена для хирургов, гастроэнтерологов и реаниматологов.

### Аннотация

Ушбу монографияда қон кетаётган пилородуоденал яраларни ташхислаш ва даволашнинг назарий ва амалий асослари келтирилган. Бу муаммони жарроҳлик амалиётида ҳал қилиш айниқса қийин. Муаллифлар ушбу ҳолатга чалинган беморлар учун самарали ва баъзи ҳолларда оригинал жарроҳлик даволаш усулларини ишлаб чиқдилар, бу эса оператсиядан кейинги асоратлар ва ўлим ҳолатларини сезиларли даражада камайтирди.

Ушбу китоб жарроҳлар, гастроэнтерологлар ва интенсив терапия мутахассислари учун мўлжалланган.

### Annotation

This monograph presents the theoretical and practical foundations of the diagnosis and treatment of bleeding pyloroduodenal ulcers. This problem is particularly challenging to resolve in surgical practice. The authors have developed effective, and in some cases original, surgical treatment methods for patients with this condition, which have significantly reduced the incidence of postoperative complications and mortality.

This book is intended for surgeons, gastroenterologists, and intensive care specialists.

---

---

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Список используемых сокращений.....	6
Предисловие.....	7
<b>Глава I. Состояния проблемы.....</b>	<b>10</b>
1.1. Некоторые вопросы эпидемиологии, патогенеза язвенной болезни и частота осложнений.....	10
1.2. Современные взгляды на фармакотерапию язвенной болезни.....	17
1.3. Эндоскопические методы лечения язвенной болезни.....	21
1.4. Сочетание фармакотерапии с хирургическими методами в лечении язвенной болезни.....	25
1.5. Хирургическая тактика и лечение при кровоточащих пилородуоденальных язвах.....	27
1.6. Влияние различных операций на показатели гомеостаза пепсиногена при язвенной болезни.....	35
<b>Глава II. Клинические и диагностические особенности кровоточащих пилородуоденальных язв.....</b>	<b>38</b>
2.1. Общая характеристика клинического материала.....	38
2.2. Методы исследования.....	40
2.2.1 Эзофагогастродуоденоскопия.....	42
2.2.2 Методика рентгенологического исследования желудка и двенадцатиперстной кишки.....	44
2.2.3 Исследования кислотопродуцирующей функции желудка.....	45
2.2.4 Метод определения пищеварительного фермента пепсиногена в крови.....	50
2.3. Методика статистической обработки данных.....	52

---

<b>Глава III. Клинико-функциональная характеристика</b>	
<b>осложненных пилородуоденальными язвами.....</b>	<b>53</b>
3.1. Распространенность язвенной болезни в Ферганской долине.....	53
3.2. Особенности кислотопродуцирующей функции желудка при пилородуоденальных язвах.....	56
3.3. Особенности гомеостаза пепсиногена у больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.....	59
<b>Глава IV. Совершенствование тактики и способов</b>	
<b>хирургического лечения кровоточащих пилородуоденальных язв.....</b>	<b>62</b>
4.1. Общие принципы распределения больных с кровоточащими ПДЯ на контрольную и основную группы .....	62
4.2. Разработка лечебно-диагностического алгоритма у больных с кровоточащими ПДЯ.....	63
4.3. Общая характеристика оперированных больных с кровоточащими ПДЯ.....	76
4.4. Выбор метода операции при кровоточащих ПДЯ.....	80
4.5. Усовершенствованный метод резекции желудка и выбор способа формирования гастродуоденоанастомоза.....	84
4.6. Иссечение язв и выбор пилородуоденопластики при кровоточащих пилородуоденальных язвах.....	90
<b>Глава V. Результаты хирургического лечения кровоточащих пилородуоденальных язв .....</b>	<b>98</b>
5.1. Сравнительная оценка интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений.....	98
5.2. Результаты исследования моторно-эвакуаторной функции желудка после различных операции при кровоточащих ПДЯ .....	101

---

---

5.3. Кислотопродуцирующая функция желудка после различных операций при кровоточащих пилородуоденальных язвах.....	105
5.4. Изменения содержания пепсиногена крови в зависимости от методов операции и сроков гастродуоденальной аспирации.....	110
5.5. Отдаленные результаты хирургического лечения кровоточащих пилородуоденальных язв.....	112
<b>Заключение.....</b>	<b>119</b>
<b>Список литературы .....</b>	<b>140</b>

---

## СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СОКРАЩЕНИЙ

БПК	– базальная продукция кислоты
ГДА	– гастродуоденоанастомоз
ГДЯ	– гастродуоденальные язвы
ДПК	– двенадцатиперстная кишка
ИПДЯ	– иссечение пилородуоденальной язвы
ИПП	– ингибиторы протонной помпы
МПК	– максимальная продукция кислоты
МЭФЖ	– моторно-эвакуаторная функция желудка
НГДЗ	– нозогастродуоденальный зонд
ПД	– пилородилатация
ПДП	– пилородуоденопластика
ПДЯ	– пилородуоденальная язва
РЖ	– резекция желудка
СВ	– селективная ваготомия
СПВ	– селективная проксимальная ваготомия
СтВ	– стволовая ваготомия
СПРК	– система прогноза рецидива кровотечения
ЯБДПК	– язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки
ЯБ	– язвенная болезнь
ЯБЖ	– язвенная болезнь желудка

---

---

## Предисловие

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – одно из наиболее распространенных заболеваний. По данным ВОЗ, ею страдает от 5 до 10% населения земного шара. При этом в разных странах распространенность язвенной болезни отличается. Так по данным мировой статистики, в США язвенной болезнью страдает примерно 10% от общего числа населения, в странах Западной Европы в среднем 8,2% населения (в Германии – 10% взрослого населения, в Англии – 15%), в Японии – 11%, а в Индии – 25% населения (Mitkovskaya N. 2006, Kumar S. 2004). Соотношение ЯБЖ и ДПК во многом зависит от возраста и региона проживания. У лиц молодого возраста преобладают дуоденальные язвы – 16:1 (в возрасте старше 60 лет – 2:1). Соотношение язв желудка и дуоденальных язв, в среднем по странам Европы и США, равняется 1:4, в Индии – 1:9 и даже 1:32.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки остается актуальной проблемой клинической медицины в связи с ее широкой распространенностью и значительной частотой осложнений. Чаще всего ЯБ страдают молодые люди, тогда как осложнения в основном наблюдаются у лиц пожилого возраста. Язвенная болезнь является одной из основных причин временной нетрудоспособности и инвалидности. По данным Института здоровья и медицинской статистики Министерства здравоохранения Республики Узбекистан показатели общей и первичной заболеваемости ЯБЖ и ДПК у взрослых снизились с 526 до 381,22 и с 95,7 до 37,9 на 100.000 населения с 2007 по 2015гг., соответственно (Назиров Ф.Г., 2015).

Ферганская долина по площади занимает 1/10 часть территории, где проживает около 30% населения Республики Узбекистан, в связи с чем выявление заболеваемости ЯБ у жителей Ферганской долины, определение соотношения ЯБЖ и ДПК, вопросы диспансеризации

---

---

больных, определение стандартов проведения современной фармакотерапии ЯБ с учетом особенностей региона, актуально не только в медицинском, но и в социальном аспекте. Проблема лечения гастродуоденальных язв (ГДЯ), осложненных кровотечениями, остается в настоящее время одной из самых сложных проблем в хирургической гастроэнтерологии (Батиров А.К., Хакимов Д.М., 2003). Прежде всего, это связано с тем, что не выработан единый тактический подход в лечении больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями, завышается роль эндоскопической остановки, что ведет к отсрочке необходимых операций. Не определен наиболее обоснованный метод оперативного вмешательства, отсутствуют конкретные решения по оптимальным срокам операций и особенно по объему вмешательства. Имеется довольно высокий показатель общей (4-7%) и послеоперационной (15-25%) летальности, в основном при профузных кровотечениях и при эпизодах его рецидива (Гостищев В.К., Евсеев М.А., 2007).

Больные с кровотечением язвенной этиологии составляют 18-23% среди пациентов со всеми формами «острого живота» и занимают третье место в их структуре. В последние годы отмечается четкая тенденция к росту частоты этого осложнения (Гурин Н.Н., Логунов К.В., 2007). Причинами роста количества больных являются отсутствие диспансерного наблюдения за больными язвенной болезнью, снижение доступности медицинской помощи, рост стоимости медицинских услуг и препаратов, снижение количества плановых хирургических операций (Ермолов А.С., 2004; Ефименко Н.А., 2004).

Оперативная активность при кровоточащей ГДЯ в развитых странах имеет тенденцию к снижению и в настоящее время она составляет 1,5-4%. Общая летальность в группе больных с кровоточащими гастродуоденальными язвами не превышает 0,5-2% (Калиш Ю.И.,

---

---

Турсуметов А.А., 2009; Кузеев Р.Е., 2000). Это явилось результатом как появления на фармацевтическом рынке ряда новых высокоэффективных антисекреторных препаратов, так и широкого внедрения в практику новых эндоскопических технологий гемостаза (Лебедев Н.В., Климов А.Е., 2009; Лапина Т.Л., 2004).

Все вышеизложенное свидетельствует о большой актуальности разработки алгоритма хирургической тактики при кровоточащих пилородуоденальных язвах, обоснования выбора экономной резекции желудка с различными вариантами гастродуоденоанастомоза, а также об актуальности определении места иссечения ПДЯ с пилородуоденопластикой на фоне современной фармакотерапии. Необходимо изучить не только ближайшие, но и отдаленные результаты.

## **ГЛАВА I**

### **СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ**

---

---

Язвенная болезнь сложный патологический процесс, в основе которого лежит воспаление слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки в подавляющем большинстве случаев инфекционного происхождения, с формированием локального повреждения (язва) слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного канала, возникающего как ответ на нарушение нейрогуморальной регуляции этих органов, приводящей к повышению местных факторов «агрессии» над «защитными» [2, 7, 10, 18, 27, 65, 69, 86, 87, 141].

#### **1.1. Некоторые вопросы эпидемиологии, этиопатогенеза язвенной болезни и частоты осложнений**

ЯБ желудка и ДПК являются весьма распространенными заболеваниями желудочно-кишечного тракта. A. Mitchel et al. (2013), O. Joseph et al (2011) отмечают, что ЯБ в США составляет примерно 10% от общего числа населения. Ежегодно для лечения больных этой категории в Северной Америки расходуется от 1 до 2,5 млрд. долларов, а в настоящее время расходы достигают до 4-5 млрд. долларов [12, 25, 66, 167]. По данным мировой статистики, в странах Западной Европы ЯБ болеют в среднем до 8,2% населения, в Германии каждый 10-й взрослый житель, в Англии - 15% населения, в Японии - 11%, а в Индии - 25% населения [28,111,156].

По данным В.В. Цукунова (2004), на диспансерном учете в России находится около 1 млн. взрослых пациентов. Согласно отчетам Министерства здравоохранения России, за последние годы число больных с впервые выявленной ЯБ возросла до заметных цифр [144].

Однако эти цифры не дают полного представления об истинной частоте заболевания, поскольку главным образом основываются на обращаемости больных за медицинской помощью. На большую распространенность ЯБ указывают патологоанатомические данные. При патогистологическом исследовании макропрепарата наличие язвы и рубцовых изменений в стенке желудка и ДПК, свидетельствующие о ЯБ, обнаруживаются в 8-10 и даже 20% случаев [8, 9, 22, 44, 57, 65, 138].

В 20-40% наблюдений отмечается прогрессирующее течение заболевания, которое в 9,4-15,5% усугубляется возникновением острых или хронических угрожающих жизни осложнений, основными из которых являются кровотечение, перфорация и стеноз [47, 83, 127, 153, 156]. Количество операций, выполняемых по поводу осложненной ЯБ, не только не уменьшается, но даже в последние годы возросло в 1,6-2 раза [7, 11, 17, 48, 53, 85, 155].

ЯБ является важной социально-экономической проблемой, поражая людей наиболее активного творческого возраста, часто обуславливая временную, а порой стойкую потерю трудоспособности. Мужчины заболевают ЯБДПК чаще в возрасте 21-49 лет. Средний возраст заболеваемости ЯБ у женщин на 9 лет старше, чем у мужчин [19, 27, 35, 108, 117]. Однако в последние десятилетия наблюдается заметное увеличение заболеваемости ЯБ среди женщин, что связано со стрессовыми ситуациями, все большим распространением среди женщин вредных привычек, более частым употреблением нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), а также с нарушением гормональной функции яичников [37, 59, 118].

Соотношение язв желудка и ДПК во многом зависит от возраста и региона проживания. У лиц молодого возраста преобладают дуоденальные язвы 16:1 (в возрасте старше 60 лет 2:1). Соотношение язв желудка и дуоденальных язв в среднем по странам Европы и США

равняется 1:4, в Индии 1:19 и даже 1:32. В Японии, напротив, преобладает желудочная локализация язв (2:1), а у лиц, проживающих в высокогорных районах, этот показатель даже выше (20:1), где наблюдается наибольшая частота малигнизации желудочных язв [19, 62, 165, 167].

D. Johnson et al. (1965) предложили оригинальную классификацию желудочных язв [101, 119]. Согласно этой классификации выделяется 3 типа язв:

I тип - язвы малой кривизны желудка, II тип - сочетание желудочных и дуоденальных язв, III тип - пилорические и препилорические язвы.

Ю.А. Калиш и Б.А. Саидханов считают, что основным фактором возникновения язвы желудка является гастростаз - теория антрального стаза Dragstedt. Согласно этой теории вначале возникает язвенный дефект ДПК, который вследствие образования периульцерозного воспалительного инфильтрата или пилоростеноза приводит к нарушению эвакуации из желудка. Ю.И. Калиш полагает, что, учитывая особенности патогенеза, в данном случае речь идет о язве не 2-го типа, а обособленного 4-го типа (вторичной язве), подчеркивая последовательность развития патологического процесса [15, 67, 76].

Пилорические и препилорические язвы желудка составляют около 28-40% всех желудочных язв и патофизиологически выделяются группы пептических язв. Язвы этой локализации протекают на фоне хронического антрального гастрита, отличной от других типов язв желудочной локализации, специфических морфологических изменений в мышцах и нервных сплетениях дистальной части антрального отдела желудка [5, 87, 127].

C. Muller et al. [162, 163] дополнили классификацию H. D. Johnson [152] и выделили язвы пилорического отдела (располагающиеся в пилорическом канале и язвы, располагающиеся на расстоянии 0,5 см

проксимальнее и дистальнее привратника) и язвы препилорического отдела (располагающиеся проксимальнее привратника на 0,5-2,0 см). Авторы считают, что дуоденальные язвы, располагающиеся на расстоянии менее 0,5 см от привратника оказывают такое же патологическое влияние на привратник, что и язвы пилорического канала и сопровождаются развитием однородных морфологических изменений стенки антрального отдела желудка.

Большинство хирургов рассматривают дуоденальные язвы, располагающиеся около привратника, как язвы пилорического канала и на этом основании, объединяют их группу пилородуоденальных язв [87, 109, 120, 127].

В настоящее время ЯБ чаще регистрируется среди городского населения, чем среди сельского. Высокий уровень заболеваемости объясняется особенностями питания, социальной и производственной жизни (урбанизации), загрязнением внешней среды в городах. Обращают внимание на, так называемые, «острые» профессии: шофера, летчики, машинисты, операторы, работники конвейера и т.д. Практически любой труд, если он связан с психоэмоциональными перегрузками, физическим и умственным перенапряжением, частыми командировками, отсутствием полноценного отдыха, является существенным фактором, предрасполагающим к возникновению ЯБ желудка и ДПК [20, 31, 37, 113].

Развитие концепции этиопатогенеза ЯБ можно условно разделить на несколько периодов.

Первый период соответствовал концу XIX и середине XX века, когда ЯБ рассматривалась с позиции местного патологического процесса в слизистой оболочке желудка и ДПК. Среди теорий патогенеза ЯБ были сосудистая, пептическая, воспалительная, ацидозная, а также теория слизистого барьера. С.С. Юдин [151] писал, «нет свободной соляной (НСI) кислоты, нет язвы». Ведущее место в патогенезе ЯБДПК принадлежит

факторам агрессии - значительному повышению продукции HCl и пепсина, что связано с повышением тонуса блуждающих нервов, генетически обусловленным увеличением количества обкладочных и главных клеток, увеличением продукции гастрина G клетками антрального отдела желудка, а также ослаблением ауторегуляции кислото-пепсин продукции [18, 33].

Важную роль в возникновении язвы в ДПК играет ускорение эвакуации кислого содержимого из желудка, способствующее контакту и повреждению слизистой оболочки ДПК. Расстройства секреторной и двигательной активности желудка и ДПК индуцируются и поддерживаются психосоматическими факторами (отрицательные эмоции, психическое перенапряжение, страх) [20, 30, 37, 113, 176]. Злоупотребление алкоголем, курением, прием НПВП, лечение стероидными гормонами способствуют повышению секреции агрессивных факторов желудочного сока, снижению резистентности слизистой оболочки и, тем самым, образованию язвы. В результате этого резко нарушается резистентность слизистой оболочки ДПК и ее защитных механизмов [18, 32, 91], уменьшается выделение щелочного секрета слизистой антрума, ДПК и поджелудочной железой, вследствие чего медленнее нейтрализуется кислое содержимое желудка, снижается выработка слизи и муцина, нарушается местное кровообращение стенки кишки, возникает ишемия, тканевая гипоксия и тканевой ацидоз, замедляется процесс физиологической регенерации эпителия слизистой оболочки. Разрушение ее защитного барьера увеличивает обратную диффузию H<sup>+</sup> ионов, активирует калликреин-кининовую систему. Это приводит к резкому повышению проницаемости сосудов, отеку, кровоизлияниям и некрозу эпителия в зоне наибольшего нарушения микроциркуляции с последующим образованием язвы на слизистой ДПК [31, 33, 34, 62, 65, 129].

Во втором периоде учения о ЯБ, когда наряду с местными факторами ульцерогенеза значительное внимание стали уделять и нарушению общих регуляторных механизмов: неврогенная (G. Bergman, 1913), вегетативная, психосоматическая, кортико-висцеральная и нейрогуморальная теории. Согласно этих теорий, пусковым механизмом ульцерогенеза является сдвиг в высшей нервной деятельности, возникающий в следствии отрицательных эмоций, психосоматического и умственного перенапряжения и т.д. При этом наблюдают ослабление тормозного процесса в коре головного мозга и возбуждение (растормаживание) подкормки, в которой возникает очаг патологического возбуждения, что сопровождается повышением тонуса блуждающего нерва [15, 58, 69, 140].

Дисфункция вегетативной нервной системы приводит к увеличению агрессивных факторов желудочного сока, усилению моторики, спастическим сокращениям стенки сосудов, ишемии и трофическим изменениям слизистой оболочки гастродуоденальной зоны и, в конечном итоге, к язвообразованию [11, 15, 123]. В эксперименте И.П. Павлов (1897) установил, что перерезка блуждающих нервов (ваготомия) уменьшает выработку соляной кислоты и пепсина, увеличивает защитные факторы и в конечном итоге в большинстве случаев приводит к заживлению язв [110]. В 70-е годы разработка блокаторов  $H_2$  рецепторов (цеметидин, ранитидин, фамотидин), так называемая «медикаментозная ваготомия», способствовала резкому уменьшению плановых операций при ЯБ желудка и ДПК за что этой разработке была присуждена Нобелевская премия [84, 87, 93, 162].

С открытием в слизистой оболочке желудка и ДПК *Helicobacter pylori* [131] начался новый период в развитии представлений об этиологии, патогенезе заболеваний желудка и ДПК вообще, и ЯБ в частности. Доказано непосредственное участие бактерии в развитии ЯБ желудка и

---

ДПК. Вследствие эрадикации *H.pylori* было достигнуто заживление гастродуоденальных язв (Нобелевская премия) [1, 2, 49, 104, 135, 161, 166].

Патогенетическая роль *Helicobacter pylori* в язвообразовании обусловлена их способностью колонизировать пилороантральный отдел слизистой оболочки желудка и формировать очаги желудочной метаплазии в луковице двенадцатиперстной кишки [142]. Механизм, посредством которого *Helicobacter pylori* индуцирует воспалительный ответ и повреждение слизистой оболочки, до конца не изучен. В качестве основных причин рассматривают три механизма: индукция воспалительного ответа связана с высвобождением токсинов *Helicobacter pylori*, стимулирующих привлечение воспалительных клеток и повреждение ими эпителия слизистой оболочки; механизм непосредственного повреждающего действия *Helicobacter pylori* на эпителиоциты и экспрессия факторов хемотаксиса; механизм ответной иммунной реакции организма [4, 41, 74, 104, 135]. Многочисленные исследования привели к изменению подходов в стратегии лечения ЯБ. В соответствии с парадигмами Graham D. «Нет *Helicobacter pylori* - нет ЯБ», «Хороший *Helicobacter pylori* - только мертвый *Helicobacter pylori*», ключевым моментом схем противоязвенной терапии стали считаться антибактериальные препараты, направленные на эрадикацию *H.pylori* [1, 142, 161, 164].

При ЯБ в сосудах слизистой оболочки желудка и ДПК наблюдаются интраваскулярные, васкулярные и периваскулярные изменения, которые сочетаются с нарушениями свертывающей и противосвертывающей систем крови, повышением проницаемости сосудов, нарушением обмена биогенных агентов, затруднением притока артериальной крови и веностазом, что приводит к микротромбозам, замедлению кровотока и гипоксии слизистой оболочки желудка и ДПК [4, 23, 75, 91, 122, 139, 152].

Резюмируя вышеизложенное можно сказать, что в патогенезе ЯБ нарушаются взаимосвязь и синхронизация секреторной и двигательной активности желудка и ДПК, что создает условия для агрессии кислотно-пептического фактора на ограниченном участке слизистой с пониженной резистентностью в результате действия местных патогенетических факторов (микротромбоз, ишемия, повреждения слизистой *H.pylori* и т.п.).

## **1.2. Современные взгляды на фармакотерапию язвенной болезни.**

В настоящее время фармакотерапия язвенной болезни базируются на положении о том, что принципиальных различий в лечении язв желудка и ДПК нет. Это связано с признанием важности кислотно-пептической агрессии и *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) в генезе язвенной болезни. Даже при низкой кислотности у больных ЯБ желудка на фоне атрофии слизистой оболочки имеющееся небольшое количество соляной кислоты является очень агрессивным фактором. Отсюда становится понятным, почему язвы желудка и ДПК рубцуются, если в течение суток удается удержать рН в желудке 3- 3,5 около 18 часов, пепсиноген не превращается в активный пепсин. [3,10]

Поэтому основными направлениями лечения язвенной болезни являются: снижение кислото-продукции и санация слизистой оболочки от *H.pylori*. На это направлены диета- и фармакотерапия.

**Метод консервативной терапии и диетические рекомендации.** Требования к диетическому питанию: частое (5-6 раз) дробное питание, что позволяет удлинить периоды оптимального рН в желудке; механически, термически, химически щадящая диета, уменьшающая сокогонное действие пищи; употребление продуктов, обладающих буферным (связывающим) действием.

Этиотропная терапия проводится больным, у которых доказано наличие в слизистой оболочке антрального отдела *H.pylori*. Для этого используются комбинации лекарственных средств (Маастрихтский консенсус I,II,III,IV):

1. Омепразол 20 мг х 2 раза в день до еды (или в стандартной дозе другие ингибиторы протонной помпы – париет, нексиум) + кларитромицин 250 мг х 2 раза + метронидазол 500 мг х 2 раза после еды.

2. Омепразол 20 мг х 2 раза до еды (или в стандартной дозе другие ингибиторы протонной помпы – париет, нексиум) + де-нол 120 мг х 3 раза до еды и 1 раз на ночь + метронидазол 250 мг х 4 раза после еды + тетрациклин 500 мг х 4 раза после еды.

3. Омепразол 20 мг х 2 раза в день до еды (или в стандартной дозе другие ингибиторы протонной помпы – париет, нексиум) + кларитромицин 500 мг х 2 раза + амоксициллин 1000 мг х 2 раза в день.

После элиминации *H.pylori* из слизистой оболочки в течение 5-7 недель проводится патогенетическая терапия.

Патогенетическая терапия включает диету и фармакотерапию, направленную на основные факторы патогенеза язвенной болезни.

Снижение кислотно-пептической агрессии при ЯБ осуществляется применением современных мощных антисекреторных препаратов – ингибиторов протонной помпы в дозе: рабепразол (париет) – 20 мг, омепразол – 20 мг, эзомепразол (нексиум) – 40 мг, лансопразол – 30 мг, пантопразол – 40 мг – 1 раз в сутки или в половинных дозах 2 раза в сутки.

С этой же целью применяют в 20<sup>00</sup> блокаторы Н<sub>2</sub>-рецепторов гистамина: ранитидин – 300 мг, или фамотидин (квamatел) – 40 мг (эти препараты можно применить 1 раз в день в половинных дозах).

Блокаторы протонной помпы принятые в 15<sup>00</sup>, и блокаторы Н<sub>2</sub>-рецепторов гистамина в 20<sup>00</sup> подавляют ночную кислотопродукцию. Длительное применение блокаторов протонной помпы в виде

монотерапии не рекомендуется, так как это может с одной стороны привести при уменьшении кислотопродукции к компенсаторному увеличению гастрин-продуцирующих клеток и увеличению секреции желудочного сока, а с другой – к транслокации *H.pylori* из антрального отдела в тело желудка.

Поэтому важно знать, что снизить интрагастральную и интрадуоденальную концентрацию  $H^+$  в дневное время можно приемом пищи и антацидов, а не блокаторов, принятых 1 раз в сутки.

Рекомендуется применять преимущественно не всасывающиеся антациды в виде гелей. Наиболее широкое применение получили препараты маалокс, имеющий в своем составе гидроокись алюминия и магния, и фосфалюгель, содержащий фосфат алюминия. Их рекомендуется принимать через 1-1,5 часа после еды 3-4 раза в день и перед сном. Важно, что алюминий, содержащий антацид, обладает еще и цитопротективным действием.

При язвенной болезни желудка широко применяются цитопротекторы – сукральфат и препараты коллоидного висмута (де-нол, вентрикол). Сукральфат (вентер) – сульфатизированный дисахарид с гидроокисью алюминия образует прочный химический комплекс на поверхности язвы, связывает пепсин, желчные кислоты, изолецитин, повышает содержание простагландинов. Его назначают по 1-4 раза в сутки за 1 час до еды и перед сном.

Де-нол образует на поверхности язвы белково-висмутовую пленку, стимулирует слизиобразование, адсорбирует пепсин, повышает уровень простагландинов, угнетает жизнедеятельность *H.pylori*. Его назначают по 2 таблетки 2 раза в день утром и вечером за 30 минут до еды в течение месяца. Он не применяется с антацидами, которые снижают его активность.

Цитопротективным и антисекреторным действием обладают синтетические простагландины. Они улучшают также и кровоток. Сайтотек (мизопростил), представитель этой группы, применяют по 0,2 мг 3-4 раза в день.

При нарушении моторно-эвакуаторной функции гастродуоденальной зоны используют прокинетики мотилиум по 1 таблетке (10 мг) 3 раза в день за 15-20 минут до еды.

Нарушения кровообращения и микроциркуляции необходимо корректировать ангиопротекторами (трентал, тиклид, продектин).

Важнейшей задачей ведения больных ЯБ является профилактическое лечение. Для профилактики обострений ЯБ рекомендуются следующие виды терапии:

1. Непрерывная (в течение месяцев и даже лет) терапия современным антисекреторным препаратом в половинной дозе, например, ранитидин по 150 мг на ночь или фамотидин 20 мг ежедневно. Показаниями к такому виду терапии являются: неэффективность эрадикационной терапии *H.pylori*, осложненное течение ЯБ, необходимость приема нестероидных противовоспалительных средств, сопутствующий рефлюкс-эзофагит, больные старше 60 лет с ежегодными обострениями.

2. Профилактическая терапия «по требованию», предусматривающая при появлении симптомов, характерных для обострения ЯБ, прием одного из антисекреторных препаратов (ранитидин, фамотидин, омепразол) в полной суточной дозе в течение 2-3 дней, а затем в половинной дозе 2 недели. Если нет положительного эффекта, проводится гастродуоденоскопия и при обнаружении язвы – адекватная терапия обострения.

### **1.3. Эндоскопические методы лечения язвенной болезни.**

В последние годы в комплексной противоязвенной терапии неосложненных гастродуоденальных язв все большее значение приобретает местное эндоскопическое лечение через фиброгастродуоденоскоп. Известно множество методик эндоскопического лечения: обкалывание язвенных дефектов растворами репарантов; аппликации маслом облепихи и шиповника; эндоскопическая медикаментозная ваготомия; обработка дефектов и окружающих тканей лазерными лучами в терапевтических дозах и др. Все вышеперечисленные методики местного лечения значительно сокращают сроки заживления язв. Но при этом надо отметить, что данная процедура является небезопасной для пациента, проводится множество раз подряд (5-10 сеансов) и не все больные с легкостью ее переносят.

**Эндоскопическое лечение язвенной болезни** применяется как дополнение к проводимой медикаментозной терапии при плохо поддающихся лечению язвах.

Причины задержки рубцевания язв.

1. Большие размеры язвенного дефекта.
2. Нависающие края.
3. Наличие склерозированного фиброзного края.
4. Скопление в полости язвы продуктов распада.
5. Отсутствие воспалительной реакции вокруг язвы как свидетельство низкой регенеративной способности окружающих тканей.
6. Высокая кислотность желудочного сока.

**Задачи эндоскопического лечения.**

1. Стимуляция эпителизации или рубцевания язвы.
2. Снятие болевого синдрома.
3. Ликвидация периульцерозного воспаления.
4. Снижение уровня желудочной секреции.
5. Ликвидация и предупреждение осложнений.

### **Показания к эндоскопическому лечению.**

1. Язвы диаметром до 2,5 см и глубиной не более 0,5 см при безуспешности общепринятого консервативного лечения.
2. Язвы с наличием местных факторов, задерживающих рубцевание.
3. Язвы, подлежащие оперативному лечению, при отказе больного от операции или при наличии противопоказаний к оперативному вмешательству.

### **Противопоказания к эндоскопическому лечению.**

1. Малигнизация язвы.
2. Локализация язвенного дефекта, неудобная для проведения эндоскопических манипуляций.
3. Наличие осложнений, требующих оперативного лечения.
4. Тяжёлое состояние больного в связи с наличием сопутствующих заболеваний.
5. Наличие факторов, затрудняющих проведение эндоскопа в желудок.
6. Негативное отношение больного к лечебной эндоскопии. Все противопоказания носят относительный характер.

### **Необходимые медикаменты.**

1. Антибиотики.
2. Антисептики (фурацилин, риванол и др.)
3. Масла (облепихи, шиповника и др.)
4. Гормональные препараты.
5. Этиловый спирт.
6. Раствор атропина.
7. Раствор новокаина.
8. Клеевые препараты.
9. Солкосерил.

10. Оксиферрискорбон.
11. Вяжущие, противовоспалительные средства (колларгол, протаргол, танин).

Применяются и другие препараты, улучшающие регенерацию тканей или способствующие отторжению некротизированных участков (сок каланхоэ, ферменты, антиоксиданты, лейкоцитарная масса и др.)

Местное противовоспалительное лечение проводят самостоятельно или в сочетании с консервативным лечением. Применяется местная анестезия. Местное лечение включает терапевтические и хирургические методы. К хирургическим методам относятся различные вмешательства, выполняемые инструментами, вводимыми через канал эндоскопа. К терапевтическим методам относят локальную лекарственную терапию.

#### **Методы местного лечения.**

1. Удаление из язв некротических масс и фибрина.
2. Ликвидация склерозированного фиброзного края.
3. Введение антибиотиков для подавления активности микрофлоры в периульцерозной зоне.
4. Инъекция препаратов, восстанавливающих жизнедеятельность тканей.
5. Местное введение лекарственных средств, стимулирующих регенерацию тканей. Вводят из 2-3 точек, отступя на 5-6 мм от края.
6. Аппликация веществ, защищающих поверхность язвы от вредного воздействия окружающей среды. При аппликации плёнкообразующих полимеров происходит уменьшение диаметра и глубины дефекта слизистой оболочки, в связи с чем ускоряется эпителизация. Применение плёнкообразующих веществ способствует заживлению язв без образования выраженных рубцов. Язвы полностью эпителизируются либо не оставляя следа, либо

образуя нежные линейные или звёздчатые рубцы, практически не выступающие над поверхностью слизистой оболочки.

7. Блокада нервных окончаний. Проводят 1 раз в 2 дня.
8. Блокада вагальных стволов на протяжении. На 50 мл новокаина добавляют 2,0 мл 70-градусного спирта и 2,0 мл 0,1% раствора атропина. Вводят в область кардиоэзофагеального перехода из 2 точек 1 раз в 2 недели.
9. Растяжение стенозированных рубцовым или воспалительным процессом участков пищеварительного тракта.

Во всех случаях применяется комплексная местная терапия. Один метод заменяется другим в зависимости от изменений в язве.

#### **Последовательность выполнения процедур.**

Во время сеанса эндоскопического исследования продукты распада удаляются механически или гидравлическим способом. Нависающие края иссекают щипцами и коагулируют. В край язвы вводят раствор солкосерила. При появлении грануляций вместо солкосерила вводят оксиферрискорбон и выполняют масляные и клеевые аппликации. При «чистых» язвах склерозированный край иссекают, на язву наносят клей. Боли устраняются новокаиновыми блокадами. Лечебные сеансы выполняются ежедневно или через день. При отсутствии эффекта после 10 сеансов эндоскопическое лечение отменяется.

#### **1.4. Сочетание фармакотерапии с хирургическими методами в лечении язвенной болезни.**

В последние годы значительно расширились представления о патогенезе язвенной болезни и его осложнений, что требовало совершенствования медикаментозных препаратов в сочетании с хирургическими методами с целью более эффективной реабилитации пациентов в отдаленном периоде после операции [6, 32, 70, 114].

В экономически развитых странах (США, страны западной Европы) ЯБ наблюдается до 10% взрослого населения. Количество операций по поводу осложнений ЯБ составляет 10-12 на 100.000 населения в год. Поэтому активное выявление и современная полноценная фармакотерапия ЯБ актуальна не только медицинском, но и в социальном аспекте [7, 164].

В настоящее время фармакотерапия язвенной болезни базируется на положении о том, что принципиальных различий в лечении язв желудка и ДПК нет. Это связано с признанием важности кислотно-пептической агрессии и *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) в генезе язвенной болезни. Даже при низкой кислотности у больных ЯБ желудка на фоне атрофии слизистой оболочки имеющееся небольшое количество соляной кислоты является очень агрессивным фактором. Отсюда становится понятным, почему язвы желудка и ДПК рубцуются, если в течение суток удается удержать рН в желудке на уровне 3-3,5 около 18 часов, пепсиноген не превращается в активный пепсин [16, 68, 80, 110, 140].

Поэтому основными направлениями лечения язвенной болезни являются: снижение кислото и пепсин продукции и санация слизистой оболочки от *H.pylori*. Именно на это направлены диета- и фармакотерапия [126, 135, 142, 154, 164].

Снижение кислотно-пептической агрессии при ЯБ осуществляется применением современных мощных антисекреторных препаратов – ингибиторов протонной помпы (ИПП). С этой же целью применяют блокаторы  $H_2$  рецепторов. Для эрадикации *H.pylori* используются двух и трех компонентная эрадикационная терапия, средства, ускоряющие репаративные процессы и обладающие цитопротективным действием [7, 45, 60, 61, 106].

Важнейшей задачей ведения больных ЯБ перенесших органосохраняющих операций является профилактическое лечение. Для профилактики рецидива ЯБ рекомендуются следующие виды терапии:

«Непрерывная» (в течение месяцев и даже лет) терапия современным антисекреторным препаратом в половинной дозе ежедневно или ИПП. Показаниями к такому виду терапии являются: неэффективность эрадикационной терапии *H.pylori*, ушивание или иссечение язв с дуодено-пилоропластикой, сопутствующий гастрит-дуоденит, рефлюкс-эзофагит, необходимость применения НПВС у больных старше 60 лет с ежегодными обострениями хронических заболеваний опорно-двигательной системы [57, 94, 104, 119, 149].

Профилактическая терапия «по требованию», предусматривающая при появлении симптомов, характерных для обострения ЯБ, прием одного из антисекреторных препаратов в полной суточной дозе в течение 2-3 дней, а затем в половинной дозе 2 недели. Если нет положительного эффекта, проводится гастродуоденоскопия и при обнаружении язвы – адекватная терапия обострения [33, 88, 106].

При успешном проведении антисекреторной, эрадикационной терапии ЯБДПК происходит заживление язвенного дефекта. При неосложненной ЯБДПК нет необходимости продолжать антисекреторную терапию после проведения эрадикационной терапии, что приводит к значительному экономическому эффекту, не только Государства, но и для пациента.

Успешная эрадикационная терапия и применение ИПП приводит к десятикратному снижению риска повторного кровотечения после остановки и уменьшит размеры воспалительного инфильтрата вокруг язвы, тем самым способствует благоприятным условиям для выполнения наиболее обоснованного метода плановых операций при ЯБДПК [6, 95, 96, 97, 121].

В связи с развитием современной фармакотерапии отмечается резкое снижение плановых хирургических вмешательств по поводу ЯБ желудка и ДПК. Противоязвенная терапия занимает важное место при неосложненных язвах желудка и ДПК, а также в послеоперационном периоде с целью профилактики рецидива язвы и других осложнений. Требования, которые к ней предъявляются, должны предусматривать высокую эффективность, достижение быстрого клинического эффекта.

### **1.5. Хирургическая тактика и лечение при кровоточащих пилородуоденальных язвах.**

Наиболее тяжелыми кровотечениями осложняются хронические язвы, которые, как правило, глубоко проникают в стенку желудка, двенадцатиперстной кишки и пенетрируют в соседние органы. В этих случаях кровотечения бывают массивными, так как кровеносные сосуды, зияющие в язве с плотными краями и дном, плохо тромбируются. Хирургическая тактика и выбор метода операции у больных с острым кровотечением из язвы во многом зависит от точности диагноза, локализации язвы, возраста больных и сопутствующих заболеваний, сочетания осложнений и анатомических изменений вокруг язвы обнаруженных во время операции [5, 36, 40, 42, 43, 45, 50, 54, 67, 83, 102, 132].

История развития хирургии язвенных гастродуоденальных кровотечений начинается с 1880 года, когда Eiselberg впервые выполнил иссечение кровоточащей язвы желудка и ушивание образовавшегося отверстия (цит. по А.И. Горбашко, 1974). За прошедшие 137 лет эта проблема остается одной из самых актуальных в ургентной хирургии. Следует выделить два основных направления ее эволюции - совершенствование методов хирургического лечения и тактики лечения. Эти методы в разные периоды значительно менялись [100, 151, 157].

Первый 50-летний период характеризуется отсутствием единой тактики и минимальным опытом хирургов. За это время определился диапазон оперативных вмешательств от иссечения или прошивания кровоточащей язвы до классической резекции желудка. Уже к концу 20-х годов XX века, по мнению ведущих хирургов, единственно радикальным методом признавалась резекция желудка, но даже в руках выдающихся мастеров летальность составляла 20,4% (Finsterer H., 1933), а по сводным данным, в стране она превышала 30% (Березов Е.Л., 1956) [10, 160].

С 30-х годов прошлого столетия начался второй пятидесятилетний период. В это время был окончательно решен вопрос об объеме операции. Методом выбора стала резекция желудка в наиболее распространенной модификации Гофмейстера-Финстерера. Сформировались и два тактических подхода к лечению больных, принципиально отличных друг от друга. Сторонники активной хирургической тактики С.М. Бова и А.И. Горбашко отстаивали преимущества ранних операций, аргументируя их статистическими показателями [24, 39, 151]. При выжидательной тактике летальность составляла в среднем 23,3%, при выполнении ранних операций - 14,8%.

Третий период окончательно сформировался к 80-м годам XX века, когда в хирургическую практику вошла фиброгастродуоденоскопия. К этому времени арсенал хирургических вмешательств заметно расширился за счет внедрения различных вариантов ваготомии, позволяющей выполнять органосохраняющие операции. Интенсивное развитие эндоскопических методов диагностики и лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений позволило упорядочить процесс определения показаний к срочному оперативному вмешательству, найти консенсус во взглядах сторонников «консервативно-выжидательной» и «активно-агрессивной» хирургических тактик [9, 12, 67, 83, 125].

Современный тактический алгоритм включает в себя последовательное применение методов диагностической и лечебной эндоскопии, медикаментозного лечения и лишь при их безуспешности - оперативного лечения [41, 56, 65, 99, 136].

В диагностике и лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений ключевая роль принадлежит фиброгастродуоденоскопии, считающейся обязательной стандартной манипуляцией. В первую очередь, определяются локализация, размеры, морфологические особенности кровоточащей язвы, а также характер кровотечения [56, 130, 135, 136, 137, 147].

Достижения медицинских технологий последних лет позволяют выполнять эндоскопические инвазивные манипуляции по остановке язвенных кровотечений, не прибегая к помощи хирургического вмешательства. Возможны различные варианты эндоскопического гемостаза: лазерная коагуляция, диатермокоагуляция, местная, инъекционная терапия сосудосуживающими и склерозирующими препаратами, клипирование кровоточащего сосуда [45, 46, 54, 55, 125].

В последнее время появились сообщения о применении при кровоточащих язвах эндоскопического клипирования с эффективностью 85-100% [46, 63, 135, 136, 157]. Описаны случаи остановки кровотечения путем эндоскопического лигирования при неэффективности стандартных методов ЭГ [137, 144].

Разнообразная распространенность методик связана с различием технических и финансовых возможностей лечебных учреждений, опыта и личных пристрастий врача - эндоскописта. Статистические показатели отмечают примерно одинаковую эффективность этих методик, что первичная остановка кровотечения возможна практически у всех больных. Между тем, главный и до сих пор окончательно нерешенный вопрос касается не первичного гемостаза, а выбора алгоритма

---

дальнейшей тактики: показана ли операция и, если показана, то кому? Основным фактором, определяющим гибель пациентов, - ранние повторные кровотечения, с которыми эндоскопически и медикаментозными методами справиться уже не удастся. Применение самых современных антацидов, H<sub>2</sub> - блокаторов и ИПП практически не влияет на частоту повторных геморрагий и вероятность неблагоприятного исхода [40, 45, 46, 125, 133, 158]. Среди возможных критериев, определяющих вероятность рецидива кровотечения, выделяют: возраст больного, наличие сопутствующих заболеваний, продолжительность язвенного анамнеза, локализацию язвы, ее размеры, морфологические изменения в области язвы, выраженность гиповолемического шока [90, 130, 147, 148, 155, 163, 167].

Очень важна эндоскопическая характеристика источника кровотечения. В этом аспекте наиболее удобна и наиболее распространена классификация Forrest [62, 99].

У больных же, подлежащих неотложному оперативному лечению, временный гемостаз позволяет выиграть время и адекватно подготовить их к экстренной операции. У больных со значительной угрозой рецидива кровотечения, которые не подлежат оперативному лечению вследствие крайне высокой степени операционно-анестезиологического риска неоперативный гемостаз с использованием активной динамической эндоскопии позволяет предотвратить рецидив кровотечения и добиться устойчивого гемостаза без операции у предельно тяжелых больных в 77% наблюдений [45, 54, 120, 150, 159].

Между тем, на всех этапах развития хирургии язвенных гастродуоденальных кровотечений существовали группы больных, которые, по мнению сторонников «активной» и «консервативной» тактики, подлежали экстренному оперативному лечению. Это больные с

профузными, продолжающимися и рецидивными кровотечениями [14, 40, 101, 130, 137, 147, 148].

Выбор метода операции в первую очередь определяется тяжестью состояния больного, степенью операционно-анестезиологического риска, локализацией и характером кровоточащей язвы. При кровоточащей пилородуоденальной язве, особенно у больных с высокой степенью операционного риска многие хирурги предпочитают выполнять стволовую ваготомию и пилоропластику в сочетании с прошиванием или иссечением язвы, а при пенетрации ее - с экстрадуденизацией [55, 115, 116, 163]. У больных с длительным язвенным анамнезом и выраженными морфологическими изменениями в области язвы при сравнительно небольшой степени операционного риска по мнению авторов, следует выполнять антрумэктомию или гемигастрэктомию с ваготомией. Резекцию желудка обычно выполняют при желудочной локализации язвы [13, 89, 98, 111].

Одним из направлений в резекционной хирургии язвенной болезни желудка и ДПК является разработка «пластических» способов формирования желудочной культи [57, 108]. Традиционно объективными ориентирами при определении объема и площади резекции желудка являются сосуды желудка. По А.И. Горбашко (1985) при выполнении поперечной резекции ориентирами служат по малой кривизне первая поперечная ветвь левой желудочной артерии, по большой кривизне - на 1 см выше вхождения в стенку желудка нижней ветви левой желудочно-сальниковой артерии [38, 39, 59]. По Г.К. Жерлову (2002) анатомическими ориентирами при резекции желудка в объеме 2/3 являются по малой кривизне на 1-2 см ниже поперечной ветви левой желудочной артерии. По большой кривизне при удалении 1/3 линия резекции проходит на 5-6 см ниже точки Van-Goethem (место анастомозирования правой и левой желудочно-сальниковых артерий); 1/2 - линия резекции проходит на 2-3

см ниже анастомоза правой и левой желудочно-сальниковых артерий. При трубчатой резекции желудка по В.В. Сумину (1997) по малой кривизне на 1 см выше первой поперечной ветви левой желудочной артерии, по большой кривизне на уровне нижней ветви левой желудочно-сальниковой артерии [38, 39, 56, 57, 134, 146].

При выполнении данных требований линия резекции повторяет очертания большой кривизны желудка, описывая дугообразную линию. По мнению Г.К. Жерлова (2002) резекции желудка в зависимости от способа восстановления непрерывности желудочно-кишечного тракта классифицируются на: 1) резекции по Бильрот-I с анастомозом конец в конец, конец в бок, пластические операции с восстановлением дуоденального пассажа, пилоруссохраняющие операции; 2) резекции желудка по Бильрот-II; 3) резекции желудка с анастомозом по Ру [33, 57, 108, 112, 115, 128, 157].

В настоящее время вопрос о выборе методов резекции желудка, объеме удаляемой части и способах завершения операции изучается с точки зрения компенсации функции пищеварения и предупреждения органических и функциональных осложнений. С увеличением длительности заболевания, возраста больного и наличия таких осложнений как пенетрация, стеноз, а также их сочетание, лучшие функциональные результаты получены при выполнении резекции желудка по Бильрот-I [7, 59, 68, 73].

В последние годы появились публикации, посвященные результатам лапароскопической резекции желудка и эндоскопически-ассистированным операциям [72, 103, 131]. Большое число отдаленных постгастрорезекционных расстройств (17-27%) и небольшое количество операций по поводу осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки требуют дальнейшего совершенствования

методик операций и сдержанного отношения к ним. Требуют дальнейшего изучения резекции желудка из минилапаротомного доступа [52, 145].

Более чем вековой опыт хирургического лечения больных с кровоточащими пилородуоденальными язвами позволяет выделить три категории операций:

- категория паллиативных операций - иссечение или ушивание кровоточащей язвы;
- категория радикальных органосохраняющих операций - ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой; радикальное иссечение язвы с пилородуоденопластикой на фоне современной фармакотерапией
- третья категория - резекции желудка различного объема и модификаций.

Каждый из этих вариантов в разное время являлся «операцией выбора», каждый из них и на сегодняшний день имеет своих приверженцев и противников.

Основной задачей паллиативных операций является спасение жизни больного путем выполнения адекватного его состоянию объема операции, позволяющей устранить источник кровотечения, обеспечить надежный гемостаз и, по возможности, излечить от ЯБ. Они выполняются вынужденно в критических состояниях в группе больных пожилого возраста с тяжелыми заболеваниями сердечно-сосудистой системы и органов дыхания, с массивной кровопотерей [33, 57, 108, 112, 115, 128, 157].

Таким образом, хирургическая тактика и поиск оптимальных методов хирургического лечения пилородуоденальной язвы, осложненной кровотечением, продолжается. До настоящего времени отмечаются неадекватные методы лечебной тактики при оказании помощи больным с кровоточащей ПД язвой. В частности, нет надлежащей согласованности в понимании экстренности оперативного

---

лечения этих больных, и существует поразительная путаница в названиях операций в зависимости от сроков поступления больного в стационар [117]. Обнаруживается совершенно разное толкование немедленной, срочной, экстренной, неотложной и отсроченной операции, хотя, с точки зрения лингвистики, эти понятия являются синонимами. Такое положение дел уводит практического врача от понимания сути лечебного процесса при поступлении больных с кровоточащей ПД язвой в стационар, порождает тактику пассивного наблюдения за больными и крайне затрудняет научный анализ и сопоставление данных разных авторов. При оказании помощи больным с кровоточащей ПД язвой метод хирургического вмешательства часто выбирают в силу личных привязанностей хирурга, которые нередко основаны на небольшом опыте [4, 58, 112, 157].

Проблема разработка хирургической тактики и выбор метода лечения желудочно-кишечных кровотечений из пилородуоденальной язвы остается актуальной и требует всестороннего изучения, как в теоретическом, так и в практическом отношении.

#### **1.6. Влияние различных операций на показатели гомеостаза пепсиногена при язвенной болезни**

Гомеостаз - относительное постоянство состава и свойств внутренней среды и устойчивости функций организма. Обусловлен сложными регуляторными взаимодействиями на молекулярном, клеточном, органном и организменном уровнях организации живого. К настоящему времени отсутствует полное представление о механизмах, обеспечивающих поддержание относительного постоянства параметров внутренней среды организма. Это связано с недостаточно полной изученностью частных механизмов гомеостатической регуляции деятельности отдельных органов и систем в условиях патологии. Одним из таких «Белых пятен» является гомеостаз ферментов

пищеварительных желез, который, не в полной мере изучен в условиях гастродуоденальной патологии, при различных методах резекции желудка и сроках аспирации желудочного и дуоденального содержимого в послеоперационном периоде [71, 80, 81, 110].

Относительное постоянство содержания в периферической крови инкретируемых пищеварительными железами ферментов или гомеостаз ферментов (пепсин, амилаза, липаза) пищеварительных желез представляет собой сложный и динамический процесс балансирования инкреции ферментов в кровь и выделения из неё гидролаз ренальными и экстраренальными путями, утилизации, депонирования в органах и тканях, ингибирования ферментов [76,79].

Показателем инкреции пищеварительных гидролаз является содержание их в крови. Размеры инкреции гидролаз находятся в прямой зависимости от количества клеток - продуцентов соответствующих ферментов, функциональной активности клеток соответствующих желез и гидростатического сопротивления оттоку секрета из желез [23, 25, 68].

Зависимость инкреции пепсиногена от количества главных клеток желудочных желез показано большим числом экспериментальных и клинических работ. Так уменьшение количества клеток желудка продуцентов пепсиногена при его резекции, гастрэктомии, атрофических изменениях его слизистой приводит к снижению содержания пепсиногена в периферической крови и его ренального выделения. Высказывается мнение, что уровень пепсиногена в крови является даже более достоверным показателем синтеза его в слизистой оболочке желудка [25, 73, 78, 81, 138, 165].

Одним из вопросов требующего дальнейшего изучения является изменение гомеостаза пепсиногена в послеоперационном периоде и

влияние на него различных сроков аспирации желудочного содержимого.

Органосохраняющие операции на желудке, длительная аспирация желудочного и дуоденального содержимого, содействует уменьшению гидростатического давления в желудке и двенадцатиперстной кишке и более быстрому восстановлению моторно-эвакуаторной деятельности желудка, двенадцатиперстной кишки и тонкого кишечника. Также способствует восстановлению кровообращения и метаболических процессов в травмированных оперативной травмой участках, слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки, тем самым ускоряет восстановительные процессы, приводящие к уменьшению отека и воспаления. Все это также способствует восстановлению секреторной функции пищеварительных желез и усилению экзосекреции, уменьшению инкреции и снижению содержания пищеварительных гидролаз в крови и моче, а также восстановлению ферментного гомеостаза в крови [25, 26, 51, 68, 76, 77, 88].

Таким образом анализ литературы позволяет сделать вывод, что многие вопросы лечения гастродуоденальных язвенных кровотечений далеки от своего решения.

Достаточно противоречивы данные относительно ЭГ. Среди множества методик не существует однозначно признанных. Противоречиво представлены данные о показаниях и эффективности ЭГ.

Спорным остается вопрос хирургической тактики. Несмотря на то, что большинство хирургических школ применяют АИТ, в ней так же имеются слабые стороны, которые требуют усовершенствования. Это, прежде всего, вопрос выполнения повторных эндоскопических исследований (динамическая эндоскопия), не определены показания и четкие сроки выполнения. Однозначно не решен вопрос показаний к

оперативному лечению, особенно у пациентов с сопутствующей патологией.

## ГЛАВА II.

### КЛИНИЧЕСКИЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КРОВОТОЧАЩИХ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

---

---

#### 2.1. Общая характеристика клинического материала.

Основой для проведения настоящего исследования послужил опыт консервативного и хирургического лечения 632 больных с хроническими пилородуоденальными язвами, осложненными кровотечением. Данные пациенты находились на стационарном лечении в отделении хирургии с экстренной медицинской помощью на базе кафедры хирургии и урологии Андиганского Государственного медицинского института в период с 2007 по 2016 годы. Указанное отделение на протяжении многих десятилетий занимается проблемой профилактики, лечения и реабилитации больных с ЯБ. Стандартное распределение по полу и возрасту согласно Международной возрастной классификации ВОЗ представлено в таблице 2.1 – мужчин было 453(71,7%), а женщин –179(28,3%), средний возраст составил – 37,4±0,66 год.

Таблица 2.1

#### Распределение больных по полу и возрасту

Пол	< 19 лет	20-44 лет	45-59 лет	> 60 лет	Всего
Мужчины	27	280	103	43	453(71,7%)
Женщины	7	125	33	14	179(28,3%)
Всего	34(5,4%)	405(64,1%)	136(21,5%)	57(9%)	632(100%)

Возраст пациентов колебался от 15 до 85 лет, при этом большинство составили больные молодого – 405(64,1%) и зрелого возраста – 136(21,5%). Таким образом, 541(85,6%) больных составили

люди наиболее трудоспособного возраста, что подчеркивает высокую социальную значимость изучаемой патологии пищевода.

Изучение язвенного анамнеза входило в стандарт обследования больных с кровоточащими ПДЯ. При этом установлено, что 103(16,3%) больных категорически отрицали гастритический и язвенный анамнез, т.е. кровотечение у них было проявлением первого симптома. У 101(16%) язвенный анамнез составил 3 месяца, у 117(18,5%) – 3-6 месяце, у 115(18,2%) – до 1 года, у 121(19,1%) – от 1 до 5 лет и у 75(11,9%) от 5 до 10 лет. Сроки поступления больных с ПДЯ, осложненными кровотечением колебались от 1 часа до 8 суток: в течении 3 часов поступили 91(14,4%) больных, от 3 до 6 часов – 81(12,8%) больных, от 6 до 12 часов – 107(16,9%) больных, от 12 часов до 1 суток – 116(18,4%) больных, от 1 до 3 суток – 146(23,1%) больных и более 3 суток – 91(14,4%) больных.

Локализация пилородуоденальных язв у больных с кровотечением представлена в таблице 2.2.

Таблица 2.2

**Характеристика сравниваемых групп больных по локализации  
кровоточащих ПДЯ**

Локализация ПДЯ	Количество	
	абс.	%
Задняя	210	33,2
Задняя + верхняя	234	37
Задняя +нижняя	54	8,5
Передняя	28	4,4
Передняя + верхняя	74	11,7
Передняя + нижняя	11	1,7
«Седловидная»	13	2,1
«Зеркальная»	8	1,3
Всего	632	100

Как видно из данных таблицы 2.2, существует большое разнообразие локализаций ПДЯ, однако четко прослеживается тенденция локализаций язв на задней стенке – 498(78,8%), что и не удивительно, учитывая особенности кровоснабжения в пилородуоденальной зоне.

Активность кровотечения из ПДЯ определялась в соответствии с классификацией Forrest (1974г): пациентов с продолжающимся кровотечением было 19, из них по Forrest I-A у 19(3%) и Forrest I-B – 27(4,3%). Большинство больных было с клиникой остановившегося кровотечения (n=503): Forrest II-A – 112(17,7%), Forrest II-B – 185(29,3%) и Forrest II-C – 206(32,6%).

Для определения репрезентативности групп исследования был проведен сравнительный статистический анализ контрольной и основной групп по полу, возрасту, длительности язвенного анамнеза, срокам поступления, локализации ПДЯ, тяжести состояния больных, степени кровопотери и характеру кровотечения по Forrest. Подробно распределение больных на контрольную и основную группу будет представлено в IV главе.

## **2.2. Методы исследования**

Обследование больных начиналось при поступлении в приёмном отделении. Проводился осмотр, сбор анамнеза, оценка тяжести состояния и степени кровопотери, выполнялись лабораторные исследования, общий и биохимический анализ крови, определение группы крови и резус-фактора, УЗИ, ЭКГ, рентгенография грудной клетки и брюшной полости, консультации смежных специалистов по показаниям. Одновременно с этим устанавливали назогастральный зонд для определения характера желудочного содержимого, его объёма и подготовки к эндоскопическому исследованию (отмывание желудка холодной водой).

Для получения по возможности более полного и детального представления о локализации язвенного процесса, характера осложнений, сопутствующих заболеваний и степени тяжести состояний, помимо тщательного изучения анамнеза, объективных исследований, независимо от возраста и клинических признаков заболевания, проводилось обследование с использованием общеклинических, лабораторных и инструментальных методов диагностики.

Лабораторные исследования включали в себя гематологические исследования периферической крови; определение биохимических показателей: общего белка и его фракций, креатинина, билирубина, трансаминаз, глюкозы; определение электролитов крови; определение состояния свертывающей системы крови; общий анализ крови и мочи. Все лабораторные исследования проводились по распространенным стандартным методикам.

В комплекс до операционного обследования включали как общепринятые, так и специальные методы исследования:

1. Эзофагогастродуоденофиброскопия (ЭГДФС);
2. Контрастная рентгеноскопия и рентгенография с компьютерной поддержкой для изучения МЭФЖ или ее культы;
3. Изучение кислотопродуцирующей функции желудка аспирационно-титрационным методом и внутрижелудочной рН-метрией (базальной и стимулированной);
4. Определение гомеостаза пищеварительных ферментов (пепсина) в крови;
5. По показаниям производилось УЗИ и КТ органов брюшной полости.

Совокупность полученных данных позволяла в большинстве случаев получить комплексную характеристику функционального состояния желудка и ДПК, определить локализацию язвы и характер

осложнений, уточнить показания к операции и выбор наиболее оптимального метода хирургического лечения, а также определить его эффективность.

### **2.2.1. Эзофагогастродуоденоскопия**

ЭГДФС проводили в кабинете эндоскопических исследований. При проведении диагностических и лечебных ЭГДС использовались гастродуоденоскопы “Pentax FG-29V” производства фирмы Pentax (Япония), “Olympus GIF-Q40” и “Olympus GIF-XQ20” производства фирмы Olympus (Япония), “Fujinon FG-1Z” производства фирмы Fujinon (Япония). Всем больным с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения ЭГДС выполняли экстренном порядке, при этом исследование проводили либо в кабинете эндоскопических исследований (при удовлетворительном и среднетяжелом состоянии больного), либо реанимационном отделении (при тяжелом состоянии больного). При клинической картине продолжающегося кровотечения и нестабильной гемодинамике исследование выполняли на операционном столе. Эндоскопическое воздействие на язвенный субстрат осуществляли либо с целью остановки продолжающегося кровотечения (в том числе рецидивного) - экстренный ЭГ, либо с целью предотвращения вероятного рецидива кровотечения - превентивный ЭГ. Для этого использовали инфльтрационный ЭГ, коагуляцию кровоточащего сосуда на язве, аппликация лекарственными препаратами.

Визуально оценивалось состояние слизистых оболочек пищевода, желудка, пилорического канала и ДПК, если удавалось прибором пройти через привратник, наличие воспалительных или атрофических изменений; локализация, размеры, состояние стенок и глубина язвенного дефекта; некротически измененных тканей, тромбированных сосудов на дне язвы; степени сужения выхода из желудка; характер желудочно-дуоденального содержимого в просвете.

Больным с острым гастродуоденальным кровотечением производили неотложную фиброгастродуоденоскопию, во время которой определяли источник, тип и характер кровотечения. Активность определяли согласно классификации Forrest (1974 г):

F I a - Массивное (струйное, артериальное)

F I b - Умеренное (венозное, паренхиматозное)

F II a - Наличие тромбированного сосуда прикрытого рыхлым тромбом

F II b - Наличие тромбированного сосуда с тромбом коричневого цвета, выступающего над уровнем дна

F II c - Наличие мелких тромбированных точечных сосудов в дне

F III - Отсутствие видимых признаков бывшего кровотечения (анамнестическое кровотечение)

При эндоскопии фиксировались следующие данные: наличие крови в пищеводе, желудке, ДПК, её количество и характер; источник кровотечения (локализация, размеры язвы); признаки кровотечения: артериальное кровотечение (пульсирующее), подтекание венозной крови, свежий сгусток, красный тромб, тромб в состоянии ретракции, тромбированный сосуд, гематома вокруг источника, имбибиция гемосидерином.

Проведение эндоскопического исследования в раннем послеоперационном периоде позволяло оценить восстановление тонуса культи желудка, состояние слизистой оболочки и области анастомоза, наличие рефлюкса эзофагита и/или дуоденогастрального рефлюкса.

### **2.2.2. Методика рентгенологического исследования желудка и двенадцатиперстной кишки.**

Всем пациентам при госпитализации стационар выполнялась рентгенография грудной клетки. При подозрении на перфорацию полого органа всем пациентам выполнялась обзорная рентгенография брюшной полости с целью выявления свободного газа под куполами диафрагмы (прямом положении пациента или на латерограмме). При отсутствии свободного газа, но наличии клинической картины перитонита и язвенного анамнеза исследование повторяли после ЭГДС (комплексное рентгено-эндоскопическое исследование).

При наличии язвенного стеноза выходного отдела желудка, подтвержденного при поступлении пациента эндоскопически, после стабилизации состояния пациента, достижения устойчивого гемостаза проводилось рентгенологическое исследование пассажа сульфата бария верхних отделах ЖКТ.

Исследование начинали с обзорной рентгенографии грудной и брюшной полостей, при этом определялся больших размеров газовый пузырь желудка с уровнем жидкости в нём. В качестве контрастного вещества использовали водную взвесь бария сульфата в концентрации 1:2. При рентгеноскопии желудка первым этапом исследования являлось изучение рельефа слизистой оболочки с помощью дозированной компрессии и пальпации. Затем проводили полипозиционное исследование в вертикальном положении (ортоскопии), горизонтальном положении на спине, на животе (трохоскопия), в положении Тренделенбурга, положении на боку при горизонтальном ходе рентгеновских лучей (латероскопия).

Наличие пилородуоденального стеноза (ПДС) определяли по размерам желудка, наличию жидкости натошак, а степень выраженности стеноза по времени эвакуации бариевой извести из желудка: в течение 3-7 часов - компенсированный ПДС, 7-24 часа субкомпенсированный ПДС, более 24 часов - декомпенсированный ПДС.

Рентгенологическое исследование также применяли для оценки моторно-эвакуаторной функции оперированного желудка в послеоперационном периоде. Рентгенологическое исследование позволяло выявить характер и степень функциональных расстройств желудка и двенадцатиперстной кишки. О характере эвакуаторной функции желудка после операции судили по следующим критериям: ускоренная - до 1,5 часов, своевременная, 1,5-2 часа, замедленная - более 2 часов. В ранние сроки (6-7 сутки) после операции при рентгенологическом исследовании особое внимание обращалось на состояние моторно-эвакуаторной функции культи желудка, состояние и размер анастомоза, наличие дуоденогастрального и гастроэзофагального рефлюксов, состояния ДПК. С целью повышения качества и информативности исследования параллельно проводилась цифровая видеозапись.

Таким образом, рентгеноконтрастное исследование ЖКТ в сочетании с компьютерной поддержкой позволяет расширить их диагностическую ценность, более объективно оценить моторно-эвакуаторную функцию и точно диагностировать хирургическую патологию.

### **2.2.3. Исследования кислотопродуцирующей функции желудка**

Изучение кислотопродуцирующей функции желудка до операции, а также в послеоперационном периоде имеет большое значение в диагностике, при выборе оптимального и наиболее патогенетически обоснованного метода операции при осложненной ЯБДПК, объективной оценки результатов операции и для оценки прогноза (рецидив язвы, гастрит культи желудка) заболевания. Показатели кислотности желудочного сока изучены у 16 больных со стойким гемостазом в до- и послеоперационном периоде аспирационно-титрационным методом, а также с помощью внутрижелудочной рН-метрии.

**Аспирационно-титрационный метод.** В желудок до его синуса вводится тонкий хлорвинильный зонд с боковыми отверстиями на конце. Больной укладывается на левый бок, полностью эвакуируется содержимое желудка. Затем в течение часа через 30-минутные отрезки времени извлекается содержимое и полученные порции титруются под контролем фенолрота или рН-метра, так называемая базальная продукция кислоты (БПК). После титрования полученных порций желудочного сока вычисляется БПК по формуле;

$$БПК = \frac{A+B}{1000} + \frac{A+B}{1000} \text{ ммоль/час}$$

где А - объем желудочного сока в мл, В - концентрация кислотности желудочного сока в тит. ед.

По истечении одного часа исследуют так называемую стимулированную (гистамином) максимальную продукцию кислоты (МПК). Применение усиленной гистаминовой пробы (проба Кея), позволяет определить МПК (свойственную желудочной фазе секреции). Больному вводится гистамин дихлорид из расчета 0,024 мг/кг веса. За 30 минут до введения гистамина внутримышечно вводят супрастин или пипольфен (2 мл). В полученных порциях желудочного сока определяют объем секрета в миллилитрах, концентрацию (НСІ) кислотности в титрационных единицах (Т.Е.). Желудочный сок собирается через 30 минутные отрезки времени в течение одного часа и вычисляется часовое напряжение МПК по аналогичной формуле:

$$МПК = \frac{A+B}{1000} + \frac{A+B}{1000} \text{ ммоль/час}$$

В приведенных формулировках упоминается понятие «кислоты» без разделения на «свободную» и «общую», поскольку в современной гастроэнтерологии ориентируются только на общую кислотность. Дело в том, что при рН выше 3,5 часть водородных ионов не подвергается

нейтрализации щелочью, показатель «свободной» кислотности не учитывает их и оказывается неубедительным, не отражающим реальное содержание ионов водорода в аспирированном соке. Критерии оценки величины базальной и максимальной продукции кислоты по данным Кузина М.И. и Панцырева Ю.М. (2005) приведены в таблицы 2.5.

Таблица 2.5

**Распределение пациентов на группы в зависимости от величины базальной и максимальной продукции кислоты в желудке**

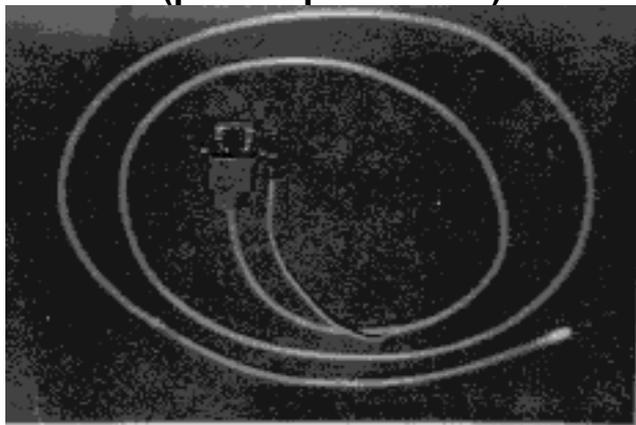
Характер секреции	БПК, ммоль/ч	МПК, ммоль/ч
Гиперсекреторы	>5,1	>22,1
Нормосекреторы	1,8- 2,2	18,0-22
Гипосекреторы	0	<6,0

Нормальные показатели кислотопродукции желудочного сока: базальная продукция кислоты (БПК): от 1,8-2,2 до 5 ммоль/ч, максимальная продукция кислоты (МПК): от 18 до 25 ммоль/ч.

**Внутрижелудочная рН-метрия.** Для исследования кислотопродуцирующей функции желудка методом внутрижелудочной рН-метрии используются первичные преобразователи (рН-зонды), преобразующие физико-химический параметр среды – концентрацию водородных ионов в электрический сигнал в диапазоне величины от 1,0 до 9,3. Для проведения дооперационной внутрижелудочной рН-метрии использовался рН-самописец (рис. 2.2) и стандартный трехканальный рН-зонд (рис. 2.3).



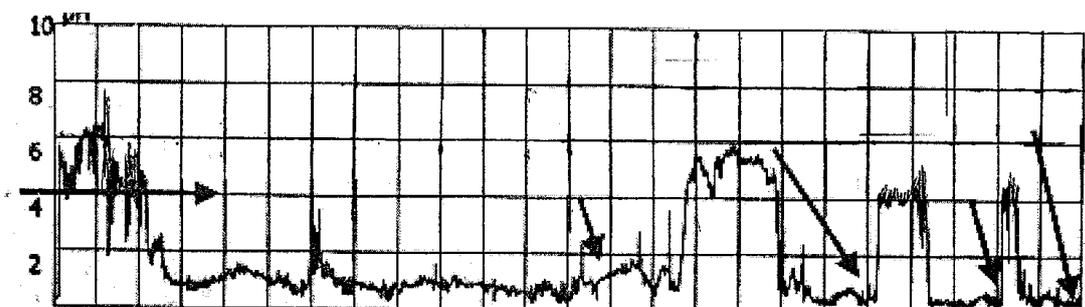
**Рис. 2.2. Аппаратура для производства внутрижелудочной рН-метрии (рН-метр Н 3020-3)**



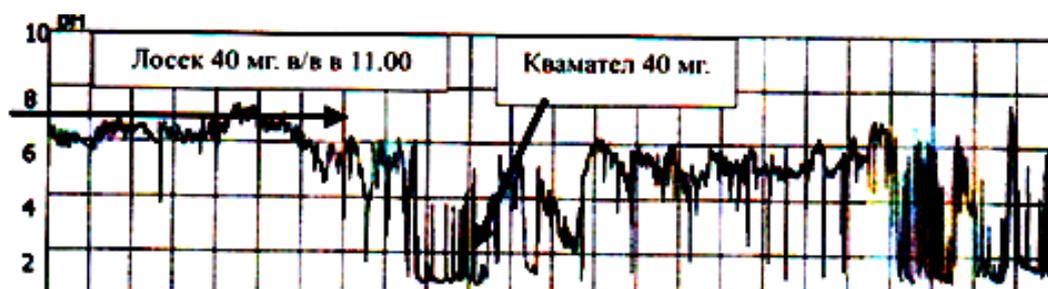
**Рис. 2.3. Трехканальный рН-зонд.**

Исследование проводилось в полулежачем положении больного. Больной проглатывал зонд, который постепенно вводился в желудок и с помощью рентгенологического контроля устанавливался таким образом, что его концевой электрод располагался ближе к привратнику, средний электрод – в антральном отделе, а проксимальный – в теле желудка ближе к кардии.

Для определения характера кислотности (рН) желудочного сока и влияния блокаторов желудочной секреции у больных язвенной болезнью проводили рН-метрию в течении суток (рис. 2.4 и 2.5). Проведенные многочисленных исследований у больных ЯБ в нашей клинике (Ф.Н. Нишонов и А.К.Ботиров) показали отсутствие достоверного отличия ночной и дневной кислотности желудочного сока.



**Рис. 2.4. рН-грамма больного И. Гиперацидность, нарушение ощелачивающей функции антрума.**



**Рис. 2.5. pH грамма (больного И.) на фоне ИПП и блокаторов H<sub>2</sub>-рецепторов. Гипоацидность.**

Поэтому, мы в настоящей работе рН-метрию проводили в течение 2-х часов, причем слюна сплевывалась, а не проглатывалась. В течение первых 20 минут изучали базальную рН, затем через специальный канал рН-зонда вводили в желудок раствор пищевой соды (гидрокарбонат натрия) из расчета 0,5 г на 30 мл кипяченой воды при температуре 37°C. Этим приемом выполнялся щелочной тест, позволяющий судить о кислотонейтрализующей функции антрального отдела желудка. У здоровых людей щелочное время колеблется в пределах 19,3±1,6 мин.

Критерии оценки кислотопродуцирующей функции желудка по данным рН-метрии по Линару Е.Ю. (1969 год) приведены в таблице 2.6.

**Таблица 2.6**

**Критерии оценки кислотопродуцирующей функции желудка**

Состояние кислотообразования в теле желудка	Уровень рН
Гиперацидность, непрерывное кислотообразование	0,9 1,5
Нормоацидность, непрерывное кислотообразование	1,6-2,0
Гипоацидность	2,1-4,0

Анацидность	4,1 и более
-------------	-------------

Примечание: рН - мера активности ионов водорода в растворе, количественно выражающая его кислотность

У тех больных, у которых при исследовании был отмечен низкий уровень базальной рН (1,1 и ниже) с укорочением щелочного времени, стимуляцию гистамином, т.е. тест Кея, мы не проводили.

#### **2.2.4. Метод определения пищеварительного фермента пепсиногена**

С целью выяснения состояния гомеостаза пищеварительного фермента у больных с пилородуоденальными язвами до и после операции, нами проведено исследование плазмопепсиногена (крови) в условиях относительного покоя пищеварительных желез – натощак и в условиях повышения функциональной активности пищеварительных желез после приема пищи (проф. Алейник В.А. (2010-2013 год) – Центральная научно-исследовательская лаборатория АндГосМИ.

**Определение плазмопепсиногена** производилось модифицированным в нашем институте (Коротко Г.Ф., 1981) тирозиновым методом Hirschowitz. Принцип его состоит в том, что белковый субстрат инкубируется с протеазой и мерой активности ее является количество аминокислот (тирозина), образовавшихся в результате гидролиза белка и выявляемых колориметрически по реакции с фенольным реактивом Фолина-Чиокальтеу. В модификации Коротко Г.Ф. (1981) увеличено время инкубации до 24 часов и в качестве белкового субстрата использован не гемоглобин, а сухая плазма.

Схема проведения исследований гидролитических ферментов представлена на рисунке 2.6.

1 этап: до операции - здоровые - больные ЯБДПК
--

Пепсиноген	Натошак		В крови
	Через 1 час п/еды		
	Через 2 часа п/еды		

2 этап после операции  
- Дуоденопластика  
- РЖ по Бильрот I  
- РЖ по Бильрот II

1 сутки	Пепсиноген	Натошак		В крови
2 сутки	Пепсиноген	Натошак		В крови
		Через 1 час п/еды		
		Через 2 часа п/еды		
3 сутки	Пепсиноген	Натошак		В крови
		Через 1 час п/еды		
		Через 2 часа п/еды		
4 сутки	Пепсиноген	Натошак		В крови
		Через 1 час п/еды		
		Через 2 часа п/еды		
5 сутки	Пепсиноген	Натошак		В крови
		Через 1 час п/еды		
		Через 2 часа п/еды		
6 сутки	Пепсиноген	Натошак		В крови
		Через 1 час п/еды		
		Через 2 часа п/еды		

**Рис. 2.6. Схема проведения исследований гидролитических ферментов**

### 2.3. Методика статистической обработки данных.

Для оценки количественных показателей хирургического лечения, кровоточащих ПДЯ проведен анализ интраоперационных осложнений, ранних послеоперационных осложнений и послеоперационной летальности. Отдаленные результаты различных методов хирургического лечения кровоточащих ПДЯ изучали по шкале Vizik, а

качество жизни больных в различные сроки после операции, используя Индекс качества жизни.

Полученные данные обработаны на компьютере методами математической статистики в среде электронных таблиц Microsoft Excel. Для каждого вариационного ряда определяли среднюю арифметическую ( $M$ ), среднюю ошибку ( $m$ ). Достоверность различий средних арифметических величин определяли по абсолютному показателю точности ( $P$ ) по таблице процентных точек распределения Стьюдента-Фишера в зависимости от коэффициента достоверности ( $t$ ) и числа степеней свободы ( $n$ ). На основании  $t$  по таблице Стьюдента определялась вероятность различия ( $P$ ). Различие считалось достоверным при  $P < 0,05$ , т.е. в тех случаях, когда вероятность различия составляла больше 95%.

## ГЛАВА III. КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСЛОЖНЕННЫХ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

### 3.1. Распространенность язвенной болезни в Ферганской долине.

Распространенность ЯБ среди населения Ферганской долины мы изучали, используя данные статистических отчетов областных медицинских объединений Андижанской, Наманганской и Ферганской областей с общей численностью населения 6 млн. человек в I период (1980-1984 годы) и 10 млн. человек в настоящее время – II период (2012-2016 годы). Сведения о количестве больных язвенной болезнью в регионе представлены в таблице 3.1.

**Таблица 3.1**

#### Число больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в Ферганской долине

Годы		Количество больных, которые находятся на учете		Количество больных, у которых язвенная болезнь выявлена впервые	
		I-период	II-период	I-период	II-период
1980	2012	4997	18570	811	13879
1981	2013	5805	17311	1154	10381
1982	2014	6461	17422	1244	12800
1983	2015	7789	17130	1367	7964
1984	2016	7887	15984	1003	7753

Из таблицы видно, что за первый период на 6 млн. населения Ферганской долины приходилось 7.887 больных ЯБ или 131,45 на 100.000

человек. Через 30 лет (II период) заболеваемость ЯБ в этом регионе достигла 159,84 на 100000 населения. Заболеваемость ЯБ в этом регионе ниже, чем в Европейских странах, однако рост ее очевиден. Это связано, на наш взгляд, с развитием урбанизации в регионе и улучшением диагностических возможностей.

Данные о количестве плановых и экстренных операций в этой группе больных приведены в таблице 3.2.

**Таблица 3.2****Характер операций, выполненных больным язвенной болезнью в экстренном и плановом порядке в I и во II периоде**

Периоды	Количество плановых операций	Количество экстренных операций	Летальность в %	
			После плановых операций	После экстренных операций
I - период 1980-1984 гг.	2563	1376	1,63	3,35
II - период 2012-2016 гг.	1588	1791	0,7	5,4

Как следует из приведенных данных, из 15.984 больных, находящихся на учете ежегодно выполнено операций по поводу ЯБ в Ферганской долине 10,12% больных в плановом и около 11,2% больных в экстренном порядке. Если соотношение плановых и экстренных операций за первый период составило 1,8:1, то во втором периоде плановых операций было выполнено меньше, чем экстренных и составило 0,89:1.

За второй период по поводу желудочно-кишечных кровотечений язвенной этиологии в стационар поступили 3.727 пациентов, из них оперированы всего 384(10,3%) больных, а показатель послеоперационной летальности составил 4,7% (сводные данные областных медицинских учреждений Наманганской, Андижанской и Ферганской области).

Число плановых операций, выполненных в Ферганской долине, с каждым годом уменьшается. Столь низкий процент плановых операций объясняется тем, что разработка и внедрение в клиническую практику блокаторов  $H_2$  рецепторов и ИПП, а также эррадикации  $H_p$  у больных ЯБ в большинстве случаев приводит к заживлению язв. Следующей характерной особенностью ЯБ у жителей Ферганской долины является преимущественная локализация процесса в пилородуоденальной области (табл. 3.3).

**Таблица 3.3**

**Распределение больных по локализации язвенного процесса**

Локализация язвы	Абс.	%
Кардиальный отдел	1	0,3
Тело желудка	4	1,1
Антральный отдел	2	0,5
Пилорический отдел	166	44,3
Двенадцатиперстная кишка	202	53,9
Всего:	375	100,0

Многолетнее наблюдение (более 10 тыс. операции) больными ЯБЖ и ДПК и изучение структуры локализации язв у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки среди населения, проживающего в Ферганской долине, показало, что преимущественной локализацией язвенного процесса является пилородуоденальная зона. С каждым годом отмечается рост числа больных с угрожающими жизни осложнениями ЯБ, такими как кровотечения и перфорация.

Так, из 375 больных ЯБ желудка и ДПК, которые были оперированы в отделении хирургии с экстренной медицинской помощью на базе кафедры хирургии и урологии Андижанского Государственного медицинского института в период с 2009 по 2016 года, локализация

язвенного процесса в кардиальном отделе отмечена у 1(0,3%) больного, в области тела желудка – у 4(1,1%), в области угла желудка – у 2(0,5%), в пилорическом отделе – у 166(44,3%) и в двенадцатиперстной кишке – у 202(53,9%).

Резюмируя выше изложенные данные, можно сказать, что ЯБ желудка и ДПК относится к распространенным заболеваниям среди населения Ферганской долины. У больных, проживающих в условиях Ферганской долины, истинные язвы желудка встречаются сравнительно редко, в то время как пилородуоденальная локализация процесса достигает 98%. Вполне естественно, что для этого региона характерна большая частота осложнений ЯБ, таких как стенозирования, кровотечения и перфорации. Это еще раз указывает на актуальность избранного нами направления исследования.

### **3.2. Особенности кислотопродуцирующей функция желудка при пилородуоденальных язвах.**

Показатели желудочной секреции зависят от многих факторов: локализации язвенного процесса, характера осложнений, от пола и возраста, стадии и степени стеноза, от использованных методов исследования. Детальное изучение характера желудочной секреции наряду с комплексным обследованием больных с ПДЯ до операции создавал условия для выбора того или иного метода хирургического лечения.

Кислото-продуцирующая функция желудка изучена у 95 больных с гастродуоденальными язвами, которые находились в хирургическом стационаре в плановом порядке, аспирационно-титрационным методом с применением максимального гистаминового теста «Кея». Результаты исследования представлены в таблице 3.4.

**Таблица 3.4**

**Средние показатели базальной и максимальной продукции  
кислоты в зависимости от локализации язвенного процесса,  
ммоль/ч**

Показатели желудочной секреции	Локализация язвы			
	Кардия и тело желудка N=2	Антральный отдел N=4	Пилорически й отдел N=41	ДПК N=48
БПК	2,3±0,05	4,1±0,09	7,0±0,15	8,6±0,19
МПК	10,3±0,22***	18,2±0,38***	27,4±0,61***	30,1±0,67***

Примечание: \* - различия относительно данных группы БПК значимы (\*\*\*) - P<0,001)

Из таблицы видно, что характер кислотопродуцирующей функции желудка находится в прямой зависимости от уровня локализации язвенного процесса. Так, чем дистальнее расположена язва, тем выше показатели базальной и максимальной продукции кислоты.

У 89 больных с ПДЯ уровень базальной продукции кислоты был выше нормальных величин (норма от 1,8±3,4 ммоль/час, среднем 2,6 ммоль/ч). У пациентов с локализацией язвы в пилорическом канале в среднем БПК составила 7,0±0,15 ммоль/ч, то есть больше, чем в 2,5 раза. А у больных с локализацией язвы в ДПК уровень БПК в среднем составил 8,6±0,19, что почти в 5 раз больше нормы. После стимуляции гистамином продукция соляной кислоты по сравнению с БПК возросла в 3-4 раза и в среднем составила 28,6±1,2 ммоль/ч.

Таблица 3.5

**Показатели базальной и максимальной продукции соляной кислоты  
у больных с пилородуоденальными язвами ( $M \pm m$ )**

БПК, ммоль/ч		
Гипо-ацидность, n=9	Нормо-ацидность, n=13	Гипер-ацидность, n=67
1,05±0,01	2,8±0,10	9,3±0,30
МПК, ммоль/ч		
Гипо-ацидность, n=18	Нормо-ацидность, n=23	Гипер-ацидность, n=48
11,9±0,32***	21,3±0,56***	34,8±0,88***

Примечание: \* - различия относительно данных группы БПК значимы; (\*\*\*) -  $P < 0,001$

Из таблицы 3.5 видно, что у 67 из 89 больных обследованных больных с ПДЯ уровень БПК оказалась повышенной ( $9,3 \pm 0,30$  ммоль/ч), у 13 больных оставалась в пределах нормы ( $2,8 \pm 0,1$  ммоль/ч) и только у 9 пациентов обнаружено снижение продукции соляной кислоты в базальном периоде ( $1,05 \pm 0,01$  ммоль/ч). В то же время МПК увеличена у 48 больных ( $34,8 \pm 0,88$  ммоль/ч), находилась в пределах нормы – у 23 ( $21,3 \pm 0,56$  ммоль/ч) и снижена – у 18 ( $11,9 \pm 0,32$  ммоль/ч).

По данным М.И. Кузина (2005), Ю.М. Панцырева (1979), А.Ф. Черноусова (1996), МПК у больных пилородуоденальной язвой по сравнению со здоровыми увеличена в 1,5-1,8 раза и, в среднем, составляет 30-35 ммоль/ч.

Исследования кислотопродуцирующей функции желудка у больных с ПДЯ выявили, что уровень МПК у женщин значительно ниже, чем у мужчин. Полученные данные представлены в таблице 3.6.

Таблица 3.6

**Показатели базальной и максимальной продукции соляной кислоты у мужчин и женщин с пилородуоденальными язвами ( $M \pm m$ )**

Пол	Показатели	
	БПК-ммоль/ч	МПК-ммоль/ч
Мужчины (n=69)	7,9±0,28	29,0±1,01
Женщины (n=20)	6,3±0,21	18,7±0,47
P	<0,001	<0,001

Из таблицы видно, что БПК оказалась повышенной как у мужчин, так и женщин. В то же время МПК у мужчин значительно повышена по сравнению с МПК у женщин. Эти данные согласуются с мнением Ю.И. Фишзон-Рысса (1972), что продукция соляной кислоты у мужчин превышает таковую у женщин на 30%.

Резюмируя результаты наших исследований по изучению желудочной секреции, следует отметить, что показатели кислотообразования желудка в значительной мере зависят от локализации язвенного процесса, от пола больных, а также от методов исследования желудочной секреции. У 67 из обследованных 89 больных с ПДЯ, базальная и максимальная продукция кислоты по данным аспирационного метода повышены, что свидетельствует о превалировании агрессивных факторов желудочного сока в процессе язвообразования и последующего возникновения осложнений.

### **3.3. Особенности гомеостаза пепсиногена у больных с ПДЯ**

Нами были обследованы 32 больных с ПДЯ. В качестве сравнительной группы, для общего контроля, были обследованы 10 практически здоровых людей. Больные с ПДЯ были разделены на две

группы по срокам зондирования и аспирации: группа А - с 3-суточной аспирацией и группа Б - с 6-суточной аспирацией.

Содержание пепсиногена натошак в крови у практически здоровых людей составляло  $56,6 \pm 3,13$  титр.ед/мл (табл. 3.8). При поступлении у всех больных ПДЯ отмечалось значимое увеличение плазмопепсиногена, которое неуклонно снижалось в последующие сутки (табл. 3.8).

**Таблица 3.8**

**Изменение показателей плазмопепсиногена (титр.ед/мл) крови в исследованных группах при 3 и 6 суточном зондировании**

Сроки исследования	Здоровые (n=10)	Пилородуоденальные язвы	
		Группа А, 3-суточное зондирование (n=16)	Группа Б, 6-суточное зондирование (n=16)
При поступлении	$56,6 \pm 3,13$	$75,8 \pm 3,85^{**\circ}$	$75,8 \pm 3,85^{**\circ}$
1 сутки	-	$73,5 \pm 6,43^*$	$73,5 \pm 6,43^*$
2 сутки	-	$71,3 \pm 5,55^*$	$71,3 \pm 5,55^*$
3 сутки	-	$70,1 \pm 4,20^*$	$70,1 \pm 4,20^*$
4 сутки	-	-	$69,4 \pm 5,15^*$
5 сутки	-	-	$68,2 \pm 4,84^*$
6 сутки	-	-	$66,7 \pm 4,93^*$

Примечание: \* - различия относительно данных группы здоровых значимы (\* -  $P < 0,05$ ,  $P < 0,01$ ,  $P < 0,001$ ), ^ - различия относительно данных при поступлении значимы (^ -  $P < 0,05$ ), ° - различия относительно данных группы с 6-суточным зондированием значимы (° -  $P < 0,05$ ),

Уровень пепсиногена в крови при поступлении был достоверно выше, по сравнению со здоровыми ( $75,8 \pm 3,2$  титр.ед/мл) людьми, который неуклонно снижался в последующие сутки. Однако, в группе Б это снижение имело устойчивую тенденцию и к шестому дню (после удаления

зонда) уровень плазмопепсиногена был приближен к исходному –  $66,7 \pm 4,93$  титр. ед/мл.

Более выраженное и достоверное повышение плазмопепсиногена при ПДЯ может быть связано с выраженными многофакторными причинами. Это связано с повышением ферментного потенциала слизистой желудка, за счет повышения экзосекреции и инкреции пепсиногена, воспалением слизистой желудка и ДПК, что препятствует процессам экзосекреции и способствует усилению инкреции пепсиногена. Нарушение моторно-эвакуаторной деятельности желудка вызывает хроническое повышение внутрижелудочного давления, также способствующего увеличению инкреции пепсиногена.

У больных с ПДЯ отмечалось более выраженное повышение показателей пепсиногена в крови, связанное в значительной мере с отеком слизистой желудка и в большей степени с повышением внутрижелудочного давления связанного с нарушением моторно-эвакуаторной деятельности желудка. Роль внутрижелудочного давления в усилении инкреции пепсиногена подтверждается сроками зондирования, одной из задач которого является аспирация желудочного содержимого и регулирование внутрижелудочного давления. Так при 6 суточном зондировании отмечалось неуклонное снижение содержания плазмопепсиногена к 6 суткам, тогда как при 3-суточном зондировании, после удаления зонда, показатели временно повышались и затем медленно снижались, достигая к 6 суткам более высоких величин, чем в группе с 6-суточным зондированием. Менее выраженная динамика восстановления уровня плазмопепсиногена при 3 суточном зондировании, по нашему мнению, связана с замедлением восстановления моторики желудка и ДПК и повышением внутрижелудочного давления.

## **ГЛАВА IV.**

# **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТАКТИКИ И СПОСОБОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТОЧАЩИХ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ**

---

---

### **4.1. Общие принципы распределения больных с кровоточащими ПДЯ на контрольную и основную группы.**

Подробное распределение 632 больных с кровоточащими пилородуоденальными язвами по группам сравнения (контрольная 276 и основная 356) было представлено во II главе. Данное разделение зависело не только от периода наблюдения, но и по применяемой тактике консервативного и хирургического лечения пациентов с ПДЯ.

Контрольную группу составили 276 пациентов, которые находились на стационарном лечении в период с 2007 по 2011 года. У больных контрольной группы эндоскопический гемостаз сочетался с применением только блокаторов  $H_2$  рецепторов и обволакивающих препаратов. В послеоперационном периоде больные контрольной группы не получали многокомпонентную антисекреторную и эрадикационную терапию, а аспирация желудочного содержимого производилось не более 3 суток.

Основную группу составили 356 пациентов, находившиеся на стационарном лечении в период с 2012 по 2016 годы. У больных основной группы, в отличие от контрольной, с целью гемостаза до операции использовали комбинированные методы. Эндоскопический гемостаз на фоне многокомпонентных блокаторов (ИПП+блокаторы  $H_2$  рецепторов) агрессивных факторов желудочного сока и в обязательном порядке проводилась эрадикационная терапия хеликобактера пилори (амоксоцилин, кларитромицин, метронидазол). Помимо этого, для

декомпрессии области анастомоза, зоны пилородуоденопластики, с целью проведения гастроинтестинального «лаважа» во время и после операции, а также для раннего энтерального питания использовали гастроинтестинальное зондирование в течении минимум 6 суток. Пациентам основной группы с первых суток после оперативного вмешательства (иссечение язвы с пилородуоденопластикой) противоязвенная терапия проводилась путём внутривенного введения антисекреторных препаратов в рекомендованной производителем суточной дозировки, а также проводилась эрадикация хеликобактера. Больным основной группы, перенесших экономную резекцию желудка получали только эрадикационную терапию хеликобактера. В последующем с 3-х суток после операции, пациенты основной группы начинали уже пероральный приём противоязвенных препаратов. Терапия проводилась до выписки больных из стационара. Всем пациентам рекомендовалось после выписки из стационара продолжение приёма антисекреторных препаратов в течении 1 недели, а также проведение противорецидивных курсов лечения в весене-осенний период под постоянным наблюдением гастроэнтеролога и хирурга.

#### **4.2. Разработка лечебно-диагностического алгоритма у больных с кровоточащими пилородуоденальными язвами.**

Больные с ПДЯ, осложненными продолжающимся или остановившимся кровотечением, относятся к категории сложных, требующих немедленной четко организованной хирургической помощи. В связи с этим одной из основных задач данного исследования явился поиск путей эффективной остановки кровотечений из ПДЯ без операции, что позволило бы перенести время хирургического вмешательства с экстренной на этап срочной или плановой хирургии, а у ряда больных избежать его.

Анализ результатов многолетнего труда сотрудников клиники по желудочной хирургии, способствовало разработке наиболее оптимальной хирургической тактики ведения больных с ПДЯ, осложненными кровотечением, что мы представляем в виде лечебно-диагностического алгоритма, представленного на рис. 4.1. На данный алгоритм получено свидетельство об официальной регистрации программы для электронно-вычислительных машин DGU 04204 «Программа лечебно-диагностической тактики ведения больных с язвенными пилородуоденальными кровотечениями». Ключевыми моментами данного алгоритма являются следующие:

- Адекватная оценка степени кровотечения и тяжести состояния больных;
- Экстренная эндоскопия с адекватной оценкой активности кровотечения по Forrest.
- Комплексная гемостатическая, инфузионная, противоязвенная и эррадикационная терапия;
- Выбор способа эндоскопического гемостаза
- Прогноз рецидива кровотечения из ПДЯ
- Выбор времени и объема хирургического вмешательства у больных с кровоточащими ПДЯ.

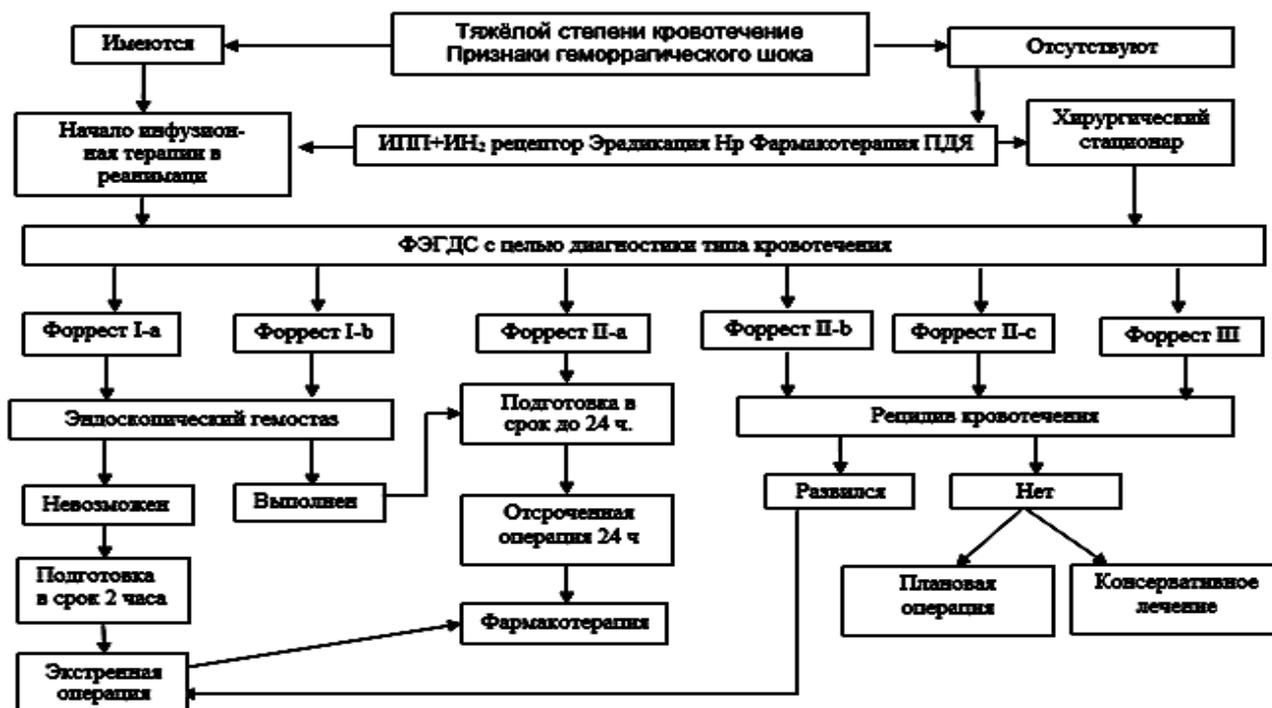


Рис. 4.1. Алгоритм лечебно-диагностической тактики ведения больных с язвенными пилородуоденальными кровотечениями.

#### 4.2.1. Адекватная оценка степени кровотечения и тяжести состояния больных.

Тяжесть острой кровопотери оценивали на основании клинко-лабораторных данных согласно Вербицкому В.Г. (2004г):

1 степень (легкая степень кровопотери) характеризуется сравнительно удовлетворительным состоянием больного, без потери сознания, легкой бледностью кожных покровов. АД – не ниже 100 мм рт.ст. Пульс – не чаще 100 ударов в минуту. Уровень гемоглобина не ниже 100 г/л, число эритроцитов не ниже  $3,5 \cdot 10^{12}/л$ . Гематокритное число не ниже 35%, удельный вес крови 1053-1050.

2 степень (кровопотеря средней тяжести) характеризуется значительной бледностью, повторной рвотой типа кофейной гущи, меленой, может быть однократная потеря сознания. АД – 90-100 мм рт.ст. Пульс – до 120 ударов в минуту. Уровень гемоглобина – не ниже 80 г/л,

число эритроцитов не ниже  $2,5 \cdot 10^{12}/л$ . Гематокритное число не ниже 25-30%, удельный вес крови 1050-1044, дефицит глобулярного объема – до 30%.

3 степень (тяжелая кровопотеря) характеризуется тяжелым состоянием больного, резкой бледностью, холодным потом, жаждой, периодическими обморочными состояниями. АД падает до 60 мм рт.ст. Частота сердечных сокращений более 120 ударов в минуту. Уровень гемоглобина снижается до 50 г/л, число эритроцитов – до  $1,5 \cdot 10^{12}/л$ . Гематокритное число ниже 25%, удельный вес крови менее 1044.

4 степень (крайне тяжелая кровопотеря) характеризуется признаками геморрагического шока, угнетением сознания. Пульс слабый, свыше 120 ударов в минуту или исчезает на периферических артериях, АД – ниже 60 мм рт.ст. Уровень гемоглобина ниже 50 г/л, число эритроцитов ниже  $1,5 \cdot 10^{12}/л$ .

С легкой степенью кровопотери поступило 122(19,3%) больных, со средней степенью – 287(45,4%), тяжелой степенью – 151(23,9%) и крайне тяжелой – 82(13%) пациентов.

Нами проведен сравнительный анализ степени кровопотери по Вербицкому В.Г. (2004), который представлен в таблице 4.1. Результаты сравнительного анализа показал, группы сравнения по легкой, тяжелой и крайне тяжелой степенями кровопотери не имеет достоверного различия ( $p > 0,05$ ), что свидетельствует о репрезентативности контрольной и основной групп по данному важному показателю.

Таблица 4.1

**Сравнительная характеристика больных по тяжести кровопотери из ПДЯ**

Степень кровопотери	Группа обследованных больных			Достоверность
	Контрольная группа (n=276)	Основная группа (n=356)	Всего	
Легкая	53 (19,2%)	69 (19,4%)	122 (19,3%)	$\chi^2=0.003202$ , $p=0.9549$
Средняя	134 (48,6%)	143 (40,2%)	287 (45,4%)	$\chi^2=4.437$ , $p=0.03517$
Тяжелая	57 (20,7%)	94 (26,4%)	151 (23,9%)	$\chi^2=2.83$ , $p=0.093$
Крайне тяжелая	32 (11,6%)	50 (14%)	82 (13%)	$\chi^2=0.83$ , $p=0.36$
Итого:	276	356	632	

**4.2.2. Экстренная эндоскопия с адекватной оценкой активности кровотечения по Forrest.**

Эндоскопическое исследование проводится всем больным, при этом наряду с другими клиническими и лабораторными показателями, оно является одним из главных критериев выбора тактики лечения. Проведен сравнительный статистический анализ количества больных с продолжающимся кровотечением в контрольной и основной группах, который представлен в таблице 4.2, при этом в контрольной группе пациентов с Forrest I-A было 8(2,9%) и с Forrest I-B – 12(4,3%), не отличалось от пациентов основной группы: соответственно 11(3,1%) и 15(4,2%). Подавляющее число больных поступало с признаками

остановившегося кровотечения: Forrest II-A – 55(19,9%) в контрольной и 57(16%) в основной; Forrest II-B – 88(31,9%) в контрольной и 97(27,2%) в основной; Forrest II-C – 85(30,8%) в контрольной и 121(33,9%) в основной. Данные статистического анализа показали, что различия в сравниваемых группах были не достоверными, что свидетельствует об их репрезентативности.

**Таблица 4.2****Активность кровотечения у больных с пилородуоденальными язвами по классификации Forrest (1974)**

Характер кровотечения по Forrest	Группы обследованных больных		Всего	Достоверность
	Контрольная группа (n=276)	Основная группа (n=356)		
Forrest I-A	8(2,9%)	11(3,1%)	19(3%)	p=0.8889
Forrest I-B	12(4,3%)	15(4,2%)	27(4,3%)	p=0.934
Forrest II-A	55(19,9%)	57(16%)	112(17,7%)	p= 0.2013
Forrest II-B	88(31,9%)	97(27,2%)	185(29,3%)	p=0.2042
Forrest II-C	85(30,8%)	121(33,9%)	206(32,6%)	p=0.3959
Forrest III	28(10,1%)	55(15,4%)	83(13,1%)	p=0.05021
Всего:	276	356	632	

**4.2.3. Комплексная гемостатическая, инфузионная, противоязвенная и эрадикационная терапия.**

После госпитализации всем пациентам проводилась гемостатическая терапия (таблица 4.3), которая включала дицинон или этамзилат по 4 мл 2 раза в день внутримышечно, викасол 1% раствор - 3 мл внутривенно, аскорбиновая кислота 5 % - 5 мл в/в, хлористый кальций 1% - 100-150 мл в/в капельно, в том числе инфузии 5% раствора эписилон-аминокапроновой кислоты (до 30 г/сутки).

Таблица 4.3

**Особенности инфузионно-трансфузионной терапии в зависимости от тяжести кровопотери**

Ориентировочный объем кровопотери		Возмещение кровопотери, мл		
% от ОЦК	мл	Плазмозаменитель		Эритроцитарная масса
		Коллоиды	Кристаллоиды	
10-20 (легкая степень)	До 1000	400	800	-
До 30 (средняя степень)	1200-2000	800	1600	500-800
Более 30 (тяжелая степень)	2000-2500	800	2600	1000 и более

Инфузионно-трансфузионная терапия (таблица 4.3) проводилась для восполнения кровопотери в объеме создания гиперволемической гемодилюции за счет увеличения доли плазмозамещающих растворов в 1,5-2,0 раза от дефицита ОЦК и уменьшения доли эритроцитарной массы до 40-80% утраченного объема в зависимости от тяжести кровопотери и массы тела больного.

У большинства пациентов средней и тяжелой степени кровопотере проводилась трансфузия одногруппной эритроцитарная масса и свежезамороженной плазмы в суммарной дозе до 750-1250 мл.

Пациентам основной группы в качестве предоперационной подготовки или достижения окончательного гемостаза проводилась антисекреторная и эрадикационная терапия с парентеральным введением препаратов.

Характер проводимой противоязвенной терапии значительно отличался у больных контрольной и основной групп, что представлено в

таблице 4.4. У больных основной группы использован комплексный подход, т.е. сочетание ИПП с эрадикационной терапией в соответствии с рекомендациями Маастрихтского консенсуса IV.

**Таблица 4.4****Схемы антисекреторной и эрадикационной терапии у больных с язвенными кровотечениями**

Группа препаратов	Схема введения	Кол-во наблюдений (n=632)
H <sub>2</sub> блокаторы (фамотидин)	40 мг в/в + непрерывная внутривенная инфузия 4 мг/ч + пероральный прием 40 мг/сут (после 4-х суток инфузии)	N = 276 контрольная группа
Ингибиторы протонной помпы (пантопрозол)	80 мг в/в болюсно + непрерывная внутривенная инфузия 4 мг/час пероральный прием 40 мг/сутки (после 4-х суток инфузии)	N = 356 основная группа
Противопротозойные (метронидазол)	инфузия 100 мл в/в x 2 раза, 500 мг 2 раза в сутки (после 4-х суток инфузии)	
Антибиотики: (амоксцилин, кларитромицин)	инфузия 400 мг-5 мл x 2 раза в день, 500 мг 2 раза в сутки (после 4-х суток инфузии)	

**4.2.4. Выбор способа эндоскопического гемостаза**

Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) позволяет решить сразу несколько задач: установить факт кровотечения и локализацию его источника, оценить продолжающееся оно или состоявшееся, степень угрозы рецидива, при наличии возможности выполнить эндоскопический гемостаз. При кровопотере легкой и средней степени тяжести исследование проводится в эндоскопическом отделении, а при кровопотере тяжелой степени - условиях реанимационного отделения при совместном сотрудничестве хирурга, эндоскописта и реаниматолога.

При клинической картине продолжающегося кровотечения показано эндоскопическое исследование на операционном столе

Эндоскопическое исследование проводили после зондирования желудка, аспирации содержимого и промывания желудка до чистых вод. При легкой степени кровопотери ЭФГД исследование проводили сразу после поступления в приемном покое, при более тяжелой кровопотере вначале осуществляли инфузионно-трансфузионную терапию в реанимации, зондирование желудка и местные гемостатические мероприятия; ЭФГДС – после стабилизации состояния пациента. При язвенном кровотечении применяли лечебную эндоскопию (Фиброгастроскоп «Olimpus» с инъектором) с целью временной или окончательной остановки кровотечения для предупреждения рецидива в ближайшие часы. Применяли электрокоагуляцию, промывание капрофером, раствором адреналина (1,0 мл в 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида). В некоторых случаях гемостаз обеспечивался созданием инфильтрационной подушки и сосудосуживающим эффектом адреналина.

#### **4.2.5. Прогноз рецидива кровотечения из ПДЯ**

Прогноз рецидива желудочно-кишечных кровотечений у больных пилородуоденальными язвами является одним из важных моментов при выборе наиболее обоснованной хирургической тактики.

Рецидив чаще возникал из хронических ПДЯ язв, локализовавшихся по малой кривизне или задней стенке и имеющих большие размеры, что соответствует данным литературы. Рецидив кровотечения возникал обычно в 1 и 3 сутки.

Мы для оценки рецидива кровотечений ПДЯ учитывали наиболее значимых клинических и эндоскопических признаков: пожилой возраст, локализацию (задняя и малой кривизны), размер язвы (более 10 мм),

артериальное давление, степени тяжести кровотечений, частоту сердечных сокращений, интенсивность язвенного кровотечения по Forrest, способ эндоскопического гемостаза и планируемую антисекреторную терапию. Вероятность развития рецидива кровотечения наличие 5 и 9 перечисленных признаков.

#### **4.2.6. Выбор времени и объема хирургического вмешательства у больных с кровоточащими ПДЯ.**

Вопросы выбора времени и объема хирургических вмешательств у больных с кровоточащими ПДЯ будет подробно освещен в следующих подглавах.

Хирургическое лечение больных с кровоточащими ПДЯ будет оставаться предметом дальнейших дискуссий в хирургической гастроэнтерологии. Предлагавшиеся ранее множество тактик лечения: выжидательная, активно-выжидательная, индивидуализированная, говорят о том, что до сих пор нет единого пути, который бы устраивал всех хирургов, занимающихся данной проблемой. В большинстве случаев различные школы придерживаются своего мнения, однако единым остается, что подход к выбору времени и объема операции должен быть по возможности индивидуальным и учитывать следующие наиболее важные факторы:

1. Тяжесть состояния больных, возраст пациентов и характер сопутствующей патологии, особенно при их декомпенсации;
2. Активность кровотечения по эндоскопическим критериям Forrest
3. Уровень Нв и скорость кровопотери у больных с продолжающимся кровотечением;
4. Степень владения органосохраняющими и резекционными методами в соответствующей клинике.

Предлагаемый лечебно-диагностический алгоритм, представленный на рисунке 4.1, преследовал две основные цели:

1. Уменьшить количество пациентов, нуждающихся в хирургическом лечении по поводу кровоточащих ПДЯ. Необходимо отметить, что в связи с появлением в современной фармакоиндустрии новейших противоязвенных препаратов (блокаторы гистаминных рецепторов III поколения, ингибиторов протонной помпы III-IV поколения), уменьшилось количество больных с ЯБ, нуждающихся в хирургическом лечении. Следовательно, если у пациента развилось кровотечение из язвы, основной задачей должна быть – остановка кровотечения без операции, т.к. в последующем применением комплексной противоязвенной и эррадикационной терапии можно полностью избавить больного от ЯБ. Следовательно, если у больного на фоне проводимой тактики лечения удастся избежать операции (неважно экстренной, отсроченной или плановой), то результат можно считать положительным.

2. Уменьшить число пациентов, которые нуждаются в проведении экстренных операций. У данной категории больных заведомо операция выполняется в невыгодных условиях, т.е. в состоянии постгеморрагического шока, гиповолемии, анемии, без соответствующей предоперационной подготовки и коррекции сопутствующих заболеваний. Соответственно, если благодаря предлагаемому алгоритму удастся время операции перенести с экстренной в разряд срочной или отсроченной, то результат можно считать положительным.

По первому пункту нами проведен сравнительный анализ необходимости в хирургическом лечении у больных с кровоточащими ПДЯ в контрольной и основной группах, что представлено в таблице 4.5.

**Таблица 4.5.**

**Сравнительный анализ необходимости в хирургическом лечении**

## больных с кровоточащими ПДЯ

	Хирургическое лечение	Консервативное лечение	Всего	Достоверность
Контрольная группа	86(31,1%)	190(68,9%)	276	$\chi^2= 20.38$ $p<0,05$
Основная группа	57(16%)	299(84%)	356	
Всего	143(22,6%)	489(77,4%)	632	

В контрольной группе из 276 больных, в хирургическом лечении нуждались 86 пациентов, что составило 31,1%, у остальных 190(68,9%) проведено консервативное лечение. В основной группе благодаря внедрению предлагаемого алгоритма количество больных, нуждающихся в хирургическом лечении достоверно ( $\chi^2=20.38$ ,  $p<0,05$ ) уменьшилось с 31,1% до 16% (57 из 356 пациентов). Таким образом, уменьшение числа больных, нуждающихся в хирургическом лечении, позволит избежать возможные послеоперационные осложнения, которые могут возникнуть на любом этапе операции.

Что касается второй задачи алгоритма, а именно уменьшить число пациентов, нуждающихся в экстренной операции, то сравнительный анализ показаний к операциям показал следующие результаты, которые представлены в таблице 4.6.

Из таблицы видно, что по показаниям к операции при пилородуоденальных язвенных кровотечениях выделены три категории больных:

1. В экстренном порядке оперирована 43(30%) больных: профузное кровотечение продолжается и не поддается остановке. Они подлежат оперативному лечению в независимости от того, поступил ли больной с продолжающимся кровотечением или возник рецидив кровотечения в стационаре. Если кровотечение, невозможно остановить

эндоскопическими и медикаментозными методами, кроме хирургического, следует немедленно оперировать в течение первых 2-4 часа.

2. Срочная операция выполнена у 53(37%) пациентам в течение первых 24-72 часов: кровотечение остановилось само или остановлено специальными мероприятиями эндоскопическими и консервативными методами, но в соответствии с оценочными критериями недостаточно надёжно и есть признаки высокого риска рецидива; больным, которым неотложная операция любого объёма неприемлема в экстренном порядке.

3. Отсроченная операция (или ранняя плановая операция) выполнена 47(33%) больным, если кровотечение состоялось, остановилось и возобновление его не предвидится в данный госпитальный период. Однако, имеются сочетанные осложнения (пенетрация, стеноз) пилородуоденальных язв. У этой категории больных выбор объема и метода операции решаются так же, как и при хронической ПДЯ. Операция выполняется, не выписывая больного из стационара.

Такой принцип временных интервалов выбран для того, чтобы исключить операции «по дежурству» с одной стороны, иметь время для адекватной короткой предоперационной подготовки с другой и выполнить оптимальное вмешательство до развития рецидива с третьей.

**Таблица 4.6**

**Характеристика больных по показаниям к операции в  
сравниваемых группах**

Показания к операции	Группа обследованных больных		Всего	Достоверность
	Контрольная	Основная		
Экстренная	33(38,4%)	10(17,5%)	43(30%)	$\chi^2=7.072$ $p=0.007830$
Срочная	31(36%)	22(38,6%)	53(37%)	$\chi^2=0.09556$ $p=0.7572$
Отсроченная (ранняя плановая)	22(25,6%)	25(43,9%)	47(33%)	$\chi^2=5.191$ $p=0.02271$
Всего	86	57	143	

Сравнительный анализ показал, что в контрольной группе экстренные операции выполнены 33(38,4%) больным, срочные – 31(36%) и отсроченные – 22(25,6%) пациентам. Благодаря внедрению оптимального алгоритма удалось достоверно ( $\chi^2=7.072$ ,  $p=0.007830$ ) уменьшить число экстренных операций в основной группе с 38,4% до 17,5% (10 из 57 операций) и достоверно ( $\chi^2=5.191$ ,  $p=0.02271$ ) увеличить число так называемых отсроченных (ранних плановых) операций с 25,6% до 43,9% (25 из 57 операций).

#### 4.3. Общая характеристика оперированных больных с кровоточащими ПДЯ.

Хирургическое лечение выполнено 143 пациентам с продолжающимся и остановившимся кровотечением из пилородуоденальных язв.

Сроки поступления пациентов контрольной группы ( $n=86$ ) в клинику от момента начала кровотечения составили в среднем 37,5 часа. До 6 часов от момента начала кровотечения госпитализировано 11(12,8%) больных, в течение 6-24 часов - 29(33,7%) пациентов, в сроки от 24 до 72 часов - 27(31,4%), свыше 72 - 19(22,1%). Язвенный анамнез отрицали

16(18,6%) пациентов. У остальных в среднем он составил 9,6 года: до 1 года был у 3(3,5%), от 1 до 10 лет - у 38(44,2%), от 10 до 20 лет - у 21(24,4%), свыше 20 лет - у 8(9,3%). Кровотечение возникло впервые у 64(74,4%) пациентов, повторным было у 14(16,3%) больных, третьим - у 4(4,6%), пятым - у 2(2,3%), восьмым - у 1(1,2%).

Сроки поступления пациентов основной группы (n-57) в клинику от момента начала кровотечения составили в среднем 43,3 часа. До 6 часов от момента начала кровотечения госпитализировано 9(15,8%) больных, от 6 до 24 часов - 12(21,1%), от 24,1 до 72 часов - 26(45,6%), свыше 72 - 10(17,5%). Язвенный анамнез отсутствовал у 16(28,1%) пациентов. У остальных в среднем оно составляло 8,5 года. Кровотечение возникло впервые у 42(73,7%) пациентов, повторным было у 10(17,5%) больных, третьим - у 3(5,3%), четвёртым – у 2(3,5%).

Согласно эндоскопической классификации кровотечений (Forrest, 1984) больные распределились следующим образом (таблица 4.7).

Кровотечение по F-Ia - 13 пациентов (из них 8 больных контрольной, 5 основной), F-Ib - 27 больных (из них 17 - больных контрольной, 10 - основной группы), F-IIa - 15 (11,2%), F-IIb - 31 (21,7%), т.е. F-IIa, F-IIb - 46 (32,9%) больных (из них 19 больных основной группы, 27 - группы сравнения), F-IIc - 40 (28,7%) больных (из них 15 больных основной группы, 25 - группы сравнения), F-III - 17 (11,9%). Таким образом, в клинику поступали больные, как с активными кровотечениями, так и в состоянии гемостаза в области язвы.

**Таблица 4.7**

**Активность кровотечения у больных с пилородуоденальными  
язвами по классификации Forrest (1974)**

Характер кровотечения по Forrest	Группы обследованных больных		Достоверность
	Контрольная	Основная	
Forrest-I-A	8(9,3%)	5(8,8%)	$\chi^2=0.01167$ , $p=0.9140$
Forrest-I-B	17(19,8%)	10(17,5%)	$\chi^2=0.1107$ , $p=0.7394$
Forrest-II-A	9(10,5%)	6(10,5%)	$\chi^2=0.0001367$ , $p=0.9907$
Forrest-II-B	18(20,9%)	13(22,8%)	$\chi^2=0.07111$ , $p=0.7897$
Forrest-II-C	25(29,1%)	15(28,1%)	$\chi^2=0.129$ , $p=0.7194$
Forrest-III	9(10,5%)	8(14%)	$\chi^2=0.4171$ , $p=0.5184$
Всего:	86	57	143

Данные статистического анализа, представленные в таблице 4.7 показывают, что достоверных отличий между контрольной и основной группами по активности кровотечения по Форресту не было, что говорит о репрезентативности сравниваемых групп.

При поступлении пациента с острым язвенным кровотечением в хирургическое отделение в приемном покое проводилась оценка тяжести кровопотери на основании клинико-лабораторных данных (Вербицкий В. Г., 2004): 1 степень (легкая) – 27(18,9%) больных; 2 степень (средняя) – 65(45,5%) больных; 3 степень (тяжелая) – 18(12,6%) больных и 4 степень (крайне тяжелая) – 33(23%) больных. У большинства пациентов (83 – 58%) кровопотеря была средней и тяжелой степени тяжести (таблица 4.8).

**Таблица 4.8**

**Характеристика оперированных больных с язвенными кровотечениями по тяжести кровопотери**

Степень кровопотери	Группа обследованных больных			Достоверность
	Контрольная группа	Основная группа	Всего	
Легкая	16(18,6%)	11(19,3%)	27(18,9%)	$\chi^2= 0.0107$ , $p=0.9174$
Средняя	42(48,8%)	23(40,4%)	65(45,5%)	$\chi^2=0.9957$ , $p=0.3183$
Тяжелая	10(11,6%)	8(14%)	18(12,6%)	$\chi^2=0.1805$ , $p=0.6709$
Крайне тяжелая	18(20,9%)	15(26,3%)	33(23,1%)	$\chi^2= 0.5601$ , $p=0.4542$
Всего:	86	57	143	

Данные статистического анализа, представленные в таблице 4.8, показывают, что достоверных отличий между сравниваемыми группами по степени кровопотери не было, что свидетельствует о репрезентативности контрольной и основной групп.

Сравниваемые группы были сопоставимы по возрасту, полу, длительности язвенного анамнеза, длительности кровотечения, объему и степени кровопотери, уровню гемоглобина при поступлении в стационар, наличию сопутствующей патологии, клиническим проявлениям кровотечения (таблица 4.9). Больных обеих групп оперировали хирургическими бригадами, владеющими всеми видами операций желудочной хирургии.

Таблица 4.9

**Общая характеристика больных кровотечениями ПДЯ**

Характеристика пациентов		Контрольная группа, n=86	Основная группа n=57
Возраст (лет)	Средний возраст (min-max)	46,6±6,2 (21-73)	43,9±12,5 (18-73)
	95%	40,4÷52,8	40,6-47,2
Распределение по полу	Женщины/мужчины	24/62	17/40
Длительность язвенного анамнеза (лет)	Средняя (min-max)	9,6 (0,16-40)	8,5 (0,08-27)
	медиана	6,5	8
Длительность кровотечения (часов)	Среднее (min-max)	37,5 (1-168)	43,3 (2-192)
	медиана	25,5	31
Объем кровопотери (%)	Среднее (min-max)	29,3 (2-75)	29,6 (2-71)
	медиана	31	29
Уровень гемоглобина при поступлении в стационар (г/л)	Среднее (min-max)	108,0±31,0 (45,0-176,0)	113,7 (33,0-163,0)
	медиана	-	126,0
	95%	101,3-114,6	-

#### **4.4. Выбор метода операции при кровоточащих ПДЯ**

Нами сформулированы 3 основных требования, предъявляемых для операции по поводу кровоточащих ПДЯ:

1. Ликвидация патологического очага, как источника кровотечений;
2. Снижение агрессивных факторов желудочного сока и эрадикации *Нр*;
3. Создание оптимальных условий для адекватного дренирования желудка (после иссечения ПДЯ) или его культи (после резекции желудка).

Определяющим моментом выбора способа операции являются анатомо-морфологические особенности язвенного процесса, а именно локализация, размеры, изменения вокруг язвы, наличие сочетанных

осложнений. Распределение больных в зависимости от локализации кровоточащих ПДЯ представлены в таблице 4.10.

**Таблица 4.10**

**Характеристика сравниваемых групп больных по локализации ПДЯ**

Локализация ПДЯ	Контрольная		Основная	
	абс.	%	абс.	%
Задняя	26	18,18	19	13,29
Задняя + верхняя	31	21,68	15	11,19
Задняя + нижняя	4	2,80	2	1,40
Передняя	4	2,80	4	2,80
Передняя + верхняя	9	6,29	10	7,01
Передняя + нижняя	2	1,40	1	0,70
«Седловидная»	7	4,89	3	2,1
«Зеркальная»	3	2,1	2	1,40
Всего	86	60,14	57	39,86

Примечание: \* - различия относительно данных контрольной группы значимы (\* -  $P < 0,05$ , \*\* -  $P < 0,01$ , \*\*\* -  $P < 0,001$ )

Из таблицы 4.10 видно, что во время операции у всех пациентов определялась пилородуоденальная язва. Располагалась она чаще на задней ( $n=45$ ), либо задне-верхней и задне-нижней стенках ( $n=52$ ).

Обе группы были сопоставимы также по размерам язвы во время операции, которые отражены в таблице 4.11, при этом у большинства больных контрольной группы ( $n=67$ ) и основной группы ( $n=42$ ) диаметр язвы превышает более 1-2 см. Нередко обнаружены большие и гигантские язвы (более 3 см) – у 16,3% в контрольной группе и у 8,8% в основной группе.

**Таблица 4.11**

**Сравнительная характеристика размеров ПДЯ у оперированных пациентов**

Размер язвы (см)	Контрольная группа		Основная группа	
	абс.	%	абс.	%
< 1,0	5	5,8	10	17,5*
1,0 - 1,9	45	52,3	26	45,6
2,0-2,9	22	25,6	16	28,1
> 2,9	14	16,3	5	8,8
Всего	86		57	

Примечание: \* - различия относительно данных контрольной группы значимы (\* -  $P < 0,05$ , \*\*\* -  $P < 0,001$ )

Из сочетанных осложнений (таблица 4.12) кровоточащих пилородуоденальных язв, наиболее часто обнаружены пенетрация, как в контрольной группе (89,5%), так и в основной группе (75%). Наибольшее количество перфораций кровоточащей пилородуоденальной язвы было в контрольной группе - 6 (6,9%), тогда как в основной группе перфорация имела место лишь у 2 пациентов в (3,5%).

**Таблица 4.12**

**Характеристика пациентов в сравниваемых группах по характеру сочетанных осложнений пилородуоденальных кровоточащих язв**

Характер осложнения	Группа А		Группа Б	
	абс.	%	абс.	%
Пенетрация	77	89,5	42	73,7*
Стеноз	51	59,3	20	35,1**
Перфорация	6	7,0	2	3,5

Примечание: \* - различия относительно данных контрольной группы значимы (\* -  $P < 0,05$ , \*\*\* -  $P < 0,001$ )

Существующие различные способы хирургического лечения не должны рассматриваться только с позиции улучшения непосредственных результатов путем снижения частоты ранних послеоперационных осложнений и летальности. В настоящее время операции должны быть

направлены не только на эти два важнейших фактора, но и на улучшение качества жизни оперированных больных. Учитывая вышеизложенное, понятно стремление хирургов уменьшить ряд поздних осложнений путем применения операций, сохраняющих основные функции ЖКТ, к которым можно отнести органосохраняющие резекции желудка, использование различных видов ГДА, а также радикальное иссечение язв с пилорoduоденопластикой (ПДП). Следовательно, улучшение отдаленных результатов хирургического лечения язвенной болезни может быть достигнуто путем разработки и внедрения усовершенствованных методов резекции желудка и ГДА и иссечения язв с ПДП.

Метод оперативного вмешательства при язвенных гастродуоденальных кровотечениях выбирают индивидуально в зависимости от особенностей клинической ситуации, определяющей степень операционного риска (тяжесть кровопотери, возраст больного и сопутствующие заболевания), интраоперационных технических условий и, безусловно, от локализации и характера язвы, а также от сочетания кровотечения с другими осложнениями язвенной болезни (стеноз, пенетрация).

Все пациенты сравниваемых групп оперированы по усовершенствованным нами методикам, что представлено в таблице 4.13.

**Таблица 4.13**

**Виды выполненных операций при кровоточащих ПДЯ**

Виды оперативных вмешательств	Контрольная		Основная группа	
	абс.	%	абс.	%

Резекция желудка по Б-I Габереру	12	14,0	7	12,3
Резекция желудка Б-I с ТЛПГДА	7	8,1	3	5,3
Резекция желудка Б-I с ТЛКГДА	24	27,9	8	14,0*
Резекция желудка по Б-II по Гофмейстеру-Финстреру	5	5,8	2	3,5
Резекция желудка по Ру-Ибадову	2	2,3	0	0,0
Иссечение язв с ПДП по Джадду	11	12,8	7	12,3
Иссечение язв с ПДП по Финнею	16	19,8	18	29,8
Иссечение язв с ПДП по методике клиники (МК)	9	10,5	12	21,1
Всего:	86		57	***

#### **4.5. Усовершенствованный метод резекции желудка и выбор способа формирования гастродуоденоанастомоза**

Экономная резекция желудка при ПДЯ, осложненной кровотечением, выполнена у 70 пациентов: по Бильрот I с различными вариантами ГДА использовано у 61(87,3%) пациента и по Бильрот-II – у 9 (12,7%) больных. Эта операция показана больным кровоточащей ПДЯ со сравнительно малой степенью операционного риска (молодой возраст, легкая или средняя степень кровопотери), а также при сочетании кровотечения с субкомпенсированным и декомпенсированным стенозом.

Нами разработана и внедрена в клиническую практику оригинальная методика экономной резекции желудка (патент № IAP 05306 Республика Узбекистан). Характер хирургического доступа - верхне-срединная лапаротомия. Определение характера язвенного инфильтрата и осложнения язвенной болезни (пенетрация, перфорация). Мобилизация ДПК по Кохеру, мобилизуется язвенный инфильтрат. Желудок и большой сальник поднимается кверху, рассечение связки Трейтца, тем самым низводится дуодено-еюнальный переход (операция

Стронга). Начиная, от синуса по направлению к начальному отделу ДПК пересекаются ветви правой желудочно-сальниковой артерии непосредственно у стенки желудка.

Следующим этапом выполняется иссечение малого сальника. Для этого производится тракция желудка вниз. Образуется окно на бессосудистом участке малого сальника. Начиная, с угла желудка до кардии между зажимами пересекаются и перевязываются сосуды и ветви переднего ствола вагуса, непосредственно у стенки желудка. Не доходя (3-4 см) до пищевода, малый сальник пересекается в поперечном направлении. Производится мобилизация малого сальника по задней стенке от кардии до угла желудка в дистальном направлении. Малая кривизна желудка перитонизируется узловыми шелковыми швами (8-9 швов).

Следующим этапом является экономная (антрум) резекция желудка. Начиная с угла, резецируется передняя и задняя стенка желудка на расстоянии от 2 до 4 см, в зависимости от его размера. Дефект на стенке желудка ушивается однорядным шелковым швом. Затем рассекается передняя и задняя серозная оболочка желудка над жомом на 5-6 мм в поперечном направлении. Производится прошивание мышечного и подслизистого слоев в поперечном направлении узловыми швами с лигированием сосудов, и гофрированием культи желудка для анастомоза (рис. 4.2, 4.3, 4.4). Желудок резецируется, отступая от линии швов на 4-5 мм.

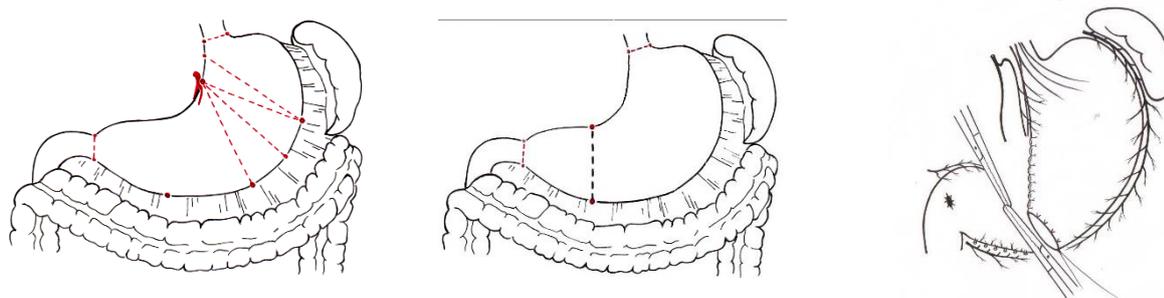


Рис. 4.2

Рис. 4.3

Рис. 4.4

**Рис. 4.2. Схемы удаления резецируемой части желудка  
(классический варианты)**

**Рис. 4.3, 4.4. Схема предлагаемой методики экономной резекции  
желудка**

**Гастродуоденоанастомоз по Габереру.** Одним из важных моментов при резекции желудка является выбор наиболее оптимального вида ГДА. При расположении язвы на передней стенке пилоруса или луковице ДПК целесообразно выполнить резекцию желудка по Бильрот I с ГДА по Габереру (выполнена у 19 больных).

Резецированная дистальная часть желудка приподнимается кверху и между зажимами пересекаются и лигируются правые желудочные сосуды. Накладываются серозно-мышечно-подслизистые однорядные швы между задней стенкой культи желудка и начальным отделом ДПК (5-6 швов). Отступая на 5-6 мм от линии швов рассекается задняя стенка ДПК. Вводя указательный палец правой рукой в просвет ДПК хирург ориентируется в локализации язвы, определяется область сужения и пересекаются передняя стенка кишки по нижнему краю язвы (рис. 4.5, 4.6).

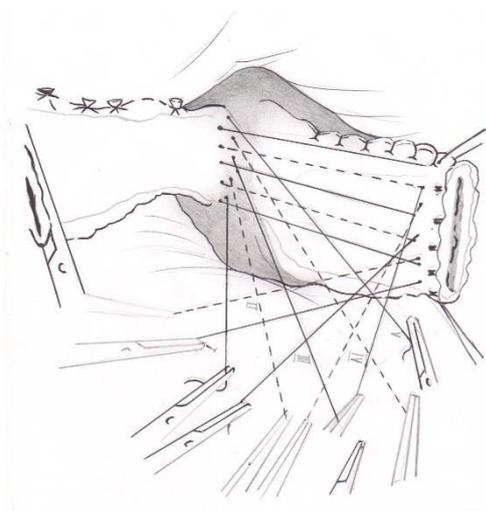


Рис. 4.5

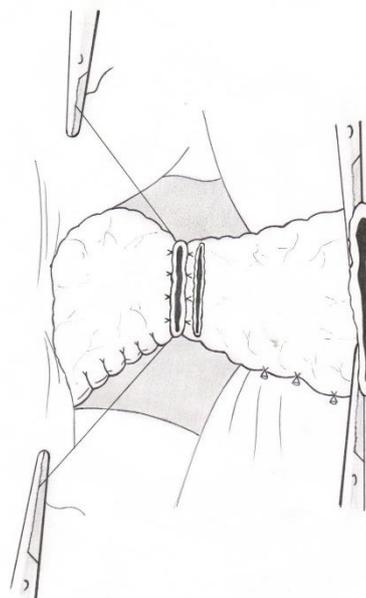


Рис. 4.6

**Рис. 4.5, 4.6. Наложение серозно-мышечных однорядных швов на задние губы гастродуоденоанастомоза и рассечение задней стенке ДПК**

Затем антральный отдел желудка и луковица ДПК удаляется вместе с язвой. Гемостаз сосудов на передней стенке и ревизия задней губы анастомоза. Введение назогастрального зонда (НГДЗ) и его фиксация, после чего ушивается передняя губа ГДА однорядным шелковым швом (рис 4.7, 4.8). Контроль проходимости и герметичности анастомоза осуществляется путем промывания желудка раствором фурацилина («гастроэнтеральный лаваж») перед завершением операции.

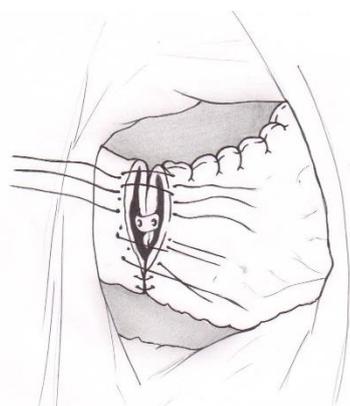
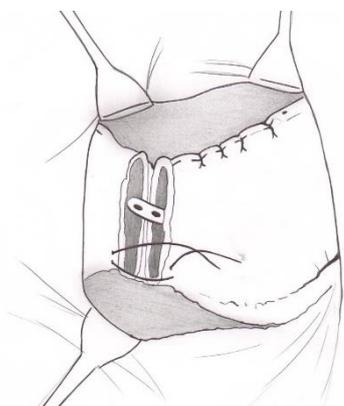


Рис. 4.7

Рис. 4.8

**Рис. 4.7-4.8. Введение назогастродуоденального зонда и ушивания передней губы гастродуоденоанастомоза.**

### **Терминалатеральный поперечный гастродуоденоанастомоз по Габереру-Финнею**

При «трудных, «зеркальных», пенетрирующих в поджелудочную железу язвах, деформирующих пилородуоденальный отдел предпочтение отдавали экономной резекции желудка с терминалатеральным поперечным ГДА (ТЛПГДА) - рис. 4.9, 4.10, 4.11 или терминалатеральным косым ГДА (ТЛКГДА). После отсечения желудка от ДПК, его культя закрывается доступным способом, однорядным шелковым швом, затем «тампонируется» культей резецированного желудка. ТЛПГДА выполнен у 10 и ТЛКГДА – у 32 больных.

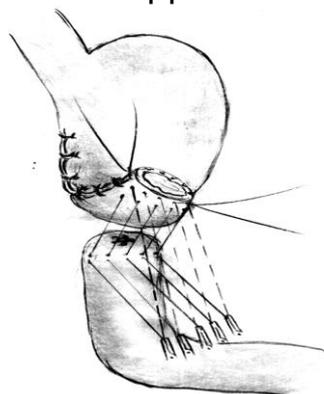


Рис. 4.9

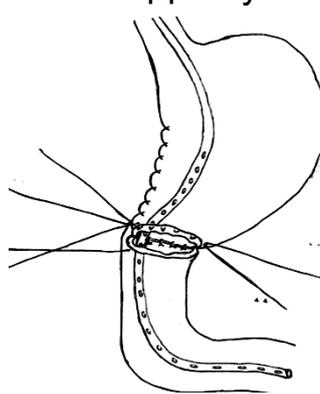


Рис. 4.10

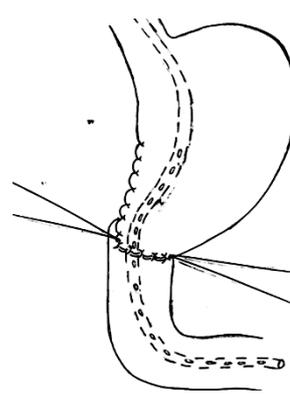


Рис. 4.11

**Рис. 4.9-4.11. Терминалатеральный поперечный ГДА по Габереру-Финнею.**

При наложении ТЛКГДА также, как и при ТЛПГДА техника операции аналогична, только выполняют косо-переменную дуоденотомию на две трети окружности кишки на расстоянии 5-6 мм от ряда швов. Введение НГДЗ и его фиксация аналогично по выше описанной методике (рис.4.12, 4.13, 4.14).

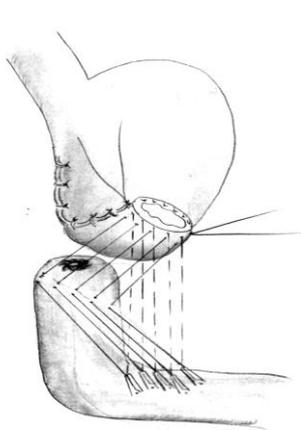


Рис.4.12

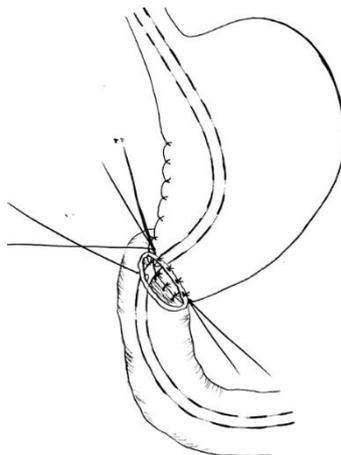


Рис.4.13

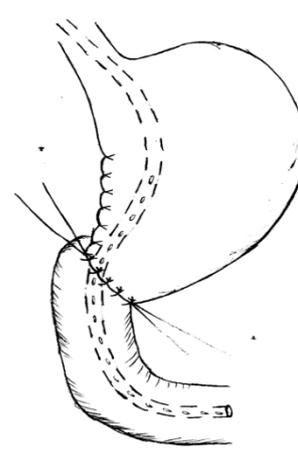


Рис.4.14

**Рис. 4.12-4.14. Общая схема термилоатерального косога ГДА по Габереру-Финнею.**

Предложенный способ иссечения малого сальника с экономной резекцией желудка, наложением ГДА имеют следующие преимущества:

1) наложение однорядного шва упрощает технику операции, уменьшается травматизация тканей культи желудка и ДПК;

2) сохраняется целостность основных стволов желудочно-сальниковых артерий, что позволяет обеспечить полноценное кровоснабжение культи желудка;

3) иссечением малого сальника, малой кривизны желудка осуществляется один из важных компонентов селективной ваготомии, сохраняя вагусной иннервации кардии, большой кривизны желудка, печени, желчного пузыря и кишечника;

4) адекватно снижаются агрессивные факторы желудочного сока и они корригируются фармакотерапией, что обеспечивает надёжную профилактику рецидива язв;

5) сохраняется значительная часть желудка, обеспечивая его резервуарную функцию;

6) наложение «гофрирующих» слизисто-мышечных швов на культе желудка обеспечивает адекватный гемостаз;

7) сохранение значительной части желудка расширяет показания к наложению анастомоза по Бильрот-I.

Экономная резекция желудка с иссечением малого сальника обеспечивает более надёжную остановку кровотечения и больший радикализм лечения язвенной болезни. Последнее обстоятельство немаловажно у больных, когда язвенному кровотечению предшествовал длительный анамнез с упорством течения заболевания. Экономная резекция желудка в большинстве случаев выполняют в модификации Бильрот-I, при этом хирург должен быть готов к атипичному закрытию «трудной» дуоденальной культи, когда речь идёт о язве, пенетрирующей в поджелудочную железу. При этом ушивает культи ДПК и накладывают терминоплатеральный ГДА, который выполнен у 42(29,4%) больных.

#### **4.6. Иссечения язв и выбор пилородуоденопластики при кровоточащих ПДЯ**

При кровоточащей ПДЯ особое значение имеют органосохраняющие операции - иссечение язв, дуоденопилоропластика, отличающиеся прежде всего технической простотой и низкой летальностью.

Операцией выбора при сочетанных осложнениях ПДЯ и у больных, у которых время операции лимитированы (прободная и кровоточащая язва, тяжесть состояния больных, требующих быстрого окончания операции, пожилой возраст), наиболее оптимальным и обоснованным является иссечение язвы и радикальная пилородуоденопластика (РПДП).

После выполнения иссечения осложнённых ПДЯ И РПДП пациенты нуждаются в динамическом диспансерном наблюдении с проведением, по показаниям, эрадикационной и антисекреторной терапии (выполнена у 73 пациентов)

После выполнения верхне-срединной лапаротомии проводят интраоперационное исследование характера язвы и осложнений, санация брюшной полости и ревизии. Снимают спаечную "мантию", закрывающую контуры гастродуоденального перехода, уточняют уровень локализации и величину язвы передней стенки луковицы ДПК. В пределах здоровых тканей края язвенного инфильтрата берутся на держалки с боковых краёв.

Дистальнее и проксимальнее язвенного инфильтрата производят два полукруглых окаймляющих разреза в поперечном направлении острым скальпелем, надсекая лишь серозную оболочку. В дальнейшем используя электронож, сначала рассекается дистальный край язвы. Через дефект язва дополнительно приподнимается проведенным диссектором и после пальцевой проверки интактности сфинктера привратника, проксимальным разрезом электроножом иссекается язва (прободная, кровоточащая) в пределах здоровых тканей. Этим самым в меньшей мере травмируются циркулярные мышцы ДПК, сохраняется целостность сфинктера привратника и боковых стенок луковицы ДПК.

Проводится дополнительная ревизия задней стенки, проксимальной и дистальной части ДПК.

При диагностировании язвы передней и задней стенки ПД области (патент №IAP 04962 Республика Узбекистан), через дуоденальный дефект электроножом иссекаются края язвы задней стенки до дна его кратера (часто пенетрирующую в головку поджелудочной железы), отступя 5 мм. Такой прием позволяет избежать травмы поджелудочной железы. Дефект на задней стенке луковицы ушивается слизисто-подслизисто-мышечными узловыми швами, используя шёлковые нити, сопоставляют и адаптируют края задней стенки кишки. Тем самым дно кратера язвы остаётся за пределами кишечной трубки, т.е. производится

экстрадуоденизация язв без использования пряди сальника (схемы операции представлены на рис 4.15, 4.16, 4.17), выполнено у 21 больного.

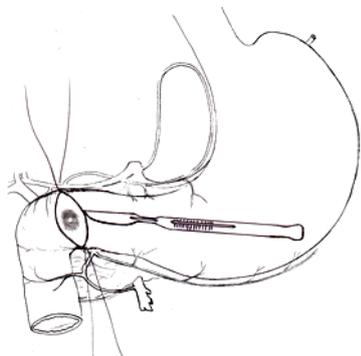


Рис. 4.15

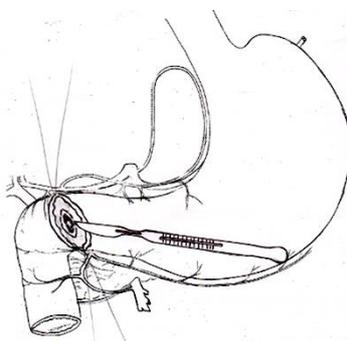


Рис. 4.16

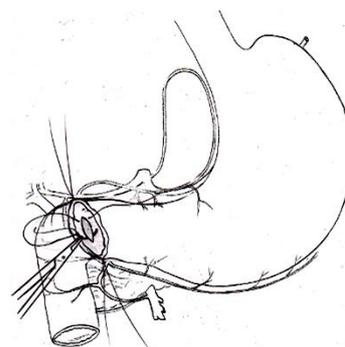


Рис. 4.17

**Рис. 4.15-4.17 Этапы иссечения язв передней и задней стенки ПДЯ с ПДП**

Дефект задней стенки кишки ушивают однорядными узловыми швами. По аналогичной методике иссекаются пенетрирующие и кровоточащие «зеркальные» язвы.

В случаях выявления функционального стеноза до операции, выражающегося во время операции в виде спазма пилорического жома, за счет перифокального воспаления, производят пилородилатацию, при этом доводят диаметр пилорического жома до 22-24 мм. После пилородилатации пилорический жом остается в расширенном состоянии, что связано с атонией его мышц.

**Пилородуоденопластика.** Дефект на передней стенке ДПК в начальном периоде нашей работы ушивался внутриузловыми отдельными кетгутовыми швами в поперечном направлении, поверх которого накладывали серозно - мышечные швы.

В последние годы пилородуоденопластика завершается наложением однорядно серозно-мышечно-подслизистыми шёлковыми швами в поперечном направлении узелками кнаружи. При этом, вкол иглы проводится отступя 6-7 мм от верхнего края разреза кишки, а выкол -

отступя 4-5 мм от нижнего края разреза. Расстояние между узлами должно быть 6-8 мм. Контроль герметичности и проходимости дуоденопластики проводится путём введения и последующей аспирации 400 мл раствора фурациллина через НГДЗ (рис. 4.18, 4.19).

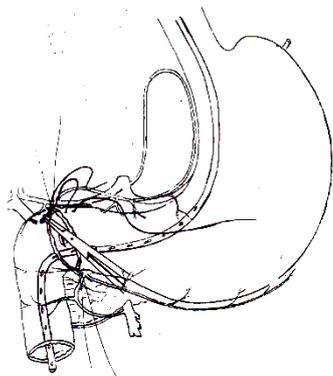


Рис. 4.18

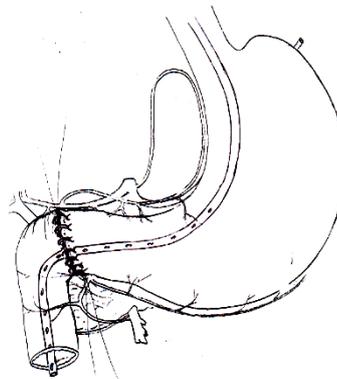


Рис. 4.19

**Рис. 4.18-4.19. Наложение однорядного серозно-мышечно-подслизистого шёлкого шва и окончательный вид после РДП.**

Итак, данными методиками удаляется патологический очаг, т.е. язва (язвенный рубец), восстанавливается проходимость пищеварительного тракта с нормализацией ее дренажной функции.

При язвенном инфильтрате, суживающий пилородуоденальный отдел, с целью создания более широкой пилородуоденопластики использовали модифицированный метода Финнея (выполнена у 34 больных) (рис. 4.20, 4.21, 4.22).

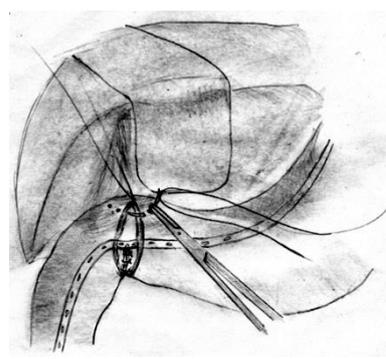
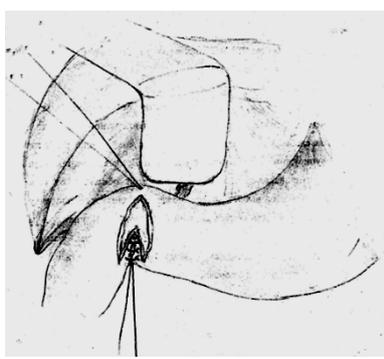
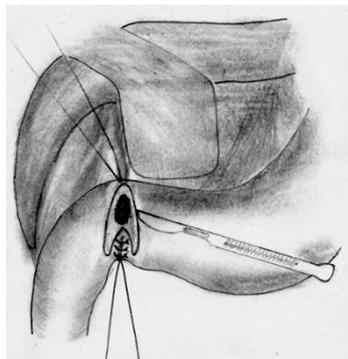


Рис. 4.20

Рис. 4.21

Рис. 4.22

**Рис. 4.20-4.22. Гемипилорозэктомия, пилоропластика по Финнею**

При расположении язвы на передней стенке пилорического отдела желудка и двенадцатиперстной кишки производится иссечение передней полуокружности привратника в поперечном направлении и ушивание ее однорядным швом узелками кнаружу также в поперечном направлении по Джадд-Танаке (произведено у 18 пациентов) (рис. 4.23, 4.24, 4.25).

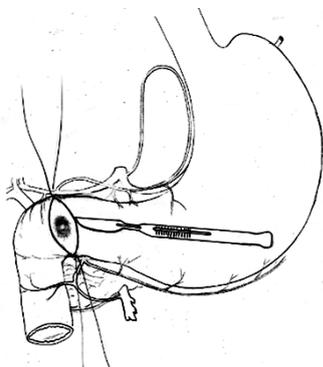


Рис. 4.23

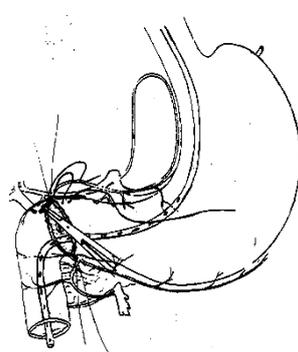


Рис. 4.24

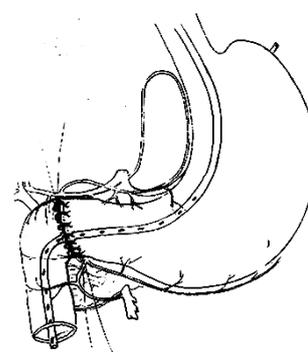


Рис. 4.25

**Рис. 4.23-4.25. Модифицированный способ пилоропластики по Джадд-Танаке.**

Данная методика операции, являясь разновидностью мостовидной дуоденопластики, имеет следующие преимущества:

1) позволяет сохранить целостность желудка, частичное или полное сохранение клапанного механизма привратника как единое целое, с их нейрососудистыми взаимосвязями, что обеспечивает порционную эвакуацию пищи, сохраняя при этом естественный пассаж пищи по ЖКТ;

2) после иссечения язвы с ПДП без ваготомии, у больных в ранние сроки после операции восстанавливается пищеварение, однако, имеется высокая опасность рецидива язвы. В связи с этим у больных перенесших иссечение язв ПДП, у исследуемых больных с успехом применяли методику «медикаментозной ваготомии» (т.е. прием ИПП + блокаторы H<sub>2</sub> рецепторов) по схеме;

3) пилородилатация приводит к расправлению внутренней стенки и восстановлению просвета пилорического сфинктера, что расширяет показания к данной методике операции;

4) оставление полихлорвинильного зонда обеспечивает декомпрессию пилородуоденальной области и ДПК, тем самым является мерой профилактики несостоятельности швов;

5) техника наложения кишечного шва позволяет восстановить просвет ДПК, тем самым, не нарушая её дренажную функцию.

В целом, разработанные технические приемы обеспечивали безопасность оперативного вмешательства. Ни в одном случае, после операции иссечение язв с пилородуоденопластикой не наблюдали таких осложнений, как несостоятельность швов анастомоза, перитонит, травматический панкреатит, повреждение смежных органов (печени, желчных ходов, поджелудочной железы). Летальных исходов не было.

Все 73 пациента оперированы (в контрольной у 36 из 86 больных, и в основной у 37 из 57 пациентов) по методике, усовершенствованной в нашей клинике.

Всем пациентам в основной группе, у которых иссекали язвы пластическими операциями с целью снижения агрессивных факторов желудочного сока и предотвращения образования язв в будущем раннем и позднем после операционном периоде больным проводилась тройная или квадротерапия (ИПП, ингибиторы H<sub>2</sub> рецепторы, метронидазол в сочетании с цефалоспоридами).

Перед ушиванием брюшной стенки у всех оперированных дренировали подпеченочное пространства. Промывается культи желудка и кишечника фурацилином (200 мл) и холодной водой (200 мл) для удаления излившейся крови во время операции, для контроля гемостаза и герметичности области анастомоза и пилородуоденопластики. Данная процедура выполняется и в последующие дни, больному промывают

желудок до «чистой воды». В последние годы с успехом применяем вариант промывания и декомпрессии культи: во время операции трансназально проводится в культю желудка и отводящей отдел кишечника назогастродуоденальный полихлорвиниловый зонд (диаметр 5 мм), через который осуществляется эвакуация застойного желудочного содержимого в первые 2-3 дня. Преимущество этого способа заключается в том, что больному в первые часы после операции разрешается пить в полном объеме. Зонд удаляется после восстановления перистальтики, как правило, через 6 суток.

В послеоперационном периоде пациенты находились в отделении реанимации и интенсивной терапии, в среднем 1-2 суток. Им проводилась коррекция изменений объема циркулирующей крови, противоязвенная, антибактериальная терапия.

Таким образом, техника наложения желудочно-кишечных анастомозов с использованием серозно-мышечно-подслизистых однорядных швов при ушивании малой кривизны желудка после экономной резекции, а также формирование различных видов гастродуоденоанастомозов и иссечение кровоточащих ПДЯ с пилородуоденопластикой на фоне антисекреторной терапии с эррадикацией *Нр*, позволяет выйти из трудной ситуации во время операции, исключить несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки и закончить вмешательство у большинство больных созданием пассажа пищи по двенадцатиперстной кишке.

## **ГЛАВА V.**

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

#### **КРОВОТОЧАЩИХ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ**

---

---

##### **5.1. Сравнительная оценка интраоперационны и ранних послеоперационных осложнений**

Осложнения, возникающие во время операции на желудке и двенадцатиперстной кишке, могут быть связаны с самой техникой выполнения хирургического вмешательства. Однако есть и такие осложнения, которые характерны для каждого вида операций, выполняемых в абдоминальной хирургии.

Для сопоставления количества и характера наблюдающихся осложнений мы выделили 2 группы больных, оперированных по поводу кровоточащих ПДЯ: 1 группа - 70 больных, перенесших резекцию желудка, 2 группа - 73 пациента, перенесших органосохраняющие операции, т.е. иссечение язв и пластическими операциями пилородуоденальной зоны.

Интраоперационными осложнениями, характерными для резекции желудка были: массивное кровотечение при мобилизации желудка и двенадцатиперстной кишки - у 4(5,7%) пациентов; повреждение паренхимы поджелудочной железы - у 3(4,3%); разрыв капсулы селезенки - у 2(2,9%); прорезывание швов на культе двенадцатиперстной кишки из-за воспалительной инфильтрации - у 2(2,9%) пациентов. Эти осложнения были связаны с техникой выполнения операции.

Органосохраняющие операции на желудке, т.е. иссечение язвы и различные варианты пластических вмешательств пилородуоденальной зоны также выполнены этими же хирургами 73 пациентам, в большинстве

случаев по идентичной методике. Характерные осложнения при органосохраняющих операциях: гематома в малом сальнике - у 3(4,1%); кровотечение - у 2(2,7%), разрыв капсулы селезенки - у 1(1,4%) больных. Следует подчеркнуть, что большинство осложнений, возникших при иссечении пилородуоденальных язв с пилородуоденопластикой можно ликвидировать уже во время операции.

Эвакуация протекала ритмично у всех обследованных. Скорость ее была несколько замедлена – у 6. Контроль пассажа бария по кишечнику прослежен у 28 больных. Через 2 часа контрастная масса в желудке отсутствовала у 13 пациентов, ее следы определялись у 11, бариевая взвесь в желудке имела у 4. Через 8 часов в желудке у них контрастной массы не определялось.

В послеоперационном периоде у больных контрольной группы, осложнения, связанные непосредственно с вмешательством на желудке и ДПК наблюдались у 15(17,2%) пациентов, а в основной группе – у 6 (10,7%) больных (табл. 5.1).

По количеству осложнений в сравниваемых группах имелись существенные различия:  $P=0,02$  (критерий  $\chi^2$ ). Их было больше в контрольной группе. Умерло 2(2,3%) пациента, причины смерти: у 1 – несостоятельность культи 12-перстной кишки, у 1 - сердечная недостаточность после острого обширного инфаркта миокарда. При этом в основной группе летальных исходов не наблюдали.

Наиболее серьезными осложнениями после резекции желудка в ближайшем послеоперационном периоде были недостаточность швов культи двенадцатиперстной кишки (у 3), швов гастродуоденоанастомоза (у 1), панкреатит (5) и панкреонекроз у 1 оперированного больного. Из 4 случаев недостаточности культи ДПК и гастродуоденоанастомоза у одного наступил летальный исход. Послеоперационная летальность у больных контрольной группы составила 2,3% пациентов. После

иссечение язв пластическими операциями пилородуоденальной зоны летальный исход не наблюдали.

Таблица 5.1

## Характеристика ранних послеоперационных осложнений

Осложнения раннего послеоперационного периода	Контрольная группа (n=87)		Основная группа (n=56)	
	абс.	%	абс.	%
I. Специф. для операции на желудке:				
а) несостоятельность культи ДПК	2(1)	2,3	1	1,8
б) несостоятельность ГДА	1	1,1	0	0
в) нарушения МЭФЖ:				
- анастомозит	2	2,3	2	3,6
- гастростаз	3	3,4	1	1,8
г) кровотечение	3	3,4	1	1,8
д) панкреатит	4	4,6	1	1,8
<b>Всего:</b>	15	17,2	6	10,7
II. Осложнения общего характера:				
а) бронхопневмония	3	3,4	2	3,6
б) сердечно-сосудистые заболевания	2(1)	2,3	1	1,8
в) нагноение раны	4	4,6	1	1,8
г) эвентрация	1	1,2	0	0
<b>Всего:</b>	10	11,5	4	7,1
<b>Итого:</b>	25	28,7	10	17,9

Примечание: в скобках указана летальность (2 – 2,3 %)

Широкое внедрение иссечение ПДЯ с пластическими операциями пилородуоденальной зоны в хирургическом лечении ЯБ способствует максимальному снижению количества таких осложнений, как недостаточность швов культи двенадцатиперстной кишки и анастомозов, анастомозитов и панкреонекрозов, характерных для резекции желудка.

В заключение следует отметить, что внедрение разработанных нами лечебно-диагностического алгоритма, а также усовершенствованных методик органосохраняющих и резекционных операций позволили снизить процент ранних послеоперационных осложнений (с 17,2% до 10,7%) и полностью предотвратить летальность после экономной резекции и иссечения язв с ПДП.

## **5.2. Результаты исследования моторно-эвакуаторной функции желудка после различных операций при кровоточащих ПДЯ.**

Изменения моторно-эвакуаторной деятельности желудка при осложненных ПДЯ имеют существенное значение не только для выбора наиболее обоснованного метода операции, но и для суждения о результатах оперативных вмешательств.

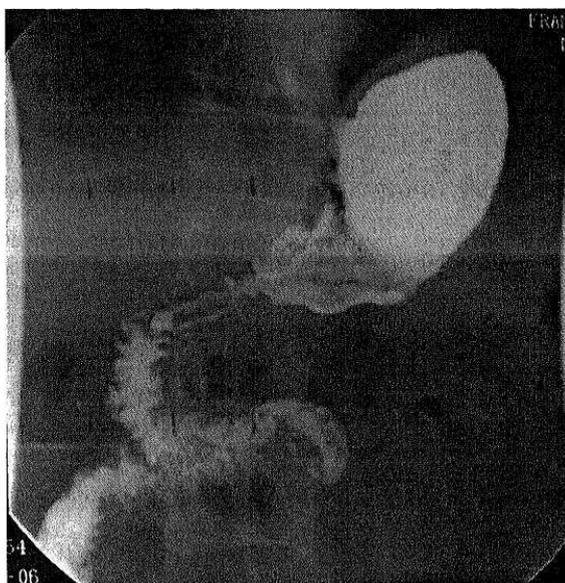
На 6-е сутки после операции на желудке у всех больных (за редким исключением, когда больные сами отказались от рентген исследования), независимо от метода операции, проведены рентген контрастные исследования эвакуаторной функции желудка, с наличием назогастродуоденального зонда. При нормальной эвакуаторной функции культи желудка, декомпрессионный зонд удаляли и на следующие сутки больного выписывали домой. При обнаружении застоя в желудке, замедлении эвакуаторной функции культи, проводилась усиленная медикаментозная (церукал, прозерин, фитолак, бисакодил свеча) терапия, при этом декомпрессионный зонд удаляли позже, в сроки от 10 до 16 суток после операции.

При рентгенологическом исследовании после операции иссечения малого сальника с экономной резекции желудка, независимо от вида гастродуоденоанастомоза, слепого мешка культи двенадцатиперстной кишки выше анастомоза и дополнительных структур в его проекции не выявлено ни в одном случае (рис. 5.1).

У большинства больных, перенесших резекцию желудка с гастродуоденоанастомозом на расстоянии 2-4 см дистальнее ГДА возникали локальные сокращения с перистальтическими волнами в изо- и антиперистальтическом направлении. Создавалось впечатление, что эти сокращения регулировали пассаж контраста по двенадцатиперстной кишке. По данным литературы, в этой зоне находится пейсмейкер, который в определенной мере регулирует пассаж пищи по двенадцатиперстной кишке и начальным отделам тощей кишки.

Обследованные больные после операции с помощью рентгенконтрастного метода (пассаж бария) по видам ранее выполненных вмешательств были разделены на 3 группы:

1. Экономная резекция желудка по Бильрот II с ГЭА по Гофмейстеру-Финстереру – 7 больных;
2. Экономная резекция желудка Бильрот I – 34 больных;
3. Иссечение ПДЯ и пилородуоденопластика – 48 больных.



**Рис. 5.1. Рентгенограмма культи желудка на 6 сутки после экономной резекции желудка с формированием терминалолатерального поперечного гастродуоденального анастомоза + операция Стронга (Б-й М. 37 лет. и/б 2314/435).**

Сравнительные данные, характеризующие эвакуацию бариевой взвеси из желудка после указанных операций, приведены в таблице 5.2.

Из 89(100%) больных, ускоренная эвакуация контраста отмечена у 33 (37,1%) больных, нормальная - у 48 (53,9%), замедленная - у 18 (20,2%): из них в 5 случаях, указанных выше, с признаками гипотонии культи желудка. Порционный характер эвакуация носила у 26 (76,5%) больных после экономной резекции желудка с гастродуоденоанастомозом (из 34 пациента).

Наблюдение за динамикой опорожнения контраста из желудка показало, что начальная эвакуация в первые 15-30 минут независимо от вида хирургического вмешательства оказалось ускоренной. В этот период ведущим фактором механизма эвакуации из желудка является гидростатическое давление бариевой взвеси. Если в течение первых 15-30 минут опорожнение желудка полностью не завершается, то эвакуация бариевой взвеси продолжается уже более медленно, чем в первый период. В связи с этим сравнение эвакуаторной функции желудка после различных видов операции проводилось за период в 15–30 минут от начала исследования.

Задержка эвакуации контраста по двенадцатиперстной кишке до 5 минут («начальный спазм» области анастомоза) отмечена у 8(9%) больных, у 5 (5,6%) из них с дуоденогастральным рефлюксом легкой степени, что также было выявлено при эндоскопическом исследовании.

**Таблица 5.2**

**Эвакуаторная функция желудка после различных операций**

Тип и характер эвакуации	Методы операции и количество наблюдений		
	Резекция по Б-I	Резекция по Б-II	Иссечение язвы + пилородуоденопластика
Ускоренная эвакуация:			
а) порционно-ритмический характер	10	3	4
б) непрерывно-ритмический характер	2	2	2
Нормальная эвакуация:			
а) порционно-ритмический характер	12	2	19
б) непрерывно-ритмический характер	5	-	10
Замедленная эвакуация:			
а) порционно-ритмический характер	4	-	8
б) непрерывно-ритмический характер	1	-	5
Всего:	34	7	48

Резюмируя изложенное, можно сказать, что изучение эвакуаторной функции желудка у больных, перенесших операции удаления антрального отдела и привратникового механизма, оказались ускоренными первые 15-30 минут, но в большинстве случаев порционно. Наименьшее изменение претерпевает опорожнение желудка после иссечения кровоточащих ПДЯ, пластическими операциями пилородуоденальной зоны вследствие интактного антрального отдела, с частичным или полным сохранением привратникового механизма и естественного пассажа содержимого желудка по двенадцатиперстной кишке, что позволяет назвать этот вид операции наиболее обоснованным. Иссечение малого сальника с экономной резекцией желудка, наложение термилатеральных гастродуоденоанастомозов по

поводу трудных пилородуоденальных язв исключает наличие слепого мешка дуоденальной культи и дополнительных тканевых структур в зоне анастомоза, обладает достаточными арефлюксными свойствами, обеспечивает порционный характер эвакуации, является мерой профилактики нарушений моторно-эвакуаторной функции культи желудка и двенадцатиперстной кишки.

### **5.3. Кислотопродуцирующая функция желудка после различных операций при кровоточащих пилородуоденальных язвах.**

Детальное изучение характера желудочной секреции наряду с комплексным обследованием больных с осложненными пилородуоденальными язвами до операции создавало условия для индивидуального выбора метода хирургического лечения.

Наряду с иссечением малого сальника + экономной резекцией желудка при кровоточащих ПДЯ применяли иссечение язв + пластические операции. В основной группе использовали «тройную» или «квадро» терапию на основе разработанных нами алгоритмов лечения сразу с эндоскопическим гемостазом. Результаты оперативных вмешательств оценивались на основе объективных критериев, среди которых ведущее место занимает изучение желудочной секреции.

Кислотопродуцирующая функция желудка после различных оперативных вмешательств изучена у 52 больных с ПДЯ с остановившимся кровотечением (из группы F IIc, F III) с использованием максимального гистаминового теста Кея (табл. 5.3).

**Таблица 5.3**

**Кислото продуцирующая функция желудка до и после различных  
видов  
операции при ПДЯ (M±m)**

Показатели БПК и МПК (ммоль/ч)		Виды оперативных вмешательств и абс. к-во наблюдений		
		РЖ+ГДА (n=22)	РЖ+ГЭА (n=6)	ИЯ+ПДП (n=24)
БПК	до	8,51±0,8	7,76±3,1	8,98±1,7
МПК		27,26±2,2	26,63±5,5	28,77±4,8
БПК	после	0,96±0,8***	0,15±0,09***	4,12±0,4**
МПК		1,26±2,2***	0,37±0,2***	17,32±0,5*

Примечание: \* - различия относительно данных до операции значимы (\* - P<0,05, \*\* - P<0,01, \*\*\* - P<0,001)

У 28 больных, перенесших иссечение малого сальника с экономной резекцией и наложением ГДА (по принципу Бильрот-I) и ГЭА (по принципу Бильрот-II) показатели БПК и МПК снизились до достаточно низких цифр. БПК от 7,7-8,5 ммоль/ч до 0,15–0,96 ммоль/ч, а МПК от 26,6-27,2 ммоль/ч до 0,37-1,22 ммоль/час.

При исследовании кислотопродуцирующей функции желудка у 8 больных (из 28), перенесших иссечение малого сальника с антрумрезекцией, установлена гистамино устойчивая анацидность, которая сохранялась и через 6, 12 и 24 месяца после операции. Данные литературы (Кузин М.И., Панцырев Ю. М., Чернякевич С. А и др.) и наши наблюдения показывают, что, как селективная ваготомия, так и иссечение малого сальника с антрумрезекцией приводят к эффективному и стойкому подавлению агрессивных факторов желудочного сока. Этот эффект не зависит от уровня дооперационных показателей продукции кислоты. Хотя в аспекте полного излечения больного от язвенной болезни иссечение малого сальника с антрумрезекцией не вызывает возражений, однако развитие анацидности и пострезекционных синдромов ставят под

сомнение целесообразность широкого применения этой операции при осложненных пилородуоденальных язвах.

В связи с этим мы в последнее время применяем иссечение малого сальника с антрумрезекцией у больных кровоточащими язвами в сочетании субкомпенсированным и декомпенсированным пилородуоденальным стенозом.

После иссечения язв с пластическими операциями при пилородуоденальных язвах БПК снизились в среднем от 8,98 ммоль/ч до 4,12 ммоль/ч ( $P < 0,01$ ), а МПК от 28,77 ммоль/ч до 17,32 ммоль/ч ( $P < 0,05$ ), т.е до нормальных величин показателей БПК и МПК желудочного сока.

В первое время на основании дооперационных данных о характере показателей БПК и МПК желудочного сока выбирали иссечение малого сальника с антрумрезекцией или иссечение осложненных ПДЯ с пластическими операциями пилородуоденальной зоны. Последнее же время независимо от исходного уровня базальной и максимальной продукции кислоты при осложненных ПДЯ, как правило, применяли иссечение ПДЯ с дренирующими желудок операциями, на фоне фармакотерапии (ИПП, ингибиторы  $H_2$  блокаторов, эрадикации  $H_p$ ) язвенной болезни. При этом выявили, что иссечение ПДЯ с дренирующей желудок операцией на фоне ингибиторов протонной помпы надежно подавляет желудочную секрецию независимо от исходного уровня базальной и максимальной продукции кислоты.

У 25 больных (у 12 иссечением малого сальника экономной резекцией + ГДА и у 13 после иссечения ПДЯ с пилородуоденопластикой на фоне фармакотерапии (см. рис. 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6), показатели кислотности желудочного сока изучали рН-зондом – иономером производства «ИСТОК» Россия. У больных, перенесших иссечение малого сальника с антрумрезекцией, рН тела желудка колебалась от 5,4 до 6,2, т.е. гипо- и анацидность.

Учитывая, что при рН 3,5 (Кротыко Г.Ф., 1981) и более пепсиноген не превращается в пепсин в желудочном соке, прием блокаторов протоновой помпы и  $H_2$  блокаторов у этих больных нецелесообразен, поэтому в послеоперационном периоде у больных, перенесших иссечение малого сальника с антрум резекцией блокаторы  $H_2$  рецепторы и ИПП не получали.

У 10 больных после иссечения ПДЯ с дренирующими желудок операциями показатели базальный рН тела и антрального отдела колебались в пределах 2,2-3,5 (гипоацидность), а у 3 - рН в теле желудка - 1,6-2,0, т.е. выявлена норма́цидность.

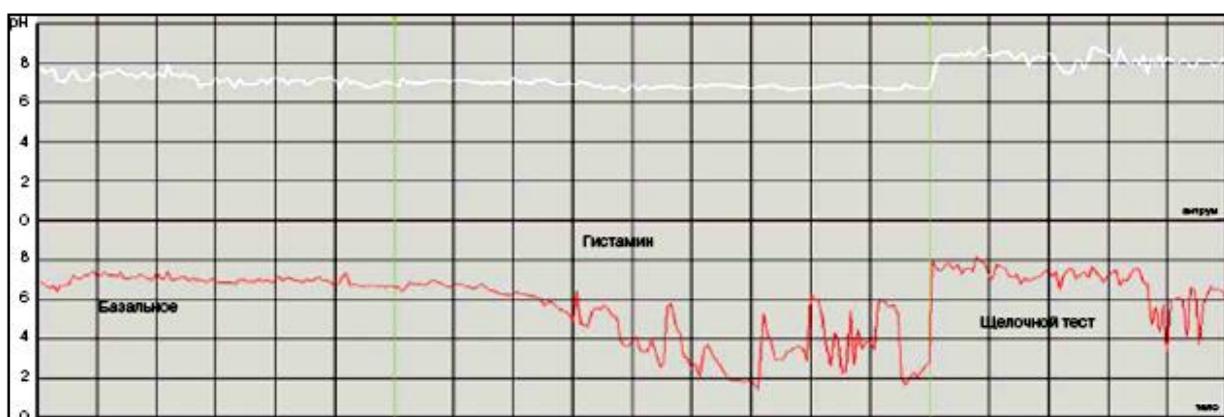


Рис. 5.2 Традиционная рН-грамма: 1- этап базальная; 2-этап- после стимуляции гистамином; 3- этап – щелочной тест

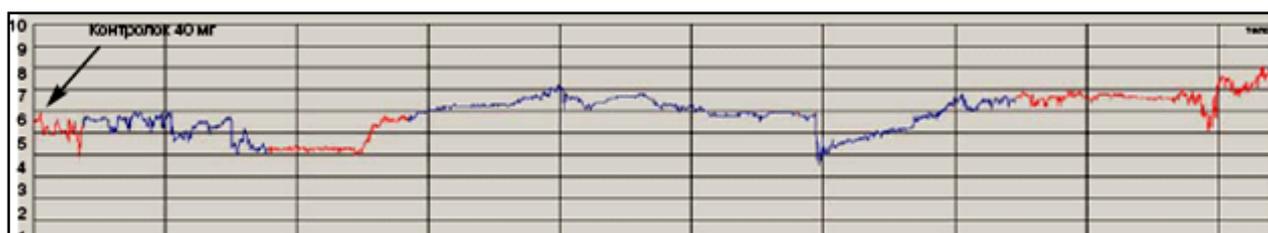
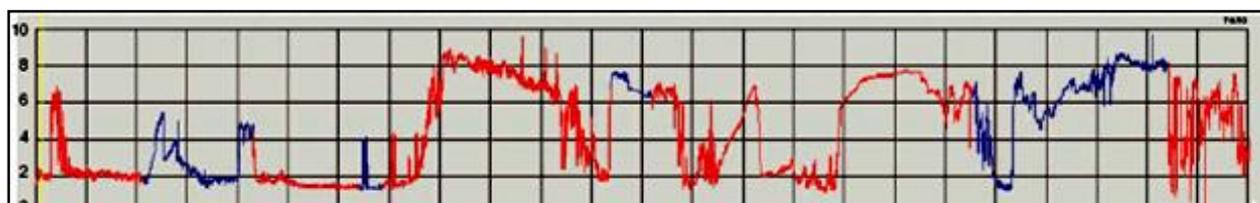
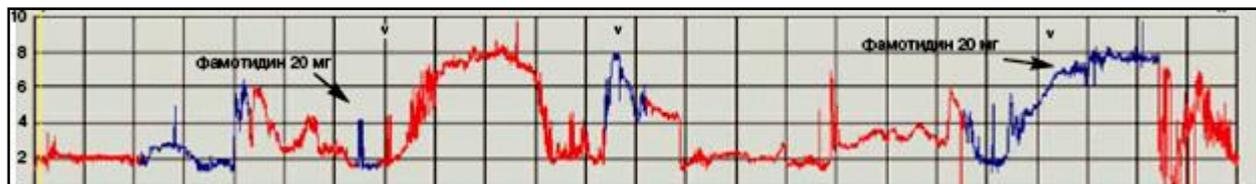


Рис. 5.3 рН-грамма пациента О. на фоне пантапрозола 40 мг в/в после иссечение ППДЯ + ПДП



**Рис. 5.4** рН-грамма пациента М. после ИЯ+ПДП. Нормацидность ощелочивающая функция антрума сохранена



**Рис. 5.5** рН-грамма пациента Н. на фоне фамотидина после ИЯ +ПДП (повышение рН- гипоацидность)



**Рис. 5.6** рН-грамма больной С. после иссечение малого сальника антрумрезекцией + ГДА по Габереру (анацидность)

После стимуляции гистамином в течение первых 30 минут у 11 больных обнаружили тенденцию к снижению рН тела желудка. Начиная с 40-50 минут после введения гистамина у 6 больных цифры рН в теле желудка снизились с 5,5-6,0 до 1,6. У всех больных (15) после операции обнаружено повышения рН антрального отдела, т.е. нормализация ощелачивающей функции антрума. Дооперационные показатели БПК и МПК, а также внутрижелудочная рН-метрия у этих больных выявили гиперацидность (БПК -  $6,4 \pm 0,5$  ммоль/ч, МПК –  $28,4 \pm 2,6$  ммоль/ч, рН в 1,2 и ниже, т.е. гиперацидность).

Иссечение ПДЯ с пластическими операциями, по данным рН-метрии, на фоне фармакотерапии ЯБ в большинстве наблюдений кислотопродуцирующая функция желудка сохраняется на уровне нормальных цифр. Однако, это не таит в себе опасности рецидива язвы, так как выработанная соляная кислота успеваает нейтрализоваться щелочным секретом антрума или дуоденальным содержимым.

Таким образом, наши исследования показывают, что применение алгоритмов выбора метода операции на фоне фармакотерапии надежно снижает агрессивные факторы желудочного сока. Внедрение иссечения осложненных ПДЯ с различными методами пластических операций пилородуоденальной зоны и усовершенствованные методы экономной резекции желудка на фоне современной фармакотерапии язвенной болезни позволяют оценить как наиболее оптимальные методы в хирургическом лечении осложненных пилородуоденальных язв.

#### **5.4. Изменения содержания пепсиногена крови в зависимости от методов операции и сроков гастродуоденальной аспирации.**

В данном разделе работы представлены результаты исследований влияния различных видов операций на желудке по поводу ПДЯ и сроков аспирации на изменение активности пепсиногена в крови, как одного из показателей изменения гомеостаза пищеварительных гидролаз, в условиях покоя пищеварительных желез – натошак, и повышения функциональной их активности после приема пищи.

Результаты проведенных исследований натошак показали, что у 10 здоровых людей, среднее содержание пепсиногена в крови составляло  $56,6 \pm 2,6$  тир. ед/мл (табл. 5.4).

В подгруппах А и Б в первые сутки после ИЯ ПДП, по сравнению с показателями до операции, отмечалось значимое повышение содержания плазмопепсиногена ( $73,2 \pm 3,2$  тир.ед/мл), которое постепенно снижалось к 6 суткам почти до уровня показателей до операции ( $65,4 \pm 2,7$  тир. ед/мл).

У больных с экономной резекцией желудка ГДА по Бильрот-I в подгруппах А и Б было выявлено значительное достоверное повышение содержания плазмопепсиногена в первые сутки после операции ( $116,1 \pm 6,6$  тир.ед/мл).

Таблица 5.4

**Изменения показателей пепсиногена (титр.ед/мл) крови натощак у больных после различных операций ПДЯ при 3 и 6 суточной аспирации**

Группы обследованных больных	Сроки аспирации	
	3-суточная (А)	6-суточная (Б)
1. Здоровые (n=10)	56,6±2,6	
2. РЖ+ГДА (n=12)	116,1±6,6***	86,7±2,8***
3. РЖ+ГЭА (n=6)	122,3±6,3***	102,5±3,2***
4. ИссеченияППДЯ+ ПДП (n=12)	73,2±3,2***	65,4±2,7*

Примечание: \* - различия относительно данных контрольной группы значимы (\* - P<0,05, \*\*\* - P<0,001)

После удаления зонда на 4-6 сутки у этих больных показатели плазмопепсиногена были достоверно выше по сравнению с подгруппой Б.

В тоже время применение гастродуоденальной аспирации в послеоперационном периоде за счет понижения внутрижелудочного и внутридуоденального давления способствует увеличению экзосекреции и уменьшению инкреции, а также более быстрому уменьшению отека и восстановлению моторной деятельности желудка и ДПК и более быстрому восстановлению гомеостаза пищеварительных гидролаз.

Иссечение осложненных ПДЯ + ПДП и иссечение малого сальника с экономной резекцией желудка + ГДА в сравнении с резекцией желудка по Бильрот II, не вызывает высокого уровня изменения показателей гомеостаза пищеварительных гидролаз, что не безразлично для организма. Оптимальным сроком в раннем послеоперационном периоде является 6 суточная аспирация, по сравнению с 3 суточной, так как она приводит к более быстрому восстановлению гомеостаза

пищеварительных гидролаз и может использоваться, как один из способов коррекции нарушения ферментного гомеостаза.

### **5.5. Отдаленные результаты хирургического лечения кровоточащих пилородуоденальных язв**

Анализ отдаленных результатов является одним из решающих критериев в оценке того или иного метода оперативного вмешательства. Однако, многообразие вариантов резекции желудка, различные методы иссечения язв с дренирующими желудок операциями или без них, применяемых для хирургического лечения язвенной болезни, сделали затруднительным не только выбор оптимального метода хирургического лечения, но и оценку результатов проведенной операции. Результаты многочисленных исследований констатировали отсутствие единой, унифицированной методики для изучения отдаленных результатов различных операций по поводу язвенной болезни. В литературе приводятся самые разноречивые оценки одних и тех же операций. Есть еще много спорных и нерешенных вопросов, касающихся изучения отдаленных результатов.

Опыт показывает, что вызывать каждого больного для стационарного обследования через 3, 6, 12 месяцев и в более поздние сроки после операции крайне затруднительно. Не говоря уже о том, что это приводит к значительному экономическому ущербу, более или менее полный охват наблюдением оперированных больных при этом также совершенно невозможен, так как систематически приезжать на обследование могут лишь немногие. Поэтому мы, как и другие исследователи, воспользовались анкетным способом. По анкетным данным мы можем оценить отдаленные результаты и при необходимости вызвать больного для обследования в амбулаторных или стационарных условиях.

Для оценки отдаленных результатов хирургического лечения язвенной болезни с различными осложнениями, нами разработана специальная «анкета-вопросник», которую отправляли по почте и в большинстве случаев получали ответ через 2-3 недели.

Анализируя полученные данные, можно оценить отдаленные результаты по критериям Visik (1948) с некоторыми дополнениями, разработанными в НИИ хирургии им. А.В. Вишневского (Россия), которые применимы как в группе оперированных, так и по отношению к каждому отдельному больному. В соответствии с этой классификацией по результатам хирургического лечения больные подразделяются на 4 основные группы:

1. I группа – отличный результат - характеризуется полным отсутствием симптомов язвенной болезни после операции. Пациент практически здоров, диету не соблюдает, выполняет прежнюю работу.

2. II группа – хороший результат - пациент доволен результатом операции, однако имеются жалобы на кратковременное чувство тяжести в эпигастральной области после еды, временами он ограничивает прием молочной или сладкой пищи. При объективном обследовании оперированного каких-либо существенных изменений не обнаруживается. Пациент практически здоров, прибавил в массе.

3. III группа - удовлетворительный результат - характеризуется наличием признаков демпинг синдрома легкой степени, эпизодической диареей, слабо выраженной и редкой дисфагией, периодической изжогой (возможны сочетания симптомов). При обследовании выявляются те или иные нарушения, объясняющие причину жалоб. Пациент нуждается в периодическом санаторно-курортном лечении и амбулаторных обследованиях. Соблюдает диету в периоды возникновения жалоб, ограничивает прием определенных продуктов. Масса тела стабильна или имеет тенденцию к снижению. Перечисленные явления не оказывают

серьезного влияния на жизнь пациента, и он может выполнять прежнюю работу. Эта группа оперированных заслуживает особого внимания. Требуется правильная оценка их состояния для своевременного проведения необходимого лечения и рационального трудоустройства. Они подлежат регулярному диспансерному наблюдению. Подобная тактика позволяет избежать перехода этих больных в группу оперированных с плохими результатами.

4. IV группа - плохой результат А – это больные неудовлетворенные результатом операции. При обследовании выявляются рецидив язвы, стеноз анастомоза или стеноз в области пилородуоденопластики, диарея и демпинг-синдром средней степени тяжести, выраженные рефлюкс-гастрит или рефлюкс эзофагит. Эти явления могут наблюдаться в отдельности или в сочетании друг с другом. Пациент нуждается в лечении в гастроэнтерологическом учреждении. Целесообразно последующее санаторно-курортное лечение. Все пациенты в период обострения нетрудоспособны, имеются ограничения трудоустройства по Инструкции ВТЭК по определенным специальностям и после проведенного консервативного лечения. Решение вопроса о повторной операции может быть принято только при безуспешности комплексного санаторно-курортного и медикаментозного лечения.

5. IV группа плохой результат Б - возникает клиническая картина заболевания язвенной болезни, требующая повторного оперативного вмешательства. Сюда относятся упорное течение рецидивных язв, тяжелые формы пострезекционных и после операционных синдромов.

Отдаленные результаты после различных операций по поводу кровоточащих пилородуоденальных язв в сроки от 1 года до 9 лет нами изучены у 116 (82,27 %) пациентов из 143 и условно разделены на 3 группы:

1 группу составили 34 пациентов, перенесших иссечение малого сальника экономной резекцией желудка ГДА;

2 группу - 6 пациента, перенесших иссечение малого сальника с антрумрезекцией и гастроеюноанастомозом;

3 группу - 76 пациента, перенесших иссечение осложненных ППДЯ + ПДП. Оценка отдаленных результатов после различных операций по поводу осложненных ПД язв представлена в таблице 5.5.

**Таблица 5.5****Результаты различных операций в отдаленные сроки при осложненных ПДЯ**

Результаты операции	Резекция желудка и наложение ГДА		Резекция желудка и наложение ГЭА		Иссечения язвы с ПДП	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Отличный	24	70,6	3	50,0	54	71,1
Хороший	5	14,7	1	16,7	14	18,4
Удовлетворительный	3	8,8	1	16,7	5	6,6
Плохой А	1	2,9	1	16,7	2	2,6
Плохой Б	1	2,9	0	0	1	1,3
Всего:	34	100,0	6	100,0	76	100,0

После иссечения малого сальника с экономной резекцией и гастродуоденоанастомозом или гастроеюноанастомозом в отдаленном периоде у обследованных пациентов получены отличные и хорошие результаты в 85,1% и 76,6% случаев соответственно. Результаты в целом оказались несколько лучше (89,47%) после операций иссечения кровоточащих пилородуоденальных язв с ПДП, выполненных в основной группе. Это, по-видимому, можно объяснить тем, что пациенты, перенесшие ИЯ + ПДП, оперированные в основной группе, до и после операции получали блокаторы агрессивных факторов желудочного сока

(ИПП, блокаторы H2 рецепторов, эрадикации Hр). Указанные результаты подтверждают целесообразность использования алгоритмов диагностики и выполнения хирургического вмешательства до развития тяжелых компенсаторных нарушений организма и на фоне современной фармакотерапии язвенной болезни в до и после операционном периоде.

Особого внимания заслуживает группа пациентов с плохими отдаленными результатами. Данные о характере и частоте осложнений в этой группе приведены в таблице 5.6.

Таблица 5.6

**Характер и частота осложнений в группе пациентов с плохими результатами**

Патологические синдромы	Группа обследованных больных		
	РЖ+ГДА	РЖ+ГЭА	ИЯ+ПДП
Рецидивная язва	1	1	2
Депинг синдром легкой степени	-	-	-
Нарушения эвакуации желудка	1	-	1
Синдром приводящей петли	-	-	-
Всего:	2 (5,8%)	1(16,6%)	3 (3,94)

Рецидив язвы в луковице двенадцатиперстной кишки или в области анастомоза после ИЯ + ПДП диагностирован у 2 пациента из 74, что составляет (2,63%). Результаты комплексного обследования больных показали, что причиной рецидива язвы были высокие показатели БПК, МПК

и наличие Hр, при нормальной ширине проходимости анастомоза. Проведенная противоязвенная консервативная терапия, блокирующая агрессивные факторы желудочного сока, привела к заживлению язвы у 1 больного, а другому выполнена антрумрезекция + гастроеюноанастомоз

по Гоффмейстеру-Финстереру и у 1 с явлениями гастроплегии наложен гастроэнтероанастомоз с брауновским соустьем с рассечением связки Трейтца.

У 1 больной после иссечение малого сальника антрумрезекцией и ГДА рецидивными язвами на почве дуоденостаза выполнена операция Стронга и ререзекция желудка с наложением Y-образного гастроэнтероанастомоза и энтероэнтероанастомоза с инвагинацией приводящей петли в отводящую с помощью однорядного шва (резекция желудка по Ру в модификации Ибадова).

Необходимо отметить, что целенаправленное и комплексное обследование больных с использованием разработанных нами алгоритмов до операции и во время вмешательства для выявления сочетания стенозирующих язв с явлениями дуоденостаза, выбор наиболее обоснованного метода операции и технически правильное наложение анастомозов и ПДП позволяют резко сократить число рецидивов язвы.

Демпинг-синдромы тяжелой и средней степени тяжести не выявлены. У 1 пациента после РЖ по Гоффмейстеру-Финстереру обнаружен демпинг синдром легкой степени тяжести. Проведенное консервативное лечение, соблюдение диеты и режима питания дали положительный результат.

Нарушения эвакуаторной функции желудка в отдаленном периоде наблюдали у 1 пациента после ИЯ + ПДП и у 1 после резекции желудка. Нарушения эвакуаторной функции были связаны с гастроплегией и анастомозитом, а у одного – с рестенозом области ПДП. Последнему наложен гастроэнтероанастомоз, а остальным пациентам проводится периодическое медикаментозное лечение, которое дает улучшение.

Таким образом, отдаленные результаты ИЯ + ПДП при осложненных пилородуоденальных язвах значительно лучше, чем результаты

резекционных методов операции. Применение алгоритмов диагностики и выбора наиболее обоснованного метода операции на фоне фармакотерапии язвенной болезни, своевременная диагностика сочетанных осложнений заболевания, коррекция обнаруженных патологических изменений уже во время операции позволяют еще более улучшить отдаленные результаты.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

---

---

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки остается актуальной проблемой клинической медицины в связи с ее широкой распространенностью и значительной частотой осложнений. Чаще всего ЯБ страдают молодые люди, тогда как осложнения в основном наблюдаются у лиц пожилого возраста. Она является основной причиной временной нетрудоспособности и инвалидности. По данным Института здоровья и медицинской статистики Министерства здравоохранения Республики Узбекистан показатели общей и первичной заболеваемости ЯБЖ и ДПК у взрослых снизились с 526 до 381,22 и с 95,7 до 37,9 с 2007 по 2015гг., соответственно (Назыров Ф.Г., 2015). Ферганская долина по площади занимает 1/10 часть территории, где проживает около 30% населения Республики Узбекистан, в связи с чем выявление заболеваемости ЯБ у жителей Ферганской долины, определение соотношения ЯБЖ и ДПК, вопросы диспансеризации больных, определение стандартов проведения современной фармакотерапии ЯБ с учетом особенностей региона, актуально не только в медицинском, но и в социальном аспекте.

Цель исследования: Улучшить результаты хирургического лечения больных кровоточащими пилородуоденальными язвами путем совершенствования тактики, разработки и внедрения новых технических приемов органосохраняющих и резекционных операций на фоне современной фармакотерапии язвенной болезни.

Работа основана на опыте лечения 632 больных с хроническими пилородуоденальными язвами, осложненными кровотечением. Данные пациенты находились на стационарном лечении в отделении хирургии с экстренной медицинской помощью на базе кафедры хирургии и урологии

---

Андижанского Государственного медицинского института в период с 2007 по 2016 годы.

Возраст пациентов колебался от 15 до 85 лет, при этом большинство составили больные молодого – 405(64,1%) и зрелого возраста – 136(21,5%). Изучение язвенного анамнеза входило в стандарт обследования больных с кровоточащими ПДЯ. При этом установлено, что 103(16,3%) больных категорически отрицали гастритический и язвенный анамнез, т.е. кровотечение у них было проявлением первого симптома. У 101(16%) язвенный анамнез составил 3 месяца, у 117(18,5%) – 3-6 месяце, у 115(18,2%) – до 1 года, у 121(19,1%) – от 1 до 5 лет и у 75(11,9%) от 5 до 10 лет.

Сроки поступления больных с ПДЯ, осложненными кровотечением колебались от 1 часа до 8 суток: в течении 3 часов поступили 91(14,4%) больных, от 3 до 6 часов – 81(12,8%) больных, от 6 до 12 часов – 107(16,9%) больных, от 12 часов до 1 суток – 116(18,4%) больных, от 1 до 3 суток – 146(23,1%) больных и более 3 суток – 91(14,4%) больных.

Существует большое разнообразие локализаций ПДЯ, однако четко прослеживается тенденция локализаций язв на задней стенке – 498(78,8%), что и не удивительно, учитывая особенности кровоснабжения в пилородуоденальной зоне.

Активность кровотечения из ПДЯ определялась в соответствии с классификацией Forrest (1974г): пациентов с продолжающимся кровотечением было 19, из них по Forrest I-A у 19(3%) и Forrest I-B – 27(4,3%). Большинство больных было с клиникой остановившегося кровотечения (n=503): Forrest II-A – 112(17,7%), Forrest II-B – 185(29,3%) и Forrest II-C – 206(32,6%).

Все 632 больных с кровоточащими пилородуоденальными язвами были разделены на две группы. Контрольную группу составили 276 больных, находившиеся в период с 2007 по 2011 годы.

Основную группу составили 356 больных, находившиеся в период с 2012 по 2016 годы. В данной группе пациентов применялся разработанный нами лечебно-диагностический алгоритм, о котором более подробно будет сказано в IV главе.

Для определения репрезентативности групп исследования был проведен сравнительный статистический анализ контрольной и основной групп по полу, возрасту, длительности язвенного анамнеза, срокам поступления, локализации ПДЯ, тяжести состояния больных, степени кровопотери и характеру кровотечения по Forrest.

Распространенность ЯБ среди населения Ферганской долины мы изучали, используя данные статистических отчетов областных медицинских объединений Андижанской, Наманганской и Ферганской областей с общей численностью населения 6 млн. человек в I период (1980-1984 годы) и 10 млн. человек в настоящее время – II период (2012-2016 годы). За первый период на 6 млн. населения Ферганской долины приходилось 7.887 больных ЯБ или 131,45 на 100.000 человек. Через 30 лет (II период) заболеваемость ЯБ в этом регионе достигла 159,84 на 100000 населения. За второй период по поводу желудочно-кишечных кровотечений язвенной этиологии в стационар поступили 3.727 пациентов, из них оперированы всего 384(10,3%) больных, а показатель послеоперационной летальности составил 4,7% (сводные данные областных медицинских учреждений Наманганской, Андижанской и Ферганской области).

Показатели желудочной секреции зависят от многих факторов: локализации язвенного процесса, характера осложнений, от пола и возраста, стадии и степени стеноза, от использованных методов исследования. Детальное изучение характера желудочной секреции наряду с комплексным обследованием больных с ПДЯ до операции

---

создавал условия для выбора того или иного метода хирургического лечения.

Характер кислотопродуцирующей функции желудка находится в прямой зависимости от уровня локализации язвенного процесса. Так, чем дистальнее расположена язва, тем выше показатели базальной и максимальной продукции кислоты. У 89 больных с ПДЯ уровень базальной продукции кислоты был выше нормальных величин (норма от  $1,8 \pm 3,4$  ммоль/час, среднем  $2,6$  ммоль/ч). У пациентов с локализацией язвы в пилорическом канале в среднем БПК составила  $7,0 \pm 0,15$  ммоль/ч, то есть больше, чем в 2,5 раза. А у больных с локализацией язвы в ДКП уровень БПК в среднем составил  $8,6 \pm 0,19$ , что почти в 5 раз больше нормы. После стимуляции гистамином продукция соляной кислоты по сравнению с БПК возросла в 3-4 раза и в среднем составила  $28,6 \pm 1,2$  ммоль/ч. У 67 из 89 обследованных больных с ПДЯ уровень БПК оказалась повышенной ( $9,3 \pm 0,30$  ммоль/ч), у 13 больных оставалась в пределах нормы ( $2,8 \pm 0,1$  ммоль/ч) и только у 9 пациентов обнаружено снижение продукции соляной кислоты в базальном периоде ( $1,05 \pm 0,01$  ммоль/ч). В то же время МПК увеличена у 48 больных ( $34,8 \pm 0,88$  ммоль/ч), находилась в пределах нормы – у 23 ( $21,3 \pm 0,56$  ммоль/ч) и снижена – у 18 ( $11,9 \pm 0,32$  ммоль/ч).

Нами были обследованы 32 больных с ПДЯ. В качестве сравнительной группы, для общего контроля, были обследованы 10 практически здоровых людей. Содержание пепсиногена натощак в крови у практически здоровых людей составляло  $56,6 \pm 3,13$  титр.ед/мл.

Уровень пепсиногена в крови при поступлении был достоверно выше, по сравнению со здоровыми ( $75,8 \pm 3,2$  титр.ед/мл) людьми, который неуклонно снижался в последующие сутки. Однако, в группе Б это снижение имело устойчивую тенденцию и к шестому дню (после удаления

зонда) уровень плазмопепсиногена был приближен к исходному –  $66,7 \pm 4,93$  титр. ед/мл.

Контрольную группу составили 276 пациентов, которые находились на стационарном лечении в период с 2007 по 2011 года. У больных контрольной группы эндоскопический гемостаз сочетался с применением только блокаторов  $H_2$  рецепторов и обволакивающих препаратов. В послеоперационном периоде больные контрольной группы не получали многокомпонентную антисекреторную и эрадикационную терапию, а аспирация желудочного содержимого производилось не более 3 суток.

Основную группу составили 356 пациентов, находившиеся на стационарном лечении в период с 2012 по 2016 годы. У больных основной группы, в отличие от контрольной, с целью гемостаза до операции использовали комбинированные методы. Эндоскопический гемостаз на фоне многокомпонентных блокаторов (ИПП+блокаторы  $H_2$  рецепторов) агрессивных факторов желудочного сока и в обязательном порядке проводилась эрадикационная терапия хеликобактера пилори (амоксоцилин, кларитромицин, метронидазол). Помимо этого для декомпрессии области анастомоза, зоны пилородуоденопластики, с целью проведения гастроинтестинального «лаважа» во время и после операции, а также для раннего энтерального питания использовали гастроинтестинальное зондирование в течении минимум 6 суток.

Пациентам основной группы с первых суток после оперативного вмешательства (иссечение язвы с пилородуоденопластикой) противоязвенная терапия проводилась путём внутривенного введения антисекреторных препаратов в рекомендованной производителем суточной дозировки, а также проводилась эрадикация хеликобактера. Больным основной группы, перенесших экономную резекцию желудка получали только эрадикационную терапию хеликобактера. В последующем с 3-х суток после операции, пациенты основной группы

начинали уже пероральный приём противоязвенных препаратов. Терапия проводилась до выписки больных из стационара. Всем пациентам рекомендовалось после выписки из стационара продолжение приёма антисекреторных препаратов в течении 1 недели, а также проведение противорецидивных курсов лечения в весене-осенний период под наблюдением постоянным наблюдением гастроэнтеролога и хирурга.

Нами разработан лечебно-диагностический алгоритм, на который получено свидетельство об официальной регистрации программы для электронно-вычислительных машин DGU 04204 «Программа лечебно-диагностической тактики ведения больных с язвенными пилородуоденальными кровотечениями». Ключевыми моментами данного алгоритма являются следующие: адекватная оценка степени кровотечения и тяжести состояния больных; экстренная эндоскопия с адекватной оценкой активности кровотечения по Forrest; комплексная гемостатическая, инфузионная, противоязвенная и эрадикационная терапия; выбор способа эндоскопического гемостаза; прогноз рецидива кровотечения из ПДЯ и выбор времени и объема хирургического вмешательства у больных с кровоточащими ПДЯ.

Хирургическое лечение больных с кровоточащими ПДЯ будет оставаться предметом дальнейших дискуссий в хирургической гастроэнтерологии. Предлагавшиеся ранее множество тактик лечения: выжидательная, активно-выжидательная, индивидуализированная, говорят о том, что до сих пор нет единого пути, который бы устраивал всех хирургов, занимающихся данной проблемой. В большинстве случаев различные школы придерживаются своего мнения, однако единым остается, что подход к выбору времени и объема операции должен быть по возможности индивидуальным и учитывать следующие наиболее важные факторы: тяжесть состояния больных, возраст пациентов и характер сопутствующей патологии, особенно при их декомпенсации;

активность кровотечения по эндоскопическим критериям Forrest; уровень Нв и скорость кровопотери у больных с продолжающимся кровотечением; степень владения органосохраняющими и резекционными методами в соответствующей клинике.

Предлагаемый лечебно-диагностический алгоритм преследовал две основные цели:

1. Уменьшить количество пациентов, нуждающихся в хирургическом лечении по поводу кровоточащих ПДЯ. Необходимо отметить, что в связи с появлением в современной фармакоиндустрии новейших противоязвенных препаратов (блокаторы гистаминных рецепторов III поколения, ингибиторов протонной помпы III-IV поколения), уменьшилось количество больных с ЯБ, нуждающихся в хирургическом лечении. Следовательно, если у пациента развилось кровотечение из язвы, основной задачей должна быть – остановка кровотечения без операции, т.к. в последующем применением комплексной противоязвенной и эррадикационной терапии можно полностью избавить больного от ЯБ. Следовательно, если у больного на фоне проводимой тактики лечения удастся избежать операции (неважно экстренной, отсроченной или плановой), то результат можно считать положительным.

2. Уменьшить число пациентов, которые нуждаются в проведении экстренных операций. У данной категории больных заведомо операция выполняется в невыгодных условиях, т.е. в состоянии постгеморрагического шока, гиповолемии, анемии, без соответствующей предоперационной подготовки и коррекции сопутствующих заболеваний. Соответственно, если благодаря предлагаемому алгоритму удастся время операции перенести с экстренной в разряд срочной или отсроченной, то результат можно считать положительным.

В контрольной группе из 276 больных, в хирургическом лечении нуждались 86 пациентов, что составило 31,1%, у остальных 190(68,9%)

---

проведено консервативное лечение. В основной группе благодаря внедрению предлагаемого алгоритма количество больных статистически достоверно уменьшилось с 31,1% до 16% (57 из 356 пациентов). Таким образом, уменьшение числа больных, нуждающихся в хирургическом лечении, позволит избежать возможные послеоперационные осложнения, которые могут возникнуть на любом этапе операции.

Сравнительный анализ показал, что в контрольной группе экстренные операции выполнены 33(38,4%) больным, срочные – 31(36%) и отсроченные – 22(25,6%) пациентам. Благодаря внедрению оптимального алгоритма удалось достоверно уменьшить число экстренных операций в основной группе с 38,4% до 17,5% (10 из 57 операций) и достоверно увеличить число так называемых отсроченных (ранних плановых) операций с 25,6% до 43,9% (25 из 57 операций).

Хирургическое лечение выполнено 143 пациентам с продолжающимся и остановившимся кровотечением из пилородуоденальных язв.

При поступлении пациента с острым язвенным кровотечением в хирургическое отделение в приемном покое проводилась оценка тяжести кровопотери на основании клинико-лабораторных данных (Вербицкий В. Г., 2004): 1 степень (легкая степень кровопотери) – 27(18,9%) больных; 2 степень (кровопотеря средней тяжести) – 65(45,5%) больных; 3 степень (тяжелая кровопотеря) – 18(12,6%) больных и 4 степень (крайне тяжелая кровопотеря) – 33(23%) больных. У большинства пациентов (83 – 58%) кровопотеря была средней и тяжелой степени тяжести

Сравниваемые группы были сопоставимы по возрасту, полу, длительности язвенного анамнеза, длительности кровотечения, объему и степени кровопотери, уровню гемоглобина при поступлении в стационар, наличию сопутствующей патологии, клиническим проявлениям кровотечения. Больных обеих групп оперировали

хирургическими бригадами, владеющими всеми видами операций желудочной хирургии.

Нами сформулированы 3 основных требования, предъявляемых для операции по поводу кровоточащих ПДЯ:

1. Ликвидация патологического очага, как источника кровотечений;
2. Снижение агрессивных факторов желудочного сока и эррадикации Нр;
3. Создание оптимальных условий для адекватного дренирования желудка (после иссечения ПДЯ) или его культи (после резекции желудка).

Обе группы были сопоставимы также по размерам язвы во время операции, при этом у большинства больных контрольной группы (n=67) и основной группы (n=42) диаметр язвы превышает более 1-2 см. Нередко обнаружены большие и гигантские язвы (более 3 см) – у 16,3% в контрольной группе и у 8,8% в основной группе.

Из сочетанных осложнений кровоточащих пилородуоденальных язв, наиболее часто обнаружены пенетрация, как в контрольной группе (89,5%), так и в основной группе (75%). Наибольшее количество перфораций кровоточащей пилородуоденальной язвы было в контрольной группе - 6 (6,9%), тогда как в основной группе перфорация имела место лишь у 2 пациентов в (3,5%).

Все пациенты сравниваемых групп оперированы по усовершенствованным нами методикам. Метод оперативного вмешательства при язвенных гастродуоденальных кровотечениях выбирают индивидуально в зависимости от особенностей клинической ситуации, определяющей степень операционного риска (тяжесть кровопотери, возраст больного и сопутствующие заболевания), интраоперационных технических условий и, безусловно, от локализации

---

и характера язвы, а также от сочетания кровотечения с другими осложнениями язвенной болезни (стеноз, пенетрация).

Экономная резекция желудка при ПДЯ, осложненной кровотечением, выполнена у 70 пациентов: по Бильрот I с различными вариантами ГДА использовано у 61(87,3%) пациента и по Бильрот-II – у 9 (12,7%) больных. Эта операция показана больным кровоточащей ПДЯ со сравнительно малой степенью операционного риска (молодой возраст, легкая или средняя степень кровопотери), а также при сочетании кровотечения с субкомпенсированным и декомпенсированным стенозом.

Нами разработана и внедрена в клиническую практику оригинальная методика экономной резекции желудка (патент № IAP 05306 Республика Узбекистан).

Гастродуоденоанастомоз по Габереру. Одним из важных моментов при резекции желудка является выбор наиболее оптимального вида ГДА. При расположении язвы на передней стенке пилоруса или луковице ДПК целесообразно выполнить резекцию желудка по Бильрот I с ГДА по Габереру (выполнена у 19 больных).

Терминолатеральный поперечный гастродуоденоанастомоз по Габереру-Финнею. При «трудных», «зеркальных», пенетрирующих в поджелудочную железу язвах, деформирующих пилородуоденальный отдел предпочтение отдавали экономной резекции желудка с терминолатеральным поперечным ГДА (ТЛПГДА) или терминолатеральным косым ГДА (ТЛКГДА). После отсечения желудка от ДПК, его культи закрывается доступным способом, однорядным шелковым швом, затем «тампонируется» культей резецированного желудка. ТЛПГДА выполнен у 10 и ТЛКГДА – у 32 больных.

При наложении ТЛКГДА также, как и при ТЛПГДА техника операции аналогична, только выполняют косо-переменную дуоденотомию на две трети окружности кишки на расстоянии 5-6 мм от ряда швов.

Предложенный способ иссечения малого сальника с экономной резекцией желудка, наложением ГДА имеют следующие преимущества: наложение однорядного шва упрощает технику операции, уменьшается травматизация тканей культи желудка и ДПК; сохраняется целостность основных стволов желудочно-сальниковых артерий, что позволяет обеспечить полноценное кровоснабжение культи желудка; иссечением малого сальника, малой кривизны желудка осуществляется один из важных компонентов селективной ваготомии, сохраняя вагусной иннервации кардии, большой кривизны желудка, печени, желчного пузыря и кишечника; адекватно снижаются агрессивные факторы желудочного сока и они корректируются фармакотерапией, что обеспечивает надёжную профилактику рецидива язв; сохраняется значительная часть желудка, обеспечивая его резервуарную функцию; наложение «гофрирующих» слизисто-мышечных швов на культе желудка обеспечивает адекватный гемостаз; сохранение значительной части желудка расширяет показания к наложению анастомоза по Бильрот-I.

Экономная резекция желудка с иссечением малого сальника обеспечивает более надёжную остановку кровотечения и больший радикализм лечения язвенной болезни. Последнее обстоятельство немаловажно у больных, когда язвенному кровотечению предшествовал длительный анамнез с упорством течения заболевания. Экономная резекция желудка в большинстве случаев выполняется в модификации Бильрот-I, при этом хирург должен быть готов к атипичному закрытию «трудной» дуоденальной культи, когда речь идёт о язве, пенетрирующей в поджелудочную железу. При этом ушивает культю ДПК и накладывают терминоплатеральный ГДА, который выполнен у 42(29,4%) больных.

При кровоточащей ПДЯ особое значение имеют органосохраняющие операции - иссечение язв, дуоденопилоропластика,

отличающиеся прежде всего технической простотой и низкой летальностью.

Операцией выбора при сочетанных осложнениях ПДЯ и у больных, у которых время операции лимитированы (прободная и кровоточащая язва, тяжесть состояния больных, требующих быстрого окончания операции, пожилой возраст), наиболее оптимальным и обоснованным является иссечение язвы и радикальная пилородуоденопластика (РПДП).

После выполнения иссечения осложненных ПДЯ И РПДП пациенты нуждаются в динамическом диспансерном наблюдении с проведением, по показаниям, эррадикационной и антисекреторной терапии (выполнена у 73 пациентов)

При диагностировании язвы передней и задней стенки ПД области (патент №IAP 04962 Республика Узбекистан), через дуоденальный дефект электроножом иссекаются края язвы задней стенки до дна его кратера (часто пенетрирующую в головку поджелудочной железы), отступя 5 мм. Такой прием позволяет избежать травмы поджелудочной железы. Дефект на задней стенке луковицы ушивается слизисто-подслизисто-мышечными узловыми швами, используя шёлковые нити, сопоставляют и адаптируют края задней стенки кишки. Тем самым дно кратера язвы остаётся за пределами кишечной трубки, т.е. производится экстрадуоденизация язв без использования пряди сальника. Дефект задней стенки кишки ушивают однорядными узловыми швами. По аналогичной методике иссекаются пенетрирующие и кровоточащие «зеркальные» язвы.

В случаях выявления функционального стеноза до операции, выражающегося во время операции в виде спазма пилорического жома, за счет перифокального воспаления, производят пилородилатацию, при этом доводят диаметр пилорического жома до 22-24 мм. После

пилородилатации пилорический жом остается в расширенном состоянии, что связано с атонией его мышц.

Пилородуоденопластика. Дефект на передней стенке ДПК в начальном периоде нашей работы ушивался внутриузелковыми отдельными кетгутовыми швами в поперечном направлении, поверх которого накладывали серозно - мышечные швы. В последние годы пилородуоденопластика завершается наложением однорядно серозно-мышечно-подслизистыми шёлковыми швами в поперечном направлении узелками кнаружи. При этом, вкол иглы проводится отступя 6-7 мм от верхнего края разреза кишки, а выкол - отступя 4-5 мм от нижнего края разреза. Расстояние между узлами должно быть 6-8 мм. Контроль герметичности и проходимости дуоденопластики проводится путём введения и последующей аспирации 400 мл раствора фурациллина через НГДЗ.

При язвенном инфильтрате, суживающий пилородуоденальный отдел, с целью создания более широкой пилородуоденопластики использовали модифицированный метода Финнея (выполнена у 34 больных).

При расположении язвы на передней стенке пилорического отдела желудка и двенадцатиперстной кишки производится иссечение передней полуокружности привратника в поперечном направлении и ушивание ее однорядным швом узелками к наружу также в поперечном направлении по Джадд-Танаке (произведено у 18 пациентов).

Данная методика операции, являясь разновидностью мостовидной дуоденопластики, имеет следующие преимущества: позволяет сохранить целостность желудка, частичное или полное сохранение клапанного механизма привратника как единое целое, с их нейрососудистыми взаимосвязями, что обеспечивает порционную эвакуацию пищи, сохраняя при этом естественный пассаж пищи по ЖКТ; после иссечения

---

язвы с ПДП без ваготомии, у больных в ранние сроки после операции восстанавливается пищеварение, однако, имеется высокая опасность рецидива язвы. В связи с этим у больных перенесших иссечение язв ПДП, у исследуемых больных с успехом применяли методику «медикаментозной ваготомии» (т.е. прием ИПП + блокаторы H<sub>2</sub> рецепторов) по схеме; пилородилятация приводит к расправлению внутренней стенки и восстановлению просвета пилорического сфинктера, что расширяет показания к данной методике операции; оставление полихлорвинильного зонда обеспечивает декомпрессию пилородуоденальной области и ДПК, тем самым является мерой профилактики несостоятельности швов; техника наложения кишечного шва позволяет восстановить просвет ДПК, тем самым, не нарушая её дренажную функцию.

В целом, разработанные технические приемы обеспечивали безопасность оперативного вмешательства. Ни в одном случае, после операции иссечение язв с пилородуоденопластикой не наблюдали таких осложнений, как несостоятельность швов анастомоза, перитонит, травматический панкреатит, повреждение смежных органов (печени, желчных ходов, поджелудочной железы). Летальных исходов не было.

Все 73 пациента оперированы (в контрольной у 36 из 86 больных, и в основной у 37 из 57 пациентов) по методике, усовершенствованной в нашей клинике. Всем пациентам в основной группе, у которых иссекали язвы пластическими операциями с целью снижения агрессивных факторов желудочного сока и предотвращения образования язв в будущем раннем и позднем после операционном периоде больным проводилась тройная или квадротерапия (ИПП, ингибиторы H<sub>2</sub> рецепторы, метронидазол в сочетании с цефалоспоридами).

В послеоперационном периоде пациенты находились в отделении реанимации и интенсивной терапии, в среднем 1-2 суток. Им проводилась

коррекция изменений объема циркулирующей крови, противоязвенная, антибактериальная терапия.

Таким образом, техника наложения желудочно-кишечных анастомозов с использованием серозно-мышечно-подслизистых однорядных швов при ушивании малой кривизны желудка после экономной резекции, а также формирование различных видов гастродуоденоанастомозов и иссечение кровоточащих ПДЯ с пилородуоденопластикой на фоне антисекреторной терапии с эррадикацией *Нр*, позволяет выйти из трудной ситуации во время операции, исключить несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки и закончить вмешательство у большинство больных созданием пассажа пищи по двенадцатиперстной кишке.

Для сопоставления количества и характера наблюдающихся осложнений мы выделили 2 группы больных, оперированных по поводу кровоточащих ПДЯ: 1 группа - 70 больных, перенесших резекцию желудка, 2 группа - 73 пациента, перенесших органосохраняющие операции, т.е. иссечение язв и пластическими операциями пилородуоденальной зоны.

Интраоперационными осложнениями, характерными для резекции желудка были: массивное кровотечение при мобилизации желудка и двенадцатиперстной кишки - у 4(5,7%) пациентов; повреждение паренхимы поджелудочной железы - у 3(4,3%); разрыв капсулы селезенки - у 2(2,9%); прорезывание швов на культе двенадцатиперстной кишки из-за воспалительной инфильтрации - у 2(2,9%) пациентов. Эти осложнения были связаны с техникой выполнения операции, хотя усовершенствованный метод резекции желудка с использованием однорядного шва, выполнены в основном хирургическими бригадами, владеющими всеми видами операций на желудке не только в плановом, но и в экстренном порядке в хирургии гастроэнтерологии.

Органосохраняющие операции на желудке, т.е. иссечение язвы и различные варианты пластических вмешательств пилородуоденальной зоны также выполнены этими же хирургами 73 пациентам, в большинстве случаев по идентичной методике. Характерные осложнения при органосохраняющих операциях: гематома в малом сальнике - у 3(4,1%); кровотечение - у 2(2,7%), разрыв капсулы селезенки - у 1(1,4%) больных. Следует подчеркнуть, что большинство осложнений, возникших при иссечении пилородуоденальных язв с пилородуоденопластикой можно ликвидировать уже во время операции.

Эвакуация протекала ритмично у всех обследованных. Скорость ее была несколько замедлена – у 6. Контроль пассажа бария по кишечнику прослежен у 28 больных. Через 2 часа контрастная масса в желудке отсутствовала у 13 пациентов, ее следы определялись у 11, бариевая взвесь в желудке имела у 4. Через 8 часов в желудке у них контрастной массы не определялось.

В послеоперационном периоде у больных контрольной группы, осложнения, связанные непосредственно с вмешательством на желудке и 12-перст-ной кишке наблюдались у 15(17,2%) пациентов, а в основной группе – у 6 (10,7%) больных.

По количеству осложнений в сравниваемых группах имелись существенные различия:  $P=0,02$  (критерий  $\chi^2$ ). Их было больше в контрольной группе. Умерло 2(2,3%) пациента, причины смерти: у 1 – несостоятельность культи 12-перстной кишки, у 1 - сердечная недостаточность после острого обширного инфаркта миокарда. При этом в основной группе летальных исходов не наблюдали.

Наиболее серьезными осложнениями после резекции желудка в ближайшем послеоперационном периоде были недостаточность швов культи двенадцатиперстной кишки (у 3), швов гастродуоденоанастомоза (у 1), панкреатит (5) и панкреонекроз у 1 оперированного больного. Из 4

случаев недостаточности культи ДПК и гастродуоденоанастомоза у одного наступил летальный исход. Послеоперационная летальность у больных контрольной группы составила 2,3% пациентов. После иссечение язв пластическими операциями пилородуоденальной зоны летальный исход не наблюдали.

Широкое внедрение иссечение ПДЯ с пластическими операциями пилородуоденальной зоны в хирургическом лечении ЯБ способствует максимальному снижению количества таких осложнений, как недостаточность швов культи двенадцатиперстной кишки и анастомозов, анастомозитов и панкреонекрозов, характерных для резекции желудка.

В заключение следует отметить, что внедрение разработанных нами лечебно-диагностического алгоритма, а также усовершенствованных методик органосохраняющих и резекционных операций позволили снизить процент ранних послеоперационных осложнений (с 17,2% до 10,7%) и полностью предотвратить летальность после экономной резекции и иссечения язв с ПДП.

Изменения моторно-эвакуаторной деятельности желудка при осложненных ПДЯ имеют существенное значение не только для выбора наиболее обоснованного метода операции, но и для суждения о результатах оперативных вмешательств.

Изучение эвакуаторной функции желудка у больных, перенесших операции удаления антрального отдела и привратникового механизма, оказались ускоренными первые 15-30 минут, но в большинстве случаев порционно. Наименьшее изменение претерпевает опорожнение желудка после иссечения кровоточащих ПДЯ, пластическими операциями пилородуоденальной зоны вследствие интактного антрального отдела, с частичным или полным сохранением привратникового механизма и естественного пассажа содержимого желудка по двенадцатиперстной кишке, что позволяет назвать этот вид операции наиболее

---

обоснованным. Иссечение малого сальника с экономной резекцией желудка, наложение терминолатеральных гастродуоденоанастомозов по поводу трудных пилородуоденальных язв исключает наличие слепого мешка дуоденальной культи и дополнительных тканевых структур в зоне анастомоза, обладает достаточными арефлюксными свойствами, обеспечивает порционный характер эвакуации, является мерой профилактики нарушений моторно-эвакуаторной функции культи желудка и двенадцатиперстной кишки.

Детальное изучение характера желудочной секреции наряду с комплексным обследованием больных с осложненными пилородуоденальными язвами до операции создавало условия для индивидуального выбора метода хирургического лечения. Наряду с иссечением малого сальника + экономной резекцией желудка при кровоточащих ПДЯ применяли иссечение язв + пластические операции. В основной группе использовали «тройную» или «квадро» терапию на основе разработанных нами алгоритмов лечения сразу с эндоскопическим гемостазом. Результаты оперативных вмешательств оценивались на основе объективных критериев, среди которых ведущее место занимает изучение желудочной секреции.

Иссечение ПДЯ с пластическими операциями, по данным рН-метрии, на фоне фармакотерапии ЯБ в большинстве наблюдений кислотопродуцирующая функция желудка сохраняется на уровне нормальных цифр. Однако, это не таит в себе опасности рецидива язвы, так как выработанная соляная кислота успевает нейтрализоваться щелочным секретом антрума или дуоденальным содержимым.

Таким образом, наши исследования показывают, что применение алгоритмов выбора метода операции на фоне фармакотерапии надежно снижает агрессивные факторы желудочного сока. Внедрение иссечения осложненных ПДЯ с различными методами пластических операций

пилородуоденальной зоны и усовершенствованные методы экономной резекции желудка на фоне современной фармакотерапии язвенной болезни позволяют оценить как наиболее оптимальные методы в хирургическом лечении осложненных пилородуоденальных язв.

Анализ отдаленных результатов является одним из решающих критериев в оценке того или иного метода оперативного вмешательства. Анализируя полученные данные, можно оценить отдаленные результаты по критериям Visik (1948) с некоторыми дополнениями, разработанными в НИИ хирургии им. А.В. Вишневского (Россия), которые применимы как в группе оперированных, так и по отношению к каждому отдельному больному.

Отдаленные результаты после различных операций по поводу кровоточащих пилородуоденальных язв в сроки от 1 года до 9 лет нами изучены у 116 (82,27 %) пациентов из 143 и условно разделены на 3 группы:

1 группу составили 34 пациентов, перенесших иссечение малого сальника экономной резекцией желудка ГДА;

2 группу - 6 пациента, перенесших иссечение малого сальника с антрумрезекцией и гастроеюноанастомозом;

3 группу - 76 пациента, перенесших иссечение осложненных ППДЯ + ПДП.

После иссечения малого сальника с экономной резекцией и гастродуоденоанастомозом или гастроеюноанастомозом в отдаленном периоде у обследованных пациентов получены отличные и хорошие результаты в 85,1% и 76,6% случаев соответственно. Результаты в целом оказались несколько лучше (89,47%) после операций иссечения кровоточащих пилородуоденальных язв с ПДП, выполненных в основной группе. Это, по-видимому, можно объяснить тем, что пациенты, перенесшие ИЯ + ПДП, оперированные в основной группе, до и после

---

операции получали блокаторы агрессивных факторов желудочного сока (ИПП, блокаторы H<sub>2</sub> рецепторов, эрадикации H<sub>p</sub>). Указанные результаты подтверждают целесообразность использования алгоритмов диагностики и выполнения хирургического вмешательства до развития тяжелых компенсаторных нарушений организма и на фоне современной фармакотерапии язвенной болезни в до и после операционном периоде.

Рецидив язвы в луковице двенадцатиперстной кишки или в области анастомоза после ИЯ + ПДП диагностирован у 2 пациента из 74, что составляет (2,63%). Результаты комплексного обследования больных показали, что причиной рецидива язвы были высокие показатели БПК, МПК

и наличие H<sub>p</sub>, при нормальной ширине проходимости анастомоза. Проведенная противоязвенная консервативная терапия, блокирующая агрессивные факторы желудочного сока, привела к заживлению язвы у 1 больного, а другому выполнена антрумрезекция + гастроеюноанастомоз по Гоффмейстеру-Финстереру и у 1 с явлениями гастроплегии наложен гастроэнтероанастомоз с брауновским соустьем с рассечением связки Трейтца.

У 1 больной после иссечение малого сальника антрумрезекцией и ГДА рецидивными язвами на почве дуоденостаза выполнена операция Стронга и ререзекция желудка с наложением Y-образного гастроэнтероанастомоза и энтероэнтероанастомоза с инвагинацией приводящей петли в отводящую с помощью однорядного шва (резекция желудка по Ру в модификации Ибадова).

У 1 пациента после РЖ по Гоффмейстеру-Финстереру обнаружен демпинг синдром легкой степени тяжести. Проведенное консервативное лечение, соблюдение диеты и режима питания дали положительный результат.

Нарушения эвакуаторной функции желудка в отдаленном периоде наблюдали у 1 пациента после ИЯ + ПДП и у 1 после резекции желудка. Нарушения эвакуаторной функции были связаны с гастроплегией и анастомозитом, а у одного – с рестенозом области ПДП. Последнему наложен гастроэнтероанастомоз, а остальным пациентам проводится периодическое медикаментозное лечение, которое дает улучшение. Таким образом, отдаленные результаты ИЯ + ПДП при осложненных пилородуоденальных язвах значительно лучше, чем результаты резекционных методов операции. Применение алгоритмов диагностики и выбора наиболее обоснованного метода операции на фоне фармакотерапии язвенной болезни, своевременная диагностика сочетанных осложнений заболевания, коррекция обнаруженных патологических изменений уже во время операции позволяют еще более улучшить отдаленные результаты.

---

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

---

1. Абдуллаев У. Р., Каюмов Т. Х. Эффективность различных вариантов антихеликобактерной терапии у больных с гастродуоденальными язвами // Медицинский журнал Узбекистана. - 2008. - № 3. - С. 31-33.
2. Авакимян В. А., Багдасарьян А. С. Патогенез и лечение язвенной болезни. - Краснодар, 2004. - 246 с.
3. Авдеев В. Г. Современная терапия язвенной болезни // Медицинский совет. - 2010. - №5-6. - С. 108-111.
4. Авраменко А. А. Влияние курения на уровень кислотности и степень обсемененности слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori* у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Врачеб. дело. - 2003. - № 7. - С. 61-63.
5. Агзамов Ф. М. Тактика хирургического лечения больных язвенной болезнью пожилого и старческого возраста, осложнённой кровотечением или перфорацией язвы: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 2008. - 46 с.
6. Адамян Н. В., Моисеев С. В. Рабепразол (Париет) новый ингибитор Н+К+- АТФазы // Клиническая фармакология и терапия. - 2000. – Том 9, №4. - С. 35-36.
7. Акжигитов А. Г. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная стенозом, фармакотерапия, показания к хирургическому лечению: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 2009. – 28 с.
8. Амиров Н. Ш., Трубицына И. Е. Ферментативные механизмы в этиопатогенезе желудочного язвообразования. Обзор экспериментальных исследований // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2005. – №1. – С. 46-55.

9. Арипов У. А., Файн С. И., Назыров Ф. Н. Выбор методы хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Текст лекций. - Т., 1981. - С. 17.

10. Асадов С. А. Оценка роли местных защитных механизмов в течении язвенной болезни: автореф. ... дис. канд. мед. наук. - М., 2009. – 25 с.

11. Аталиев А.Е., Мадаминова Р.М. Некоторые вопросы плановой хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Тезисы докладов 8 Всероссийского съезда хирургов. Краснодар, 2003. - С. 12-13.

12. Аталиев А. Е. Пути улучшения результатов хирургического лечения осложненной дуоденальной язвы у лиц пожилого и старческого возраста: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 1989. - 33 с.

13. Аталиев А. Е. и соав. Состояние тонуса вегетативной нервной системы у больных с осложненной гастродуоденальной язвой // Хирургия. – 2000. - №7. - С. 34-36.

14. Бабаджанов Б. Р., Таджибаев О. Б. Хирургическая тактика при острых гастродуоденальных кровотечениях // Тезисы докладов Перв ого конгресса московских хирургов «Неотложная и специализированная хирургическая помощь». - Москва, 19-21 мая 2005. - С. 6-7.

15. Байбеков И. М., Калиш Ю. И., Турсуметов А. А. Значение морфологической оценки состояния слизистой оболочки при использовании лазеротерапии в хирургии хронических язв желудка // Лазерная медицина.-Том12, №1. - 2008. - С. 37.

16. Багненко С. Ф. Желудочно-кишечные кровотечения язвенной этиологии: патогенез, диагностика, лечение /В. Г. Вербицкий, А. А. Курьгин. СПб.: Политехника. - 2004. - С. 242.

17. Бальян А. С. Радикальная дуоденопластика при осложненных по- стбульбарных ранее ушитых перфоративных дуоденальных язвах: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Краснодар, 2008. – 28 с.

18. Баранская Е. К. Патогенез язвенной болезни // Русский медицинский журнал. - 2000. – Том 2. - С. 112-116.

19. Батиров А.К., Хакимов Д.М., Хужамбердиев И.Р. Активно-выжидательная тактика в хирургии кровоточащих гастродуоденальных язв // VIII Республиканская научно-практическая конференция «Вахидовские чтения – 2003»: Тез. Докл. – Ташкент, 2003. – С. 20.

20. Беликов В. В., Артюхов А. С. О совокупности социальных факторов в возникновении, течении и профилактике язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2000. - № 1. - С. 34-36.

21. Белобородова Э. И. Течение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в зависимости от типа личности и эффективность психотропной терапии // Терапевт, арх. - 2002. - № 8. - С. 60-64.

22. Белугина З. Т. Клинико-рентгенологическая диагностика язв привратника: дис. ... д-ра мед. наук. - Ленинград, 1949. - 345 с.

23. Бобровских А. М. Оценка состояния слизистой оболочки желудка у больных, оперированных по поводу язвенной болезни.: Автореф. дис. .... канд. мед. наук. – Воронеж, 2005. – 26 с.

24. Бова С. М. Профузные язвенные кровотечения. М.: Медицина, 1967. – 268 с.

25. Бондаренко В. А., Гуденко В. Ю., Вандер К. А. Изменения гидростатического давления в тонкой кишке в послеоперационном периоде // Клиническая хирургия. – 2001. – № 2. – С. 62-65.

26. Бондаренко В. М., Парфенов А. И. Регуляция соотношения между нормальной и патологической микрофлорой кишечника // Гастроэнтерология. - 2009. - № 2. - С. 67-70.

27. Булгаков Г. А. Хирургическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у лиц пожилого и старческого возраста // Хирургия. - 2002. - №11. - С. 24-26.

28. Буеверов Н. О. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь; что делать, когда неэффективны ингибиторы протонной помпы? // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2001, - №5. - С. 71-73.

29. Бутенко Е. В. Клиническое и патогенетическое значение двигательных дисфункций верхнего отдела пищеварительного тракта при рецидивирующей форме хронического панкреатита, сочетающегося с язвенной болезнью: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - СПб., 2003. — 23 с.

30. Бутов М. А. и соавт., Язвенная болезнь. Инфекция или вегетоневроз? Рязань: РязГМУ, 2004. - 145 с.

31. Бутов М. А. Нарушения психовегетативного статуса, дезадаптация, инфекционный фактор в патогенезе язвенной болезни гастродуоденальной зоны и их коррекция: автореф. дис. . д-ра мед. наук. - Рязань, 2001. - 36 с.

32. Васильев Ю. В. Гастроэзофагальная рефлюксная болезнь: патогенез, диагностика, медикаментозное лечение. // Приложение к журналу Consilium medicum. - 2002. - № 3. - С. 3-11.

33. Вахрушев Я. М., Иванов Л. А. К характеристике изменений секреторной функции желудка у больных язвенной болезнью после резекции желудка // Терапевт, арх. - 2000. - Том 63, №2. - С. 14-16.

34. Вахрушев Я. М., Никишина Е. В. Комплексное изучение патогенетических механизмов эрозивного поражения желудка и

---

двенадцатиперстной кишки // Рос. гастроэнтерол. журн. - 1998. - №3. - С. 31- 34.

35. Вахрушев Я. М., Сравнительная характеристика течения язвенной болезни в различные возрастные периоды / Я. М. Вахрушев, Л. И. Ефремова, Е. В. Белова // Терапевт, арх. - 2004. - №2. - С. 19-24.

36. Вачев А. Н. Почему пол пациента имеет существенное значение при прогнозировании рецидива язвенного дуоденального кровотечения? / А. Н. Вачев, В. К. Корытцев // Хирургия. 2006. - № 12. - С. 24-26.

37. Волков В. С. и соавт. Соматопсиховегетативные нарушения при язвенной болезни // Клинич. медицина. 2001. - № 10. - С. 30-32.

38. Горбашко А. И. Пути совершенствования хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Современные аспекты хирургического лечения язвенной болезни. -Л. - 1985. - С. 3-8.

39. Горбашко А.И. Острые желудочно-кишечные кровотечения. - М.; Медицина, 1974. – 240 с.

40. Григорьев С. Г. Хирургическая тактика при язвенных дуоденальных кровотечениях // Хирургия. - 2002. - № 6. - С. 20.

41. Григорьев П. Я., Практические рекомендации по диагностике и лечению патологии желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с *Helicobacter pylori* // Лечащий врач. – 2001. Том 5, №6.

42. Гринберг А. А., Ермолов А. С., Затевахин И. И. Хирургическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях // Хирургия. - 2000. - № 2. - С. 81-84.

43. Гринберг А. А., Затевахин И. И., Щеголев А. А. Хирургическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. - М., 2003. - 150 с.

44. Голофеевский В. Ю. Введение в клиническую морфологию желудка двенадцатиперстной кишки. СПб.: ООО «Издательство Фолиант», 2005. 112 е.: ил.

45. Гостищев В. К., Евсеев М. А. Антисекреторная терапия как составная часть гемостаза при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях // Хирургия, - 2005, - № 8. - С. 52-57.

46. Гостищев В. К., Евсеев М. А. Проблема выбора метода лечения при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях // Хирургия. – 2007. - № 7, - С. 7-11.

47. Гостищев В. К. Патогенез рецидива острых гастродуоденальных язвенных кровотечений // Хирургия. - 2004. - № 3. - С. 46-48.

48. Гостищев В. К. Рецидив острых гастродуоденальных язвенных кровотечений // Хирургия. - 2003. - № 7. - С. 43.

49. Гурин Н. Н., Логунов К. В. Проблемы современной хирургии язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки // Вестник хирургии. - 2007. Том 156, № 3. - С. 101-104.

50. Дибиров М. Д., Михайлин А. А., Милешин И. П. и др. Тактика при гастродуоденальных кровотечениях у лиц пожилого и старческого возраста // V Всероссийская науч. конф. общих хирургов, объединенной с Пленумом проблемных комиссий РАМН «Неотложная хирургия» и «Инфекция в хирургии» межведомственного науч. совета по хирургии: мат. конф. - Ростов-на-Дону, 2008 - С. 40-42.

51. Дуркин А. В. Физическое развитие, иммунный статус, ферментный гомеостаз и состояние кардиореспираторной системы у студентов младших курсов основной медицинской группы: Автореф. дис. ... канд. биол. наук. – Киров, 2002. – 18 с.

52. Егиев В. Н. Резекция желудка через минидоступ с применением EndoGIA // Хирургия. - 1998. - №1. - С. 32-33.

53. Ермолов А. С. Неотложная хирургия осложнённых язв желудка и 12-перстной кишки // Неотложная хирургия и инфекция в хирургии: материалы V Всерос. науч. конф. общих хирургов, объединённой с Пленумом Проблемной комиссии РАМН. - Ростов н/Д., 2008. - С. 15-17.
54. Ермолов А. С. Гастродуоденальные кровотечения при критических состояниях // Хирургия. - 2004. - № 8. - С. 41-43.
55. Ефименко Н. А. Кровотечение их хронических гастродуоденальных язв: современные взгляды и перспективы лечения // Хирургия. - 2004. - № 3. - с. 56.
56. Жерлов Г. К. Диагностика и хирургическое лечение при постбульбарных язвах двенадцатиперстной кишки // Вестник хирургии . - 2001. - Том 160, №1. - С. 21.
57. Жерлов Г. К. Кошель А. П. Оперированный желудок. // Новосибирск, 2002. – 240 с.
58. Зурнаджьянц В. А. Антонян В. В., Панов А. А. Дисфункция вегетативной нервной системы и ее роль в патогенезе язвенной болезни желудка // Вестн. хирургической гастроэнтерологии. - 2010. - №2. - С. 55-60.
59. Ивашкин В. Т., Шептулин А. А. Перспективы применения блокаторов протонного насоса в гастроэнтерологии // Русский медицинский журнал. - 2001. - Том 3, № 1. - С. 3-5.
60. Ивашкин В. Т. Основные положения II Маастрихтского соглашения: какие рекомендации по лечению заболеваний, ассоциированных с *Helicobacter pylori*, нужны в России // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. - 2001. - Том 2, №3. - С. 77-84.
61. Ильина Е. А. Патогенетические особенности язвенной болезни при обострении и ремиссии: клиничко-эндоскопические, морфологические и иммунологические аспекты: автореф. дис... канд. мед. наук. - Самара, 2005.-24 с.

62. Исаков В. А. Терапия кислотозависимых заболеваний ингибиторами протонного насоса в вопросах и ответах // Consilium Medicum. - 2006. - №7. - С.3-7.

63. Исаков В. А. Фармакогенетический анализ метаболизма и клинической эффективности ингибиторов протонной помпы // Клин, фармакол. тер. - 2003. – Том 12, №1. - С. 32-37.

64. Исламова Е. А. Особенности клиники, диагностики, лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у пациентов различного возраста. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Волгоград, 2010. - 242 с.

65. Кадир М. Г. Резекция желудка по Бильрот-1 с однорядным швом при пенетрирующих язвах двенадцатиперстной кишки: автореф. дис.... канд. мед. наук. - СПб., 2000. - 28 с.

66. Калиш Ю. И., Турсуметов А. А. Хирургическое лечение сочетанных язв желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. - 2009. - №6. - С. 27-30.

67. Калинин А. В. Язвенная болезнь: от патогенеза к лечению // Фарматека. - 2002. - №9. - С.3-10.

68. Касьяненко В. И. Дифференцированная медикаментозная терапия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: Дисс. ... д-ра мед. наук. – Москва, 2004. - 267 с.

69. Кириакиди С. Ф. Лапароскопическая резекция желудка // Эндоскопическая хирургия. - 2001. – Том 7, №6. - С. 58-60.

70. Кодиров Ф. Д. Диагностика и хирургическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, сочетанной с хроническими нарушениями дуоденальной проходимости: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Душанбе, 2004. – 24 с.

71. Козлова И. П., Александрова В. А., Симбирцев А. С. Иммунологические аспекты Helicobacter Pylori ассоциированной с

---

гастродуоденальной патологией у детей // Гастробюллетень. - 2001. - №3. - С. 43.

72. Коваленко А. Н. Гасанова Е. В. Роль изменений функционального состояния гипоталамо-гипофизарно-кортикоадреналовой системы в развитии воспалительных и эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС // Укра'шський медичний часопис. - 2005. – Том 49, № 5. -С. 115-120.

73. Колосович И.В. Выбор метода лечения пациентов с язвенной болезнью желудка // Врачу-практику. – 2002. - . – С. 23.

74. Кузеев Р. Е. Оптимизация лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной гастродуоденальным кровотечением: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Москва, 2000. – 42 с.

75. Кузин М. И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. - 2001. - №1. - С.27-32.

76. Кузин М. И. Хирургические болезни. – Москва: Медицина, 2002. – 779 с.

77. Кузин М. И. Хирургические болезни: учебное пособие. - М.: Медицина, 2005. - 628 с.

78. Кузин М. И., Нишанов Ф. Н., Вилявин Г. Д. Диагностика и лечение язв пилорического отдела желудка // Хирургия. - 1983. - №2. - С. 3-7.

79. Кузнецов А. П. Секреторная функция желудка и поджелудочной железы у человека при гиперкинезии: Автореф. дис. ... д-ра биол. наук. – Томск, 1986. – 53 с.

80. Кукош М. В., Разумовский Н. К. Хирургическая тактика при язвенных кровотечениях // Вестник хирургической гастроэнтерологии. - 2006. - №1. - С. 40-41.

81. Курыгин А. А. Локальные и индивидуальные особенности ангиоархитектоники желудка и их значение в проявлении кровотечений // Вестник хирургии. - 2004. - Том 163. - №3. - С. 19.

82. Кучерявый Ю. А. Особенности микроциркуляторных нарушений в гастродуоденальной слизистой при хронических эрозиях желудка: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М. 2002. - 25 с.

83. Лазарева Н. Б., Пятигорская Н. В., Морохина С. Л. Фитотерапия язвенной болезни // Российские аптеки. - 2011. - № 8. - С. 28-33.

84. Лапина Т. Л. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки // Cons. Med. - 2004. – Том 4, №1. - С. 8-13.

85. Лапина Т. Л. Гиперацидные состояния: принципы лечения. // Consilium medicum. 2001. - Том 3, № 6. - С. 251-255.

86. Лапина Т. Л. Безопасность ингибиторов протонной помпы // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. - 2002. - №6. - С. 16-20.

87. Лебедев Н.В., Климов А.Е., Бархударова Т.В. Прогноз рецидива кровотечения из гастродуоденальных язв // Хирургия им. Пирогова. - 2009. - №2. - С. 32-34.

88. Лобанков В. М. Язвенная болезнь желудка и рак (мифы и реальность) // Вестн. хирургической гастроэнтерол. - 2009. - №.1. - С. 19-24.

89. Лосев Р. З., Чирков Ю. В. Современные проблемы хирургической тактики при острых кровотечениях из гастродуоденальных язв // Вестн. хирургии. - 2002. - № 6. - С. 28-31.

90. Луцевич Э. В., Семенов М. В. и др. Первый опыт биоэндоскопических вмешательств при кровоточащих гастродуоденальных язвах // Неотложная хирургия: сб. научн. трудов. - М., 2001. - С. 190-192.

91. Луцевич Э. В., Белов И. Н. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений. От хирургии к терапии? // Хирургия. – 2008. - №1. - С. 4-7.
92. Майстренко Н. А. Ваготомия при хронической дуоденальной язве, осложненной кровотечением // Вестник хирургии. - 2003. - Том 162. - №4. - С. 108.
93. Малкаров М. А. Тактика лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями: Авт. дис. ... канд. мед. наук. - М., 2007. - 24 с.
94. Матвеев А. В. Лапароскопическая резекция желудка: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М. — 2006.
95. Мансуров Х. Х. Современный взгляд на некоторые спорные вопросы язвенной болезни и хеликобактерной инвазии // Клиническая медицина. - 2005. - Том 83, № 2. - С. 63-65.
96. Менгал Г.К., Резекция желудка по Бильрот-I с однорядным швом при пенетрирующих язвах двенадцатиперстной кишки: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Санкт-Петербург, 2000. - 22 с
97. Муравцева О. В. Сравнительная оценка терапевтической эффективности антисекреторных препаратов при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Ижевск, 2004. – 28 с.
98. Назыров Ф. Н., Джамалов С. И., Хакимов Б. Б. Однорядный шов в хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. В кн.: «Актуальные проблемы хирургии и трансплантологии». - Ташкент, 2001. - С. 19-20.
99. Назыров Ф. Г. Обоснование гастродуоденоанастомоза с экономной резекцией желудка в хирургии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Медицина неотложных состояний. - 2014. - №56. - С. 37-40.

100. Назыров Ф. Г., и др. Особенности язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у жителей Ферганской долины // Инфекция, Иммунология и Фармакология. - 2015. - №3. - С. 120-123.

101. Назыров Ф. Г., Турсунов Б. К., Алейник В. А. Влияния различных сроков гастродуоденальной аспирации на гомеостаз пепсиногена после операции на желудке у больных ЯБДПК // Терапевтический вестник Узбекистана. - 2013. - №3. - С. 69-73.

102. Никитченко С. А., Рестович Р. А., Калиниченко А. А., Колоколыдев В. Б. Хирургическая тактика при гастродуоденальных кровотечениях язвенной этиологии, г. Омск. // Материалы всероссийской конференции хирургов. г. Саратов. - 2003. - С. 134.

103. Нишанов Ф. Н., Абдуллажонов Б. Р. и др. Хирургическая тактика при дуоденальных кровотечениях язвенного генеза // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И Пирогова. - 2015. - №3. - С. 86-90.

104. Оганезова И. А. и соавт., Психосоматические соотношения и вегетативная регуляция функций при язвенной болезни у жителей Европейского Севера // Клинич. медицина. - 2003. - №11. - С. 33-35.

105. Оноприев В. И., Корочанская Н. В., и соавт., Критерии качества жизни в хирургическом лечении и медикаментозной реабилитации больных осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, - Краснодар, 2001. - 176 с.

106. Оноприев В. И., Генрих С. Р., Шарапова Е. Г., Карипиди Г. К. Роль радикальной дуоденопластики в развитии органосохраняющего направления в хирургии язвенной болезни // Кубанский научный медицинский вестник. - 2003. – Том 67, №6. - С. 69-71.

107. Оноприев В. И. Коротыко Г. Ф., Корочанская Н. В. Осложнённые формы язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. - Краснодар: Изд-во Кубанской ГМА, 2004. - 540 с.

108. Оноприева С. А. Клинико-экономический анализ эффективности оперативного лечения осложненных форм язвенной болезни двенадцатиперстной кишки: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Краснодар, 2007. – 28 с.

109. Опарин А. Г. Окислительный стресс в механизме реализации психосоматических расстройств при дуоденальной язве у студентов // Терапевт, архив. - 2005. - № 2. - С. 32-34.

110. Остапенко В. А., Ахмедов В. А. и соавт., Современные взгляды на механизмы формирования и диагностику гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2002. - № 1. - С. 19-23.

111. Панцырев Ю. М. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв // Хирургия. - 2003. - №3. - С. 43.

112. Пасечников В. Д. Ключи к выбору оптимального ингибитора протонной помпы для терапии кислотозависимых заболеваний // Росс, жур. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. - 2004. - № 3 - С. 32-40.

113. Передельский Е. А. Морфологические изменения слизистой оболочки желудка у лиц, работающих в условиях воздействия моноциклических ароматических углеводородов (бензола и его аналогов): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - СПб., 2003. - 17 с.

114. Передерий В. Г., Ткач С. М. и др. Язвенная болезнь. Прошлое, настоящее и будущее. - Киев: Здоровье. 2002. - 256 с.

115. Петрова Н. И. Мавиди И. Л., Петров А. С. Личностно-психологические особенности пациентов с осложненными формами язвенной болезни 12-перстной кишки // Клинич. медицина. - 2005. - №6. - С. 58-62.

116. Полынский А. А., Гульмантович С. Г., Цилиндзь И. Т. Роль эндоскопии в лечении больных гастродуоденальными кровотечениями // Материалы Всерос. конф. хирургов. - Саратов, 2003. - 139 с.

117.Полунина Т. Е. Современная терапия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Медицинский совет. - 2011. - № 3-4. - С. 82-86.

118.Погосян Г. Э. Оценка отдаленных результатов хирургического лечения осложненных пилородуоденальных язв: автореф. дис.... канд. мед. наук. - М., 2007. - 28 с.

119.Попандопуло К. И., Оноприев В. И. Радикальная дуоденопластика в комплексном лечении больных с язвенными кровотечениями в условиях городской многопрофильной больницы // Кубан. науч. мед. вестн. - 2006. - № 7-8 (88-89). - С. 148-151.

120.Сажин В. П., Федоров А. В. Современные принципы применения лапароскопических операций при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки //Хирургия. - 2001. - № 6 . - С. 12-17.

121.Станулис А.И., Кузеев Р.Е., Гольдберг А.П. Хирургическая тактика и оперативное лечение при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением. - М.: Информмедиа Паблицерз, 2005. - 140 с.

122.Стойко Ю. М. Язвенные желудочно-кишечные кровотечения // Хирургия. - 2002. - №8. - С. 32.

123.Фадееенко Д. Современные представления о Helicobacter pylori негативной язвенной болезни // Современ, гастроэнтерология. - 2003. - № 2. - С. 4-6.

124.Хаджибаев А. М., Маликов Ю. Р. и соавт., Роль эндоскопии в диагностике и лечении гастродуоденальных кровотечений // Хирургия. – 2005. - №6. - С. 37-41.

125.Хаджибаев А. М. и соавт., Усовершенствованная активно индивидуализированная тактика в лечении острых гастродуоденальных кровотечений // Тез. докл. Всерос. науч.-практ. конф. - Сочи, 2006. - С. 62.

126. Хмельницкий С. И. Особенности патоморфогенеза повреждений в структурах и элементах соединительной ткани параульцерозного поля дуоденальной язвы, пенетрирующей в желчные протоки. - Кировоград: Полиум, 2009. – 96 с.

127. Хропычева Р. П. Периферические механизмы вагусной регуляции секреции кислоты, пепсиногена и бикарбонатов в желудке: Автореф. дис. ... канд. биол. наук. – Санкт-Петербург, 2006. – 22 с.

128. Циммерман Я. С. Язвенная болезнь и проблема *Helicobacter pylori* инфекции: новые факты, размышления, предположения // Клинич. медицина. - 2001. - Том 79, №4. - С. 67-70.

129. Циммерман Я. С., Белоусов Ф. В., Трегубов Л. З. Состояние психической сферы больных язвенной болезнью // Клинич. медицина. - 2004. - № 3. - С. 37-42.

130. Цукунов В. В. Эпидемиология язвенной болезни // Красноярск, Сибирь. – 2004. – 198 с.

131. Цуканов Ю. Т., Цуканов А. Ю. Резекция желудка из минидоступа при осложненных язвах задней стенки двенадцатиперстной кишки // Хирургия. - 2002. - №3. - С. 33-35.

132. Черноусов А. Ф., Хоробрых Т. В., Антонов О. Н. Профилактика недостаточности анастомозов желудочно-кишечного тракта // Хирургия. - 2005. - №12. - С. 25-29.

133. Шапкин Ю. Г. Диагностика прецидивного синдрома при кровоточащей язве желудка и двенадцатиперстной кишки // Вестник хирургии. 2000. – Том 163, № 1. - С. 43.

134. Шапкин Ю. Г. Прогнозирование рецидива язвенного кровотечения // Хирургия. - 2002. - №11. - С. 32.

135. Шугаев А. И. Лечение при язвенных гастродуоденальных кровотечениях у больных пожилого и старческого возраста // Вестник хирургии. - 2001. - Том 160, №3. - С. 114.

136. Юдин С. С. Этюды желудочной хирургии. - М.: Медицина, 1965. - 269 с.

137. Якубов А. В., Паттахова М. Х. Влияние компонентов и некоторых схем противоязвенной терапии на регенераторные процессы в слизистой ткани желудка при экспериментальной язве // Фундаментальные исследования. - 2009. - № 7. - С. 57-61.

138. Abe N., Takeuchi H., Yanagida O. Surgical indications and procedures for bleeding peptic ulcer // Digestive Endoscopy. - 2010. - Vol. 22 (Suppl. 1). - P.35-37. - (Special Issue: Proceedings of the Endoscopy Forum (Japan, 2009)).

139. Andrews C. N., Levy A., Fishman M., Hahn M., Atkinson K., Kwan P., Enns R. Intravenous proton pump inhibitors before endoscopy in bleeding peptic ulcer with high-risk stigmata: a multicentre comparative study // Can J. Gastroenterol. - 2005. - Vol. 19, №11. - P. 667-671.

140. Bianchi Porro., Parente F. 'Difficult' Duodenal Ulcer Patients: Clinical and Therapeutic Problems // Dig. Dis. - 1991. - Vol. 9, №4. - P. 219-228.

141. Canoy D. S., Hart A. R., Todd C. J. Epidemiology of duodenal ulcer perforation: a study on hospital admissions in Norfolk, United Kingdom // Dig. Liver Dis. - 2002. - Vol.34, №5. - P. 322-327.

142. Church N. I. Ulcers and nonvariceal bleeding // Endoscopy. — 2003. - Vol. 35. - P. 22-26

143. Datsis A. C., Rogdakis A., Kekelos S. Simple closure of chronic duodenal ulcer perforation in the era of Helicobacter pylori: an old procedure, today's solution // Hepatogastroenterology. - 2003. - Vol.50, №53. - P. 1396-1402.

144. Dousset B. Surgical treatment of severe ulcerose hemorrhages: predictive factors of operative mortality // Gastroenterol. Clin-Biol. - 2005. - №19(3). - P. 259-265.

145. El-Nakeeb A. et al. Effect of Helicobacter pylori eradication on ulcer recurrence after simple closure of perforated duodenal ulcer // Int. J. Surg. - 2009. - Vol.7, №2. - P. 126-129.

146. Fischbach L.A., van Zanten S., Dickason J. Meta-analysis: the efficacy, adverse events, and adherence related to first-line anti-Helicobacter pylori quadruple therapies // Aliment. Pharmacol. Ther. - 2004. - Vol.15, №10. - P. 1071-1082.

147. Ford A. Eradication therapy in Helicobacter pylori positive peptic ulcer disease: systematic review and economic analysis // Amer. J. Gastroenterol. - 2004. - Vol. 99. - P. 1833-1855.

148. Guglielmy A. Risk assessment and prediction of rebleeding in bleeding gastroduodenal ulcer // Endoscopy. - 2002. - Vol. 34. - №10. - P. 778-786.

149. Hunt R. H., Tytgat G., Malfersteiner P. Whistler consensus // J Clin. Gastroenterol. - 2007. - Vol.41. - P. 47-50.

150. Imhof, M. Impact of early operation on mortality from bleeding peptic ulcer-ten years experience // Dig. Surg. - 1998. - №15(4). - P. 308-314.

151. Imhof, M. Endoscopic versus operative treatment in high-risk ulcer bleeding patients: results of a randomized study // Langenbecks. Arch. Surg. - 2003. - Vol. 387. - P. 327-336.

152. Johnson H. D. Classification, blood group characteristics, secretion patterns and pathogenesis of peptic ulcers // Ann.Surg. - 1965. - Vol.162, №6. - P. 996-1004.

153. Kapetanakis A. M. Efficacy of repeated therapeutic endoscopy in patients with bleeding ulcer // Hepatogastroenterology. — 1997. - Vol.44. — №13.-P. 288-293.

154. Khuroo M. S. A comparison omeprazole and placebo for bleeding peptic ulcer (see comments) // New Engl. J. Med. - 2007. - Vol.336. - №15. - P. 1054-1058.

155.Koyuncu A., Aydintu S., Kocak S. Effect of thyroid hormones on stress ulcer formation // A.N.Z. Journal of Surgery. - 2002. - Vol.72, №9. - P.672-675.

156.Kraemer K. L., Maisto S. A., Conigliaro J. Decreased alcohol consumption in outpatient drinkers is associated with improved quality of life and fewer alcohol-related consequences // J. Gen. Int. Med. - 2002. - Vol. 17, №5. -P. 382-386.

157.Kubba A. R. Role of endoscopic injection therapy in the treatment of bleeding peptic ulcer // Brit. J. Surg. - 2004. - Vol. 83, №4. - P. 461-468.

158.Kumar S. et al. Prevalence of Helicobacter pylori in patients with perforated duodenal ulcer // U Trop. Gastroenterology. - 2004. - Vol. 25, №3. – P. 121-124.

159.Lau J. Y., Barkun A, Fan D. M., Kuipers E. J., Yang Y. S., Chan F. K. Challenges in the management of acute peptic ulcer bleeding // Lancet. - 2013, Jun. - Vol. 381(9882). - P. 2033-43.

160.Ljungdahi M., Eriksson L.G., Nyman R., Gustavsson S. Arterial embolisation in management of massive bleeding from gastric and duodenal ulcers // European J. Surg. - 2002. - Vol. 168(7). - P. 384-390.

161.Mitkovskaya N. An influence of chronic stress on parameters of carbohydrate metabolism // 8 th Baltic Cong, of Laboratory Medicine (Vilnius, Lithuania, May 18-20, 2006). - Vilnius, Lithuania. - 2006. - P. 36.

162.Muller C., Liebermann-Meffert D., Allgower M. Pyloric and prepyloric ulcers // World J. Surg. - 2001. - Vol. 11. - P. 339-346.

163.Muller C., Martinoli S. Die Proximal-Selektive Vagotomie in der Behandlung der Gastroduodenalen UlcusKrankheit / Berlin. - Heidelberg. - New-York. - Springel-Vergal. - 2002.

164.Palmer K. R. Non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage: guidelines // Gut. - 2002. - Tom 51, №14. - P. 6.

165.Rossi R. A five to ten year follow up stady of parietal cell vagotomy

// Surg. Gynaecol. Obstet. - 2005. - Vol. 162. - P. 301-306.

166. Saeed Z. A. Prospective validation of the Baylor bleeding score for predicting after endoscopic hemostasis of peptic ulcer // Gastroenterol. Endosc. - 1995. - Vol. 41, №6. - P. 561-565.

167. Skok P. How efficient is endoscopic injection sclerotherapy in peptic ulcer hemorrhage // Hepatogastroenterology. - 2000. - Vol. 44. - №15. - P. 861-865.

168. Tytgat G. N. Etiopathogenetic principles and peptic ulcer disease classification // Dig. Dis. - 2011. - Vol. 29(5). - P. 454-8.

169. Warren J. R., Marshall B. J. Unidentified curved bacilli on gastric epithelium in active chronic gastritis // Lancet. - 2001. - Vol. 1. - P. 1273-1275.



**Феруз Гафурович Назиров (Академик АН РУз)**  
**Мурод Фозилжонович Нишанов (PhD)**  
**Фозил Нишонович Нишонов (д.м.н., профессор)**  
**Руслан Ефимович Лигай (д.м.н.)**

**КРОВОТОЧАЩИЕ  
ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ  
ЯЗВЫ**

100067. г. Ташкент, Алмазарский район, ул. Чиракчи, 97  
**ООО Издательство «High Quality Print»**

**Подписано в печать 12.09.2018**  
**Формат издания 84x108 <sup>1</sup>/<sub>32</sub>**  
**Офсетная печать. Тираж 100 экз.**  
**Заказ №1120**