

На правах рукописи

ПОГОСЯН ГАГИК ЭДУАРДОВИЧ

ОЦЕНКА ОТДАЛЁННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЁННЫХ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

14.00.27. – Хирургия

А в т о р е ф е р а т
диссертации на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2007

Работа выполнена в ГОУ ВПО Московская медицинская
академия им. И.М. Сеченова

Научный руководитель:

Лауреат государственной премии СССР,
доктор медицинских наук, профессор Андрей Владимирович Пугаев

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор Анатолий Владимирович Юрасов

доктор медицинских наук, профессор Тимошин Андрей Дмитриевич

Ведущая организация: НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

Защита диссертации состоится « ____ » _____ 2007 г.

в ____ часов на заседании диссертационного совета Д 208.040.03 при
ММА им. И.М. Сеченова по адресу: 119991, Москва, ул. Трубецкая,
д.8, стр 2.

С диссертацией можно ознакомиться в фундаментальной библиотеке
ММА им. И.М. Сеченова по адресу: 117998, Москва Нахимовский
проспект, д. 49

Автореферат разослан « ____ » _____ 2007 г.

Учёный секретарь диссертационного совета **Александр Михайлович**
доктор медицинских наук, профессор **Шулутко**

Общая характеристика работы

Актуальность темы.

Современный период хирургии гастродуоденальных язв характеризуется переоценкой вопросов тактики, показаний к операциям, выбора объёма оперативного вмешательства с учётом изменившихся в последние годы взглядов на этиопатогенез язвенной болезни. (Брискин Б.С., Волков М.А. с соавт. 2000.; Seppala K. et al. 1995.) Появление современных противоязвенных препаратов, позволяющих проводить адекватную эрадикацию НР и добиваться длительных ремиссий, привело к значительному улучшению отдалённых результатов консервативного лечения язвенной болезни. Встал вопрос о целесообразности проведения оперативных вмешательств, при неосложнённом течении язвенной болезни. (Ивашкин В.Т., 2000; Циммерман Я.С., 2002.). Хирургическое лечение осложнённых язв и изучение отдалённых результатов после различных операций, в свете современного подхода к этиопатогенезу язвообразования, не потеряли своей актуальности. На сегодняшний день не наблюдается тенденции к снижению рецидивов язв после хирургического лечения их осложнений. Так по данным литературы рецидивы язв после резекций желудка, выполненных по экстренным показаниям достигает 43% (Ступин В.А. с соавт., 2000). По данным Наумова Б.А. и соавт. (1994) после проксимальной желудочной ваготомии с поперечной пилоропластикой, выполненной по поводу осложнённых пилорических язв, рецидивы

возникают у 5,4% больных. Рецидивы язв после их ушиваний достигают до 90% (Мартов Ю.Б. с соавт., 2001; Муравьёва Л.А. с соавт., 1982).

Учитывая анатомическую и морфофункциональную близость пилорического отдела желудка и ДПК, объектом изучения в работе стали пилорические и дуоденальные язвы, осложнённые кровотечением, перфорацией и стенозом.

Бесспорными являются показания к оперативному лечению при осложнённых пилорических и дуоденальных язвах. Однако остаётся дискуссионным вопрос объёма оперативного пособия. В последние годы доминируют тенденции органосохранения и минимализации оперативного вмешательства, хотя и имеются данные о лучших отдалённых результатах при применении резекционных способов (Панцырев Ю.М., 1989.; Зуев В.К., 1993; Стойко Ю.М., с соавт., 2001).

Современные взгляды на этиологию и патогенез язвообразования и достижения ведущих гастроэнтерологических клиник в консервативном лечении язвенной болезни, позволяют пересмотреть возможные варианты оперативных вмешательств при осложнённых пилородуоденальных язвах и сочетать их с современной противоязвенной терапией в послеоперационном периоде (Нарбаева И.Э., 1994; Затевахин И.И. с соавт., 2001). С одной стороны не совсем удовлетворительные результаты при органосохраняющих операциях наводят на мысль о целесообразности применения резекционных способов. С другой стороны хорошие результаты

консервативной терапии говорят о большой актуальности и необходимости изучения причин рецидивов после органосохраняющих и резекционных вариантов оперативного пособия в свете современного понимания этиологии и патогенеза язвенной болезни (Ивашкин В.Т., 2000). Учитывая современные тенденции в хирургии осложнённых язв, сформулированы цель и задачи исследования.

Цель исследования: выявление причин рецидивов пилородуоденальных язв после хирургических вмешательств по поводу осложнений язвенной болезни, а также поиск оптимальных методов лечения пациентов с данной патологией.

Задачи исследования:

1. Оценить отдалённые результаты хирургического лечения осложнённых пилородуоденальных язв.
2. Оценить влияние хеликобактерной инфекции на возникновение рецидивов язв в отдалённом периоде у оперированных больных.
3. Изучить частоту возникновения рецидивов пилородуоденальных язв, а также отдалённые функциональные результаты, в зависимости от характера выполненного оперативного пособия.
4. Установить причины рецидивов язв в зависимости от варианта операции.

5. Обосновать объем оперативного вмешательства у больных с осложнёнными пилородуоденальными язвами при проведении адекватной эрадикационной терапии в послеоперационном периоде.

Научная новизна:

1. Впервые оценили роль резидуальных лигатур в рецидивирующем течении заболевания после иссечения или ушивания осложнённых пилорических и дуоденальных язв.

2. Впервые изучили влияние НР в рецидивирующем течении язвенной болезни после оперативных вмешательств по поводу осложнённых пилородуоденальных язв.

3. Пересмотрели выполняемый объем оперативного пособия при осложнённом течении язвенной болезни с учётом современных взглядов на этиопатогенез изучаемой патологии.

4. Впервые доказали возможность получения хороших отдалённых результатов после иссечений осложнённых пилородуоденальных язв в сочетании с эффективной эрадикационной терапией.

Практическая значимость.

Выработали и внедрили в практику алгоритм обследования больных, перенесших хирургические вмешательства по поводу ОПДЯ, позволяющий выявлять пациентов с рецидивирующим течением заболевания. Проанализировали факторы и причины рецидивов язв в отдалённом послеоперационном периоде. Дали сравнительную оценку

эффективности различных методов хирургического лечения применяемых при ОПДЯ. Основываясь на полученных данных, определили и внедрили в практику наиболее приемлемый комплекс лечебно-диагностических мероприятий, проведение которых позволяет улучшить отдалённые результаты лечения больных с изучаемой патологией.

Внедрение.

Методические и тактические подходы, созданные на основе диссертационной работы, внедрены в клиническую практику хирургических отделений Городской клинической больницы №67 г. Москвы.

Результаты диссертационной работы используются на кафедре хирургических болезней №2 лечебного факультета Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова.

Апробация работы.

Основные положения и результаты диссертационной работы доложены и обсуждены на научно-практической конференции кафедры хирургических болезней №1 лечебного факультета ММА им И.М.Сеченова.

Публикации.

По материалам диссертации опубликовано 6 научных работ, одна из которых в центральной печати.

Основные положения выносимые на защиту.

1. Рецидивы язв после операций по поводу осложнений язвенной болезни возникают вследствие персистирования хеликобактерной инфекции, причина которой является неэффективная эрадикационная терапия, либо отказ от неё, а в некоторых случаях наличие резидуальных лигатур, мешающих эффективной эрадикации.
2. Применение ушиваний приводит к рецидивам чаще всего, а у пациентов после резекций и ваготомий нередко возникают постгастрорезекционные и постваготомические осложнения.
3. При иссечениях осложнённых пилородуоденальных язв сочетании с эффективной эрадикационной терапией, результаты в отдалённом послеоперационном периоде наилучшие.

ОБЪЁМ И СТРУКТУРА РАБОТЫ

Диссертационная работа состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы.

Материалы диссертации изложены на 126 страницах текста Times New Roman №14 (Microsoft Word), иллюстрированы 22 таблицами, 5 рисунками и 9 диаграммами.

Список литературы включает 143 источников (в том числе 102 работы отечественных и 41 иностранных авторов).

Статистическая обработка данных произведена на IBM PC - Pentium с использованием программы SPSS 9.0. Оценку достоверности полученных результатов исследования проводили с использованием методов описательной статистики: среднее арифметическое, медиана ряда, доверительный интервал, вычисление X-квадрата Пирсона и уровня статистической значимости p .

Общая характеристика клинических наблюдений и методы исследований.

Провели ретроспективный анализ историй болезни 682 пациентов, выписанных из ГКБ №67 города Москвы с января 1996 по декабрь 2002 года после операций по поводу осложнённых язв пилорического отдела желудка и двенадцатиперстной кишки. Около 65% больных перенесли операции в зрелом трудоспособном возрасте. Отношение мужчин к женщинам составило 2,5:1. По поводу перфораций оперировали 406 пациентов(59,5%), по поводу кровотечений 202 больных(29,6%), а показанием к операции у 28 поступивших в клинику(4,1%), был язвенный стеноз. Причём у 26 больных (3,8%) с перфорациями язв

привратника и у 18 пациентов (2,6%) с кровоточащими язвами двенадцатиперстной кишки интраоперационно диагностировали различной степени стеноз выходного отдела желудка, а у 2 пациентов (0,3%) выявили сочетание всех трех осложнений.

Таблица 1.
Данные о характере осложнений.

		Наименование осложнения				
Перфорации		Кровотечения	Стенозы	Перфорации со стенозом	Кровотечения со стенозом	Перфорации с кровотечением и стенозом
Количество	406	202	28	26	18	2
%	59,5%	29,6%	4,1%	3,8%	2,6%	0,3%

У 286 больных локализация осложнённых язв была в пилорическом канале, а у 396 – в двенадцатиперстной кишке.

Таблица 2.
Данные о распределении больных в зависимости от локализации
осложнённых язв.

Локализация язвы	количество	%
Пилорические и препилорические язвы	286	41,9
Дуоденальные язвы	396	58,1
Всего	682	100

Резекции 2/3 желудка в различных модификациях произвели у 28 пациентов(4,1%), варианты ваготомий выполнили у 18 больных (2,7%), 97 (14,2%) - перенесли ушивание прободных язв, а у 539 пациентов (79%) либо иссекли осложнённые пилородуоденальные язвы, либо произвели циркулярную резекцию двенадцатиперстной кишки.

Таблица 3.

Данные о распределении больных в зависимости от варианта
хирургического вмешательства.

Вид хирургического вмешательства	количество	%
Резекции 2/3 желудка	28	4,1
Селективная проксимальная и стволовая ваготомии	18	2,7
Ушивание язв	97	14,2
Иссечения осложнённых язв	539	79
Всего	682	100

При изучении анамнеза выявили, что 257 больных (37,7%) поступили в клинику с впервые выявленными осложнёнными пилородуоденальными язвами, что указывает о частом бессимптомном течении заболевания, что при отсутствии соответствующего лечения приводит к увеличению числа осложнений язвенной болезни. С язвенным анамнезом до 5 лет оперировали 168 больных (24,6%). До 10 лет язвенной болезнью страдали 142 пациента (20,8%), а 115 (16,9%) - страдали данной патологией более 10 лет.

Таблица 4.

Данные о распределении больных по длительности язвенного анамнеза.

Длительность язвенного анамнеза	Количество	%
Впервые выявленные язвы	257	37,7
Язвенный анамнез до 5 лет	168	24,6
Язвенный анамнез до 10 лет	142	20,8
Язвенный анамнез > 10лет	115	16,9
Всего	682	100

Для дальнейшего обследования пациентов отобрали путем анкетирования и опроса. Проводили также анализ амбулаторных карт. Из 682 больных удалось опросить 518 человек. На основании анкетирования, опроса, анализа историй болезни и амбулаторных карт пациентов заполнили индивидуальные карты обследования.

**Индивидуальная карта обследования пациентов с язвенной
болезнью после операции.**

1.Ф.И.О.

2.Возраст.

3.Пол.

4.Дата перенесённой операции.

5.Тип осложнения.

6.Вариант операции.

7.Длительность язвенного анамнеза.

8.Наличие клинических проявлений синдрома диспепсии.

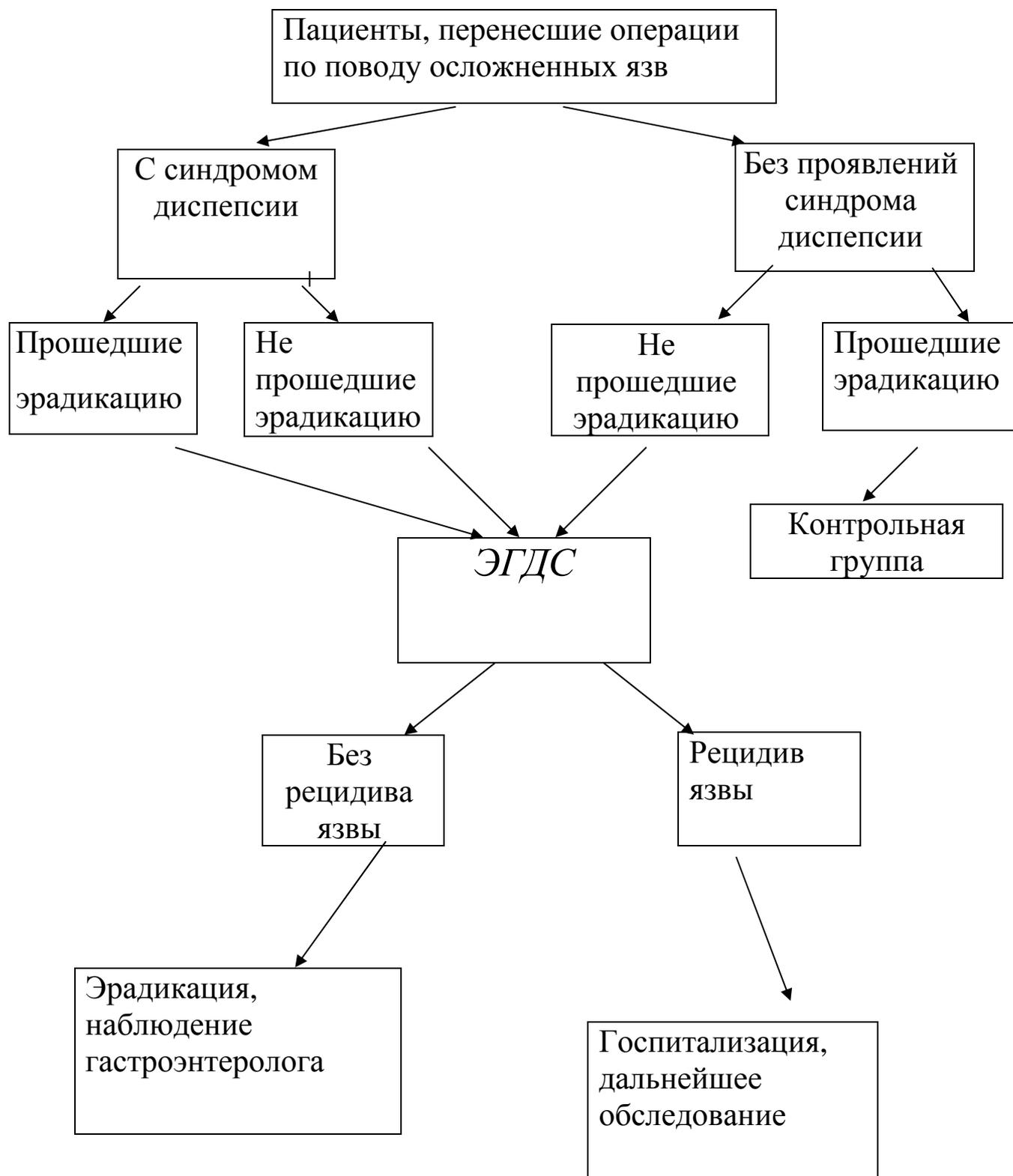
9.Наличие клинических и лабораторных проявлений
постгастрорезекционных или постваготомических осложнений.

9.Наличие в истории болезни или амбулаторной карте указаний на
проведение эрадикационной терапии.

10.Данные ЭГДС, если таковая производилась в послеоперационном
периоде.

Данные, полученные при заполнении индивидуальных карт,
использовали для формирования групп пациентов, подлежащих
дальнейшему стационарному обследованию. Для удобства составили
алгоритм обследования пациентов, перенесших операции по поводу
осложнённых пилородуоденальных язв

Алгоритм обследования пациентов после операций по поводу осложнённых пилородуоденальных язв



Собственные результаты исследования.

Достоверной разницы в структуре групп по возрасту, полу, варианту операции, типу осложнения и локализации язвенного поражения не выявили.

Из 518 опрошенных различные проявления синдрома диспепсии описывали 105 пациентов. Жалоб не предъявляли и отметили хорошее самочувствие в отдалённом послеоперационном периоде 412 пациентов. Из них ЭГДС в амбулаторных условиях выполняли у 214 пациентов. Патологии при эндоскопическом исследовании обнаружено не было. Из числа эндоскопически не обследованных пациентов 18 не получали в послеоперационном периоде адекватную эрадикационную терапию. При ЭГДС выполненной в нашей клинике, рецидивы язв обнаружили у 10 пациентов. Пациентов, не предъявляющих жалоб, прошедших адекватный курс эрадикационной терапии, мы не обследовали. Из 105 пациентов с жалобами на периодически возникающие боли, тяжесть в животе, изжогу, эндоскопическое обследование в поликлинике прошли 67 больных. У 26 из них выявили рецидивы язв, а у 41 пациента – различные формы гастрита, дуоденита. А 38 пациентов с периодически возникающими проявлениями синдрома диспепсии, эндоскопически обследовали в условиях нашей клиники. У 12 из них диагностировали рецидивы язв, а у 26 не выявили выраженных патологических изменений. Следует отметить, что из группы больных с рецидивами язв эрадикационную терапию получили только 15 пациентов. Таким

образом, в группу больных с рецидивирующим течением язвенной болезни включили 23 пациента с синдромом диспепсии, не получивших адекватной эрадикационной терапии, 15 пациентов с синдромом диспепсии, у которых эрадикационная терапия была неэффективна и 10 пациентов, не предъявляющих каких-либо жалоб, не прошедших эрадикацию, с эндоскопической картиной рецидивов язв. Эти 48 больных вызваны для стационарного обследования и составили основную группу. В контрольную группу включили 90 пациентов, перенесших иссечение осложнённых пилородуоденальных язв, не предъявляющих жалоб, получивших в послеоперационном периоде адекватную эрадикационную терапию, без эндоскопических признаков язвенного поражения слизистой пилорического отдела желудка и двенадцатиперстной кишки. Достоверной разницы в структуре групп по возрасту, полу, варианту операции, типу осложнения и локализации язвенного поражения у опрошенных больных и пациентов основной группы не выявили.

Пациентов контрольной и основной групп обследовали эндоскопически, проводили внутрижелудочную рН-метрию и гистологическое исследование гастробиоптатов. При эндоскопическом обследовании обращали внимание на наличие или отсутствие язвенных поражений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, эндоскопических признаков воспаления слизистой, распространенность и его характер. При выявлении лигатур в области перенесенной

операции отмечали взаиморасположение их по отношению к язвенным поражениям. При ЭГДС производили биопсию слизистой оболочки антрального и пилорического отдела желудка из областей с наиболее выраженной эндоскопической картиной воспаления. У каждого больного при эндоскопии брали 4 кусочка слизистой, используя их и для цитологического исследования и для приготовления препаратов для гистологического исследования. Полученные кусочки заливали в парафин. Парафиновые срезы толщиной 5 мкм окрашивали гематоксилином и эозином, пиррофуксином по Ван Гизону, по методу Гимзы, проводили ШИК реакцию. Нативные мазки готовили путём механического раздавливания на стекле кусочков слизистой, с дальнейшей окраской по Грамму. Цитологическое исследование нативных мазков использовали для экспресс диагностики, а для получения более достоверных данных и количественной оценки выполняли микроскопию парафиновых срезов. Внутрижелудочную рН-метрию производили автоматизированным анализатором «Гастротест» при помощи желудочного трехоливого рН-зонда, снабженного тремя датчиками, ориентированными на кардиальный, антральный отделы и тело желудка. Датчики передавали данные компьютеру, который обрабатывал полученные данные.

При эндоскопическом обследовании пациентов основной группы выяснили, что у двух больных перенесших резекцию желудка, имеется язва анастомоза, а у двух пациентов после ваготомий - язвенное

поражение привратника с выраженной рубцовой деформацией луковицы двенадцатиперстной кишки. У всех больных с ушиванием прободных язв в анамнезе, обнаружили незаживающие язвенные дефекты слизистой в области перенесённой операции. При ЭГДС 27 пациентов, перенесших иссечение осложнённых пилородуоденальных язв, выяснили, что локализация рецидивирующих язв не зависит от расположения первичного язвенного поражения.

Таблица 5.

Данные о локализации рецидивов после иссечения

Локализация рецидива язвы	Язва передней стенки		Язва задней стенки		Итого
	После иссечения язвы передней стенки	После иссечения язвы задней стенки	После иссечения язвы передней стенки	После иссечения язвы задней стенки	
Количество	14	3	6	4	27
%	51,85	11,11	22,22	14,82	100

У 7 больных после ушиваний и у 8 пациентов после иссечений при эндоскопическом обследовании выявили лигатуры в области ранее перенесённой операции. Причём у пациентов после ушиваний лигатуры локализовались в язве, а у больных после иссечений, как в рецидивирующей язве, так и на противоположной стенке. Следует отметить, что все пациенты с выявленными лигатурами получали

адекватную эрадикационную терапию, которая, очевидно, была не эффективна.

Гистологическое исследование гастробиоптатов и цитологическое исследование нативных мазков выявило различную степень обсеменённости НР у всех пациентов основной группы.

При внутрижелудочной рН-метрии у 14 пациентов обнаружили нарушение секреторной функции слизистой желудка в виде гиперацидности с декомпенсацией ощелачивающей функции антрального отдела. У 6 больных гиперацидность сопровождалась компенсацией ощелачивающей функцией антрального отдела желудка. Сочетание нормацидности с декомпенсацией ощелачивающей функции антрального отдела желудка наблюдали у 8 больных, а анацидность с декомпенсацией ощелачивающей функции антрального отдела желудка выявили у 10 пациентов.

При анализе результатов лечения осложнённых пилородуоденальных язв после различных операций выяснили, что чаще рецидивируют язвы после ушиваний (21.8%). После резекций желудка и вариантов ваготомий рецидивы также возникают часто (9,5% и 14,3% соответственно). Реже рецидивируют язвы после иссечений (6,7%).

Таблица 6.
Данные о связи рецидивов язв с вариантом операции

Вид операции	Общее к-во	К-во рецидивов	%
Резекция 2/3 желудка	21	2	9,5
СПВ	14	2	14,3
Ушивание язв	78	17	21,8
Иссечение язв	405	27	6,7
Итого	518	48	9,3

Кроме того, после иссечений и ушиваний осложнённых язв пациенты раньше становятся трудоспособными, чем после выполненных резекций и ваготомий. Это также связано с частым возникновением постваготомических и постгастрорезекционных осложнений, анемий и нарушений белково-энергетического и водно-электролитного баланса у этого контингента больных.

ВЫВОДЫ

1. Рецидивы язв выявляются в большом количестве наблюдений, в некоторых случаях достигая 17,5%, а у больных после резекций желудка и ваготомий выявили различной степени нарушения функционального состояния желудка и двенадцатиперстной кишки,

проявляющиеся постваготомическими и постгастрорезекционными осложнениями.

2. Рецидивы язв у оперированных больных возникают вследствие персистенции хеликобактерной инфекции.

3. Чаще всего рецидивируют язвы после их ушиваний, а применение резекции желудка и вариантов ваготомий не позволяет значительно снизить количество рецидивов, при этом у всех пациентов, перенесших резекцию желудка или ваготомию, имеются различной степени постгастрорезекционные либо постваготомические осложнения.

4. При применении ушиваний и в некоторых случаях иссечений причиной рецидивов язв являются резидуальные лигатуры, мешающие эффективной эрадикации НР.

5. Применение иссечений осложнённых пилородуоденальных язв при эффективной эрадикации НР, гарантирует наилучшие результаты в отдалённом послеоперационном периоде.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.

1. При осложнениях пилородуоденальных язв предпочтение следует отдавать их иссечениям с поперечной пилоро- или дуоденопластикой.
2. При выполнении пилоро- или дуоденопластики, для профилактики резидуальных лигатур в области операции, следует использовать рассасывающиеся шовные материалы.
3. Всем пациентам в послеоперационном периоде необходимо проводить эрадикационную терапию согласно Маастрихским соглашениям и приказу МЗ РФ от 1998 г.
4. При выявлении лигатур в области ушивания, иссечения язв, либо пилоро- или дуоденотомии, эрадикацию следует проводить после эндоскопического их удаления.

Список опубликованных работ по теме диссертации:

1. Пугаев А.В., Погосян Г.Э., Соболев В.В. Органосохраняющие операции в сочетании с эрадикационной терапией в хирургии осложнений язвенной болезни. // Сборник трудов научно-практической конференции «Современные технологии в многопрофильной больнице». Красноярск, 2003 – с. 175.
2. Пугаев А.В., Погосян Г.Э., Соболев В.В., Щетинин М.Г., Орехов О.О. Влияние *Helikobacter pylori* (НР) на отдалённые результаты хирургического лечения осложнённых язв желудка и 12-перстной кишки. // Сборник научных трудов, посвящённый 45-летию ГКБ №67 Департамента здравоохранения г.Москвы «Актуальные вопросы клинической медицины» – Москва, 2004 – с.188.
3. Соболев В.В., Покровский К.А., Негребов М.Г., Погосян Г.Э. Способ предоперационной подготовки больных с органическими пилородуоденальными стенозами. // Научная конференция молодых учёных, посвящённая Дню основания РНЦХ РАМН «Новое в реконструктивной хирургии». Москва, 2004 – с.125-126.
4. Пугаев А.В., Погосян Г.Э., Соболев В.В. Анализ причин рецидивов пилородуоденальных язв после хирургического лечения их осложнений. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. Приложение №21. Материалы IX Российской гастроэнтерологической недели. №5, Том 13. Москва, 2003 – с 42.
5. Пугаев А.В., Погосян Г.Э., Соболев В.В. Причины рецидивов пилородуоденальных язв после хирургического лечения их осложнений. //Всероссийская конференция хирургов «Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения

больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки», 25-27 сентября 2003г. – Саратов. с.34-35.

6. Пугаев А.В., Негребов М.Г., Погосян Г.Э. Анализ результатов хирургического лечения осложнённых пилородуоденальных язв после различных операций. // Журнал «Медицинская помощь» Москва «Издательство Медицина» 2006г №4 - с. 25.