

На правах рукописи

БАБКИН ДЕНИС ОЛЕГОВИЧ

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ
БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ
ПЕРФОРАЦИЕЙ

14.01.17 – Хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва – 2017

Диссертационная работа выполнена в Федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор **Крылов Николай Николаевич**

Официальные оппоненты:

Ярема Иван Васильевич – член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра госпитальной хирургии, заведующий кафедрой

Лебедев Николай Вячеславович – доктор медицинских наук, профессор ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», кафедра факультетской хирургии, профессор кафедры

Ведущая организация: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В.Склифосовского» Департамента здравоохранения города Москвы

Защита состоится «__» _____ 2017 г. в __ часов на заседании диссертационного совета Д 208.040.03 ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) (119991, г. Москва, ул. Трубецкая д.8, стр.2)

С диссертацией можно ознакомиться в Центральной научной медицинской библиотеке ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) по адресу: 119034, г. Москва, Zubovskiy bul., d. 37/1 и на сайте организации <https://www.sechenov.ru>

Автореферат разослан «__» _____ 2017г.

Ученый секретарь

диссертационного совета Д 208.040.03
доктор медицинских наук, профессор

Шулутко Александр Михайлович

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования Лечение острых осложнений дуоденальной язвы является актуальной проблемой современной хирургии. В настоящее время существует колоссальный разрыв между возможностями современной гастроэнтерологии и реальной клинической практикой. Благодаря революционным достижениям современной медицины, связанным с открытием инфекции *Нр*, в развитых западноевропейских странах и в США нередко утверждают, что проблема гастродуоденальной язвы (ГДЯ) была решена в XX веке. Казалось бы, убедительно доказана возможность снижения в несколько раз числа рецидива язв желудка и ДПК вследствие успешного применения эрадикационной терапии в лечении инфекции *Нр*. Вместе с тем, действительность убеждает, что количество острых хирургических осложнений ГДЯ – кровотечения и перфорации, которые являются объективным, административно не регулируемым показателем частоты неадекватного менеджмента язв, не уменьшается.

Язвенная болезнь (ЯБ) встречается у 6-10% взрослого населения (Карпов О.И.2003, Лобанков В.М. 2005, Крылов Н.Н. 2007, Тимербулатов В.М.2014, Meurer L.2002, Barazandeh F.2012). По данным международных когортных исследований, летальность при этом осложнении ЯБ за последние 30 лет не имеет реальной тенденции к снижению. В России с начала 90-х годов прошлого века отмечается рост осложнений пептической язвы. Перфоративная язва в России продолжает занимать ведущее место в структуре летальности при ЯБ, которая уже многие годы составляет от 5 до 17% (Крылов Н.Н.2012, Вавринчук С.А.2013, Ермолов А.С. 2014). При этом ПЯ стала встречаться чаще рубцово-язвенного стеноза, приближаясь к частоте распространенности язвенного кровотечения.

До настоящего времени не выработаны рациональная тактика и оптимальные методы хирургического вмешательства при ЯБ ДПК, осложненной перфорацией. Учитывая, что в настоящее время хирургическое

лечение ЯБ выполняется в экстренной хирургии, актуальным является не только спасение жизни больного, но и повышение качества жизни оперированных пациентов за счет выбора оптимального метода хирургического вмешательства.

Для лечения осложненных дуоденальных язв используется широкий спектр операций. Наиболее простым и легко выполнимым методом является ушивание перфорации. В связи с тем, что в последнее время получила развитие и широкую популярность экстренные лапароскопические вмешательства, многие хирурги считают операцией выбора именно УПЯ (Шулутко А.М.2003, Щеголев А.А.2004, Поташов Л. В. 2005, Тубашов В. В. 2010, Малков И.С.2010, Белоногов Н.И. 2011, Винник Ю. С. 2011, Lam H. 2000, Holscher A. 2005, Lemaitre J. 2005, Yetkin G.2010, Gokakin A.2013).

В тоже время, большое количество хирургов негативно относятся к данной операции (Черноусов А.Ф. 1996, Афендулов С. 2003, Гостищев В.К. 2009, Вачёв А.Н.,2010, Шапошников В.И. 2011, Курбонов К.М. 2012, Совцов С.А. 2015). По мнению противников УПЯ, отказ от радикального оперативного вмешательства, в отдаленном периоде после УПЯ является риском рецидива заболевания, что потребует выполнения повторной операции – отнюдь не в лучших условиях – и для пациента, и для хирурга.

До сих пор нет единого мнения среди сторонников радикальных оперативных вмешательств в лечении ПЯ. В литературе сохраняется острая дискуссия между приверженцами РЖ или ваготомии (Черноусов А.Ф. 2000 , Чернооков А.И. 2007 , Гостищев В.К. 2009, Никитин Н.А. 2009, Репин В. Н. 2011, Винник Ю.С. 2011, Chang T.M.2001, Veliyev N.A. 2004,).

Сторонники РЖ (Савельев В.С. 2004, Мидленко В.И. 2006, Гостищев В.К., 2009, Никитин Н.А. 2010, Писаревский Г.Н. ,2011, Евсеев М.А. 2011) положительной стороной этой операции считают низкую частоту рецидива заболевания. В тоже время, РЖ при «трудных» язвах сопровождается техническими сложностями, вызванными рубцово-язвенным процессом и перифокальным воспалением тканей с нарушением топографо-

анатомических взаимоотношений в зоне верхней горизонтальной части (луковичного отдела) ДПК. Выполнение данной операции, по экстренным показаниям, несет в себе риск большого количества послеоперационных осложнений, высокой летальности (Ткаченко А.Н.2011, А. А. Головизнин 2011, В.В. Рыбачков 2012, Ю. С. Винник 2011, Wysocki A.1998).

Сторонники выполнения ваготомии (Черноусов А.Ф. 2000, Чернооков А.И. 2007, Борисов А.Е.2010, Курбонов К.М.2012, Совцов С.А.2015, Zelickson M. 2011) видят преимущества данной операции в малой травматичности и низкой послеоперационной летальности.

Многие авторы (Жерлов Г.К 2006, Краснов О.А. 2007, Чистохин С.Ю. 2010, Шапошников В.И. 2011, Turnage R. 2003) считают, что основным аргументом против использования разных видов ваготомии является высокая частота рецидива язвы после операции.

Имеет важное практическое значение обоснование выбора метода хирургического лечения у больных с ПЯДПК. В связи с этим необходима всесторонняя оценка результатов различных операций на пилородуоденальной зоне и поиск оптимальных и эффективных методов в лечении этих пациентов, не только с целью спасения их жизни, но и улучшения качества жизни в послеоперационном периоде.

Степень разработки темы исследования Вышеназванные актуальные проблемы, побуждают к поиску наиболее оптимальных, патогенетически обоснованных оперативных вмешательств в лечение ЯБ ДПК.

При наличии значительного количества научных работ и современных методов хирургического лечения ЯБ ДПК, осложненной перфорацией данная тема продолжает оставаться дискуссионной в хирургии.

Поэтому требуется всесторонняя оценка хирургических вмешательств, применяемых в лечении ЯБ.

Цель исследования Улучшить результаты хирургического лечения больных хронической пилородуоденальной язвой, осложненной перфорацией, путем обоснования выбора хирургической тактики и

совершенствования техники оперативных вмешательств, а также анализа качества жизни больных в отдаленные сроки после операции.

Задачи исследования:

1. Обосновать выбор хирургического вмешательства при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки в зависимости от тяжести перитонита.
2. Проанализировать ближайшие и отдалённые результаты после хирургического лечения по поводу перфорации язвы с позиции доказательной медицины.
3. Установить факторы, влияющие на результаты хирургического лечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки.
4. Оценить результаты операции ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки с последующим проведением послеоперационной эрадикационной терапии.
5. Определить влияние различных видов радикальных оперативных вмешательств на качество жизни больных в отдаленные сроки после операции.

Научная новизна исследования Обобщены и проанализированы материалы применения различных видов радикальных хирургических вмешательств (резекционных, органосохраняющих, функционально-сберегающих). Доказано, что перитонит, без признаков полиорганной недостаточности, а также его распространённость, не являются противопоказанием к выполнению радикальных операций при перфорации дуоденальных язв.

На основании полученных данных определены показания к каждому виду оперативного вмешательства. Разработан и внедрен в клиническую практику вариант СПВ с сегментарной оментогастропексией, позволяющий защитить «слабые» участки желудка после СПВ в условиях перитонита и уменьшить количество рецидивов язвенной болезни (патент на изобретение № 2080828, зарегистрированный в Государственном реестре изобретений РФ). Определены показания к выполнению паллиативных и радикальных

операций. На основании изучения отдалённых результатов установлена малая эффективность ушивания перфоративной дуоденальной язвы с последующей эрадикационной терапией.

Впервые проведено изучения качества жизни у больных перфоративной язвой после различных (резекционных и органосохраняющих) операций и выполнен анализ этих данных в сопоставлении с последствиями функционально-сберегающих операций. Установлено, что значительное влияние на качество жизни больных в послеоперационном периоде оказывает удаление или шунтирование привратника.

Теоретическая и практическая значимость исследования

Полученные данные доказывают, что перитонит без признаков полиорганной недостаточности, а также его распространённость, не являются противопоказанием к выполнению радикальных оперативных вмешательств.

Обоснована целесообразность применения функционально-сберегающих операций вместо ушивания перфоративной язвы с эрадикационной терапией.

Определены показания к ушиванию перфоративной язвы с эрадикационной терапией и выполнению радикальных операций.

Разработана и внедрена в клиническую практику функционально-сберегающая операция.

Основные положения, выносимые на защиту

1. МИП – высокочувствительный критерий, позволяющий определить объем оперативного вмешательства при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки.

2. Анализ отдаленных результатов хирургического лечения перфоративной язвы после операции ушивания с изучением носительства Н.р и проведением [внутрижелудочной рН-метрии](#) свидетельствует, что это вмешательство не может быть операцией выбора вследствие существования больных, резистентных к эрадикационной терапии и антисекреторным препаратам.

3. На качество жизни больных при выполнении операций на желудке

большое значение оказывает сохранение замыкательного механизма привратника.

Методология и методы исследование Диссертационная работа выполнена на высоком научно-методическом уровне, на основании большого количества клинического материала, на современном сертифицированном оборудовании с использованием высокотехнологических методов обследования и оперативных вмешательств. Анализ полученных данных проведен с применением адекватных статистических методов и компьютерных программ.

Степень достоверности и апробация диссертации

Материалы диссертации доложены и обсуждены: научно-методической конференции в 71ГКБ г. Москвы (апрель 2012), XXXIX сессии ЦНИИГ «Мультидисциплинарный подход к гастроэнтерологическим проблемам» (5-6 марта 2013г), научно-практической конференции с международным участием «Басовские чтения»: Актуальные вопросы истории и современного развития хирургической гастроэнтерологии (26 февраля 2015г), юбилейной конференции, посвящённой 85-летию кафедры хирургии медико-профилактического факультета (25 августа 2015), XII съезде хирургов России (7-9 октября 2015).

Апробация диссертационной работы прошла на клинической конференции кафедры хирургии медико-профилактического факультета ФГБОУ ВО Первого МГМУ им.И.М. Сеченова в присутствии сотрудников кафедры факультетской хирургии №1 лечебного факультета ФГБОУ ВО Первого МГМУ им.И.М. Сеченова и сотрудников ГВВ №3.

Личный вклад автора заключается в выборе направления исследования, анализе и обобщении полученных результатов, непосредственном участии на всех этапах исследования: от постановки задач до обсуждения результатов в научных публикациях и докладах, и их внедрения в практику. Дизайн исследования, анализ литературных данных по теме диссертации, анализ историй болезни, обследование больных в

отдаленные сроки после операций, статистическая обработка данных, написание работы выполнены лично автором.

Внедрение результатов работы Предложенный в работе подход к лечению больных с перфорациями дуоденальных язв внедрен в практику хирургических отделений городской клинической больницы № 71, городской больницы №1 г. Королев. Результаты исследования используются в учебном процессе у студентов 3 и 4 курсов медико-профилактического, педиатрического факультетов, при обучении интернов и ординаторов на кафедре хирургии МПФ ФГБОУ ВО Первого МГМУ им. И.М.Сеченова Минздравсоцразвития России.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Диссертация соответствует паспорту научной специальности 14.01.17 – «Хирургия». А так же области исследования согласно пункту 4, клиническая разработка методов лечения хирургических болезней и их внедрение в клиническую практику.

Публикации По материалам диссертации опубликовано 11 научных работ, 3 из них в рецензируемых журналах, включенных в перечень ВАК РФ, рекомендуемых к публикации основных результатов диссертационных исследований на соискание ученой степени кандидата медицинских наук.

Объем и структура диссертации Диссертационная работа изложена на 148 страницах текста и состоит из введения, 4 глав (обзора литературы, описания групп больных и методов их обследования, двух глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы), включающего 181 отечественных и 104 иностранных источников. Работа иллюстрирована 24 таблицами и 25 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением в период с 1997 г. по 2004 г. находилось 386 больных ПЯ ДПК: женщин было 93 (24,1%), мужчин – 293 (75,9%). При изучении возрастного состава пациентов с ПЯ (рис.1) установлено, что большинство больных находятся в трудоспособном возрасте от 20 до 50 лет с пиком в возрастном пределе от 30 до 40 лет.

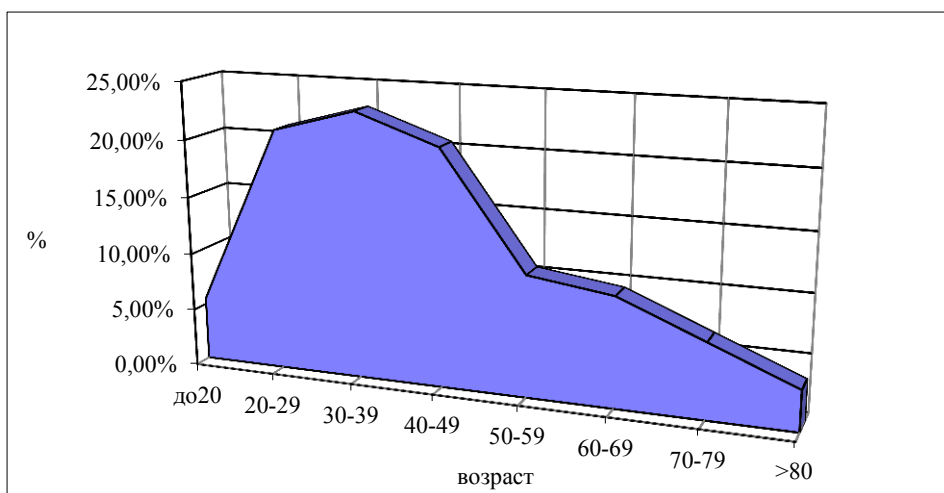


Рисунок 1.-Возрастной состав больных перфоративной язвой

Несмотря на то, что больные в основном госпитализированы в первые 12 часов от начала заболевания, превалировал распространенный перитонит у 345 (89,4%). При этом диффузный перитонит – выявлен у 194 (50,3%) больных, разлитой перитонит – у 151 (39,1%), местный перитонит – отмечен в 41 наблюдении (10,6%), в 39 случаях он был неограниченный (10,1%), а в двух случаях местный перитонит был классифицирован как отграниченный (0,5%) .

В зависимости от характера экссудата больных распределили следующим образом: серозный перитонит отмечен у 65 (16,8%), у 298 больного был серозно-фибринозный экссудат (77,2%), с гнойным перитонитом было госпитализировано 23 пациента (6 %) .

В лечении осложненных дуоденальных язв в настоящее время используется широкий спектр оперативных вмешательств. Все виды оперативных

вмешательств условно можно разделить на четыре группы: резекционные, органосохраняющие операции (ОСО), функционально-сберегающие (ФСО) и паллиативные. Резекционные методы предусматривают удаления части желудка. При ОСО целостность органа сохраняется, что оказывает немаловажное значение на процесс пищеварения. К ОСО относятся различные виды ваготомии, сопровождающиеся дренирующей операцией, мы в основном использовали СТВ + ПП. Отличительная особенность ФСО состоит в том, что при этих операциях не происходит разрушение привратника, что позволяет не только сохранить орган (желудок) но и избежать функциональных расстройств пищеварения в послеоперационном периоде. Из ФСО мы использовали СПВ или переднюю СПВ и заднюю СТВ с ушиванием язвы или дуоденопластикой. К паллиативным операциям относятся ушивание язвы или иссечение язвы с ушиванием.

Характер оперативных вмешательств, выполненных больным с ПЯ, представлен на рисунке 2.

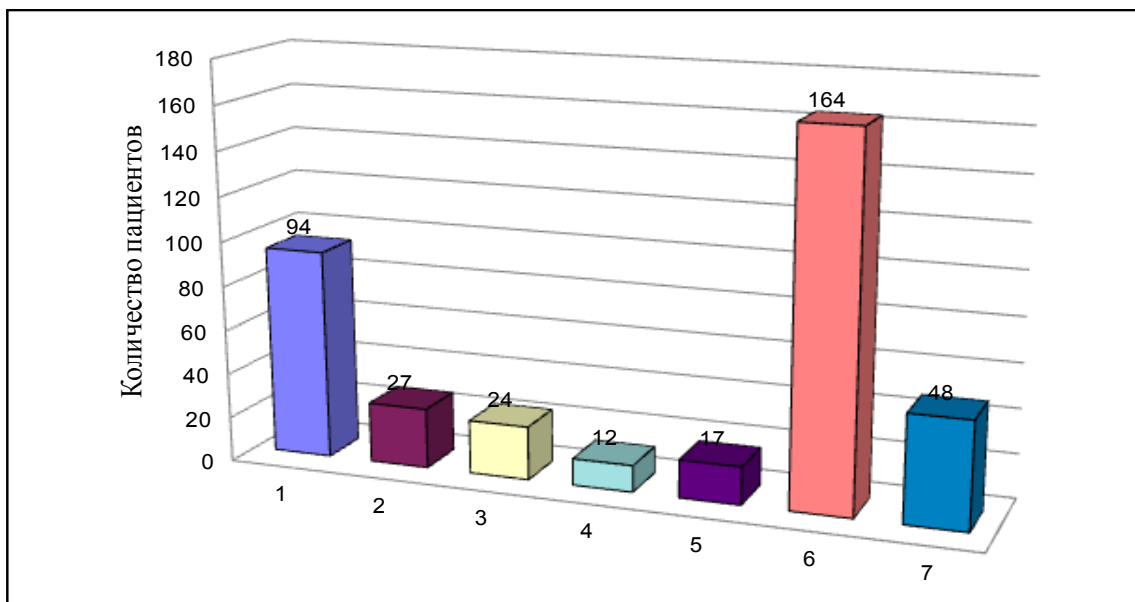


Рисунок 2.-Характер оперативных вмешательств

1.резекции желудка 2. стволовая ваготомия с пилоропластикой 3.селективная проксимальная ваготомия с ушиванием язвы 4.селективная проксимальная ваготомия с дуоденопластикой. 5.передняя селективная проксимальная ваготомией и ушиванием язвы 6.ушивание перфоративной язвы 7. иссечение перфоративной язвы с ушиванием

Показанием к РЖ послужило наличие нескольких осложнений ЯБДПК, которое отмечено у 64 больных (стеноз, пенетрация, кровотечение). В 30 случаях РЖ была выполнена в виду наличия хронической или каллезной язвы больших размеров (более 2 см) с выраженным воспалительным инфильтратом вокруг язвы и длительным язвенным анамнезом. ОСО и ФСО выполняли если язвенный дефект был менее 1 см и при отсутствии выраженных воспалительных изменений в пилородуоденальной зоне. Дополнительным показателем для ФСО было расположение перфорационного отверстия на расстоянии 1,5см от привратника.

РЖ, СТВ и ПСПВ с ЗСТВ выполняли по стандартным методикам, которые описаны в многочисленных руководствах по хирургии.

При выполнении СПВ операцию завершали фиксированием пряди сальника к малой кривизне (рисунок 3).

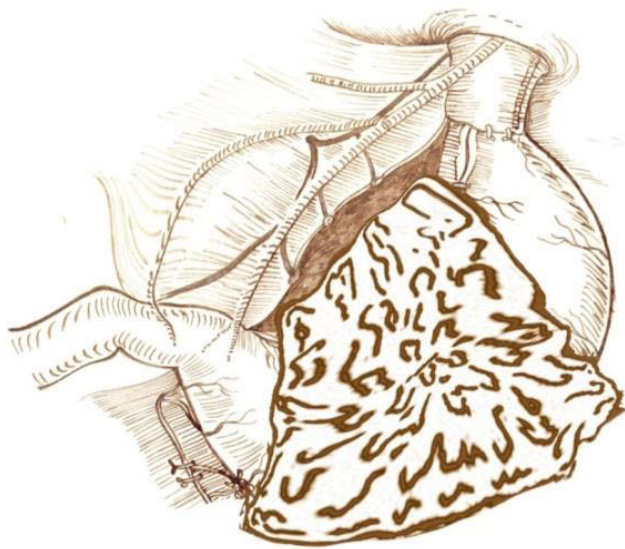


Рисунок 3. Схема сегментарной оментогастропексии

По нашему мнению, выполнение данной процедуры делает эту операцию безопасной в плане возможных ишемических расстройств в области стенки желудка, что особенно важно в условиях перитонита.

Сальник служит биологическим материалом, с последующей васкуляризацией денудированной малой кривизны за счет большого сальника.

УПЯ проводили через все слои двухрядным швом. При необходимости к швам подшивали прядь сальника. При паллиативном лечении выполняли ромбовидное иссечение краев язвенного дефекта с прилежащим участком стенки желудка и ДПК и в последующем выполняли ПП по Джадду. Аналогичный тип ПП применяли при радикальном вмешательстве с выполнением СТВ.

Для выбора метода оперативного лечения ПЯ мы рассчитывали величину МИП у каждого пациента.

В группе первой степени тяжести (количеством баллов менее 21) находится основная группа больных – 308. В эту группу входят 173 больных, которым были выполнены радикальные оперативные вмешательства (РЖ, ОСО и ФСО). Обращает на себя внимание ещё 135 больных из этой группы, которым используя МИП, можно было выполнить радикальные оперативные вмешательства. Однако этим больным произведены минимальные оперативные вмешательства: ушивание язвенного дефекта или иссечение краев язвы с ушиванием. Хирурги мотивировали выполнение минимальных оперативных вмешательств отсутствием длительного язвенного анамнеза или наличием сопутствующих заболеваний.

В группу второй степени тяжести (количество баллов 21-29) входят 67 больных. У 3 больных из этой групп имелись сопутствующие осложнения ЯБ ДПК. В одном случае помимо перфорации имелся стеноз луковицы ДПК (МИП был 23 балла), в другом случае помимо перфорации при интраоперационной ревизии дополнительно диагностировали пенетрацию язвы задней стенки ДПК в поджелудочную железу и луковичный рубцово-язвенный стеноз (МИП у этого больного составил 24 баллов). У третьей больной с большой язвой ДПК, имелась пенетрация язвы в поджелудочную железу (МИП –22). В первых двух случаях, учитывая высокие показатели

МИП, от радикальных оперативных вмешательств решено отказаться.

В обоих случаях произведено УПЯ с наложением впередиободочного ГЭА с межкишечным анастомозом по Брауну. В третьем случае, учитывая невысокие показатели МИП, СТВ и антрумэктомия (гемигастрэктомия) с анастомозом по Бальфуру. Летальных исходов у этих пациентов не было. Остальным 64 больным из этой группы произведено ушивание или иссечение краев язвы с УПЯ.

С третьей степенью тяжести (количество баллов выше 29) было 11 больных. Это тяжелая группа больных, которые госпитализированы позже 24 часов с гнойным перитонитом. Больным производили паллиативную «операцию отчаяния» – ушивание ПЯ с санацией брюшной полости. К сожалению, все эти больные погибли.

Приведенные данные показывают, что в условиях современной организации службы «скорой помощи» в городе-миллионере с большим количеством больниц, оказывающих urgentную хирургическую помощь у большинства пациентов ПЯ ДПК показатели МИП в ближайшее время после поступления в стационар – менее 21 баллов, и этим пациентам вполне обосновано можно выполнять радикальные оперативные вмешательства.

Непосредственные результаты лечения больных перфоративной язвой

Для оценки количественных показателей хирургического лечения проведен анализ интраоперационных осложнений, ранних послеоперационных осложнений, послеоперационной летальности.

Интраоперационные осложнения при выполнении радикальных операций отмечены в 1,1% после РЖ, в 3,7% после ОСО и в 7,6% после ФСО ($p > 0,05$). Интраоперационные осложнения к летальным исходам не привели.

Для анализа послеоперационных осложнений после выполнения радикальных операций мы использовали классификацию по Clavien-Dindo (таблица 1.).

Распределение послеоперационных осложнений по Clavien- Dindo после радикальных операций

Степень тяжести осложнения	РЖ n=94		ОСО n=27		ФСО n=53		p
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
II	11	11,7	6	22,2	9	17	NS
IIIa	3	3,2	1	3,7	2	3,8	NS
IIIб	5	5,3	-	-	-	-	
IV	4	4,3	1	3,7	1	1,9	NS
V	5	5,3	1	3,7	1	1,9	NS
Всего	28	29,8	9	33,3	13	24,5	NS

Примечание. NS-нет статистически значимых различий.

В данной классификации I степени соответствуют осложнения, не требующие специального фармакологического лечения, хирургических, эндоскопических и радиологических вмешательств, II степень – осложнения, требующие специальной фармакологической коррекции, гемотрансфузий, полного парентерального питания, III степень – осложнения, требующие хирургического, эндоскопического или интервенционного вмешательства под лучевым контролем (IIIa – под местной анестезией или без неё, IIIб – под общей анестезией), IV степень – угрожающие жизни осложнения, требующие лечения в отделении реанимации, V степень – смерть пациента.

В наш анализ не включены осложнения I степени из-за недостоверности их фиксации в истории болезни.

Характер и объем оперативного вмешательства существенно не влиял на количество осложнений после радикальных операций. После РЖ осложнения отмечены в 28 случаях (29,8%), после ОСО в 9 наблюдениях (33,3%), после ФСО с ушиванием язвы или ДП осложнения отмечены у 13 больных, что составило 24,5% ($p > 0,05$).

Отмечается относительно большее число осложнений II степени тяжести после ОСО и ФСО 22,2% и 17% соответственно, чем после РЖ (11,7%), хотя разница статистически недостоверна ($p > 0,05$).

Объясняется это спецификой ОСО и ФСО, когда после ваготомии развивается атония желудка, что требует проведение энтерального и парентерального питания в послеоперационном периоде более длительное время, чем после резекции желудка. Разрешить эти проблемы удастся консервативными мероприятиями, не прибегая к повторным операциям.

В то же время наиболее тяжелые осложнения – IIIб и IV степени – развились после РЖ в 2.6 раз чаще, чем после ОСО и в 5 раз чаще, чем после ФСО ($p < 0.05$). При этом в 3 случаях повторные операции после РЖ привели к летальному исходу. Несмотря на это, по нашему мнению, способ выполнения радикального оперативного вмешательства существенно не влиял на результаты количественной оценки непосредственных результатов хирургического лечения ПЯ ДПК. Летальность после РЖ составила 5,3%, ОСО – 3,7%, после ФСО – 1,9% ($p > 0,05$).

Показатель общей послеоперационной летальности составил 7,3%. При анализе причин летальности установлено, что основной причиной летальности явился перитонит и осложнения связанные с ним (64,3%). В то время как летальность, обусловленная особенностями собственно оперативного вмешательства отмечена в 35,7% ($p < 0,05$). Это подтверждается данными летальности в зависимости от МИП (таблица 2).

У больных с МИП < 21 , где выполнялись более объемные оперативные вмешательства, летальность значительно ниже, чем у больных с МИП > 21 балла ($p < 0.05$).

Как видно из приведенных данных МИП является высокочувствительным методом, который позволяет прогнозировать исход заболевания у больных с перитонитом и определить объема оперативного вмешательства при ПЯ.

Влияние величины Мангеймского индекса перитонита на показатели послеоперационной летальности больных перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки

Баллы	Число операций	Летальность абсолютная	Летальность отн. (%) $p < 0.05$
До 21	308 173 –радикальные операции 135 – ушивание	7	2,3
Свыше 21	67 2 – ушивание +ГЭА 1 – антрумэктомия 64 – ушивание	10	14,5
Свыше 29	11 – ушивание	11	100

Примечание:ГЭА – гастроэнтероанастомоз.

Отдаленные результаты лечения больных перфоративной язвой

Учитывая неоднозначность результатов эрадикационной терапии после паллиативных операций, а также тот факт, что эти оперативные вмешательства в последние годы превалируют в лечении ПЯ, мы провели изучение результатов эрадикационной терапии после УПЯ.

Эрадикационную терапию осуществляли согласно Маастрихтским соглашениям (1996, 2000, 2005) и рекомендациям Российской Гастроэнтерологической Ассоциации.

Частота реинфицирования через 6 месяцев после операции и проведения ЭТ составила 19,2%, а через 12-24 месяца 26,8%, то есть практически находиться на одном уровне ($p > 0,05$). В тоже время частота рецидива ЯБ с течением времени увеличивается. Через шесть месяцев после операции частота рецидива ЯБ составила 3,8%, а через 12-24 месяца составила уже 17,1%, то есть выросла практически в четыре раза ($p < 0,05$).

Полученные данные указывают на то, что контаминация желудка Нр не оказывает существенного значения на частоту рецидива после паллиативных операций с проведением ЭТ.

Основной причиной рецидива ЯБ после паллиативных операций

является сохраненная кислотопродукция. Это подтверждается данными рН-метрии у этих больных. После операции мы регистрировали у них непрерывное кислотообразование, которое в недостаточной степени нейтрализуется антральным отделом желудка, что, по-видимому, является основной причиной рецидива ЯБ.

При этом в 9,8% случаев с рецидивом язвенной болезни после паллиативных операций терапия оказалась неэффективной, вследствие резистентности пациентов к проводимой терапии, из них в 22,2% случаев, по данным рН-метрии, отмечается резистентность к антисекреторной терапии.

Частота рецидива язвы после паллиативных операций с проведением ЭТ составила 22%, что статистически выше рецидива язвенной болезни после любой радикальной операции ($p < 0,05$) (таблица 3).

Таблица 3.

Частота рецидива язвенной болезни в отдаленные сроки после операций у больных перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки

Характер операции	Число обследованных больных	Рецидив язвы	
		Абсолютное число	%
Ушивание язвы +ЭТ	41	9	22*
ФСО	21	1	4,8**
ОСО	23	2	8,7**
Резекция желудка	66	1	1,5**

*- частота рецидива выше, чем после любой радикальной операции ($p < 0,05$)

** - частота рецидива после радикальных операций ($p > 0,05$)

В тоже время вид радикальной операции существенно не влиял на частоту рецидива язвенной болезни. Частота рецидива язвы после любой ваготомии статистически не отличалась от частоты рецидива после резекции желудка ($p > 0,05$). Вид ваготомии также не влиял на частоту рецидивов, после ОСО и ФСО рецидив ЯБ составил соответственно 8,7% и 4,8% ($p > 0,05$). При этом необходимо отметить, что единственный рецидив ЯБ после

ФСО отмечен после варианта СПВ: передней СПВ и задней СТВ.

На результаты лечения значительное влияние оказывают проявления болезни оперированного желудка. В функциональном плане лучшие показатели отмечены после ФСО, частота патологических симптомов после данной операции составила 9,6%. Эти результаты значительно лучше показателей частоты развития постваготомических синдромов после ОСО (34,7%) и пострезекционных синдромов, формирующихся после различных вариантов РЖ (28,8%) ($p < 0,05$). Что очень важно, существенных различий в частоте патологических синдромов после ОСО и РЖ не отмечено ($p > 0,05$).

Для определения преимущества каждой операции или метода лечения в настоящее время используют определение качества жизни пациента после проведенного лечения. Мы изучили качество жизни у пациентов в сроки от 5 до 10 лет после перенесенных радикальных оперативных вмешательств по поводу ПЯ ДПК.

В контрольной группе средние показатели качества жизни составили $130,05 \pm 1,8$ баллов. Они достоверно отличались ($p < 0,05$) от средних показателей качества жизни после любого радикального оперативного вмешательства по поводу ПЯ ДПК: ФСО – $114,0 \pm 1,3$ баллов; ОСО – $98,67 \pm 3,5$ баллов; РЖ в модификации Ру – $101,83 \pm 4,2$ баллов; РЖ в модификации Бальфура – $98,2 \pm 3,57$ баллов; РЖ в модификации Гофмейстера-Финстерера – $82,5 \pm 2,71$ баллов.

Это косвенно подтверждает, что любое оперативное вмешательство изменяет состояние здоровья человека. Среди радикальных операций, выполненных по поводу ПЯ ДПК, лучшие показатели индекса качества жизни отмечены после ФСО $114,0 \pm 1,3$ баллов, которые статистически достоверно отличаются от средних показателей качества жизни после других радикальных оперативных вмешательств ($p < 0,05$). Отличие ФСО от ОСО и РЖ заключается в сохранении привратникового механизма.

Таким образом, одним из основных факторов, влияющих на уровень качества жизни пациентов после операций на желудке, оказывается удаление

или разрушение привратника, что нарушает нормальную физиологию желудка.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведение этиотропного лечения стандартизированной эрадикационной терапией в послеоперационном периоде без изучения чувствительности конкретного штамма *Нр* у конкретного пациента к имеющимся в распоряжении врача антибиотикам и антисекреторным препаратам не позволяет добиться стойкой ремиссии заболевания.

Этот факт вынуждает искать выход из положения, не рассчитывая на послеоперационную эрадикационную терапию, и пытаться, по возможности, излечить больного от ЯБ в ходе неотложного оперативного вмешательства по поводу перфорации.

Анализ ближайших и отдаленных результатов позволяет рекомендовать более широко применять радикальные методы в лечении ПЯ ДПК.

Из радикальных методов предпочтение лучше отдавать ФСО с ушиванием язвы, при отсутствии противопоказаний. При невозможности ее выполнения целесообразно выполнять РЖ в модификации по Ру или Бальфуру.

ВЫВОДЫ

1. Для определения объема оперативного вмешательства в лечении ПЯ целесообразно использовать МИП. При значении МИП 21 балл и менее – необходимо выполнять радикальные оперативные вмешательства, при величине МИП более 21 балла – целесообразно выполнять минимальные паллиативные вмешательства (ушивание язвенного дефекта) .

2. Послеоперационная летальность при ПЯ в большей степени связана с тяжестью перитонита, чем с характером выполненного оперативного вмешательства. При анализе причин летальности установлено, что среди всех умерших в послеоперационном периоде в 64,3% основной причиной летальности явился перитонит и осложнения связанные с ним. В то время как

летальность, обусловленная особенностями собственно оперативного вмешательства, отмечена в 35,7% ($p < 0.05$).

3. Способ выполнения радикального вмешательства в меньшей степени влиял на результаты количественной оценки непосредственных результатов хирургического лечения ПЯ ДПК. Так летальность после РЖ составила 5,3% , после ОСО 3,7%, а после ФСО -1,9% ($p > 0.05$). В то же время наиболее тяжелые осложнения – IIIб и IV степени (по классификации Clavien-Dindo) – развились после резекции желудка в 2.6 раз чаще, чем после ОСО и в 5 раз чаще, чем после ФСО ($p < 0.05$).

4. Проведение стандартизированной эрадикационной терапии после паллиативного ушивания перфоративной язвы не привело к стойкой ремиссии заболевания у 22 % больных. У них диагностирован рецидив язвы. Поэтому для предупреждения рецидива и излечения ЯБ целесообразно, по возможности, выполнение радикальных операций.

5. Качественная оценка результатов радикального хирургического лечения ПЯ ДПК позволяет установить преимущество функционально-сберегающего лечения: уровень КЖ больных в отдаленные сроки выше всего после ФСО с ушиванием язвы (130,05 баллов), ниже всего после РЖ в модификации Гофмейстер-Финстерер (82,5 балла).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При «сложных» ПЯ ДПК целесообразно выполнять резекцию желудка по Бильрот II. Операцией выбора следует считать резекцию желудка в модификации Ру или Бальфура.

2. При отсутствии сопутствующих осложнений язвенной болезни и размере язвенного кратера менее 1 см в лечении перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки предпочтение следует отдавать пилоросохраняющим операциям (СПВ с ушиванием язвы).

3. Оментогастропексия при СПВ не увеличит времени выполнения операции, но позволит защитить «слабые места» в стенке желудка и

предупредить развитие ишемических осложнений.

4. При выполнении паллиативных операций при ПЯДПК (ушивание или иссечение язвы с ушиванием) предпочтение следует отдавать ушиванию язвы, так как отдаленные результаты лучше после этой операции.

5. Проведение [суточной внутрижелудочной рН](#) – метрии у больных после паллиативных операций позволяет подобрать адекватную терапию и выявить больных, резистентных к медикаментозной терапии антисекреторными препаратами.

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии:
www.gastroscan.ru/literature/

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Бабкин О.В., **Бабкин Д.О.**, Мовчун В.А. Пути улучшения лечения перфоративных язв. / Сборник материалов конгресса XIX Российский национальный конгресс «Человек и Лекарство». – М., 23-27 апреля 2012. – С.27.
2. Липницкий Е.М., Бабкин О.В., **Бабкин Д.О.** Результаты эрадикационной терапии в зависимости от типа паллиативных операций в лечении перфоративных язв двенадцатиперстной кишки. // «Хирургическая практика». – М., 2014. – №2 – С.48-51.
3. Бабкин О.В., **Бабкин Д.О.** Комплексное лечение Н.pylori после ушивания перфоративных язв. / 40-я научная сессия «Дискуссионные вопросы в гастроэнтерологии» тезисы. – М., 5-6 марта 2014, – С.159.
4. Богопольский П.М., Крылов Н.Н., Балалыкин Д.А., Бабкин О.В., **Бабкин Д.О.** К истории хирургического лечения язвенной болезни. // «История медицины». – М., 2015 – Т.2 – №3 – С. 333-350.
5. Крылов Н.Н., Бабкин О.В., **Бабкин Д.О.** Выбор метода лечения больных с перфоративными язвами двенадцатиперстной кишки. Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. / ТЕЗИСЫ XII хирургов России. – Ростов-на-Дону, 7-9 октября 2015. – №2 – С.257-258.
6. **Бабкин Д.О.**, Бабкин О.В., Мовчун В.А. Внутривенная суточная рН-метрия у больных после ушивания перфоративных язв. / Материалы XXI Объединенной Российской Гастронедели. Приложение № 46 РЖГГК. – М., 12-14 октября 2015. – Т.ХХУ – №5. – С. 128.
7. **Бабкин Д.О.**, Бабкин О.В., Мовчун В.А. Качество жизни больных после радикальных операций перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки. / Материалы XXI Объединенной Российской Гастронедели. РЖГГК. – М., 2015. – Т.ХХУ – №5. – С. 128.
8. **Бабкин Д.О.**, Бабкин О.В., Мовчун В.А. Современные тенденции в лечении перфоративных язв двенадцатиперстной кишки. / «Басовские чтения» актуальные вопросы истории и современного развития хирургической гастроэнтерологии. Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием – М., 26 февраля 2015 – С. 12-19.
9. Бабкин О.В., **Бабкин Д.О.** Рецидив пептической язвы после ваготомии по поводу язвенной болезни (обзор литературы). / «Басовские чтения» актуальные вопросы истории и современного развития хирургической гастроэнтерологии. Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием – М., 26 февраля 2015 – С. 12-19.
10. Крылов Н.Н., Бабкин О.В., **Бабкин Д.О.** Оценка качества жизни больных после радикальных операций по поводу перфоративных дуоденальных язв. // «Сеченовский вестник» – М., 2016 – №1(23) – С.53-57.
11. Крылов Н.Н., Бабкин О.В., **Бабкин Д.О.** Мангеймский индекс перитонита (МИП) – критерии выбора объема оперативного вмешательства при перфоративной язве. // «Хирургия» – М., 2016 – №7 – С.18-22.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ЯБ – язвенная болезнь

ДПК – двенадцатиперстная кишка

ПЯ – перфоративная язва

ЯБ ДПК – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки

ПЯ ДПК – перфоративная язва двенадцатиперстной кишки

ГДЯ – гастродуоденальная язва

ГЭА – гастроэнтероанастомоз

СПВ – селективная проксимальная ваготомия

СТВ – стволовая ваготомия

ПСПВ – передняя селективная проксимальная ваготомия

ЗСТВ – задняя стволовая ваготомия

РЖ – резекция желудка

МИП – Мангеймский индекс перитонита

Нр – *Helicobacter pylori*

УПЯ – ушивание перфоративной язвы

ПП – пилоропластика

ОСО – органосохраняющие операции

ФСО – функциональносберегающие операции

ЭТ – эрадикационная терапия