

Диссертационный совет Д 208.072.03 при ГОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию направляет сведения о предстоящей защите докторской диссертации и автореферат диссертации Михалёва Александра Ивановича.

Отправитель: Ученый секретарь диссертационного совет доктор медицинских наук, профессор М.Ш.Цициашвили.

На правах рукописи

**Михалев Александр Иванович**

**Новые технологии в лечении осложнений язвенной болезни**

14.00.27- хирургия

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
доктора медицинских наук

Москва-2009

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

**Научный консультант:**

лауреат Государственной премии СССР, заслуженный деятель науки РФ, член-корреспондент РАМН, доктор медицинских наук, профессор **Ю.М. Панцырев**

**Официальные оппоненты:**

член-корреспондент РАМН, доктор медицинских наук, профессор **А.С. Ермолов**  
член-корреспондент РАМН, доктор медицинских наук, профессор **В.А. Кубышкин**  
доктор медицинских наук, профессор **А.В. Сажин**

**Ведущее учреждение:**

ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий»

Защита диссертации состоится «01» июня 2009 г. в 14.00 часов на заседании диссертационного совета Д 208.072.03 при Российском государственном медицинском университете по адресу: 117997, Москва, ул. Островитянова, дом 1.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Российского государственного медицинского университета.

Автореферат разослан «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2009 г.

Ученый секретарь диссертационного совета  
доктор медицинских наук, профессор

М.Ш. Цициашвили

## Общая характеристика работы

**Актуальность исследования.** В России острота проблемы язвенной болезни (ЯБ) не только сохранилась, но и приобрела национальную значимость с 90-х годов XX века, в связи с ростом осложненных форм заболевания (Панцырев Ю.М., 2003; Нестеренко Ю.А., 2003; Майстренко Н.А., 2003; Гостищев В.К., 2007; Ермолов А.С., 2008). Одной из наиболее значимых причин этого является снижение плановой хирургии при отсутствии доступного, хорошо организованного консервативного лечения (Лобанков В.М., 2008; Крылов Н.Н., 2008). Очевидно, что при выборе способа хирургического лечения осложнений ЯБ следует принимать в расчет не только его возможности эффективно устранить жизнеопасное осложнение, но и создать условия по профилактике дальнейшего рецидивирования заболевания. Проведенное хирургическое лечение должно способствовать улучшению физической и социальной активности больных.

Современным этапом хирургического лечения ЯБ следует считать настоящее время, когда органосохраняющие операции с ваготомией имеют главенствующее значение в лечении осложнений дуоденальных язв (Резолюции VIII съезда хирургов России (Краснодар, 1995); Всероссийской конференции хирургов (Саратов, 2003)). Клиника госпитальной хирургии РГМУ является пионером в нашей стране по применению данных вмешательств и накопила большой опыт, свидетельствующий в их пользу. Новые технологии позволяют применить малотравматичный вариант этих операций (Балалыкин А.С., 1995; Емельянов С.И., 1997; Сажин В.П., 1999; Dubois F., 1992; Mouiel J., Ratkhouda N., 1993). В конце 80-х годов XX века был внедрен лапароскопический доступ, получивший широкое распространение из-за малой травматичности, хорошего функционального результата, высокого качества послеоперационного периода. За истекший промежуток времени отмечается прогресс эндоскопической техники от простых лапароскопических манипуляций до сложных мобилизаций органов. Тем не менее, хирурги столкнулись с трудностями при наложении соустьев под контролем лапароскопа. Разработка дорогостоящих стейплеров, инструментов сделали возможными выполнение практически всех операций на желудке (Андреев А.Л., 1994; Сажин В.П., 1994; Емельянов С.И., 2002). Однако, из-за технической сложности, длительности, высокой стоимости данные операции выполняются только в крупных медицинских центрах на небольших сериях больных. В клинической практике приемлемы доступные, непродолжительные, малотравматичные методики, соответствующие технике апробированным в открытой хирургии операциям. «Золотым» стандартом в неотложной хирургии является стволовая ваготомия, которую доступно выполнить лапароскопическим способом, а дренирующую желудок операцию с ликвидацией осложнения заболевания из местного

минилапаротомного доступа (Станулис А.И., 2001; Слесаренко С.С., 2003; Бебуришвили А.Г., 2005; Yeung G.H., 1998). Данное направление видится перспективным, однако необходимо получить все доказательства правомочности данных операций для клинической практики.

При перфоративной дуоденальной язве часто используемой операцией является ушивание. Операция сама по себе не носит патогенетический характер и дает частые рецидивы. Достижения современной фармакотерапии ЯБ позволяют по-новому взглянуть на данный способ операции, особенно в лапароскопическом варианте (Афендулов С.А., 2008; Ng Enders K.W., 2000). У четко отобранной группы больных с объективными данными об отсутствии сочетанных осложнений и признаков длительно текущего язвенного процесса, ушивание с последующей терапией имеет перспективы. Определяя показания к малоинвазивной операции при перфоративной дуоденальной язве, необходимо учитывать не только клинические данные, но и результаты диагностической программы, которая требует разработки и внедрения в практику неотложной хирургии.

Проблема лечения острых язвенных кровотечений в наши дни сохранила свою актуальность в первую очередь в связи с высоким и нежелательно стабильным уровнем общей летальности, составляющим 10% (Затевахин И.И., 2001; Луцевич Э.В., 2008; Classen M., 2002). Последние десятилетия прошлого столетия ознаменовались бурным развитием эндоскопии и терапии ЯБ, которые преобретают важное значение в современной хирургической клинике. Судя по появившимся публикациям, комбинированное использование эндоскопического гемостаза в сочетании с современной противоязвенной терапией является новым, многообещающим направлением в лечении язвенных кровотечений (Брискин Б.С., 2005; Силуянов С.В., 2007; Barkun A., 2003; Brian E., 2004). Такой подход позволит избежать неотложные операции, перенести хирургическое лечение на плановый этап, а у ряда больных совсем отказаться от хирургии. Однако число таких хирургических работ не велико и необходим поиск объективных доказательств правомочности данного нового направления.

Все вышеизложенное легло в основу формирования цели и задач настоящего исследования.

**Цель работы:** Дать всестороннюю оценку новым технологиям лечения осложненных форм язвенной болезни (кровотечения, перфорации, пилородуоденального стеноза).

### **Задачи исследования:**

1. Разработать схему ведения больных с острым язвенным желудочно-кишечным кровотечением (ЖКК) и высоким риском его рецидива с применением комбинированного неоперативного гемостаза, включающего эндоскопические методы и современные противоязвенные препараты.
2. Оценить результаты лечения больных с острыми язвенными ЖКК после внедрения комбинированного неоперативного гемостаза на различных этапах лечения.
3. Оценить возможность использования лапароскопической стволовой ваготомии с иссечением или прошиванием кровоточащей дуоденальной язвы и пилоропластикой из минилапаротомного доступа (ЛТВ ПП) при дуоденальном кровотечении язвенной этиологии.
4. Разработать диагностический алгоритм, отвечающий urgentным условиям и позволяющий оптимально осуществить выбор способа малоинвазивной операции (ЛТВ ПП с иссечением язвы и лапароскопического ушивания) при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДК), осложненной перфорацией.
5. Дать оценку применения лапароскопической поддиафрагмальной стволовой ваготомии из минилапаротомного доступа и лапароскопического ушивания при ЯБДК, осложненной перфорацией.
6. Определить возможность использования лапароскопической поддиафрагмальной стволовой ваготомии с дренирующей желудок операцией из минилапаротомного доступа (ЛТВ ДЖО) у больных язвенным пилородуоденальным стенозом.
7. Дать комплексную оценку результатам применения малоинвазивных вмешательств у больных осложненным течением ЯБДК.

### **Научная новизна.**

Разработан и внедрен в клиническую практику новый способ комбинированного эндоскопического и медикаментозного ведения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями (ЯГДК) с высоким риском их рецидива, позволяющий отказаться от неотложного оперативного вмешательства, перенести его у ряда больных на плановый этап, сопровождающийся эффективным снижением общей летальности.

Впервые продемонстрированы возможности применения неотложной ЛТВ ПП с иссечением или прошиванием кровоточащей язвы при ЯБДК, осложненной кровотечением.

Впервые разработана и применена диагностическая программа, позволяющая в urgentных условиях объективизировать выбор метода малоинвазивной операции при

перфоративной дуоденальной язве, конкретизировав показания и противопоказания к выполнению ЛТВ ПП и лапароскопического ушивания.

Впервые у различных групп пациентов доказана эффективность применения малоинвазивных органосохраняющих операций с лапароскопической ваготомией и лапароскопического ушивания в лечении ЯБДК, осложненной перфорацией.

Впервые определена возможность использования ЛТВ ДЖО у больных ЯБДК, осложненной пилородуоденальным стенозом.

#### **Практическая значимость.**

В работе представлены схемы эндоскопического гемостаза, динамического эндоскопического контроля и современной антисекреторной терапии под контролем рН-мониторинга у больных с ЯГДК и высоким риском рецидива кровотечения. Сформулированы показания к плановому хирургическому лечению больных после перенесенного кровотечения. Определены задачи ближайших и отдаленных сроков диспансерного ведения больных с перенесенными ЯГДК. Конкретизированы показания к плановому оперативному лечению больных с ЯГДК.

Представлена техника ЛТВ ДЖО, пригодная как для экстренной хирургии (кровотечение, перфорация), так и для плановой (стеноз), доступная «общим» хирургам, владеющим опытом выполнения органосохраняющих операций с ваготомией.

Представлена программа предоперационного обследования больных с перфоративной дуоденальной язвой, позволяющая конкретизировать показания и противопоказания к ЛТВ ПП и лапароскопическому ушиванию. Определена группа больных, у которых после лапароскопического ушивания и комплексной противоязвенной терапии можно добиться длительной ремиссии заболевания.

Представлены схемы ведения больных, перенесших малоинвазивные операции в непосредственном, ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде. В работе изложен принцип активного наблюдения за больными после малоинвазивных операций, направленный на своевременное выявление и лечение послеоперационных расстройств, а также предупреждение рецидива заболевания.

Представлены доказательства эффективности малоинвазивных операций в практике оказания экстренной и плановой хирургической помощи больным с осложнениями ЯБДК, позволяющих сократить сроки реабилитации.

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

1. Применение метода комбинированного (эндоскопического и медикаментозного) гемостаза позволяет избежать неотложной операции у 97,1% пациентов с ЯГДК и высокой вероятностью рецидива кровотечения, включая больных с предельно высоким

операционно-анестезиологическим риском, что эффективно повлияло на снижение общей летальности с 8,2% до 4,6%, при уменьшении оперативной активности с 40,6% до 6,9%.

Ряду больных с перенесенными ЯГДК показана плановая операция в ближайшие сроки, в связи с сочетанным характером осложнений, повторяющимися кровотечениями и упорным течением заболевания. Эффективность консервативного ведения больных в отдаленные сроки (от 1 до 3 лет) составляет 88,4%, при этом 11,6% пациентов подлежат плановой операции по поводу рецидива заболевания.

2. При выборе способа малоинвазивной операции при перфоративной язве следует учитывать неоднородность группы больных по предшествующему язвенному анамнезу, тем не менее окончательное решение следует принимать на основании клинико-анамнестических и эндо-лапароскопических данных. Среди больных перенесших ЛТВ ПП у 30,6% были выявлены сочетанные осложнения, что является противопоказанием для лапароскопического ушивания.

3. ЛТВ ДЖО не представляет технических сложностей для «общих» хирургов, имеющих опыт выполнения органосберегающие операции с ваготомией и является одним из вариантов хирургического лечения ЯБДК, осложненной перфорацией, кровотечением и пилоробульбарным стенозом. Течение послеоперационного периода имеет выгодные особенности - невыраженный болевой синдром, ранняя активизация больных, быстрое восстановление функции кишечника, небольшое число хирургических и госпитальных осложнений. Полученные отдаленные результаты (Visick I, II - 89,8%) позволяют рассматривать эти вмешательства, как обоснованный метод лечения осложнений ЯБДК.

**Внедрение результатов.** Полученные результаты работы нашли практическое применение в клинических больницах № 31 и № 70 г. Москвы. Основные положения диссертации используются при чтении лекционного курса и проведения практических занятий и семинаров с аспирантами, ординаторами, интернами и студентами, обучающимися на кафедре госпитальной хирургии №2 РГМУ.

**Апробация работы.** Основные положения диссертации доложены и обсуждены: на II Всероссийском съезде по эндоскопической хирургии (Москва, 1999г.); на VII научной конференции «Человек и лекарство» (Москва, 2000г.); на IV, VII, X, XI Московских международных конгрессах по эндоскопической хирургии (Москва, 2000, 2003, 2006, 2007гг.); на Всемирном конгрессе по гастроэнтерологии, хирургии и эндоскопии (Бангкок, 2002г.); на Всероссийской конференции хирургов «Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки» (Саратов, 2003г.); на хирургическом обществе Москвы и Московской области (2004); на 1-м конгрессе московских хирургов «Неотложная и

специализированная хирургическая помощь» (Москва, 2005г.); на I международной конференции по торакоабдоминальной хирургии к 100-ю Б.В.Петровского (Москва, 2008г.); на V Всероссийской конференции общих хирургов совместно с Пленумами проблемных комиссий РАМН «Неотложная хирургия» и «Инфекция в хирургии» (Ростов-на-Дону, 2008г.); на совместной научной конференции сотрудников кафедры госпитальной хирургии №2 и ПНИЛ РГМУ, хирургических и эндоскопического отделений 31 ГКБ (5 февраля 2009г.).

**Публикации.** По теме диссертации опубликованы 62 научные работы, включая 13 статей в журналах, рекомендованных ВАК.

**Структура и объем работы.** Диссертация состоит из введения, обзора литературы, описания материалов, хирургической тактики, техники операций, методов исследования, трех глав результатов собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Работа изложена на 204 страницах машинописного текста, иллюстрирована 42 таблицами и рисунками. Список литературы включает 380\_ источников, из них отечественных авторов - 205, иностранных авторов - 175.

### **Содержание работы**

В основу работы положен накопленный за последние 12 лет опыт клиники госпитальной хирургии №2 (зав. кафедрой профессор С.Г.Шаповальянц) и ПНИЛ хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии (зав. лабораторией член-кор. РАМН, профессор Ю.М.Панцырев) РГМУ, расположенных на базе 31ГКБ г. Москвы (глав. врач член-кор. РАМН, профессор Г.Н.Голухов), на протяжении многих десятилетий, детально занимающихся проблемой лечения и реабилитации больных ЯБ. Настоящая работа проведена по двум основным направлениям. Первое направление (I) – внедрение нового комбинированного эндоскопического и медикаментозного метода лечения больных ЯГДК при высоком риске их рецидива. Второе (II) - внедрение малоинвазивных операций с применением лапароскопической техники у больных с осложнениями ЯБДК.

#### **I. Характеристика больных и хирургическая тактика при язвенном гастродуоденальном кровотечении.**

В основу данного раздела работы положен опыт клиники, накопленный за 9 лет (1999г. -2007г.). С января 1999 года по декабрь 2007 с острыми ЖКК находились на лечении 1528 больных, при этом у 660 (43,2%) пациентов причиной кровотечения послужила ЯБ. На этой группе из 660 больных проведено изучение результатов применения новых технологий в лечении ЯГДК (табл. 1). Обсуждаемый девятилетний

период времени (1999-2007гг.) можно условно разделить на три этапа (I: 1999-2001гг.; II: 2002-2004гг.; III: 2005-2007гг.), отличающиеся разными подходами к ведению больных с ЯГДК. На I этапе 1999-01гг. использовали активную дифференцированную тактику. Всем больным с ЯГДК выполняли диагностическую ЭГДС с последующим лечебным эндоскопическим гемостазом. При невозможности эндоскопического гемостаза выполняли экстренные операции, которые также проводили при рецидиве кровотечения. После ЭГДС формулировали риск рецидива кровотечения. При высоком риске после подготовки больных в течение 12-24 часов проводили срочные операции. Группу пациентов, у которых любая операция была непереносима, вели консервативно. Больных с невысоким риском рецидива кровотечения лечили консервативно, при наличии показаний у этих пациентов оперировали в плановом порядке. На II этапе 2002-04гг. больных с ЯГДК было 236 человек. Показания к экстренной операции оставались прежними. У пациентов с высоким риском рецидива кровотечения применяли как срочные операции, так и неоперативный комбинированный гемостаз. На данном этапе была проведена сравнительная оценка эффективности парентеральных форм препарата Лосек и Квамател. Группу исследования составили 18 пациентов. В эти годы начали набор материала по комбинированному неоперативному лечению больных ЯГДК. Ведение больных с предельно высоким операционно-анестезиологическим риском и группу больных с невысоким риском рецидива кровотечения осуществляли прежними методами. На III этапе 2005-07 гг., практически полностью отказались от срочных операций в пользу комбинированного неоперативного гемостаза при высоком риске рецидива кровотечения. Всего больных с ЯГДК в эти годы было 217. На данном этапе изучали непосредственные, ближайшие и отдаленные результаты нового подхода. Группу исследования составили 69 больных.

Характеристика больных с ЯГДК (1996-2007гг.). С января 1999 года по декабрь 2007 в клинике с ЯГДК было 660 пациентов (табл.1). Преваляровали пациенты среднего возраста ( $48,8 \pm 1,6$  лет), при этом 191 пациент (28,9%) был старше 60 лет. Мужчин было 77%. Длительность кровотечения составила  $41,3 \pm 2,3$  часа. Кровотечение было легкой степени тяжести - у 399 больных (60,5%), средней - у 150 (22,7%), тяжелой - у 111 (16,8%) (А.И.Горбашко, 1974). При ЭГДС наиболее частым источником кровотечения была ЯБДК - у 496 пациентов (71,5%), ЯБЖ - у 120 (18,2%), сочетанная форма ЯБ - у 24 (3,6%), рецидивные язвы - у 20 (3,1%). Такое распределение источников было равномерным за все годы, за исключением уменьшения числа сочетанной формы ЯБ за период с 2005-2007 гг. ( $p=0,02$ ). Источник кровотечения оценивали в соответствии с классификацией J.F. Forrest (1974). Это были как аррозированные сосуды различного диаметра (от мелких

сосудов до крупных ветвей левой желудочной и желудочно-двенадцатиперстной артерий), находящиеся в дне язвы, так и диффузно кровоточащие края язвенного кратера. Эндоскопическую остановку и профилактику кровотечения выполняли у больных с продолжающимся кровотечением - Forrest Ia и Ib (13%), при остановившемся на момент осмотра кровотечении со стигмами (следами недавно перенесенного кровотечения) в дне и/или краях источника Forrest IIa, IIb, IIc (87%). Гемостаз при ЭГДС был неэффективен у 16 больных (2,4%) с продолжающимся кровотечением.

**Табл. 1. Клиническая характеристика больных с ЯГДК (1999-2007гг.).**

Характеристики \Годы	<b>1999-2007</b>	1999-2001	2002-04	2005-07
Общее число больных	<b>660</b> <b>(100%)</b>	207 (31,4%)	236 (35,7%)	217 (32,9%)
<i>Распределение по полу</i>				
Мужчин	<b>508</b> <b>(77%)</b>	140 (67,6%)	194 (82,2%)	174 (80,2%)
Женщин	<b>152</b> <b>(23%)</b>	67 (32,4%)	42 (17,8%)	43 (19,8%)
<i>Средний возраст</i>				
	<b>48,8± 1,6</b>	49,5 ±1,3	48 ±1,1	50,8 ±1,2
<i>Число пациентов старше 60 лет</i>				
	<b>191(28,9%)</b> )	60(28,9%)	65(27,5%)	66(30,4%) )
<i>Степень тяжести кровотечения</i>				
Легкая степень	<b>399</b> <b>(60,5%)</b>	119 (57,5%)	138 (58,5%)	142 (65,4%)
Средняя степень	<b>150</b> <b>(22,7%)</b>	54 (26%)	55 (23,3%)	41 (18,9%)
Тяжелая степень	<b>111</b> <b>(16,8%)</b>	34 (16,5%)	43 (18,2%)	34 (15,7%)
<i>Источник ЯГДК</i>				
Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки	<b>496</b> <b>(75,1%)</b>	147 (71%)	175 (74,1%)	174 (80,2%)
Язвенная болезнь желудка	<b>120</b> <b>(18,2%)</b>	42 (20,3%)	46 (19,5%)	32 (14,7%)
Сочетанная форма язвенной болезни	<b>24</b> <b>(3,6%)</b>	13 (6,3%)	8 (3,4%)	3 (1,4%) <i>p=0,02</i>
Рецидивная пептическая язва после операции на желудке	<b>20</b> <b>(3,1%)</b>	5 (2,4%)	7 (3%)	8 (3,7%)
<i>Средняя длительность кровотечения до поступления в стационар</i>				
( в часах)	<b>41,3± 2,3</b>	39,4± 1,8	42,2±1,6	39,8± 2,4

**Хирургическая тактика.** В экстренном порядке оперировали 47 больных (табл.2). Показанием для данной операции служили две основные причины.

**Табл. 2. Причины экстренных операций у больных с ЯГДК (1999-07гг.).**

Годы	1999-2007	1999-2001	2002-2004	2005-2007
<b>Экстренные операции в связи с неэффективностью первичного эндоскопического гемостаза</b>				
Количество операций	<b>16 34,1%.</b>	5 36,4%	8 40% (p=0,5)	3 23,1% (p=0,6)
<b>Экстренные операции по поводу рецидива кровотечения в стационаре</b>				
Количество операций	<b>31 65,9%</b>	9 64,3%	12 60% (p=0,6)	10 76,9% (p=0,29)
<b>Всего экстренных операций</b>	<b>47 100%</b>	<b>14 100%</b>	<b>20 100%</b>	<b>13 100%</b>

Первая причина - эндоскопические методы остановки кровотечения оказались неэффективными у 16 (34,1%) пациентов с продолжающимся кровотечением при поступлении в стационар. Вторая причина – рецидив кровотечения у 31 больного (65,9%). Рецидив развился в различных клинических подгруппах: во время подготовки к срочной операции - у 11 (35,4%) больных; рецидив, который не удалось остановить эндоскопическим способом у больных с предельно высоким операционно-анестезиологическим риском - у 13 (41,9%); рецидив в группе исследования комбинированного метода - у 3 (9,8%); рецидив при ошибке прогноза его малой вероятности - у 4 (12,9%) (табл. 3).

**Табл. 3. Показания к экстренной операции при рецидиве кровотечения(1999-07гг.).**

Годы	1999-07	1999-01	2002-04	2005-07
Рецидив во время подготовки к срочной операции	<b>11 (35,4%)</b>	4	6	1 (p=0,001)
Рецидив у больных с «вынужденным» консервативным ведением	<b>13 (41,9%)</b>	4	3	6
Рецидив в группе исследования	<b>3 (9,8%)</b>	-	2	1
Рецидив при ошибке прогноза	<b>4 (12,9%)</b>	1	1	2
<b>Всего операций</b>	<b>31 100%</b>	<b>9</b>	<b>12</b>	<b>10</b>

Срочную операцию считали показанной больным с ЯГДК, остановка которого неоперативными способами была ненадежной, и имелись указания на высокий риск рецидива. Вывод о риске рецидива получали, анализируя следующие клиничко-лабораторные и эндоскопические критерии. Наличие двух любых неблагоприятных факторов расценивали как свидетельство высокой угрозы повторного кровотечения. К клиничко-лабораторным критериям относили: А) признаки геморрагического шока Б)

высокая интенсивность кровотечения (обильная рвота и/или массивная мелена, коллапс); В) тяжелая степень кровопотери. Эндоскопическими критериями являлись: А) продолжающееся струйное артериальное кровотечение; Б) крупные тромбированные сосуды; В) язвенный дефект большого диаметра и глубины; Г) локализация язвы в проекции крупных сосудов. Риск рецидива кровотечения был оценен у 644 (97,5%), т.е. кроме тех, кто был оперирован экстренно при поступлении (табл. 4). Число больных с высоким риском рецидива кровотечения составило 232 (36%) против 412 (64%).

**Табл.4 Прогноз риска рецидива кровотечения (1999-07гг.) .**

<b>Годы</b>	<b>1999-07</b>	<b>1999-01</b>	<b>2002-04</b>	<b>2005-07</b>
<b>Риск рецидива определен</b>	<b>644</b> (100%)	202 (100%)	228 (100%)	214 (100%)
<b>Высокий</b>	<b>232</b> (36%)	90 (44,5%)	80 (35%)	62 (28,9%) (p=0.03)
<b>Невысокий</b>	<b>412</b> (64%)	112 (55,5%)	148 (65%)	152 (71,1%) (p=0,1)

Отмечается статистически значимое ( $p=0,03$ ) уменьшение доли прогноза высокого риска рецидива кровотечения на этапе 2005-07гг. по сравнению с первыми тремя годами исследования с 44,5% до 28,9%. По-видимому, это связано с тем, что до 2001 года для прогноза риска рецидива применяли метод «решающего правила». В условиях ургентной хирургии мы вернулись к более простому подходу в оценке прогноза (Гельфанд И.М., Гринберг А.А., 1983). Вывод о прогнозе рецидива кровотечения можно получить достаточно точно, анализируя клинико-лабораторные и эндоскопические критерии, не прибегая к сложным математическим расчетам. Доказательством этого может служить тот факт, что рецидив кровотечения произошел только у 4 (0,9%) из 412 больных, у которых был сформулирован невысокий риск возврата кровотечения. Всего срочных операций среди пациентов с большим риском рецидива кровотечения было выполнено 99 (табл. 5).

**Табл. 5. Операции у больных с тактическим решением о срочном вмешательстве(1999-07гг.).**

Год	1999-07	1999-01	2002-04	2005-07
<b>Общее число больных</b>	<b>110</b> <b>100%</b>	<b>74</b> <b>100%</b>	<b>33</b> <b>100%</b>	<b>3</b> <b>100%</b>
Срочные операции	<b>99</b> <b>90%</b>	70 94,6%	27 81,8%	2 66,7%
Экстренные операции при рецидиве	<b>11</b> <b>10%</b>	4 5,4%	6 18,2% (p=0,08)	1 33,3% (p=0,4)

Выбор метода операции осуществляли в зависимости от особенностей клинической ситуации, определяющей степень операционного риска, интраоперационных условий и, безусловно, от локализации и характера язвы, а также от сочетания кровотечения с другими осложнениями (табл.6).

**Табл. 6. Характер оперативных вмешательств при ЯГДК (1999-2007гг.).**

Характер операции	Экстренные операции N-47	Срочные операции N-99	Всего N-146
<b>Дуоденальная локализация язвы</b>			
<b>Общее число операций</b>	<b>34 (100%)</b>	<b>70 (100%)</b>	<b>104(100%)</b>
Стволовая ваготомия с пилоропластикой	15 (44,1%)	41(58,6%)	<b>56(53,8%)</b>
Лапароскопическая стволовая ваготомия с пилоропластикой	2 (5,9%)	15(21,4%)	<b>17(16,4%)</b>
Стволовая ваготомия с антрумэктомией	1(2,9%)	14(20%)	<b>15(14,4%)</b>
Пилоропластика с прошиванием или иссечением язвы	16 (47,1%)	-	<b>16(15,4%)</b>
<b>Желудочная локализация язвы</b>			
<b>Общее число операций</b>	<b>13(100%)</b>	<b>29(100%)</b>	<b>42 (100%)</b>
Резекция желудка	8 (17%)	29(100%)	<b>37(88%)</b>
Гастротомия с прошиванием язвы или клиновидная резекция	5 (10,7%)	-	<b>5(12%)</b>

При ЯБДК особое значение придавали органосохраняющей операции с ваготомией (как правило - стволовой), отличающейся, прежде всего технической простотой.

*Прошивание кровоточащей язвы (или ее иссечение) с пилоропластикой и стволовой ваготомией* было выполнено у большинства больных, в том числе и с высокой степенью операционного риска: в экстренном порядке у 15 (44,1%) больных и у 41 (58,%) (табл. 6). *ЛТВ III* в неотложном порядке выполнили у 17 больных (16,4%). *Антрумэктомию с ваготомией* применяли у больных со сравнительно небольшой степенью операционного риска при сочетании с субкомпенсированной и декомпенсированной стадией стеноза. Антрумэктомию с ваготомией выполняли в модификации Гофмейстера-Финстерера, а при «трудном» закрытии культи ДПК- по Ру. Данную операцию выполнили у 15 (14,4%) больных: у 1 (2,9%) в экстренном порядке и у 14 (20%) в срочном. *Пилороластику с прошиванием*, либо с иссечением язвы применили у 16 (47,1%) больных с крайне высоким операционно-анестезиологическим риском и только в экстренном порядке.

При желудочной язве выполняли *резекцию желудка* при невысокой степени операционно-анестезиологического риска. У 29 больных в срочном порядке (100%) и у 8 (17%) в экстренном. *Иссечение язвы (клиновидная резекция), или прошивание* высоко расположенной язвы малой кривизны через гастротомический доступ выполняли больным с высокой степенью операционного риска у 5 больных (10,7%) и только в экстренном порядке.

**Консервативное ведение больных с высоким риском рецидива кровотечения.**

Выделяли группу больных, у которых неотложная операция была непереносима из-за предельно высокого операционно-анестезиологического риска (*группа с «вынужденным» консервативным ведением*). Таких пациентов было 35 (табл. 7).

**Табл. 7. Характер лечения больных с тактическим решением - «вынужденное консервативное ведение» (1999-07гг.).**

Год	1999-07	1999-01	2002-04	2005-07
<b>Общее число больных</b>	<b>35</b> <b>100%</b>	<b>15</b> <b>100%</b>	<b>10</b> <b>100 %</b> <b>(p=0,6)</b>	<b>10</b> <b>100%</b> <b>(p=0,6)</b>
Консервативное ведение	<b>22</b> <b>62,9%</b>	12 73,4%	6 60% <b>(p=0,8)</b>	4 40% <b>(p=0,5)</b>
Экстренные операции при рецидиве	<b>13</b> <b>37,1%</b>	4 26,6%	4 40% <b>(p=0.3)</b>	6 60% <b>(p=0,1)</b>

Это были больные преклонного возраста с декомпенсацией сопутствующих заболеваний на фоне перенесенной кровопотери. Показаниями для проведения повторного эндоскопического гемостаза при динамической ЭГДС являлась отрицательная динамика со стороны источника кровотечения, когда сохранялись

ранее «обработанные» сосудистые структуры; появлялись новые тромбированные сосуды; либо развивался рецидив кровотечения. Эндоскопический гемостаз при рецидиве не был эффективным у 13 (37,1%), и пациенты были вынужденно оперированы.

Другая группа из 87 больных с высоким риском рецидива кровотечения послужила клиническим материалом по изучению *КОМБИНИРОВАННОГО ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО И МЕДИКАМЕНТОЗНОГО МЕТОДА*. Рецидивы, потребовавшие экстренной операции, отмечены у 3 больных (3,4%) (табл.8).

**Табл. 8. Характер лечения больных ЯГДК в группе исследования неоперативного гемостаза (1999-07гг.).**

Год	1999-07	1999-01	2002-04	2005-07
<b>Общее число больных</b>	<b>87</b> <b>100%</b>	-	<b>48</b> <b>100%</b>	<b>39</b> <b>100%</b>
Консервативное ведение	<b>84</b> <b>96,6%</b>	-	46 95,8%	38 97,4%
Экстренные операции при рецидиве	<b>3</b> <b>3,4%</b>	-	2 4,2%	1 2,6%

**II. Характеристика больных, перенесших малоинвазивные операции по поводу осложнений ЯБДК.**

Первые лапароскопические операции в клинике были выполнены в октябре 1996г. Всего операций по поводу трех осложнений ЯБДК с октября 1996г. по декабрь 2007г. произведено 1184, среди них малоинвазивные вмешательства составили 26 % - 309 операций (табл. 9). ЛТВ ДЖО была выполнена 131 (11%) больному при трех осложнениях, а лапароскопическое ушивание перфоративной ЯДК 178 пациентам (24,5%). При кровотечении ЛТВ ПП были выполнены 17 больным (16,4%), при перфорации - 49 (6,7%), а по поводу пилородуоденального стеноза - 65 (18,5%).

**Характеристика больных, перенесших ЛТВ и ПП с иссечением или прошиванием кровоточащей дуоденальной язвы.** Группу составили 17 больных: 15 мужчин и 2 женщины (7:1) в возрасте  $34,1 \pm 10,3$  лет. Длительность ЖКК составила от 1 часа до 3 суток: до 6 часов – у 5 пациентов, от 6 до 12 часов – у 5, до 24 часов – у 7 больных. Кровотечение было первым проявлением ЯБДК у 3 пациентов (17,6%). Остальные 14 (82,4%) больных страдали ЯБДК от 10 до 12 лет. В анамнезе 5 (29,4%) пациентов уже переносили ЖКК. Кровотечение легкой степени тяжести выявлено у 4 больных (23,5%), средней - у 7 (41,2%) и тяжелой - у 6 (35,3%). При ЭГДС продолжающееся кровотечение F<sub>1a</sub> было у 3 (17,6%) больных; остановившееся - у 14

(82,4%): Forrest IIa – у 12, FIIb – у 1 и FIIc – у 1 больного. Лечебная эндоскопия была проведена у всех пациентов. У 3 больных попытки остановить кровотечение через эндоскоп оказались эффективными только у 1, тогда как 2 (11,8%) других были экстренно оперированы. У 15 (81,2%) пациентов риск рецидива кровотечения был признан высоким и после подготовки в течение 24 часов больные были срочно оперированы.

**Табл. 9. Операции по поводу осложнений ЯБДК (1996-2007гг).**

<b>ЯБДК, осложненная кровотечением (104 операций - 100%)</b>		
ТВ ПП	56	53,8%
<b>ЛТВ ПП</b>	<b>17</b>	<b>16,4%</b>
ТВ АЭ	15	14,4%
ПП с иссечением или прошиванием	16	15,4%
<b>ЯБДК, осложненная перфорацией (729 операций 100%)</b>		
Ушивание язвы	184	25,2%
<b>Лапароскопическое ушивание язвы</b>	<b>178</b>	<b>24,5%</b>
ТВ ПП	271	37,2%
<b>ЛТВ ПП</b>	<b>49</b>	<b>6,7%</b>
ТВ АЭ	47	6,4%
<b>ЯБДК, осложненная стенозом ( 351 операция 100%)</b>		
СПВ ДЖО	21	6%
ТВ ДЖО	161	45,9%
<b>ЛТВ ДЖО</b>	<b>65</b>	<b>18,5%</b>
ТВ АЭ	93	26,5%
Резекция желудка	11	3,1%
<b>Всего операций</b>	<b>1184</b>	

**Характеристика больных, перенесших ЛТВ ПП с иссечением перфоративной дуоденальной язвы.** Группу составили 49 больных: мужчин - 43, женщин - 6 (7:1), Возраст-  $39,3 \pm 9,7$  лет. Срок от перфорации составил  $7,1 \pm 3,4$  часа. Язвенный анамнез у 28 больных (57,2%) был от 3 до 30 лет, у 5 (10,2%) до 3-х лет, не превышал 1 года у 16 больных (32,6%). ЯБ у 25 пациентов (51,0%) протекала с ежегодными сезонными обострениями. У 3(6,1%) больных в анамнезе были перенесены ЖКК. У 9 пациентов (18,4%) выявлены жалобы, свидетельствующие о стенозе. Клиническая картина была типичной. Рентгенологическим методом свободный газ в брюшной полости был выявлен у 45 (91,8%) пациентов. При ЭГДС прямые признаки перфорации определены у всех пациентов. У 11 (22,4%) пациентов эндоскопическая картина свидетельствовала о наличии компенсированного стеноза, у 2 (4%) из них в просвете желудка обнаружена «кофейная гуща». Следует отметить, что у 7 данных больных язвенный анамнез был

кратким. Вторая язва выявлена у 13 (26,5%) больных пациентов, у 4 (8,2%) в дне этой язвы обнаружены тромбированные сосуды. В целом сочетанные с перфорацией осложнения ЯБ выявлены у 15 пациентов (30,6%). Эндоскопическую рН-метрию выполнили у 16 больным: у 93,7% (n-15) определили базальную гиперацидность и 1 (6,3%) нормацидность. *H.pylori* выявлен у 36 (87,5%) больных из 42 обследованных.

**Характеристика больных, перенесших лапароскопическое ушивание перфоративной дуоденальной язвы.** Группу составили 178 больных: мужчин 156 (7:1), женщин – 22. Возраст -  $34,3 \pm 10,5$  лет. Срок от момента перфорации до поступления в стационар не превышал 12 часов. Язвенный анамнез отсутствовал у 131 больного (76,1%), у 13 (7,5%) пациентов длительность язвенного анамнеза была от 1 года до 3 лет и у 29 (16,2%) – свыше 3 лет, но с редкими обострениями. Клинических указаний на наличие сочетанных осложнений не было. При рентгенологическом исследовании свободный газ в брюшной полости выявлен у 109 (61,2%) пациентов. При ЭГДС прямые признаки перфорации определены у 165 (92,7%) больных, косвенные у 13 (7,3%). Эндоскопическую рН-метрию выполнили у 42 больных: у 95,2% (n-40) определили гиперацидность и лишь 2-х (4,8%) нормацидность. Диагностику *H.pylori* морфологическим методом провели у 91 пациента (51,1 %). Только у 7 больных (7,7%) микроорганизм не был выявлен.

**Характеристика больных, перенесших ЛТВ ДЖО по поводу ЯБДК, осложненной стенозом.** Группу составили 65 больных: 48 мужчин и 17 женщин (3:1); возраст -  $42 \pm 1,9$  лет. Большинство больных указывали на длительный язвенный анамнез: 46 (70,7%) страдали ЯБ от 10 до 30 лет, 14 (21,5%) - от 5 до 10 лет и лишь 5 (7,8%) - от 1 года до 3-х лет. В прошлом 6 (9%) больных перенесли ЖКК. На основании сопоставления: а) клинических проявлений б) рентгенологических признаков в) нарушения сократительной активности и тонуса желудка по данным изучения моторики методом йономанометрии г) эндоскопических данных д) клинико-инструментальной оценки эффективности консервативного лечения были определены следующие стадии стеноза: формирующийся - у 4 (6%), компенсированный - у 59 (92%), субкомпенсированный у 2 (2%). Исследование кислотопродуцирующей функции желудка провели аспирационно-титрационным методом: базальная кислотность (БПК) -  $5,6 \pm 0,2$  мэкв\час HCL, максимальная - (МПК)  $25,5 \pm 0,4$  мэкв\час. Чаше (n-61 (93,8%)) определяли пангиперхлоргидрический тип секреции (БПК/МПК -1/4,6). Гипосекреторов и предельных гиперсекреторов не было. Дооперационная инфицированность *H.pylori* составила 64,6% (n- 41).

## Методы обследования

Общее клиническое обследование включало в себя анализ жалоб, анамнеза, данных физикального и лабораторного обследования. Лабораторная диагностика гомеостаза включала определение гемоглобина, гематокрита, состояние гемокоагуляции; КЩС; показателей системы выделения; функциональных проб печени; содержание сахара в плазме крови; клинический анализ крови. Исследование желудочной секреции. Применяли аспирационно-титрационный метод (тест А.Кау) (автотитратор "Radiometer"). Внутрижелудочную рН-метрию проводили с помощью ацидогастрометра АГМИ-01 (Россия). Эндоскопическую рН-метрию выполняли в процессе ЭГДС. Суточную рН-метрию проводили на рН-метре Гастроскан-24 и расшифровывали с использованием компьютерной программы (НПО «Исток»). Полноту ваготомии оценивали атропиновым тестом. Исследование моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки. Применяли полипозиционную рентгенотелескопию после приема больным водной взвеси сульфата бария. Метод иономанометрии использован в диагностике пилородуоденального стеноза (проф. С.А.Чернякевич). Программа для обработки результатов иономанометрии была разработана совместно с сотрудниками кафедры медкибернетики РГМУ (проф. Т.В.Зарубина). ЭГДС имела самые различные задачи как в диагностическом, так и в лечебном плане при всех осложнениях ЯБ. Использовали ширококанальные операционные торцевые гастрофиброскопы ИТ-10, ХТ-30, ЭВИС-ИТ-140 дуоденоскопы ТТФ-30, ТТФ-100, видеоэндоскопические системы ЭВИС-130 и ЭВИС-140 («Олимпас»). УЗИ использовали как скрининговый метод диагностики нарушений желудочного опорожнения конвексным датчиком 3,5 МГц на аппарате "Logiq-700". Оценку результатов операций проводили по международной классификации Visick, модифицированной в клинике (Ю.М.Панцырев, 1983). Состояния слизистой оболочки у больных ЯБ, факта и степени обсемененности Н. pylori проводили с помощью морфологических методов. Статистическая обработка материала проведена с использованием ППП STATISTICA фирмы StatSoft Inc. Проспективное контролируемое исследование сравнительной эффективности антисекреторных препаратов в лечении ЯГДК проводили методом блоковой стратификационной рандомизации со слепым выбором способа гемостаза при помощи конвертов.

## **Техника малоинвазивных операций.**

### **Лапароскопическая двусторонняя поддиафрагмальная ваготомия.**

Троакары устанавливали в правой и левой мезогастральной области, правом и левом подреберьях. Левую долю печени отодвигали ретрактором. Малый сальник вскрывали в непосредственной близости от пищеводно-желудочного перехода. Рассекали брюшину, покрывающую правую ножку диафрагмы и абдоминальную часть пищевода. Пересекали диафрагмально-пищеводная связку, обнажали ствол заднего блуждающего нерва. После этого блуждающий нерв пересекали между двумя предварительно наложенными клипсами. Участок нерва отправляли на гистологическое исследование. После рассечения брюшины над передней поверхностью абдоминального отдела пищевода выделяли переднюю и левую поверхности пищевода и пересекали передний блуждающий нерв. При этом принимали во внимание, что передний блуждающий нерв нередко состоит из нескольких стволов, выполняли тщательную ревизию и пересечение всех добавочных ветвей. При планировании пилоропластики по Финнею выполняли лапароскопическую мобилизацию ДПК по Кохеру. Удобен прием прошивания привратника лигатурой во время лапароскопии. В дальнейшем это облегчает идентификацию и выведение привратника в рану из минилапаротомного доступа. Брюшную полость промывали и осушали, при необходимости дренировали. Троакары извлекали.

### **Дренирующая желудок операция из минилапаротомного доступа.**

Выполняли параректальную лапаротомию длиной 5-7см в проекции пилорoduodenальной зоны. Выполняли пилоропластики по Финнею, Гейнеке-Микуличу, Джадду или гастродуоденостомию по Джабулею по общепринятой методике двухрядным швом.

### **Лапароскопическое ушивание перфоративной дуоденальной язвы.**

Проведя диагностическую лапароскопию, под визуальным контролем вводили 5мм троакары в левом подреберье (зажим) и левой мезогастральной (иглодержатель) областях и троакар в правой мезогастральной области (ретрактор). Ушивание перфоративного отверстия производили отдельными швами. Использовали шовный материал (Vicryl 3-0, Ethicon). Узлы завязывали интракорпорально. При размерах перфорационного до 3-4мм было достаточно одного 8-образного шва. Операцию завершали промыванием брюшной полости. К месту ушивания устанавливают дренаж. При наличии распространенных форм перитонита брюшную полость дренировали по общепринятым правилам. Устанавливали назогастральный зонд для декомпрессии.

## Результаты работы

### I. Новые технологий в лечении язвенных кровотечений

**Эффективность парентеральных форм омепразола (лосек) и фамотидина (квamatел) у пациентов с ЯГДК.** Задачей данного раздела работы явилась объективная сравнительная оценка парентеральных форм современных антисекреторных препаратов для угнетения кислотопродукции желудка и предотвращения рецидивов ЯГДК. Решение данной задачи проводили с использованием 24-час. рН-метрии в течение 3 суток после первичного эндоскопического гемостаза. Важной информацией была оценка заживления язв и исчезновение высокого риска рецидива кровотечения, для чего применяли динамическую ЭГДС на 2,4,7, 14 сутки.

Определение тактики: учитывая скомпенсированность функций основных систем организма, больной вводился в рандомизацию и ему предполагалось проведение неоперативного гемостаза, включающего в себя активную динамическую эндоскопию, проведение базисной интенсивной терапии, антисекреторную терапию с использованием лосека или квamatела и антигеликобактерную терапию. В случае рецидива кровотечения было показано экстренное оперативное вмешательство.

Критерии включения в исследование: больные с клинической картиной ЯГДК: ЯБДК, ЯЖ, сочетанная форма ЯБ, рецидивной пептической язвы; мужчины и женщины в возрасте от 18 до 75 лет; наличие при ЭГДС критериев F1a, F1b, F1a, F1b, F1c, больные с высоким риском рецидива кровотечения у которых функции основных систем организма находятся в состоянии компенсации, несмотря на кровопотерю.

Критерии исключения из исследования: больные с ЖКК неязвенной этиологии; характеристика F1II; низкий риск рецидива кровотечения; невозможность эндоскопического гемостаза при стенозе; больные с высоким риском рецидива кровотечения с суб- или обратимой декомпенсацией функций основных систем организма у которых повторное кровотечение неизбежно привело бы к опасным последствиям (оперировали в срочном порядке).

Рандомизация и лекарственные средства. Методика антисекреторной терапии избиралась рандомизированным способом. Методика антисекреторной терапии с использованием Лосека (омепразола). После завершения экстренной ЭГДС проводили болюсную (в течение 20-30 минут) в/венную инфузию 40 мг Лосека. Затем проводили непрерывное, в течение суток, в/венное капельное введение 160 мг Лосека, растворённого в физиологическом растворе. В последующем, ежедневно, проводили постоянное круглосуточное введение 160 мг препарата в/венно капельно до момента исчезновения высокого риска рецидива кровотечения. После исчезновения угрозы повторения

кровотечения осуществляли переход на пероральный приём Лосека дозировкой 20 мг дважды в сутки. Методика антисекреторной терапии с использованием Кваматела (фамотидина). После ЭГДС проводили болюсную (в течение 2 минут) в/венную инъекцию 20 мг Кваматела, растворённого в 5-10 мл физиологического раствора. В последующем круглосуточно проводили непрерывное в/венное капельное введение в дозе 80 мг Кваматела в сутки, до момента исчезновения высокого риска рецидива кровотечения. После исчезновения угрозы повторения кровотечения осуществляли переход на пероральный приём Кваматела. Антигеликобактерную терапию (кларитромицин 500 мг х 2 раза в сутки; амоксициллин 1000 мг х 2 раза в сутки) начинали после и продолжали в течение 7 суток.

Характеристика больных. В исследование включены 18 больных, которые были разделены на две группы по 9 пациентов. В первую группу вошли больные от 26 до 70 лет ( $50,5 \pm 15,4$  лет). Мужчин 8 и 1 женщина. У 4-х больных предшествовал язвенный анамнез – у 2 пациентов до 2 лет и еще у 2 свыше 20 лет. У 3 ЖКК явилось первым проявлением заболевания. Двое больных ранее перенесли резекцию желудка по поводу ЯБ. У 8 больных отмечена средняя степень тяжести кровотечения и у 1 легкая. Длительность кровотечения -  $22,4 \pm 14,2$  часа. Во второй группе были пациенты от 22 до 45 лет (средний возраст  $34,8 \pm 7,23$  лет). Мужчин 7 и 2 женщины. Язвенный анамнез прослеживался у 4 пациентов – до 2-х лет у двоих, и еще у двоих - от 5 до 10 лет. Тяжелая степень кровопотери выявлена у 1 больного, средняя – у 7 пациентов, легкая - у 1. Сроки от начала кровотечения до поступления  $29,5 \pm 15,1$  часа. Таким образом, группы были практически идентичны.

Результаты. В первой группе (лосек) источниками ЖКК послужили: ЯБДК – у 4 больных, ЯБ желудка –1, сочетанная форма ЯБ – 2, пептическая язва гастроэнтероанастомоза после резекции – 2. В ходе ЭГДС отмечено: F I а – у 2 пациентов. У 7 пациентов были признаки перенесенного кровотечения: F II а – у 4, F II в – у 2, F II с – у 1. Лечебная эндоскопия была проведена у 8 пациентов: коагуляция - у 1, коагуляция с применением термозонда – у 3, аргоно-плазменная коагуляция – у 1, у 3 пациентов использовали комбинированный гемостаз. При контрольной ЭГДС на 2 сутки риск рецидива кровотечения был снят у 2 (22,2%) пациентов. У 5 (55,5%) пациентов отмечено увеличение язв, что, по-видимому, было обусловлено применением эндоскопических методов гемостаза. У 2 больных динамика отсутствовала. На 4 сутки у 5 (55,5%) пациентов явно прослеживалась положительная динамика, что позволило снять риск возврата кровотечения. В 2 (22,2%) случаях размеры язвенного дефекта оставались прежними, в дне язвы продолжали визуализироваться сосуды. К 7 суткам риск рецидива

кровотечения у всей группы больных отсутствовал. У 2 (22,2%) пациентов произошло рубцевание язвы. К 14 суткам констатировано рубцевание язвы еще у 3(33,3%) больных. У 5(55,5%) отмечена отчетливая положительная динамика в виде уменьшения размеров язв в два раза от исходных. И лишь у 1(11,1%) пациента сохранялись прежние размеры язвы. Средние сроки пребывания больных в стационаре составили  $16,5 \pm 4,6$  сут. При выписке больным были даны рекомендации приема препарата Лосек на протяжении 4 недель. Один пациент с рецидивирующими ЖКК был оперирован в плановом порядке.

Во второй группе (квamatел) у больных ЖКК легкой степени выявлено у 2, средней степени - у 6 и тяжелое - у 1 пациента. Источником кровотечения в 8 случаях послужила ЯБДК, а у 1 ЯЖ. Источники классифицированы следующим образом: F II A – у 7 больных, F II B – у 2. Лечебная эндоскопия проведена у всех больных: коагуляция – у 1, коагуляция с применением термозонда – у 5, аргоно-плазменная коагуляция – у 2, и комбинированный метод – у 1. При контрольной ЭГДС на 2 сутки у всех больных отмечено сохранение риска рецидива. При этом увеличение размеров язвы отмечено у 2 (22,2%) пациентов. На третьи сутки у 1(11,1%) пациента ЯБДК развился рецидив кровотечения. Больной был успешно экстренно оперирован. На 4 сутки у 3 (33,3%) пациентов риск возврата кровотечения снят. На 7 сутки риск рецидива кровотечения снят у всех больных, однако рубцевание ни в одном случае не отмечено. На 14 сутки у двоих больных отмечены явления эпителизации язв, у остальных – уменьшение язв в размерах. Средние сроки пребывания пациентов в стационаре составили –  $17,9 \pm 3,8$  сут. При выписке всем пациентам была рекомендована поддерживающая терапия препаратом Квамател. Двоим (22,2%) пациентам, с длительным язвенным анамнезом с частыми обострениями были выполнены плановые операции.

Анализ рН- мониторинга: отмечено более стойкое и более глубокое угнетение кислотопродуцирующей функции желудка, а именно: показатели среднего и максимального значений рН были достоверно выше в теле желудка, в антральном отделе и в ДПК при применении препарата Лосек. Уровень значения рН в ДПК более 4,0 определялся на протяжении 23 часов 26 минут в сутки при применении препарата Лосек, а в группе препарата Квамател это время составило 19 часов 45 минут ( $p = 0,005$ ).

Заключение. Полученные результаты позволяют подчеркнуть, что применение парентеральной формы омепразола было более эффективно по сравнению с фамотидином в отношении повышения рН и сокращения случаев повторных кровотечений. В дальнейшем в схему комбинированного неоперативного ведения больных с высоким риском рецидива кровотечения был включен препарат Лосек.

**Комбинированный эндоскопический и медикаментозный метод ведения больных с ЯГДК с высоким риском рецидива.** Задачей настоящего раздела явился

поиск эффективной остановки ЯГДК без операции, что позволило бы перенести время вмешательства на этап плановой хирургии, а у ряда больных избежать его. После выписки из стационара пациентов обследовали на диспансерных приемах через 2, 12-36 месяцев. Обязательным условием при проведении обследования было выполнение ЭГДС с рН-метрией и гастробиопсией для морфологической верификации наличия *H.pylori*.

Определение тактики: больным с ЯГДК после успешного эндоскопического гемостаза планируется проведение неоперативного комбинированного гемостаза. В случае рецидива кровотечения пациентам с предельно высоким операционно-анестезиологическим риском показан эндоскопический гемостаз, а в случае его неэффективности - экстренная операция в минимальном объеме. Остальным больным в случае рецидива показана экстренная операция.

Критерии включения в исследование: больные с клинической картиной ЯГДК без ограничения по полу и позрасту; наличие при ЭГДС критериев Форрест Ia, Ib, Па, Пв, Пс; высокий риск рецидива кровотечения.

Критерии исключения из исследования - больные с ЖКК неязвенной этиологии; характеристики Форрест III; низкий риск рецидива кровотечения; невозможность адекватного доступа для выполнения эндоскопического гемостаза при пилородуоденальном стенозе.

Характеристика больных. Группу составили 69 больных. Возраст -  $49,6 \pm 3,5$  лет. Старше 60 лет был 21 (30,4%) больной. В группе были 13 женщин и 56 мужчин. ЯГДК, как первое проявление болезни, отмечено у 23 (33,3%) больных. У 13 (18,8%) пациентов в анамнезе были ЯГДК, 4 (5,8%) - перенесли ушивание перфоративной язвы, 6 (8,7%) - были ранее оперированы по поводу ЯБ. Длительность кровотечения -  $14 \pm 2,8$  ч. Тяжелая степень кровопотери выявлена у 28 (40,6%), средняя - у 30 (43,5%) и легкая - у 11 (15,9%) больных. С тяжелой сопутствующей патологией было 15 больных (21,7%).

Непосредственные результаты. Источниками ЖКК послужили: ЯБДК у 39 (56,5%), ЯБЖ у 13 (18,8%), сочетанная форма ЯБ у - 11 (15,9%) и язва гастроэнтероанастомоза у 6 (8,8%) больных. По классификации Forrest: FIa - у 16 пациентов, FIb - у 4, F Pa - у 36, F Pв - у 13. Лечебная эндоскопия проведена у всех больных. Остановку кровотечения выполнили 17 (24,6%) пациентам, применив у 1 больного аргоно-плазменную коагуляцию, диатермокоагуляцию - у 2, у 1- моноактивную коагуляцией и у 13 -комбинированный способ. При остановившемся кровотечении лечебно-профилактические эндоскопические мероприятия предприняты у 52 (75,4%)

пациентов с привлечением следующих методик: аргоно-плазменной коагуляции - у 28 больных, диатермокоагуляции – у 3, моноактивной коагуляции - у 5, инъекционных методов- у 2 и комбинированного -у 14. Эндоскопическую рН- метрию выполнили у 56 (81,1%) больных при первичной ЭГДС. У большинства больных 41 (73,2%) определена базальная гиперацидность (рН < 1,5), нормацидная реакция (рН от 1,6 до 2,0) отмечена у 6 (10,7%) больных, гипоацидность (рН от 2,1 до 6,0) - у 7 (12,5%) пациентов и анацидность (рН > 6,0) -у 2 (3,6%). Согласно современным представлениям о гемостатическом эффекте антисекреторных препаратов при ЯГДК, оптимальным значением рН, предупреждающего рецидив кровотечения являются показатели выше 5 ед., сохраняющиеся не менее 80% времени суток. В исследовании % времени с рН  $\geq$  5 в течение трех суток составил больше 94 %. Н.pylori обнаружен у 66 (96%) больных.

Риск рецидива кровотечения на 4 сутки был снят у большинства больных - у 62 (89,8%). Сроки заживления язв составили  $21,8 \pm 1,9$  суток. Рецидив кровотечения отмечен у 2 (2,9%) пациентов, которые были успешно экстренно оперированы. Анализ причин рецидивов позволил сделать заключение, что в одном случае при сохраняющейся картине тромбированного сосуда была необходимость в эндоскопических мероприятиях. Причиной рецидива кровотечения в другом случае было истощение гемостаза в результате длительного, рецидивирующего кровотечения на догоспитальном этапе. В 2 случаях (2,9%) отмечены летальные исходы без рецидива кровотечения от сопутствующих заболеваний. Показания к плановой операции были определены у 15 (23%) больных: при сочетании кровотечения и стеноза - у 9 пациентов, при рецидивирующем характере ЯГДК - у 3 или неэффективности терапии ЯБ - у 3.

Ближайшие результаты. Через 2-3 месяца обследованы 47 больных (73,4%). У всех отмечено полное заживление язвы. По данным рН-метрии гиперацидность сохранилась у большинства больных – 91,5%. Им рекомендовали поддерживающую антисекреторную терапию. Эффективность проведенной антихеликобактерной терапии составила 76%. Больным с положительным Н. pylori назначали терапию "второй линии".

Отдаленные результаты. От 1 года до 3 лет ( $16 \pm 3,2$  мес.) обследованы 43 больных (74,6 %). Выявлены 5 рецидивов ЯБ (11,6%), в 1 случае рецидив сопровождался кровотечением. Данным пациентам определены показания плановой операции. В эти сроки гиперацидность сохранилась у 65% больных. У 3-х (6,9%) пациентов Н. pylori был положительным. Всем рекомендовали противорецидивную терапию, а больным с Н. pylori -антихеликобактерную терапию.

В заключении подчеркнем, что примененный способ ведения ЯГДК позволил избежать неотложной операции у 97,1% больных, включая 15 (21,7%) пациентов с предельно тяжелой сопутствующей патологией. Комбинированный метод не явился полной гарантией от рецидива кровотечения, так в 2 случаях (2,9%) отмечен рецидив кровотечения, несмотря на стойкий антисекреторный эффект. Госпитальную летальности составили 2 умерших (2,9%) без рецидива кровотечения. Показания к плановому оперативному лечению определены у 23% больных. Амбулаторное лечение больных в послеоперационном периоде осуществляли по принципам диспансеризации, в сроки  $16 \pm 3,2$  мес. рецидив ЯБ выявлен у 11,6% больных. Данные пациенты имели показания к хирургическому лечению.

**Эффективность ведения больных с ЯГДК комбинированным методом.** Эффективность разработанной и применяемой в клинике тактики лечения при таком жизнеугрожающем осложнении ЯБ, как кровотечение, характеризует, прежде всего, летальность. Вполне понятно, что доказательства эффективности новых технологий надо искать в изменении этого показателя.

**Табл. 10** Послеоперационная летальность при ЯГДК

Годы	1999-07	1999-01	2002-04	2005-07
<b>Экстренные операции</b>				
Количество операций	47	14	20	13
Летальность после экстренных операций	16 (34%)	6 (42,8%)	6 (30%) (p=0,8)	4 (30,7%) (p=0,9)
<b>Срочные операции</b>				
Количество операций	99	70	27	2
Летальность после срочных операций	2 (2%)	2 (2,8%)	0 (p=0,9)	0 (p=0,04)
<b>Всего неотложных операций</b>	<b>146</b>	<b>84</b>	<b>47</b>	<b>15</b>
<b>Послеоперационная летальность</b>	<b>18 (12,3%)</b>	<b>8 (9,5%)</b>	<b>8 (17%) (p=0,4)</b>	<b>4 (26,6%) (p=0,2)</b>

Послеоперационная летальность на 146 неотложных операций составила 12,3% (умерло 18 больных), естественно, что после экстренных операций летальность была

значительно выше (34%), чем после срочных (2, 8%) (табл. 10). В срочном порядке были оперированы 99 пациентов в возрасте от 20 до 77 лет. У всех больных данной группы были выполнены радикальные операции. Тем не менее, срочные операции были не безопасными - летальность составила 2%. Притягательной остается мысль о том, чтобы увести больного от срочной операции, провести всестороннее обследование и, если это окажется нужным, оперировать в плановом порядке. Рост показателя послеоперационной летальности с 9,5% в 1999-01 гг. на этапе применения срочных операций до 17% при «смешанной» тактике в 2002-2004гг. ( $p=0,4$ ) и до 26.6% на этапе 2005-2007 гг. ( $p=0,2$ ), на первый взгляд, вызывает беспокойство. Следует принять во внимание, если на этапе 1999-01гг. показатель послеоперационной летальности в 9,5%, был сформирован за счет соотношения крайне невыгодных экстренных операций к «благоприятным» срочным вмешательствам как 1:5 (14:70), то уже в 2005-07 гг. это соотношение поменялось как 6,5:1 (13:2), при неизменном числе экстренных операций. Следовательно, вышеизложенный факт не отражает ни положительные, ни отрицательные стороны новых подходов лечения ЯГДК.

Среди 47 больных, оперированных в экстренном порядке, были выделены две клинические группы в соответствии с двумя основными причинами этих urgentных вмешательств (табл. 11). В первой группе ( $n=16$ ) экстренные операции выполняли в связи с невозможностью остановить кровотечение эндоскопически при первичном осмотре. Это были пациенты от 41 до 96 лет (средний возраст- 59,  $7\pm 4,3$  лет). У 5 (38,5%) больных ЖКК расценено как средней тяжести, а у 11 (61,5 %) - тяжелым. Только 4 (25%) больным выполнили ваготомию с пилоропластикой, а остальным проводили операции минимального объема. Летальность составили 4 (25%) больных. Лишь отчасти улучшение лечения данных больных можно искать в совершенствовании эндоскопии и интенсивной терапии.

**Табл. 11 Показатели летальности после экстренных операций (1999-07гг.).**

<b>Годы</b>	<b>1999-07</b>	<b>1999-01</b>	<b>2002-04</b>	<b>2005-07</b>
<b>Экстренные операции в связи с неэффективностью первичного эндоскопического гемостаза</b>				
Количество операций	<b>16</b>	5	8	3
Летальность	<b>4(25%)</b>	3(60%)	1(12,5%)	0
<b>Экстренные операции по поводу рецидива кровотечения в стационаре</b>				
Количество операций	<b>31</b>	9	12	10
Летальность	<b>13(38,7%)</b>	4(44,4%)	5(41,6%)	4(40%)
<b>Всего экстренных операций</b>	<b>47</b>	<b>14</b>	<b>20</b>	<b>13</b>
<b>Летальность после экстренных операций</b>	<b>17 (36,1%)</b>	<b>7 (50%)</b>	<b>6 (30%)</b>	<b>4 (30,7%)</b>

Во второй группе (n-31) причиной экстренной операции послужил рецидив кровотечения. Летальность составили 11 умерших (35,5%). Рецидив кровотечения во время подготовки к срочной операции развился у 11 (35,5%) больных. Отмечен 1 (9%) летальный исход.

Рецидив кровотечения, который не удалось остановить эндоскопическим способом у больных с «вынужденным консервативным ведением», послужил поводом для экстренной операции у 13 (41,9%) пациентов. Это были самые пожилые больные (70,4±2,4 лет), старше других на десятилетие (p=0,001). У всех была тяжелая сопутствующая патология, а рецидив ЖКК тяжелой степени. У большинства больных (77%) рецидив наступил в 1- 2 сутки от поступления в стационар. После операции выжили только 3 больных. Летальность соответствовала 76,9%. По-видимому, совершенствование методов неоперативного гемостаза сможет улучшить ситуацию среди этой самой тяжелой категории больных. В группах «исследования» и «ошибке прогноза» летальных исходов не было.

**Табл. 12. Летальность после экстренных операций, выполненных в связи с рецидивом кровотечения (1999-2007гг.).**

Годы	1999-07	1999-01	2002-01	2005-07
Рецидив во время подготовки к срочной операции	<b>11(35,5%)</b>	4(44,4%)	6(50%)	1(10%)
летальность	<b>1(9%)</b>	-	1(16,6%)	-
Рецидив у больных с «вынужденным» консервативным ведением	<b>13(41,9%)</b>	4(44,4%)	3(25%)	6(60%)
летальность	<b>10(76,9%)</b>	3(75%)	3 (100%)	4 (66,6%)
Рецидив в группе исследования	<b>3(9,7%)</b>	-	2(16,7%)	1(10%)
летальность	-	-	-	-
Рецидив при ошибке прогноза	<b>4(12,9%)</b>	1(11,2%)	1(8,3%)	2(20%)
летальность	-	-	-	-
<b>Всего операций</b>	<b>31(100%)</b>	<b>9(100%)</b>	<b>12(100%)</b>	<b>10 (100%)</b>
<b>Летальность</b>	<b>11(35,5%)</b>	<b>3(33,3%)</b>	<b>4(33,3%)</b>	<b>4(40%)</b>

*Летальность в группе неоперированных больных* составила 4% (умерли 21 из 514 больных) (табл. 13). Летальность снизилась с 7,3% (1999-01гг.) до 3,2% (2002-04гг.) и до 2,9% (2005-07гг.), т.е. больше чем в два раза. Тем не менее эта разница не была статистически значимой ( $p=0,14$ ). Консервативное ведение больных в группе с невысоким риском рецидива кровотечения у всех 408 пациентов было успешным. Иные показатели отмечены в группе с высоким риском рецидива кровотечения. Летальность в группе больных с «вынужденным» консервативным ведением составила 86,4% (умерли 19 из 22 больных). Отмечено достоверное ( $p=0,04$ ) снижение числа больных с 12 (1999-01гг.) до 6 в (2002-04гг.) и до 4 в (2005-07гг.), т.е. в 3 раза. Данный факт можно объяснить тем, что 15 больных с предельно высоким операционно-анестезиологическим риском были включены в группу исследования.

**Табл.13. Показатели летальности при консервативном ведении ЯГДК (1999-2007гг.).**

Год	1999-01	1999-01	2002-04	2005-07
<b>Консервативное ведение с невысоким риском рецидива</b>				
Число больных в группе с невысоким риском	<b>408</b>	111	147	150
Летальность в группе с невысоким риском	-	-	-	-
<b>Консервативное ведение с высоким риском рецидива</b>				
«Вынужденное» консервативное ведение	<b>22</b>	12	6 p=0,04	4 p=0,03
Летальность в группе «вынужденного» ведения	<b>19 (86,4%)</b>	9 (75%)	6 (100%)	4 (100%)
Группа исследования	<b>84</b>	-	36	48
Летальность в группе исследования	<b>2(2,4%)</b>	-	-	2
<b>Число больных с высоким риском</b>	<b>106</b>	<b>12</b>	<b>42</b>	<b>52</b>
<b>Летальность в группе с высоким риском</b>	<b>21 (19,8%)</b>	<b>9 (75%)</b>	<b>6 (14,3%)</b> p=0,013	<b>6 (11,5%)</b> p=0,003
<b>Всего больных с консервативным ведением</b>	<b>514</b>	<b>123</b>	<b>189</b>	<b>202</b>
<b>Летальность в группе консервативного ведения</b>	<b>21 (4%)</b>	<b>9 (7,3%)</b>	<b>6 (3,2%)</b> p=0,18	<b>6 (2,9%)</b> p=0,14

За период 1999-2007гг. в группе «вынужденного» консервативного ведения у 12 больных (68,4%) смерть наступила в ближайшие часы от поступления в связи с необратимыми проявлениями шока без рецидива кровотечения. Очевидно, что причину неблагоприятных исходов у данных больных следует искать на догоспитальном этапе. Совершенствование методов неоперативного гемостаза имеет под собой веское основание у больных с развившимся рецидивом кровотечения. Таких пациентов было 5 и все они погибли в период 1999-2001гг. В группе исследования умерло 2 больных из 69 (2,4%) по причинам, не связанным с рецидивом кровотечения. Летальность во всей группе с высоким риском рецидива кровотечения составила 19,8% (21 пациент умер среди 106). При сравнении показателей летальности в 1999-01гг. и после внесенных изменений в подходы ведения больных 2002-04гг. и 2005-07гг. отмечается статистически достоверное снижение летальности с 75% до 14,3% и до 11,5% за последний период (p=0,003).

Общая летальность позволяет наглядно продемонстрировать возможности и неотложных хирургических вмешательств и неоперативного гемостаза. Среди 660

больных, находившихся на лечении с ЯГДК летальность составила 5,9% (39 умерли) (таб. 14). При сравнении показателей общей летальности на разных этапах исследования отмечается отчетливая тенденция к снижению с 8,2% (1999-01гг.) до 5,9% (2002-04гг.) ( $p=0,4$ ) и до 4,6% (2005-07гг.) ( $p=0,015$ ), т.е почти в два раза. Такая положительная тенденция, в первую очередь, связана с применением новых подходов к ведению больных с высоким риском рецидива кровотечения. Именно данный факт подчеркивает, что выбранный новый подход к ведению больных с высокой вероятностью возврата кровотечения является обоснованным.

**Табл. 14. Общая летальность среди больных с ЯГДК (1999-07гг.).**

Год	1999-07	1999-01	2002-04	2005-05
<b>Всего больных с ЯГДК</b>	<b>660</b>	<b>207</b>	<b>236</b>	<b>217</b>
<b>Неотложные операции</b>				
Число операций	146	84	47	15
<b>Послеоперационная летальность</b>	18 (12,3%)	8 (9,5%)	8 (17%) ( $p=0,4$ )	4 (26,6%) ( $p=0,2$ )
<b>Консервативное ведение</b>				
Число больных	514	123	189	202
Летальность среди больных с консервативным лечением	21 (4%)	9 (7,3%)	6 (3,2%) $p=0,188$	6 (2,9%) $p=0,14$
<b>Общая летальность</b>	<b>39 (5,9%)</b>	<b>17 (8,2%)</b>	<b>14 (5,9%) (<math>p=0,4</math>)</b>	<b>10 (4,6%) (<math>p=0,01</math>)</b>

## **II. Малоинвазивные операции в хирургическом лечении осложнений ЯБДК**

**ЛТВ III в лечении больных ЯБДК, осложненной кровотечением.** *Показания к ЛТВ III:* больные ЯБДК, осложненной ЖКК, подлежащие оперативному лечению в экстренном (при продолжающемся кровотечении) или срочном (при высокой угрозе рецидива) порядке. *Противопоказания к ЛТВ III:* сочетание ЖКК с суб- и декомпенсированным пилоробульбарным стенозом; крайне тяжелое состояние больного; общие противопоказания для лапароскопических операций.

**Интраоперационный период.** Конверсий, а также интраоперационных осложнений не было. Пилоропластику по Финнею с иссечением, либо прошиванием язвы выполнили у 12 больных, по Гейнике-Микуличу с прошиванием язвы – 4 и по Джадду с иссечением язвы – 1 больного. Продолжительность операции в среднем составила  $109 \pm 16$  мин..

**Непосредственный период.** Следует подчеркнуть благоприятное влияние малоинвазивного характера операции на течение послеоперационного периода, который

характеризовался невыраженным болевым синдромом (необходимости в наркотических обезболивающих препаратах не было), ранней активизацией больных (состояние 12 пациентов (70,6%) не требовало постельного режима уже к концу 2 суток), быстрым восстановлением моторики ЖКТ (парез ЖКТ отсутствовал). Противоязвенная терапия была обязательным компонентом схемы послеоперационной терапии. Актуальность проведения антихеликобактерной терапии подчеркивал факт выявления *H. pylori* у 100% больных. Характерной особенностью операций с ваготомией является развитие моторных расстройств оперированного желудка. Профилактику таких нарушений (прокинетики, физиотерапия, зондовая декомпрессия желудка) начинали с первых суток после операции. Двоим больным с высоким риском развития послеоперационных моторных нарушений (глубокая анемия и гипопроотеинемия) интраоперационно устанавливали назоеюнальный зонд для энтерального питания, что позволило избежать гастростаз. Тем не менее, у 2 (11,8%) больных развился гастростаз, который был легкой степени тяжести, смешанной природы. Нарушение эвакуации из желудка было обусловлено, как функциональными причинами (снижением тонуса и моторики желудка вследствие ваготомии), так и механической (анастомозит). Консервативные мероприятия быстро ликвидировали эвакуаторные расстройства. Новые технологии не лишены «специфических» опасностей. При выполнении ЛТВ следует помнить о возможности развития коагуляционного некроза стенки пищевода, с чем мы встретились у 1 (5,9%) больного. Осложнение проявилось достаточно поздно (на 8 день) клинической картиной перфорации полого органа. Больной был повторно оперирован, был выявлен некроз передне-боковой стенки абдоминального отдела пищевода. Произведено ушивание дефекта, фундопликация по Ниссену, гастростомия на дренаже Фоллея. Пациент поправился. Других осложнений не было. Средние сроки пребывания в стационаре 14±6 дней. При выписке рекомендовали прием поддерживающей антисекреторной терапии и прокинетиков в течение 4-6 недель.

Ближайший послеоперационный период. В сроки от 2-3 месяцев до 1 года обследованы 15 (88,2%) пациентов. Основными задачами этого периода считали оценку эффективности проведенного лечения, раннего выявления нарушений и своевременной медикаментозной их коррекции. Жалобы у всех пациентов отсутствовали. Работающие пациенты (n-12) в течение месяца приступили к труду, а 2 студента - к учебе, что свидетельствовало о быстрой физической и трудовой реабилитации. При ЭГДС язвы были в стадии заживления. У пациента с некрозом стенки пищевода слизистая пищевода была без каких-либо грубых изменений. Моторно-эвакуаторных расстройств у обследованных не было. Одним из основных критериев эффективности операций с

ваготомией является редукция кислотообразования. Уровень базальной кислотности при помощи внутрижелудочной рН-метрии во время ЭГДС изучили у 12 пациентов, при этом у 7 (46,7%) - выявлена нормацидность, а у 5 (55,3%) - гипоацидность. У 3 пациентов кислотопродукцию желудка исследовали аспирационно-титрационным способом: БПК составила  $2,8 \pm 0,4$  мэкв\час, а МПК  $9,8 \pm 1,2$  мэкв\час. Таким образом, отсутствие опасного уровня кислотообразования не потребовало назначения поддерживающей антисекреторной терапии. Н. pylori обнаружен у 3 пациентов.

Отдаленные результаты. От 2 до 7 лет ( $5,8 \pm 0,3$ года) обследованы 15 (88,2%) пациентов. Жалобы предъявлял один (6,7%), связанные с проявлениями ГЭРБ на фоне хиатальной аксиальной грыжи. Эндоскопическая картина пищевода соответствовала терминальному поверхностному эзофагиту. Назначенная терапия принесла положительный эффект. При ЭГДС у всех пациентов выявлены признаки поверхностного гастрита. Рецидива язвы не было. По данным рН-метрии, проведенной во время ЭГДС, у 2 (14,2%) пациентов была определена гипоацидность, а у 13 (85,7%) - нормацидность. Таким образом, у 14 больных 93,3 % отметили отличный результат (Visick I) и хороший (Visick II) - у 1 6,7%.

Малоинвазивные операции в хирургическом лечении ЯБДК, осложненной перфорацией. Применение ЛТВ ПП преследовало следующее: эффективно ликвидировать перфорацию, сочетанные осложнения ЯБДК, создать условия для быстрой реабилитации в раннем послеоперационном периоде, предотвратить рецидивы ЯБ. Лапароскопическое ушивание, направленное только на устранение перфорации, у определенной группы больных с последующей противоязвенной терапией имеет обоснование. Клинико-anamнестические данные играют важную роль в выборе способа операции при данном осложнении. При длительном, рецидивирующем течении ЯБДК, при проявлении сочетанного характера осложнений следует склониться к выбору операции с ваготомией. Напротив, при отсутствии язвенного анамнеза, либо при благоприятном течении болезни операцией выбора может стать лапароскопическое ушивание. Очевидно, что полагаться только на клинико-anamнестические данные не представлялось возможным, что потребовало разработки диагностической программы.

Диагностическая программа. 1) Обзорная рентгенография брюшной полости на "свободный газ". 2) ЭГДС. При верифицированном диагнозе перфорации ЭГДС проводили на операционном столе под интубационным наркозом. Перед ЭГДС стояли особые задачи: подтвердить наличие ЯБДК, осложненной перфорацией; выполнить рН-метрию; произвести биопсию на Н. pylori; определить локализацию язвы, размеры язвенного дефекта и размеры перфорационного отверстия; выявить вторую язву;

исключить вероятность развития ЖКК; определить наличие пилородуоденального стеноза; обнаружить признаки пенетрации язвы; выявить другие патологические изменения верхнего отдела желудочно-кишечного тракта. 3) Завершали диагностику лапароскопической ревизией.

Показания к ЛТВ III: длительный язвенный анамнез с упорным рецидивирующим течением; перенесенные язвенные ЖКК; формирующийся или компенсированный пилородуоденальный стеноз; наличие кровотечения или угрозы его развития; наличие пенетрации; большое перфорационное отверстие (>1см). Противопоказания к ЛТВ III: при сочетанной форме ЯБ, суб- и декомпенсированном стенозе, общих противопоказаниях для лапароскопических операций, распространенный перитонит с выраженным парезом желудочно-кишечного тракта.

Показания к лапароскопическому ушиванию: перфорация “немой” язвы или кратковременный язвенный анамнез при отсутствии других осложнений ЯБДК. Противопоказания к лапароскопическому ушиванию: упорное и длительное течение ЯБДК, сочетание перфорации с другими осложнениями, локализация перфорации на боковой стенке луковицы ДПК, размер перфоративного отверстия более 1,0 см, выраженная периульцерозной инфильтрации, общих противопоказаниях для лапароскопических операций, распространенный перитонит с выраженным парезом ЖКТ.

ЛТВ III в хирургии перфоративных дуоденальных язв. Интраоперационный период. В одном (2 %) случае были конверсии по причине повреждения передней стенки пищевода, в связи с чем выполнили ушивание пищевода, фундопликацию по Ниссену, пилоропластику по Финнею. Послеоперационный период протекал гладко. В качестве дренирующей желудок операции у 35 больных (71,4%) была выполнена пилоропластика по Джадду, а у 14 (28,6%) - по Финнею. Имевшиеся у 13 больных (26,5%) вторые язвы прошивали. Назоеюнальный зонд с целью профилактики нарушений эвакуации и раннего энтерального питания был установлен во время операции у 7 (14,3%) больных, в связи с наличием стеноза. Результаты посевов из брюшной полости были следующими: у 11% больных микроорганизмов не обнаружили, у 24% выявлен *Candida spp.*, а у 65% сочетание *Staphylococcus spp.*, *Streptococcus spp.*, *E. Coli*. Степень контаминации в 1 мл экссудата не превышала  $10^4$  микробных тел. Средняя продолжительность операции -  $115 \pm 25$  мин.

Непосредственный период. Отсутствие лапаротомии благоприятно повлияло на выраженность болевого синдрома, раннюю активизацию больных, восстановление моторики ЖКТ. Большинство 87% больных (n-34) уже к концу первых суток вставали и

перемещались по палате. С первых суток назначали антисекреторные и антихеликобактерные препараты (54,8% *H. pylori* позитивных больных), стимулирующие моторную активность желудка, амплипульс. У 5 (10,2%) пациентов выявлен гастростаз легкой степени смешанной природы, при этом атонии желудка по данным йономанометрии ни в одном случае не было. Ведущую роль в развитии стаза сыграло нарушение ритмического компонента моторики, вызванное сочетанием стеноза и перфорации. Эти нарушения носили проходящий характер.

Летальность составила 2% (умер 1 больной от массивной тромбоэмболии легочной артерии). Хирургические осложнения (серома и гематома) отмечены у 2 (4%) больных. Общим осложнением послужила госпитальная пневмония. Средний срок пребывания в стационаре составил  $14,4 \pm 6,2$  суток.

Ближайший послеоперационный период. Через 2 месяца до 1 года обследовано 47 (95,9%) пациентов. Предъявляли жалобы 7 больных (14,8%). К труду от 2 до 4 недель после выписки приступили все работающие. Данные о желудочной кислотности были получены у 30 (61,2%) больных. Аспирационно-титрационным методом применен у 19 (38,8%): БПК- $1,7 \pm 0,8$  ммоль/л, МПК- $8 \pm 2,6$  ммоль/л. При ЭГДС рН определили у 11 (22,4%) пациентов. Значение рН в базальный период исследовали в области пилоропластики и трех отделах желудка. У 10 пациентов рН в области пилоропластики составило  $6,2 \pm 0,6$  ед.; в антральном отделе  $4,4 \pm 1,6$  ед; в теле желудка -  $3,4 \pm 1,8$  ед.; в своде желудка  $3,9 \pm 0,8$  ед.. Полученные показатели свидетельствовали об отсутствии опасного в развитии рецидива показателя кислотности и свидетельствовали о нормацидности. У одного больного определена гиперацидность (рН 1,2 ед.), что потребовало назначения поддерживающей антисекреторной терапии. Рентгенологическое исследование желудка выполнили 47 (95,9%) пациентам. У 6 (12,8%) пациентов до 1 года сохранялось замедление желудочного опорожнения. У 2 пациентов (4,3%) была картина дискинезии ДПК с дуоденогастральным рефлюксом (ДГР), что явилось поводом для назначения прокинетиков. При ЭГДС у 1 (2,1%) больного была выявлена рецидивная язва с базальной гиперацидностью при отрицательном атропиновом тесте. В происхождении язвы большую роль сыграло неполное восстановление моторной функции желудка. У 14 (29,8%) больных были выявлены умеренно выраженные гастритические изменения, а у 1 (2,1%) - эрозивный нормацидный антрум-гастрит на фоне ДГР.

Отдаленные результаты. В сроки  $5,4 \pm 1,3$  лет обследовано 47 больных (95,9%). При ЭГДС воспалительные изменения слизистой оболочки желудка и/или ДПК были выявлены у 20 пациентов (42,5%), при этом только у 1 (2,1%) больного обнаружен эрозивный характер гастрита на фоне нормацидности. У 1 (2,1%) пациента обнаружена

послеоперационная лигатура, фиксирующая переднюю и заднюю стенку пилоропластики, которая приобрела обычные размеры и форму после ее рассечения. В 4 случаях выявлены рецидивные язвы (8,5%). У остальных пациентов эндоскопическая картина была близкой к нормальной. Рентгенологическое исследование желудка провели у 47 пациентов, при этом у 45 (91,5%) нарушения отсутствовали, а в 2 случаях (4,2%) были выявлены признаки рубцевания области пилоропластики со стенозированием без нарушения темпов опорожнения желудка. Желудочная секреция была изучена у 47 (95,9%) больных. У 7 пациентов кислотность исследовали аспирационно-титрационным методом, а у 40 - методом эндоскопической рН метрии. БПК составила  $1,8 \pm 0,7$  ммоль/л, а МПК  $-7,7 \pm 2,1$  ммоль/л. Значение рН у 36 пациентов в области пилоропластики было  $6,1 \pm 0,6$  ед., в антральном отделе -  $4,1 \pm 0,9$  ед., в теле -  $2,4 \pm 0,9$  ед., в своде желудка  $-3,4 \pm 0,6$  ед., что свидетельствовало об отсутствии опасного по рецидиву уровня кислотности. Тем не менее, у 4 пациентов (8,5%) определена гиперацидность (рН в теле желудка - 1,3-1,5 ед.), при этом у 2 больных выявлен рецидив язвы и положительный атропиновый тест. Наличие *H. pylori* было изучено у 30 (61,2%) пациентов, при этом положительный результат был у 18 (60%). У *H. pylori*-негативных больных при ЭГДС обнаружен умеренно выраженный гастрит. Легкая степень обсемененности выявлена у 3 (16,6%) пациентов, при этом слизистая была близкой к нормальной. Средняя степень - у 11 больных (61,1%), в том числе и у 2 больных с рецидивами. Высокая степень - у 4 больных (22,2%) – 2 больных с рецидивом язвы и у 2 - с поверхностным гастродуоденитом. Можно отметить, что *H. pylori* выявляли чаще у больных с гастритами и при рецидивах язвенной болезни.

В целом было получено следующее распределение по результатам: Visick I- у 38 больных (80,8%); Visick II – у 5 (10,7%), пациентов отнесенных к Visick III не было, к Visick IV отнесли 4 больных (8,5%) с рецидивом язвы. Причиной рецидива у 2 больных послужило рубцевание пилоропластики с формированием стеноза через 4 и 7 лет после операции (пилоропластика по Джадду). Неполная ваготомия послужила причиной рецидива у 2 больных через 5 и 7 лет после операции. Терапия у всех больных с рецидивами, включая больных с рубцеванием пилоропластики, имела отчетливый эффект и повторной операции не потребовалось.

**Лапароскопическое ушивание в хирургии перфоративных дуоденальных язв.**  
**Интраоперационный период.** Конверсий не было. Осложнение отмечено в 1 случае (0,6%), которое пришлось на освоение техники операции, связанное с потерей иглы в брюшной полости. После уточнения ее локализации компьютерной томографией была выполнена релапароскопия и игла извлечена. У 55 (33%) пациентов имелся распространенный

перитонит, а у 117(67%) – местный. Выпот носил серозно-фибринозный характер. У 2 (1,1%) пациентов с разлитым перитонитом были выполнены запрограммированные санационные релaparоскопии через сутки, при которых дальнейших санаций не потребовалось. Степень контаминации в 1 мл экссудата не превышала  $10^4$  микробных тел. Продолжительность операции составила  $110 \pm 25$  мин.

Непосредственный период. Только 2 (1,2%) пациента лечились в отделении интенсивной терапии в связи с разлитым перитонитом. Течение послеоперационного периода отличалось быстрой активизацией больных. Для обеспечения заживления ушитой язвы и обеспечения длительной ремиссии применяли трехкомпонентные схемы противоязвенной терапии. Рентгенологическое исследование выполняли на 8-9 сутки после операции. Замедление эвакуации контрастного вещества до 6 часов, без клинических проявлений выявлено у 10 (7,3%) больных, связанное с воспалением в области ушитой язвы. Осложнения были у 4 больных (2,3%): несостоятельность ушитой язвы (n-2), поддиафрагмальный абсцесс (n-1) и перфорация острой язвы (посткоагуляционной) подвздошной кишки (n-1). Все данные больные выздоровили. Среднее время пребывания в стационаре составило  $10,3 \pm 2$  дня. Пациентам рекомендовали наблюдение в амбулаторных условиях, возлагая надежды на оценку эрадикации и эффективность антисекреторной терапии. Назначали курс поддерживающей терапии длительностью 4-6 недель, а затем - противорецидивное лечение.

Ближайшие результаты. Обследованы 22 (13%) больных. Жалоб не было. Все пациенты приступили к труду через 2-3 недели. При ЭГДС язвы были в стадии заживления. У всех выявлены эндоскопические признаки умеренно выраженного гастрита. У большинства (88%) по данным эндоскопической рН-метрии определена базальная гиперацидность. Эрадикации *H. pylori* не произошло. Больным рекомендовали поддерживающую антисекреторную и антихеликобактерную терапию.

Отдаленные результаты. В сроки свыше 2 лет обследованы 42 больных (24,4%). У большинства получены отличные и хорошие результаты Visick I и II - 31 (73,8%). Эти пациенты не предъявляли жалоб. При ЭГДС выявили незначительные воспалительные изменения слизистой желудка и/или ДПК. У 30,9% пациентов при ЭГДС были обнаружены небольшие аксиальные хиатальные грыжи без явлений ГЭРБ. У 49% была определена базальная нормаацидность, а у остальных гиперацидность. *H. pylori* обнаружен у 83,8% пациентов. Результаты Visick III отмечены у 8 (19%) пациентов, связанные с рефлюкс-эзофагитом на фоне хиатальной грыжи - у 2-х и эрозивным гастродуоденитом - у 6. У 7-х пациентов определена гиперацидность (87,5%), а у 1-го - нормаацидность. У 75% больных был выявлен *H. pylori*. Результат Visick IV был связан с

рецидивом язвы через 8 лет после операции у 3 пациентов (7,1%). У всех выявлена гиперацидность и наличие *H.pylori*. Считаем, что полученные результаты в большей степени связаны со строгим отбором больных, нежели с проведенным лечением в послеоперационном периоде.

**ЛТВ ДЖО в хирургии ЯБДК, осложненной стенозом.** Показания к ЛТВ ДЖО: больным с язвенным пилоробульбарным стенозом, у которых нарушения моторики желудка не достигают необратимых степеней, а уровень кислотности соответствует нормо или умеренной гиперсекреции. Противопоказания к ЛТВ ДЖО: поздние стадии стеноза с необратимыми изменениями моторики желудка, дуоденостаз, большая хиатальная грыжа с ГЭРБ, общие противопоказания к лапароскопическим операциям.

**Интраоперационный период.** Конверсий не было. Осложнения отмечены у одного пациента (1,5%) - травма селезенки с кровотечением, которое удалось остановить эндоскопически. Технические сложности при выполнении пилоропластики отмечены у 7 больных (10,8%), у 6- связаны с большим язвенным инфильтратом, у 1- с сочетанием стеноза и кольцевидной головкой поджелудочной железы. Вышеописанные сложности не повлияли на результат, хотя и удлиннили операцию. Предпочтение отдавали пилоропластике по Финнею, которую выполнили у 54 пациентов (83%). Пилоропластику по Гейнеке-Микуличу выполнили у 10 (15,5%), гастродуоденостомию по Джабулею - у 1 (1,5%). В 4 случаях выполнили симультантные операции: с лапароскопическими холецистэктомиями (2), с лапароскопической кистэктомией (1), с лапароскопической надвлагалищной ампутацией матки (1). Длительность операции составляла 110-120 мин.

**Непосредственный период.** Среди обсуждаемой группы (n=65) у 16 больных (25%) до операции был сформулирован высокий риск развития гастростаза. В результате профилактических мероприятий (в т.ч. зондовое энтеральное питание) у 11 из 16 пациентов гастростаз удалось избежать. Гастростаз развился у 7 пациентов (11%), при этом у 5 пациентов он носил легкую степень тяжести, а у 2 среднюю. У всех больных моторно-эвакуаторные расстройства были купированы консервативно. Лечение гастростаза включало: коррекцию водно-электролитных и метаболических нарушений; энтеральное зондовое питание; декомпрессию желудка; препараты стимулирующие моторику; антисекреторные средства; антибактериальную и противовоспалительную терапию; физиотерапевтическую стимуляцию моторики желудка.

В послеоперационном периоде отмечено одно осложнение (1,5%) - несостоятельность швов пилоропластики. После повторной операции наступило выздоровление. После выписки в течение 3-4 недель больным рекомендовали поддерживающую антисекреторную терапию и прокинетики.

Ближайшие результаты. В сроки от 2-3 месяцев до года обследованы 38 (58%) пациентов. Жалобы предъявляли 6 (13%) пациентов. В одном случае отметили редкое осложнение операции хилоперитонеум, ликвидированный консервативным лечением. Кислотопродукция желудка изучена у 38 больных. Аспирационно-титрационный способ применен у 21 (55%) пациента; у 17 (45%) внутрижелудочная рН-метрия. Показатели БПК составили  $1,9 \pm 0,2$  мэкв\час, а МПК  $7,4 \pm 0,1$  мэкв\час, т.е. на безопасном уровне. При сравнении с исходными показателями (БПК 5,5 мэкв\час МПК 25,5 мэкв \час) произошло снижение БПК на 65%, а МПК на 71% ( $p=0,001$ ). При эндоскопической рН-метрии у большинства -11 пациентов выявлена нормацидность, а у 6 гипоацидность. Таким образом, у всех пациентов уровень желудочной кислотности снизился до безопасного уровня. Рентгенологическая диагностика моторно-эвакуаторной функции желудка имела важную роль. Замедление эвакуации, обнаружено у 2 (5,3%) пациентов, у одного из них сопровождавшееся образованием безоара. Восстановление моторики желудка произошло через год после операции. В одном (2,6%) случае отметили инверсию эвакуации из желудка от резко замедленной до резко ускоренной, сопровождавшуюся клиникой демпинг-синдрома. При ЭГДС у 2 (5,3%) пациентов был обнаружен рецидив язвы, а у остальных были выявлены незначительные гастритические изменения.

Отдаленные результаты. В срок  $5,3 \pm 2,4$  лет обследовано 56 пациентов (86%). Из них 32 (57%) больных в сроки свыше 5 лет. Отличными (Visick I) признали отдаленные результаты у 44 обследованных больных (78,6%). Эти пациенты не предъявляют жалоб, ведут активный образ жизни, не соблюдают диеты и режим. Больше половины из них, а это 27 (61,3%) пациентов, перенесли оперативные вмешательства больше 5 лет назад. При ЭГДС обнаружены умеренно выраженные гастриты. По данным гистологического исследования выявлено умеренное воспаление слизистой антрального отдела желудка с очаговой атрофией желез. Уровень кислотности имел тенденцию к росту в отдаленные сроки ( $p=0,06$ ): БПК с  $1,9 \pm 0,6$  до  $2,3 \pm 0,6$ ; МПК с  $7,4 \pm 2,4$  до  $9,9 \pm 2,3$  мэкв\час. Н. pylori выявлен у 14 больных (31,8%). Хорошие результаты (Visick II) отмечены у 5 пациентов (8,9%) с проявлениями терминального эзофагита на фоне недостаточности кардии. Инфицированность Н. pylori составила 20%. Удовлетворительными (Visick III) признали результаты у 3-х пациентов (5,4%): двое из них оперированные повторно в одном случае в связи с безоаром желудка и высокой непроходимостью, в другом - в связи с желчекаменной болезнью. У одной больной отмечен демпинг-синдром средней тяжести. Н. pylori у данных больных не обнаружен. Плохими (Visick IV) результаты были у 4 больных (7,1%) с рецидивами язвы. В двух случаях рецидивы наступили через 5 и 9 лет после операции, по причине рубцевания и сужения области пилоропластики. В двух через

2 и 3 года после операции в связи с неполной ваготомией (положительный атропиновый тест) и ростом кислотопродукции. У всех данных больных выявлен *H. pylori*.

Подведем итог результатам 131 операции с лапароскопической ваготомией, примененных в лечении трех осложнений ЯБДК. Число конверсий невелико – 1 случай (0,8%) (повреждение пищевода), пришедшиеся на время освоения методики. Интраоперационное осложнение отмечено у одного больного (0,76%). Гастростаз после операций встретился у 14 пациентов (10,7%) и носил проходящий характер. Хирургические осложнения отмечены у 4 (3%) больных, у 2 (1,5%) были раневыми (серома и гематома раны). Опасные интраабдоминальные осложнения отмечены у 2 больных (1,5%) – несостоятельность пилоропластики и коагуляционный некроз пищевода. Все осложнения вовремя диагностированы и пролечены. Больные поправились. Среди госпитальных осложнений отмечена пневмония легкого течения и ТЭЛА, явившаяся причиной единственного летального исхода (0,7%). В отдаленные сроки от 2 до 10 лет ( $5,6 \pm 3,2$  лет) обследованы 118 больных (90%). У 96 (81,4%) отдаленные результаты расценены, как отличные, у 11 (9,3%), как хорошие. Удовлетворительными признаны результаты у 3 пациентов (2,5%) с развитием желчнокаменной болезни и с фитобезоаром, что потребовало хирургического лечения, а также демпинг-синдромом средней тяжести. Плохими результаты признаны у 8 больных (6,8%) рецидивами язвы. Причинами рецидивных язв послужили моторно-эвакуаторные расстройства в связи с рубцеванием и стенозированием пилоропластики, а также неполная ваготомия. У всех больных консервативное лечение было успешным и повторного вмешательства не требовалось. Таким образом, представленные результаты операций с лапароскопической ваготомией свидетельствуют о высокой эффективности в устранения опасного осложнения и избавления от ЯБ большинства больных. Принимая во внимание техническую доступность выполнения, небольшое число осложнений и присущие малой инвазивности достоинства, данные вмешательства являются операциями выбора при осложнениях язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

### **Выводы:**

1. Разработанный комбинированный метод эндоскопического и медикаментозного гемостаза у больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями с высоким риском рецидива, позволил в 97,1 % случаев избежать неотложной операции, из них перенести ее на плановый этап у 23% пациентов, у 21,7 % больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями совсем отказаться от хирургического лечения, а

остальным пациентам, как правило, с первым эпизодом кровотечения проводить противоязвенную терапию под диспансерным наблюдением.

2. Эффективность терапии язвенной болезни у неоперированных больных, перенесших язвенные гастродуоденальные кровотечения с высоким риском рецидива без неотложной операции, в сроки от 1 до 3 лет ( $16 \pm 3,2$  мес.) составила 88,4%, тогда как у 11,6% пациентов выявлены рецидивы заболевания, в 2,3% случаев - осложненные кровотечением, что явилось показанием к хирургическому лечению.
3. Внедрение в клиническую практику комбинированного метода неоперативного гемостаза позволило снизить общую летальность у больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями с 8,2% в 1999-2001 г.г. до 4,6% в 2005-2007 гг., при этом оперативная активность сократилась с 40,6% до 6,9%, соответственно.
4. Лапароскопическая стволовая ваготомия с дренирующими желудок операциями из минилапаротомного доступа, выполненная по поводу всех осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, характеризуются быстрой реабилитацией больных вследствие малой травматичности, сопровождается небольшим числом конверсий - 2,2%, интраоперационных - 0,7% и послеоперационных - 4,6% осложнений, типовыми для операций с ваготомией проходящими моторно-эвакуаторными нарушениями - 10,7%, невысокой летальностью - 0,7% и обеспечивает в отдаленные сроки у 90,7% больных отличные и хорошие результаты, у 2,5% - удовлетворительные и небольшое число рецидивов - 6,8%.
5. Пилоропластика с иссечением или прошиванием кровоточащей дуоденальной язвы из минилапаротомного доступа с лапароскопической стволовой ваготомией является малоинвазивной операцией, доступной хирургам, имеющих опыт выполнения лапароскопических операций с ваготомией в плановой хирургии, характеризуется небольшим числом осложнений - 5,8%, отсутствием летальности, отличными и хорошими результатами в отдаленные сроки.
6. Разработанный алгоритм диагностики при перфоративной дуоденальной язве позволяет объективизировать выбор двух различных по своему характеру малоинвазивных операций: лапароскопического ушивания и более сложной лапароскопической ваготомии с пилоропластикой из минилапаротомного доступа (ЛТВ ПП). Так, у 30,6% больных, перенесших ЛТВ ПП, были выявлены сочетанные осложнения (у 22,4% - перфорация и стеноз, у 8,2% - перфорация и кровотечение), которые явились противопоказанием для лапароскопического ушивания.
7. Лапароскопическое ушивание перфоративной дуоденальной язвы у отобранной группы больных с первым проявлением болезни, либо «благоприятным»

предшествующим течением заболевания, при отсутствии инструментальных данных о сочетанном характере осложнений, является технически несложным малоинвазивным вмешательством, которое позволяет получить отличные и хорошие отдаленные результаты у 73,8 % пациентов, с числом рецидивов - 7,1%.

8. Лапароскопическая стволовая ваготомия с пилоропластикой и иссечением перфоративной дуоденальной язвы из минилапаротомного доступа показана пациентам с предшествующим упорным течением заболевания и/или наличием сочетанных осложнений, сопровождается невысокой летальностью - 2% и позволяет обеспечить у 91,5% больных отличные и хорошие результаты в отдаленные сроки, с числом рецидивов - 8,5%.
9. Лапароскопическая стволовая ваготомия с дренирующей желудок операцией из минилапаротомного доступа показана значительной части больных с язвенным стенозом, у которых нормальная или умеренно повышенная кислотность, а нарушение моторно-эвакуаторной функции не достигает необратимых изменений, при этом данная операция сопровождается быстрым восстановлением больных, небольшим числом интраоперационных - 1,5% и послеоперационных осложнений - 1,5%, отличными и хорошими отдаленными результатами у 87,5% больных с числом рецидивов - 7,1%.
10. Лапароскопическая стволовая ваготомия с дренирующей желудок операцией из минилапаротомного доступа не представляет технических сложностей для «общих» хирургов, имеющих опыт выполнения органосберегающих операций с ваготомией и владеющих лапароскопической техникой, а также является хирургическим методом лечения осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, который может найти применение в клиниках, имеющих материально-техническую базу для проведения данных вмешательств.

#### **Практические рекомендации:**

1. Комбинированный метод ведения больных с ЯГДК заключается в первичном эндоскопическом гемостазе, проведении базисной интенсивной, антисекреторной и антигеликобактерной терапии, динамическом эндоскопическом контроле. В случае рецидива кровотечения показано экстренное оперативное вмешательство, а больным с декомпенсацией основных функций и систем организма - эндоскопический гемостаз, в случае его неэффективности - операция минимального объема.
2. Антисекреторную терапию следует начинать непосредственно после завершения экстренной ЭГДС с болюсной в/венной инфузии 40 мг лосека, затем проводить

непрерывное в/венное введение 160 мг препарата в сутки до исчезновения признаков высокого риска рецидива кровотечения при динамической ЭГДС, после чего осуществлять переход на пероральный приём антисекреторного средства.

3. Ряду больных с перенесенными ЯГДК, показано плановое оперативное лечение в ближайшие сроки, в первую очередь, с сочетанными осложнениями, рецидивирующим характером кровотечений и неэффективностью предшествующего консервативного лечения язвенной болезни.
4. Амбулаторное лечение больных с перенесенными ЯГДК нужно осуществлять на принципах диспансеризации, задачей которой является оценка эффективности лечения с учетом желудочной секреции и эффективности антихеликобактерной терапии, при этом следует определить группу больных, которым показана поддерживающая антисекреторная терапия и повторные курсы антихеликобактерной терапии, а при рецидиве заболевания сформулировать показания к операции.
5. При выборе метода малоинвазивной операции при перфоративной дуоденальной язве необходимо учитывать не только клинические данные, но и результаты комплексной диагностической программы, включающей ЭГДС и лапароскопию, решающих специальные задачи: определение локализации язвы, размеров перфорационного отверстия, наличие второй язвы, сочетанности осложнений, оценку язвенного инфильтрата, выполнение pH-метрии и биопсии на наличие *H.pylori*.
6. Для успешного выполнения лапароскопического ушивания перфоративной дуоденальной язвы необходим ряд местных условий: локализация язвы на передней стенке, размер перфорации не более 1,0 см и отсутствие выраженной периульцерозной инфильтрации.
7. Особенность техники выполнения лапароскопической ваготомии сопряжена с возможностью появления таких осложнений, как интраоперационное повреждение стенки абдоминального отдела пищевода, посткоагуляционного некроза пищевода, повреждения грудного лимфатического протока, о чем следует помнить при проведении этого важного этапа операции.
8. Трудности при выполнении пилоропластики из минилапаротомного доступа могут быть вызваны выраженным язвенным инфильтратом с пенетрацией язвы, в связи с чем, в случае плановой хирургии пилоробульбарного стеноза необходимо добиться полного заживления язвы и ликвидации периульцерозного воспаления.
9. После операций с лапароскопической ваготомией следует проводить профилактику моторно-эвакуаторных нарушений, используя прокинетики, физиотерапию, у ряда

больных - зондовое энтеральное питание, а для раннего выявления этих расстройств и своевременного лечения - ультразвуковое сканирование желудка.

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

1. Панцырев Ю.М., Сидоренко В.И., Михалев А.И. Селективная проксимальная ваготомия с ушиванием перфоративного отверстия в хирургии прободных язв // Материалы Республиканской научно-практ. конф. «Избранные вопросы неотложной хирургии органов пищеварения» Харьков.-1990.-С.18.
2. Панцырев Ю.М., Эттингер А.П., Сидоренко В.И., Михалев А.И. Морфо-функциональное состояние гастродуоденальной области после селективной проксимальной ваготомии с различными видами пилоропластики. // Актуальные аспекты современной гисто и цитопатологии / Сборник науч. трудов института морфологии человека АМН СССР – М.- 1991. С. 54-57.
3. Панцырев Ю.М., Сидоренко В.И., Михалев А.И. Комаров Ю.Н. Использование селективной проксимальной ваготомии с ушиванием перфоративного отверстия в хирургии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией.// Материалы пленума комиссии АМН СССР и Всесоюзной конференции по неотложной хирургии. Ростов-на-Дону.- 1991.- С. 288-289.
4. Панцырев Ю.М., Эттингер А.П., Сидоренко В.И., Михалев А.И. Оценка морфо-функционального состояния гастродуоденальной области после селективной проксимальной ваготомии с тремя видами пилоропластик. // Материалы симпозиума «Физиология и патология моторной деятельности желудочно-кишечного тракта» Томск.- 1992. -С. 143-145.
5. Панцырев Ю.М., Сидоренко В.И., Михалев А.И. Хирургическое лечение перфоративных дуоденальных язв.//Сборник научных работ ММСИ им. Н.И.Семашко «Современные проблемы хирургии» М.-1993.- Том 2. –С. 47-50.
6. Чернякевич С.А., Михалев А.И., Зелинский Б.И. Механизмы нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка после органосохраняющих операций с ваготомией. // Материалы 1-й Российской гастроэнтерологической недели / Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 1995. - №3. – С.254-255.
7. Панцырев Ю.М., Сидоренко В.И., Федоров Е.Д., Михалев А.И. Лечебная тактика у больных с острыми язвенными желудочно-кишечными кровотечениями. // Современные аспекты неотложной хирургии /Сборник научных работ, посвященный 55-летию, 33-летию научной работы и врачебной деятельности профессора Чернова В.И. – Ростов-на-Дону.-1996.- С.83-85.
8. Михалев А.И., Михалева Л.М., Кокосадзе Н.К. Перфорация дуоденальной язвы, как первое проявление синдрома Золлингера-Эллисона. // Материалы 2-й Российской гастроэнтерологической недели/ Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1996. - №4, Том VI., С.334-335.
9. Чернякевич С.А., Михалев А.И., Паньковым А.Г.Медикаментозная коррекция моторно-эвакуаторной функции верхних отделов пищеварительного тракта при дуоденальной язве. // Материалы 2-й Российской гастроэнтерологической недели / Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1996. - №4, Том IV. -309 С.

10. Панцырев Ю.М., Сидоренко В.И., Федоров Е.Д., Михалев А.И. Активная дифференцированная тактика – рациональный подход к лечению язвенных гастродуоденальных кровотечений. // Материалы 2-й Российской гастроэнтерологической недели / Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1996. - №4, Том IV. -62 С.
11. Панцырев Ю.М., Чернякевич С.А., Михалев А.И., Паньков А.Г. и др. Факторы риска развития моторной и эвакуаторной функции желудка в ранние сроки после операций с ваготомией при осложненной дуоденальной язве. // Материалы 3-й Российской гастроэнтерологической недели. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1997. - №5, Том VII. - С.215-216.
12. Михалев А.И., Паньков А.Г., Натрошвили И.Г. Лечение перфоративных гастродуоденальных язв. // Материалы Всероссийской научно-практической конференции хирургов «Актуальные вопросы абдоминальной хирургии» - Пятигорск.- 1997.- С.159-161.
13. Панцырев Ю.М., Сидоренко В.И., Федоров Е.Д., Орлов С.Ю. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений: «Дороги, которые мы выбираем». // Материалы 3-й Российской гастроэнтерологической недели/ Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1997. - №4, Том VII. - 46 С.
14. Чернякевич С.А., Михалев А.И., Юдин О.И. Классификация нарушений моторно-эвакуаторной функции желудка после стволовой ваготомии и пилоропластики. // Материалы 4-й Российской гастроэнтерологической недели / Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1998. - №5, Том VII. - С. 26-27.
15. Чернякевич С.А., Михалев А.И., Паньков А.Г., Юдин О.И. и др. Моторно-эвакуаторная функция желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированной или неассоциированной с *Helicobacter pylori* // Материалы 4-й Российской гастроэнтерологической недели / Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1998. - №5, Том VII. – 58 С.
16. Сысоев Ю.А., Юдин О.И. Михалев А.И. Внутритонкокишечное питание гастроэнтерологических больных пищевой смесью нутризон. // Материалы 4-й Российской гастроэнтерологической недели / Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1998. - №5, Том VII. – 242 С.
17. Михалев А.И., Юдин О.И. Вероятность развития моторно-эвакуаторных расстройств после органосохраняющих операций с ваготомией при пилорoduоденальном стенозе. // Актуальные вопросы практической медицины. /Сб. научных трудов под редакцией Станулиса А.И.,- М., -1998.- С. 80-83.
18. Михалев А.И., Федоров Е.Д. Острый живот. / Справочник Гастроэнтерология. Под ред. В.Т.Ивашкина и С.И. Рапопорта.- М.: «Русский врач» - 1998.- С. 33-37.
19. Чернякевич С.А., Михалев А.И., Федоров Е.Д., Бабкова И.В. Результаты лечения лансопразолом осложнённых дуоденальных язв // Материалы 5-й Российской гастроэнтерол. недели / Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии -1999.- Т. IX, № 5.- 56 С.
20. Yu.M. Pantzyrev, A.I.Mikhalev, E.D.Fedorov Organ-saving laparoscopic operations for complicated peptic duodenal ulcers- initial results // Gastroenterological Endoscopy.-1999.- Vol.41, suppl. I, -P.645.

21. Михалев А.И., Натрошвили И.Г., Окулова Г.Н., Зелинский Б.И. Использование органосохраняющих операций с ваготомией при осложненном течении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки с применением лапароскопической техники. //Материалы Всероссийская конференция хирургов. – Пятигорск.- 1999.- 145 С.
22. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д., Паньков А.Г. и др. Органосохраняющие операции при осложненных язвах с применением лапароскопической технологии. //Материалы II Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии / Эндоскопическая хирургия. -1999. - №2.- 47 С.
23. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д., Натрошвили И.Г. Опыт применения малоинвазивных вмешательств с использованием лапароскопической техники при осложнениях язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2000. - №6. , Том X. –С. 65-68.
24. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д. Кузеев Е.А. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений // Хирургия им. Н.И.Пирогова.- 2000.- № 3.- С. 21-25.
25. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д., Натрошвили И.Г. Опыт применения малоинвазивных вмешательств с использованием лапароскопической техники при осложнениях язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Сб. трудов научно-практ. конференции, посвящённой 70-летию проф. Ю.А. Нестеренко.- М. 2000.- С. 31-40.
26. Панцырев Ю.М., Чернякевич С.А., Михалев А.И., Паньков А.Г. и др. Рациональные подходы к применению прокинетики в хирургической клинике // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2000. - №3, Том X. –С. 20-23.
27. Орлов С.Ю., Федоров Е.Д., Михалев А.И. Первый опыт применения эндоскопической ультрасонографии при острых язвенных гастродуоденальных кровотечениях // Материалы IV Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии.- 2000.- С. 213-214.
28. Михалев А.И., Федоров Е.Д., Натрошвили И.Г., Орлов С.Ю. и др. Опыт применения малоинвазивных вмешательств с использованием лапароскопической техники при осложнениях язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. // Материалы IV Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии.-2000.- С.187-189.
29. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Чернякевич С.А., Федоров Е.Д. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений в клинике госпитальной хирургии. // Материалы VII национального конгресса "Человек и лекарство". М.- 2000.- 175 С.
30. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д. Лечение язвенных гастро-дуоденальных кровотечений // Диагностика и лечение осложнённых форм язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. / Сборник научных трудов. Смоленск.- 2001.- С. 19-32.
31. Михалев А.И., Юдин О.И. , Бабкова И.В., Мишукова Л.Б. Ультразвуковой метод в диагностике раннего гастростаза после операции с ваготомией // Материалы 7-й Российской гастроэнтерологической недели / Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2001. - №5, Том IX. – 29 С.
32. Федоров Е.Д., Орлов С.Ю., Михалев А.И., Чернякевич П.Л. и др. Эндоскопический гемостаз и прогнозирование риска повторных желудочно-кишечных кровотечений (обобщённый взгляд на проблему) // Материалы научно-практической конференции

- ГВКГ им. Н.Н.Бурденко «Кислотозависимые заболевания желудочно-кишечного тракта: от этиологии к диагностике и лечению».- М., - 2001.- С. 31-40.
33. Способ контроля эффективности эндоскопического гемостаза и прогнозирования риска рецидива желудочно-кишечного кровотечения» патент №2201143. Пр. №2001100677 от 11.01.2001. В соавт. с Панцыревым Ю.М., Шаповальянцем С.Г., Орловым С.Ю., Федоровым Е.Д., Михалев А.И.
34. Панцырев Ю.М., Орлов С.Ю., Федоров Е.Д., Михалев А.И. Первый клинический опыт применения эндоскопической ультрасонографии при острых язвенных желудочно-кишечных кровотечениях // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2001.- №4.- С. 34-39.
35. Федоров Е.Д., Орлов С.Ю., Тимофеев М.Е., Михалев А.И. Эндоскопическая диагностика, остановка и прогнозирование риска рецидива острых гастродуоденальных кровотечений // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2002.- Т.ХII, №1.- С. 9-18.
36. Чернякевич С.А., Бабкова И.В., Михалев А.И. Результаты лечения ингибиторами протонной помпы осложненных дуоденальных язв до и после оперативных вмешательств. // Клиническая медицина. – 2002. - №9.- С. 52-54.
37. Yu.M. Pantzyrev, S.Yu. Orlov, E.D.Fedorov, A.I.Mikhalev Urgent endoscopic ultrasonography in assessment of the bleeding gastro-duodenal ulcers and predicting the risk of rebleeding // Journal of Gastroenterology and Hepatology- 2002. - Vol. 17, Suppl. – A998.
38. Yu.M. Pantzyrev, A.I.Mikhalev, E.D.Fedorov, Minimally invasive organ-saving laparoscopic operations (OSLO) for complicated peptic duodenal ulcers (CPDU): immediate, near and first distant results // Journal of Gastroenterology and Hepatology.- 2002.- Vol. 17, Suppl. – A742.
39. Панцырев Ю.М., Чернякевич С.А., Федоров Е.Д., Михалев А.И. и др. Эффективность применения парентеральных форм омепрозола (лосек) и фамотидина (квamatел) у пациентов с острыми кровотечениями из гастродуоденальных язв. // Фарматека.- 2003.- №3.- С. 44-49.
40. Панцырев Ю.М., Чернякевич С.А., Федоров Е.Д., Михалев А.И. и др. Парентеральные формы антисекреторных препаратов в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений. // Материалы Всероссийской конференции хирургов «Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки»– Саратов,- 2003.- 136 С.
41. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв. // Хирургия им Н.И.Пирогова. – 2003. –№ 3- С. 43-49.
42. Панцырев Ю.М., Чернякевич С.А., Михалев А.И., Хирургическое лечение язвенного пилородуоденального стеноза. // Хирургия им. Пирогова. -2003.- №2.- С.18-21.
43. Панцырев Ю.М., Федоров Е.Д., Тимофеев М.Е., Михалев А.И. Эндоскопическое лечение кровотечений обусловленных синдромом Меллори-Вейсса. // Хирургия им. Н.И.Пирогова. – 2003. – №10. - С. 35-40.

44. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д. Хирургическое лечение язвенной болезни, осложненной кровотечением и перфорацией. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2003.- №1.- С. 50-57.
45. Панцырев Ю.М., Шаповальянц С.Г., Михалев А.И., Федоров Е.Д. и др. Малоинвазивные хирургические вмешательства с ваготомией в неотложной хирургии осложненных язв двенадцатиперстной кишки. // Материалы VII Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. – 2003.- С.279-280.
46. Михалев А.И., Федоров Е.Д., Юдин О.И., Орлов С.Ю. и др. Диагностика и хирургическое лечение осложненных форм язвенной болезни. // Юбилейный сборник научных трудов посвященный 75- летию член-кор. РАМН, профессора Панцырева Ю.М. – М.-2004.- С. 6-22.
47. Панцырев Ю.М., Шаповальянц С.Г., Михалев А.И., Винокуров И.С. и др. Отдаленные результаты малоинвазивных операций с ваготомией при язвенной болезни, осложненной перфорацией и кровотечением. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2004.-Том XIV, №3. - С. 45-47.
48. Михалев А.И., Юдин О.И., Федоров Е.Д., Винокуров И.С. Отдаленные результаты малоинвазивных операций с ваготомией у больных с осложнениями язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. // Материалы III Московской ассамблеи "Здоровье столицы".- М. 2004.- С.19-20.
49. Панцырев Ю.М, Федоров Е.Д., Михалев А.И. Острые кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта. / Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости под ред. акад. РАН, РАМН профессора В.С. Савельева. – М.: «Триада-Х» -2004. -С.523-556.
50. Панцырев Ю.М, Михалев А.И., Федоров Е.Д., Чернякевич С.А. Хирургическое лечение язвенной болезни. / 50 лекций по хирургии под редакцией акад. РАН, РАМН. профессора В.С. Савельева. – М.: «Триада-Х» -2004 - С.464-484.
51. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Юдин О.И. Осложнения язвенной болезни. / Хирургические болезни. Учебник под ред. В.С. Савельева и А.И. Кириенко. - М.: «ГЭОТАР-Медиа»– 2005.- Том 1.- С.202-222.
52. Панцырев Ю.М, Михалев А.И., Федоров Е.Д., Юдин О.И. Хирургическое лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений.// Материалы первого конгресса московских хирургов «Неотложная и специализированная хирургическая помощь».- 2005. – С.27-28.
53. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Юдин О.И., Винокуров И.С. Лечение прободной гастродуоденальной язвы. // Российский медицинский журнал. – 2006.- № 5.- С. 18-21.
54. Панцырев Ю.М., Шаповальянц С.Г., Хрипун А.И., Михалев А.И. и др. Неотложные лапароскопические вмешательства при некоторых острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости и перитоните. // Материалы X юбилейного московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. – 2006. -С.155-159.
55. Панцырев Ю.М., Шаповальянц С.Г., Чернякевич С.А., Михалев А.И. и др. Непосредственные результаты лечения больных с язвенными желудочно-кишечными кровотечениями методом эндоскопического гемостаза и комплексной

- медикаментозной терапии. // Материалы XI московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. – 2007. -С. 259-261.
56. Федоров Е.Д., Михалев А.И., Тубашов В.В. Результаты лапароскопического ушивания перфоративных язв. // Материалы 1 международной конференции по торако-абдоминальной хирургии к 100- летию Б.В. Петровского. -2008. – 163 С.
57. Шаповальянц С.Г., Чернякевич С.А., Федоров Е.Д., Михалев А.И. и др. Непосредственные и отдаленные результаты лапароскопического ушивания перфоративных дуоденальных язв. // Материалы конференции «Актуальные вопросы эндоскопической хирургии» СПб.- 2008.- С.22-23.
58. Михалев А.И., Федоров Е.Д., Юдин О.И., Тубашов В.В. Результаты лапароскопического ушивания перфоративных дуоденальных язв. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.- 2008.- Том XVIII, №5.- С. 33-37.
59. Федоров Е.Д., Чернякевич С.А., Михалев А.И., Юдин О.И. Непосредственные и отдаленные результаты лапароскопического ушивания перфоративных язв двенадцатиперстной кишки. // Тихоокеанский медицинский журнал. -2008.-№4.-С. 70-74.
60. Панцырев Ю.М., Шаповальянц С.Г., Михалев А.И., Юдин О.И. и др. Хирургическое лечение осложненной язвенной болезни (старые положения и намечающиеся перспективы). // Материалы V Всероссийской конференции общих хирургов хирургов объединенной с пленумом проблемных комиссий РАМН «Неотложная хирургия» и «Инфекция в хирургии» межведомственного научного совета по хирургии.- 2008. – С.23- 24.
61. Панцырев Ю.М, Михалев А.И., Федоров Е.Д., Чернякевич С.А. Хирургическое лечение язвенной болезни. /80 лекций по хирургии под редакцией акад. РАН, РАМН, профессора В.С. Савельева. – М.: "Литтерра "-2008 - С.468-481.
62. Панцырев Ю.М., Михалев А.И. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии. / Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т. под ред. В.С.Савельева, А.И.Кириенко.- М.: « ГЭОТАР-Медиа»-2009.-Том II.- С. 317-341.

### Сокращения

ЖКК – желудочно-кишечное кровотечение  
 ЯГДК - язвенное гастродуоденальное кровотечение  
 ЯБДК - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки  
 ЯБЖ - язвенная болезнь желудка  
 ЯБ - язвенная болезнь  
 ДПК- двенадцатиперстная кишка  
 ДГР- дуоденогастральный рефлюкс  
 ЛТВ ПП - лапароскопическая стволовая ваготомия с пилоропластикой из минилапаротомного доступа  
 ЛТВ ДЖО - лапароскопическая стволовая ваготомия с дренирующей желудок операцией из минилапаротомного доступа

Б " " " " :