

На правах рукописи.

Головин Роман Анатольевич

**МЕСТО ДИСТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА В ЛЕЧЕНИИ
БОЛЬНЫХ С ПЕРФОРАТИВНЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ
ЯЗВАМИ**

14.00.27 – хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

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

МОСКВА

2009

**Работа выполнена в Московской медицинской академии
имени И.М. Сеченова**

Научный руководитель:

Доктор медицинских наук,
доцент

Максим Александрович Евсеев

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук,
профессор

Сергей Саулович Харнас

доктор медицинских наук,
профессор

Александр Вячеславович Сажин

Ведущая организация: Московский государственный медико-стоматологический университет

Защита состоится ____ _____ 2009г. в 14 часов на заседании
Диссертационного совета Д.208.040.03 при Московской медицинской
академии имени И.М. Сеченова (119992, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Московской медицинской
академии имени И.М. Сеченова (117998, Москва, Нахимовский проспект,49).

Автореферат разослан _____ 2009г.

Ученый секретарь диссертационного совета

доктор медицинских наук, профессор **Александр Михайлович Шулутко**

Актуальность проблемы.

Интерес к проблеме лечения пациентов с перфоративными гастродуоденальными язвами (ПГДЯ) обусловлен целым рядом обстоятельств. Не менее 10–15% населения страдают язвами желудка и двенадцатиперстной кишки. В начале XXI столетия отмечается направленность к снижению числа плановых операций по поводу язвенной болезни в 2–2,5 раза при одновременном увеличении количества неотложных оперативных вмешательств по поводу перфоративных язв (Я.С. Березницкий, 2006, В. Ф. Саенко, 2002). Летальность при последних может достигать 20,4% (N. H. Chou и соавт., 2000; A. Garripoli и соавт., 2000; T. Sillakivi и соавт., 2001). Известно, что течение язвенной болезни осложняется перфорацией у 3–30% больных. При этом весьма существенной (до 10–25%) становится доля больных, у которых перфорация сочетается с язвенными кровотечениями или (и) стенозом пилоро-бульбарной зоны, когда операция в объеме простого ушивания перфорации оказывается неадекватной. Ликвидация только перфорации с последующим медикаментозным лечением больных оказывается недостаточной и малоэффективной мерой ввиду низкого комплайенса российских пациентов. Более 80% больных с язвенной болезнью не могут позволить себе адекватное лечение (С.А. Афендулов и соавт., 2005, М.А. Евсеев и соавт., 2008). В разное время в лечении больных с ПГДЯ приоритеты отдавались ушиванию язвы, гастроэнтеростомии, резекции желудка, различным вариантам ваготомии с пилоропластикой (Б.Р. Бабаджанов, 1990). Н. Finsterer, С.С. Юдин, Д.А. Арапов еще более полувека назад аргументировано доказали необходимость и возможность проведения первично-радикального резекционного способа лечения гастродуоденальных язв, осложненных перфорацией. Однако выбор конкретного метода операции при ПГДЯ, а также степень, критерии радикальности и функциональной приемлемости результатов оперативных вмешательств до настоящего времени служат предметом дискуссии (А.В. Сажин и соавт., 2001). Несмотря на современную тенденцию к минимальному объему вмешательства при

перфорации язв желудка и ДПК до лапароскопического ушивания, непосредственные и, тем более, отдаленные результаты лечения пациентов с ПГДЯ не обнадеживают: послеоперационная летальность составляет 5-19%, рецидивы язвообразования достигают 70-80% (В.К. Гостищев и соавт., 2006). Таким образом, выявление причин неудовлетворительных результатов оперативных вмешательств при ПГДЯ, проведение анализа необходимости и возможности выполнения первичной дистальной резекции желудка, а также разработка алгоритма выбора оптимального варианта оперативного вмешательства в каждом конкретном случае сохраняют на сегодняшний день свою актуальность и практическую значимость.

Цель исследования

Улучшение результатов лечения больных с перфоративными гастродуоденальными язвами.

Задачи исследования

1. На основании сравнительного анализа непосредственных и отдаленных результатов различных оперативных вмешательств у больных с перфоративными гастродуоденальными язвами (ПГДЯ) определить необходимость и возможность проведения первичной дистальной резекции желудка.
2. Установить факторы риска развития послеоперационных осложнений и летальных исходов при ПГДЯ. Выявить факторы, лимитирующие возможность проведения дистальной резекции желудка при ПГДЯ (противопоказания к операции в данном объеме).
3. На основании сравнительного анализа непосредственных и отдаленных результатов определить критерии выбора метода дистальной резекции желудка при ПГДЯ. Разработать алгоритм выбора метода дистальной резекции желудка при ПГДЯ.
4. Определить критерии и разработать алгоритм принятия решения при выборе метода оперативного вмешательства у больных с ПГДЯ (ушивание

перфорации vs. дистальная резекция желудка). Провести клиническую апробацию данного алгоритма.

Научная новизна

В ходе исследования, на основании сравнительного анализа непосредственных и отдаленных результатов паллиативных (ушивание перфорации) и первичных радикальных (дистальная резекция желудка) операций при ПГДЯ показано, что необходимость проведения первичных радикальных вмешательств обусловлена неудовлетворительными отдаленными результатами (рецидив язвенной болезни, пилоро-бульбарный стеноз, кровотечение и повторная перфорация), выявленными у большинства пациентов после ушивания перфорации гастродуоденальных язв. Установлено, что показания к проведению дистальной резекции желудка при ПГДЯ имеют место у каждого третьего пациента.

Установлено, что факторами риска развития ранних послеоперационных осложнений и летальных исходов у пациентов с ПГДЯ являются величина Мангеймского индекса перитонита (МИП) >20 баллов, IV-V степень операционно-анестезиологического риска по критериям МНОАР, синдром полиорганной недостаточности, перфорация острых стресс-язв и НПВП-индуцированных язв. Показано, что наличие данных факторов риска является противопоказанием к выполнению дистальной резекции желудка при ПГДЯ.

Показано, что наилучшими непосредственными и отдаленными результатами при первичных радикальных вмешательствах при ПГДЯ сопровождается дистальная резекция желудка по Бильрот-I. Разработан алгоритм выбора первичного радикального вмешательства при ПГДЯ, основанный на интраоперационной оценке состояния пилоро-бульбарного сегмента и степени хронического нарушения дуоденальной проходимости. Разработан и апробирован алгоритм выбора метода операции (паллиативное или первичное радикальное вмешательство) при ПГДЯ, основанный на объективной оценке показаний и поэтапном исключении противопоказаний к первичным радикальным вмешательствам. Показано, что применение

данного алгоритмизированного подхода позволило выполнить первичные радикальные вмешательства у каждого четвертого пациента с ПГДЯ, а также уменьшить уровень послеоперационной летальности среди всех пациентов с ПГДЯ до 2,9%.

Практическая значимость

Продемонстрированные в исследовании неудовлетворительные отдаленные результаты ушивания перфорации и хорошие и отличные отдаленные результаты первичных дистальных резекций желудка позволили объективировать необходимость проведения первичных радикальных операций при ПГДЯ.

Полученные результаты исследования позволили установить факторы риска развития неблагоприятных исходов лечения пациентов с ПГДЯ и определить пути их прогнозирования и предупреждения. Данные факторы риска позволили определить объективные противопоказания к проведению дистальной резекции желудка при ПГДЯ.

Сравнительный анализ функционального состояния гастро-дуоденального комплекса в раннем и отдаленном периоде после первичных радикальных вмешательств позволил рекомендовать в качестве операции выбора дистальную резекцию желудка по Бильрот-I в объеме не менее $\frac{3}{4}$ при дуоденальной локализации язвы и не менее $\frac{2}{3}$ - при желудочной локализации язвы.

Разработанные и апробированные в ходе настоящего исследования алгоритмы выбора метода оперативного вмешательства и выбора метода первичной дистальной резекции желудка при ПГДЯ делают мотивированными как выбор метода операции (ушивание перфорации или дистальная резекция желудка), так и выбор метода резекции желудка у каждого конкретного пациента с ПГДЯ.

Положения, выносимые на защиту.

1. Критериями, прогностически неблагоприятными в отношении возникновения ранних послеоперационных осложнений и летальных

исходов при операциях по поводу ПГДЯ являются величина МИП > 20 баллов, а также IV-V степень операционно-анестезиологического риска по МНОАР. Выполнение операции в объеме дистальной резекции желудка при наличии данных критериев противопоказано.

2. Величина МИП < 20 баллов и III степень риска по МНОАР делают возможным выполнение первичной резекции желудка без риска ухудшения непосредственных результатов операции по поводу ПГДЯ.

3. Выбор метода резекции желудка при ПГДЯ должен быть основан на интраоперационной оценке состояния пилоро-бульбарного сегмента и определении наличия и стадии хронического нарушения дуоденальной проходимости. С точки зрения подавления кислотопродукции в случае желудочной локализации перфоративной язвы адекватным вмешательством следует считать дистальную резекцию 2/3 желудка, в случае дуоденальной локализации язвы объем резекции следует расширять до уровня дистальных 3/4 желудка.

5. Оптимальным методом оперативного вмешательства при ПГДЯ как с точки зрения непосредственных и отдаленных результатов, так и с точки зрения функциональной адекватности вмешательства является дистальная резекция желудка по методу Пеан – Бильрот-I.

Апробация работы

Материалы диссертации доложены на Всероссийской конференции «Актуальные вопросы хирургии» (Ростов-на-Дону, 2006), на I съезде хирургов Южного федерального округа (Ростов-на-Дону, 2007), представлены в монографии «Дистальная резекция желудка в неотложной хирургии гастродуоденальных язв» (Москва, 2008).

Внедрение результатов исследования в практику.

Результаты работы используются в практической деятельности клинических отделений ГКБ №23 им. «Медсантруд» г. Москвы, хирургических отделений ЦРБ г. Коломны Московской области.

Публикации

По материалам диссертации опубликовано 11 печатных работ.

Объем и структура работы

Диссертация изложена на 149 страницах машинописного текста. Состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, 2 глав собственных исследований, обсуждения результатов исследований, выводов, практических рекомендаций, списка литературы. Иллюстративный материал включает 28 таблиц, 13 диаграмм, 18 рисунков.

Характеристика клинического материала и методов исследования

Для достижения поставленной Цели и решения Задач исследования многофакторному анализу были подвергнуты 363 клинических случая у пациентов с перфоративными гастродуоденальными язвами (ПГДЯ), находившихся с 1998 по 2006 гг. на стационарном лечении в хирургических отделениях Городской клинической больницы №23 им. «Медсантруд». Исследование охватывало весь опыт лечения больных с данной патологией в указанный период. Ретроспективному анализу подвергнуты 187 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в период 1998 – 2002 гг. включительно. Проспективный анализ охватывал 176 клинических случаев у пациентов, находившихся в клинике в период 2003 – 2006 гг. включительно.

Следствием ретроспективного и частично проспективного анализа явилась разработка алгоритма выбора оптимального оперативного вмешательства у больных с ПГДЯ. Эффективность данного алгоритма была оценена в ходе проспективного анализа. В этой связи вся совокупность больных была разделена на три клинические группы: лечение больных в I и II клинических группах проводилось без применения алгоритма, при этом I группа охватывала весь ретроспективный анализ – 187 случаев. Из II клинической группы (108 пациентов) выделены две качественно однородные подгруппы для сравнения непосредственных послеоперационных результатов: 34 пациента, перенесших ушивание перфорации (1 подгруппа) и 36 пациентов, перенесших дистальную резекцию желудка (2 подгруппа). В III

клинической группе (68 пациентов) проводилась апробация разработанного алгоритма выбора оперативного вмешательства (в т.ч. метода резекции желудка) у пациентов с ПГДЯ. Анализ всей исследуемой выборки производился по следующим критериям: морфологический субстрат перфорации, показатель степени интоксикации согласно Мангеймскому индексу перитонита (МИП), степень операционно-анестезиологического риска в соответствии со шкалой Московского научного общества анестезиологов и реаниматологов (МНОАР), вид проводимого оперативного вмешательства, течение послеоперационного периода, моторно-эвакуаторная функция оперированного желудка (рентгеноконтрастное исследование), секреторная функция культи оперированного желудка (рН-метрия), непосредственные и отдаленные (1 год) результаты лечения.

В работе придерживались классификации гастродуоденальных язв С.И. Пименова (2000). Показаниями к выполнению радикальных операций являлись (Савельев В.С.(2004), Курыгин А.А.(1999), Мартов Ю.Б.(2001), Панцырев Ю.М.(2003)): каллезный характер язв, сочетание перфорации с декомпенсированным стенозом пилоро-бульбарной зоны, кровотечение из язвы, наличие «целующихся» язв ДПК, подозрение на малигнизацию желудочной язвы, техническая невозможность ушивания перфоративного отверстия. Операционно-анестезиологический риск основывался на интегрировании бальных показателей шкалы Московского научного общества анестезиологов и реаниматологов (оценки общего состояния больного, объема и характера операции, вида анестезии с учетом экстренного характера всех оперативных вмешательств). В настоящей работе была использована клиническая классификация перитонита, предложенная В.К. Гостищевым (2004). Тяжесть перитонита оценивалась согласно критериям Мангеймского индекса перитонита. Интраоперационная оценка хронических нарушений дуоденальной проходимости проводилась с использованием критериев, предложенных Н.А. Никитиным (2002). В ходе оперативных вмешательств, технические сложности, возникшие при

мобилизации пилоро-бульбарного сегмента, оценивались по классификации, предложенной А. Guarneri и G. Marcolli (1980).

При исследовании секреторной функции желудка анализу подвергались значения базальной и стимулированной кислотности желудка или его культи на фиксированных уровнях: кардия, тело желудка и антрум (нерезекционные вмешательства). Исследования проводились в раннем послеоперационном периоде (7–10 сутки), а также через 9-11 мес. у больных, оперированных по поводу осложненной перфорацией язвенной болезни. Исследование проводилось методом внутрижелудочной зондовой рН-метрии аппаратом «Гастроскан». Отдаленный результат (клинические проявления) изучался по модифицированной шкале Visick (Н.Н. Крылов, 1997), при личном осмотре и по анкетам.

Основные результаты исследования

Оперативное лечение по поводу ПГДЯ было проведено 363 пациентам, подавляющее большинство – 324 пациента (89,3%) - было оперировано по поводу осложненной перфорацией язвенной болезни. Большая часть оперативных вмешательств произведена пациентам с хроническими (35,5%) и каллезными (27,8%) гастродуоденальными язвами. Значительно меньшая часть операций выполнялась по поводу перфораций стресс-язв и НПВП-индуцированных язв – 39 пациентов (10,7%). По поводу перфоративных дуоденальных язв было оперировано 272 пациента (74,9%), по поводу перфоративных язв желудка - 91 пациент (25,1%). Дистальная резекция желудка в различных модификациях была проведена 86 (23,7%) пациентам. Иссечение язвы с пилоропластикой по Judd и двусторонней стволовой ваготомией было выполнено 11 (3,1%) пациентам. Ушивание язвы лапаротомным, либо лапароскопическим способом было произведено 266 (73,2%) пациентам.

При ретроспективном анализе (I клиническая группа) оценивались непосредственные и отдаленные результаты лечения. Корреляция

показателей МИП, МНОАР и непосредственных результатов лечения в I клинической группе представлена в таб. 1.

Таблица 1. Зависимость непосредственных результатов от показателей МИП, МНОАР в I клинической группе.

	МИП < 20 баллов		МИП >20 баллов		МНОАР III ст.		МНОАР IV-V ст.	
	Вся группа	Резекция желудка	Вся группа	Резекция желудка	Вся группа	Резекция желудка	Вся группа	Резекция желудка
Осложнения	8,7%	8,1%	17,9	33,3%	7,1%	8,3%	20,7%	28,6%
Летальность	2,2%	3,9%	9,5%	16,7%	3,1%	4,2%	9,2%	14,3%

Анализ непосредственных результатов в I клинической группе показал многократное увеличение, как осложнений, так и уровня летальности в условиях II - III степени тяжести перитонита (МИП>20 баллов), а также при IV-V степени операционно-анестезиологического риска. Непосредственные результаты резекции желудка в I клинической группе оказались схожими с совокупными результатами всей группы. При изучении влияния степени эндогенной интоксикации и характера язвенного поражения на непосредственные результаты первично-радикального вмешательства было выявлено негативное влияние сочетания синдрома системной воспалительной реакции ((ССВР) - осложнения 8,02%, летальность 3,7%) с синдромом полиорганной недостаточности ((СПОН) - 33,3% и 15,5% соответственно), а также симптоматического характера язв на развитие осложнений и уровень летальности (данные показатели увеличивались в 2-3 раза). Таким образом, были выявлены основные неблагоприятные факторы, являющиеся противопоказаниями к проведению дистальной резекции желудка при ПГДЯ: 1) величина мангеймского индекса перитонита > 20 баллов (что соответствует 2-3 степени тяжести перитонита); 2) IV - V степень операционно-анестезиологического риска по МНОАР; 3) сочетание

ССВР и СПОН; 4) симптоматический характер язв (острые стресс-язвы и НПВП-индуцированные язвы).

При анализе непосредственных результатов оперативных вмешательств при ПГДЯ было установлено, что послеоперационная летальность после резекции желудка (6,9%), иссечения или ушивания перфоративной язвы с пилоропластикой и стволовой ваготомией (8,7%) и простого ушивания перфоративных язв (5,7%) сопоставима между собой. Очевидно, что сопоставление непосредственных результатов после ушивания ПГДЯ и резекции желудка во всей исследуемой совокупности не является корректным. Поэтому было проведено сравнение непосредственных результатов в подгруппах II клинической группы, сопоставимых по показателям МИП (менее 20 баллов), МНОАР (III степень риска), у которых отсутствовали признаки полиорганной недостаточности и ПГДЯ являлись следствием язвенной болезни: 34 больным было произведено простое ушивание ПГДЯ, 36 больным – дистальная резекция желудка, см. таб. 2 .

Оказалось, что показатели послеоперационных осложнений и летальности после ушивания ПГДЯ и резекции желудка в сходных условиях не имеют достоверных отличий. Таким образом, расширение объема вмешательства до резекции желудка у пациентов с МИП<20 баллов, с III степенью риска по МНОАР, отсутствием синдрома полиорганной недостаточности и язвенной болезнью в качестве этиологического фактора перфорации при ПГДЯ не влечет за собой ухудшения непосредственных результатов лечения, таб. 2.

Таблица 2. Непосредственные результаты после резекции желудка и ушивания по поводу ПГДЯ у пациентов с язвенной болезнью (МИП<20 баллов, III степень операционно-анестезиологического риска по МНОАР).

Вид оперативного вмешательства	Осложнения	Летальность
Дистальная резекция	13,9%	5,9%
Ушивание ПГДЯ	11,8%	5,6%

Для изучения необходимости выполнения первично радикальных операций при ПГДЯ проведен ретроспективный анализ выборки пациентов в I клинической группе, которым резекция желудка была показана с исключением из нее группы пациентов, у которых имелись противопоказания к операции в данном объеме. Показания к резекции желудка имелись у 63 (33,7%) из всех пациентов с ПГДЯ. У 7 (3,8%) были выявлены противопоказания к выполнению оперативного вмешательства в данном объеме. Таким образом, для 56 (29,9%) пациентов с ПГДЯ первичная резекция желудка являлась необходимым видом оперативного вмешательства. Фактически дистальная резекция желудка при ПГДЯ была выполнена только у 31 (16,5%) пациентов. Анализ непосредственных результатов ушивания ПГДЯ позволил сделать вывод о том, что пренебрежение показаниями к первичной резекции желудка при возможности выполнения последней, явилось причиной 12 релапаротомий в ближайшем послеоперационном периоде у 11,7% пациентов: в 4,8% случаев по поводу кровотечения из гастродуоденальной язвы, осложненной перфорацией, в 3,2% по поводу кровотечения из «целующейся» язвы, в 3,2% случаев по поводу развившегося в послеоперационном периоде декомпенсированного стеноза пилоро-бульбарной зоны, в 0,5% случаев по поводу несостоятельности швов. Анализ отдаленных результатов лечения ПГДЯ позволил установить следующее. Спустя 9-11 месяцев после ушивания ПГДЯ на фоне низкого комплаенса пациентов (89,7% случаев) из 65 больных рецидив гастродуоденальной язвы был выявлен у 51 (78,4%) пациента, 14 (21,5%) пациентов из группы больных с рецидивировавшими язвами были повторно оперированы: 9 (13,8%) пациентов по поводу декомпенсированного стеноза пилоробульбарной зоны, 4 (6,2%) пациента – по поводу кровотечения из ранее ушитой язвы, 1 (1,5%) пациент – по поводу повторной перфорации. Отдаленные результаты лечения больных с ПГДЯ по шкале Visick представлены в таб.3. При анализе отдаленных результатов

операций по шкале Visick было установлено, что после ушивания ПГДЯ отличный и хороший результаты наблюдали только у 22% больных.

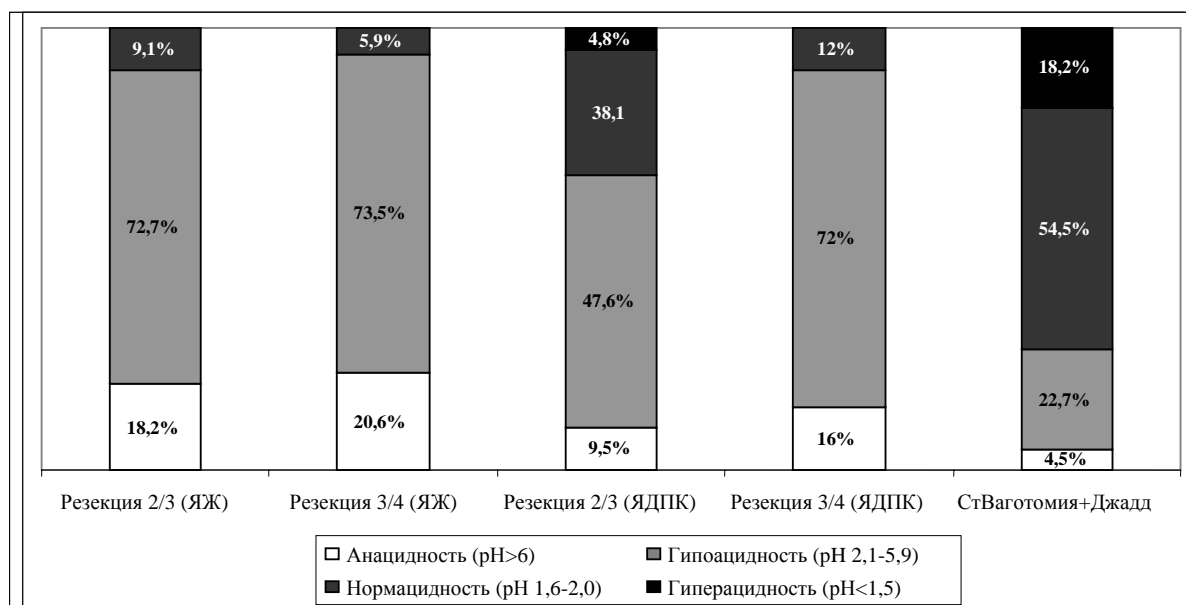
Таблица 3. Отдаленные результаты лечения пациентов с ПГДЯ по шкале Visick.

Операция	Результаты лечения (шкала Visick)				Всего
	Отличный	Хороший	Удовлетв.	Неудовлет.	
Ушивание	4(6,2%)	10(15,4%)	9(13,8%)	42(64,6%)	65(54,2%)
Бильрот-I	6(33,3%)	11(61,1%)	1(5,6%)	-	18(15%)
Бильрот-II	6(22,2%)	15(55,6%)	5(18,5%)	1(3,7%)	27(22,5%)
Иссечение, п/п + СВ	2	4	3	1	10(8,3%)
Всего	18(15%)	40(33,3%)	18(15%)	44(36,7%)	120(100%)

Отличные и хорошие результаты после резекции желудка напротив были отмечены у 85% пациентов, из них у 95% больных после резекции желудка по Бильрот-I и у 78% пациентов после резекции желудка по Бильрот – II. Результаты после иссечения язвы с пилоропластикой по Judd и двусторонней стволовой ваготомией не репрезентативны в силу малого количества наблюдений, см. таб. 3.

При исследовании интрагастрального рН в послеоперационном периоде было выявлено, что секреторная функция желудка в раннем послеоперационном периоде характеризуется гипо- или анацидностью независимо от вида оперативного вмешательства и локализации язвенного

Диаграмма 1. Секреторная функция культи желудка в отдаленные сроки после операции.

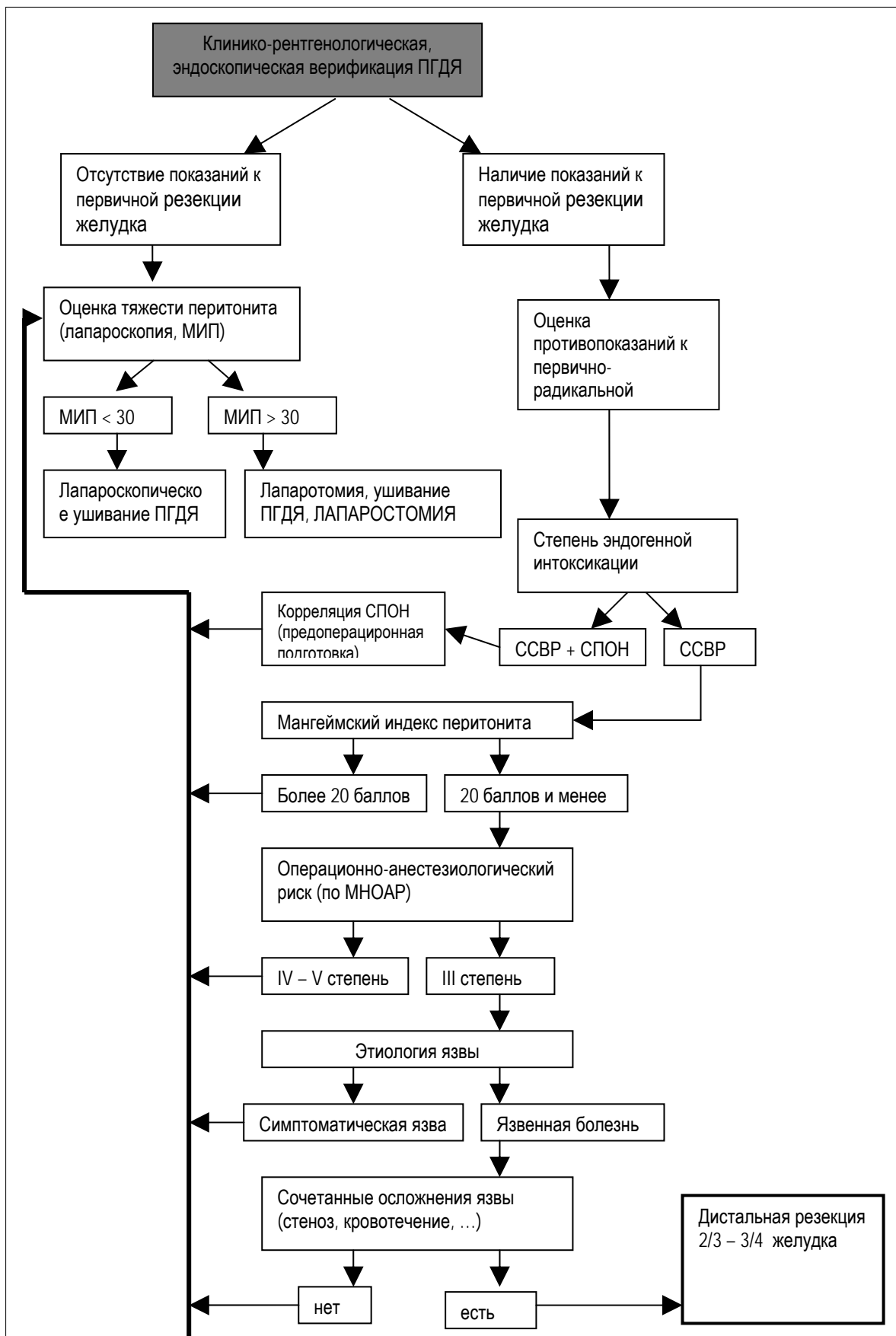


субстрата. Степень угнетения кислотопродуцирующей функции желудка в отдаленные сроки (1 год) сохраняется в прежних пределах после дистальной резекции 2/3 желудка по поводу язвы желудка, и после резекции 3/4 желудка при язве ДПК. После резекции 2/3 желудка при язве ДПК и, особенно, после стволовой ваготомии в сочетании с дренирующей операцией в отдаленном периоде отмечается тенденция к восстановлению продукции соляной кислоты до нормацидного и, даже, гиперацидного состояния, см. диаг. 1.

При исследовании моторно-эвакуаторной функции желудка анализу подвергались тонус желудка (его культы), тип и скорость эвакуации. У пациентов, оперированных по Бильрот-II в отдаленные сроки отмечается нормализация тонуса с преобладанием неярко выраженной гипотонии. После резекции желудка по Бильрот-I практически полностью восстанавливается тонус культы желудка, эвакуация приобретает порционный характер, нормализуется скорость опорожнения желудочной культы. Моторно-эвакуаторная функция желудка после стволовой ваготомии с иссечением язвы ДПК по Judd в отдаленные сроки также имеет тенденцию к нормализации, однако чаще регистрируются случаи гипотонии желудка с преобладанием непрерывного типа эвакуации. В отдаленные сроки после ушивания ПГДЯ за счет прогрессирования рубцового пилоро-дуоденального стеноза усугубляются нарушения скорости эвакуации, приводящие к развитию гипо- и атонии желудка.

С целью оптимизации результатов лечения пациентов с ПГДЯ был создан алгоритм выбора оперативного вмешательства, по принципу «необходимого и достаточного». На основании клинико-инструментальной верификации диагноза ПГДЯ ставятся показания к проведению первичного радикального вмешательства, то есть сочетанные с перфорацией осложнения язвенной болезни. Если у пациента отсутствуют показания к резекции желудка, то проводится лапароскопия, определяется МИП. В случае если МИП > 30 баллов, выполняется лапаротомия, ушивание ПГДЯ, лапаростомия; если МИП < 30 баллов, выполняется лапароскопическое ушивание ПГДЯ.

Рисунок 1. Алгоритм выбора оперативного вмешательства у пациентов с ПГДЯ.



При наличии показаний к первичной резекции желудка, поэтапно начинают рассматриваться возможные противопоказания к этому вмешательству. Схема алгоритма выбора оперативного вмешательства при ПГДЯ отражена на рис.1. Основой алгоритма явилось поэтапное рассмотрение противопоказаний к выполнению резекции желудка при ПГДЯ. Любое противопоказание, а тем более их сочетание, полностью исключает возможность проведения резекции желудка при ПГДЯ. В случае наличия у пациентов признаков полиорганной недостаточности, оперативное вмешательство выполняется после проведения корригирующей терапии – предоперационной подготовки, и только в объеме ушивания. До операции оценивается тяжесть перитонита согласно МИП. При количестве баллов более 20 возможно проведение операции также только в объеме ушивания ПГДЯ. Показатель МИП менее 20 баллов дает возможность перейти к следующему шагу алгоритма. Оценивается степень операционно-анестезиологического риска. Так при IV-V степени риска возможным является только ушивание ПГДЯ. III степень риска дает возможность перехода к следующему шагу алгоритма. Оценивается этиология ПГДЯ, а также наличие сочетанных с перфорацией осложнений. В случае перфорации острой стресс-язвы или НПВП-индуцированной язвы показано ушивание ПГДЯ. Наличие перфорации хронической язвы дает возможность перехода к следующему шагу алгоритма. В случае наличия сочетанных осложнений язвенной болезни, а также при множественных язвах ставятся показания к проведению резекционного оперативного вмешательства, в случае их отсутствия производится ушивание ПГДЯ (при МИП<30 баллов лапароскопическим способом, в случаях, когда МИП>30 баллов выполняется лапаротомия, ушивание перфорации, лапаростомия). Таким образом, алгоритм лечебных мероприятий при ПГДЯ оказывается выполненным.

Предложенный алгоритм был апробирован при лечении 68 пациентов с ПГДЯ. При ведении пациентов с ПГДЯ в рамках алгоритма в 49 (72,1%) случаев было выполнено оперативное вмешательство в объеме ушивания

ПГДЯ, в 19 (27,9%) случаях была произведена дистальная резекция желудка. Применение алгоритма выбора оперативных вмешательств при ПГДЯ привело к возрастанию среди всех операций почти в 2 раза доли резекционных вмешательств при соответственном уменьшении доли ушиваний и полном исключении иссечений по Judd со стволовой ваготомией. Важным моментом, оказывающим влияние на выбор того или иного метода резекции желудка, являлось стремление хирурга выполнить наиболее простое и наименее продолжительное вмешательство у пациента с ПГДЯ. Факторами, определяющими выбор метода дистальной резекции желудка, явились интраоперационные критерии (трудность мобилизации резецируемого участка гастродуоденального комплекса и хронические нарушения дуоденальной проходимости), а также фактор лимита времени.

В большинстве случаев (75%) при локализации перфоративной язвы в желудке формирование культи ДПК не вызывало затруднений. Однако при дуоденальной локализации язвы лишь в 4,3% случаев формирование культи ДПК не усложняло ход операции; в 78,3% случаев обработка дуоденальной культи объективно вызывала серьезные технические затруднения у оперирующего хирурга. Реконструктивный этап вмешательства после ушивания культи ДПК при III и IV степенях сложности мобилизации пилоробульбо-дуоденального сегмента производился у 7 (38,9%) по методу Гофмейстера-Финстерера, у 5 (27,8%) по методу Бальфура, у 4 (22,2%) пациентов – по методу Ру и у 2 (11,1%) пациентов наложением поперечного гастро-энтероанастомоза на короткой петле.

В I и II клинических группах проводилась интраоперационная диагностика хронического нарушения дуоденальной проходимости у 42 пациентов. ХНДП было выявлено у 30 (71,4%) пациентов. При этом у 7 (16,7%) пациентов было выявлено ХНДП в стадии компенсации, у 19 (45,2%) ХНДП в стадии субкомпенсации, у 4 (9,5%) было выявлено ХНДП в стадии декомпенсации. В случае диагностированных интраоперационно явлений ХНДП в стадии декомпенсации в подавляющем большинстве случаев (75%)

выполнялась резекция желудка по Бильрот-II в модификации Ру, в три раза реже (25%) – в модификации Бальфура. В данной ситуации для разрешения проблемы ХНДП мобилизации дуодено-еюнального изгиба не достаточно, требовалось проведение дополнительной «разгрузки» ДПК. В большинстве случаев это было достигнуто внутренним дренированием ДПК при резекции желудка по Ру.

При создании алгоритма выбора резекционного вмешательства при ПГДЯ в отсутствии данных о функциональном состоянии гастродуоденальной зоны руководствовались следующим.

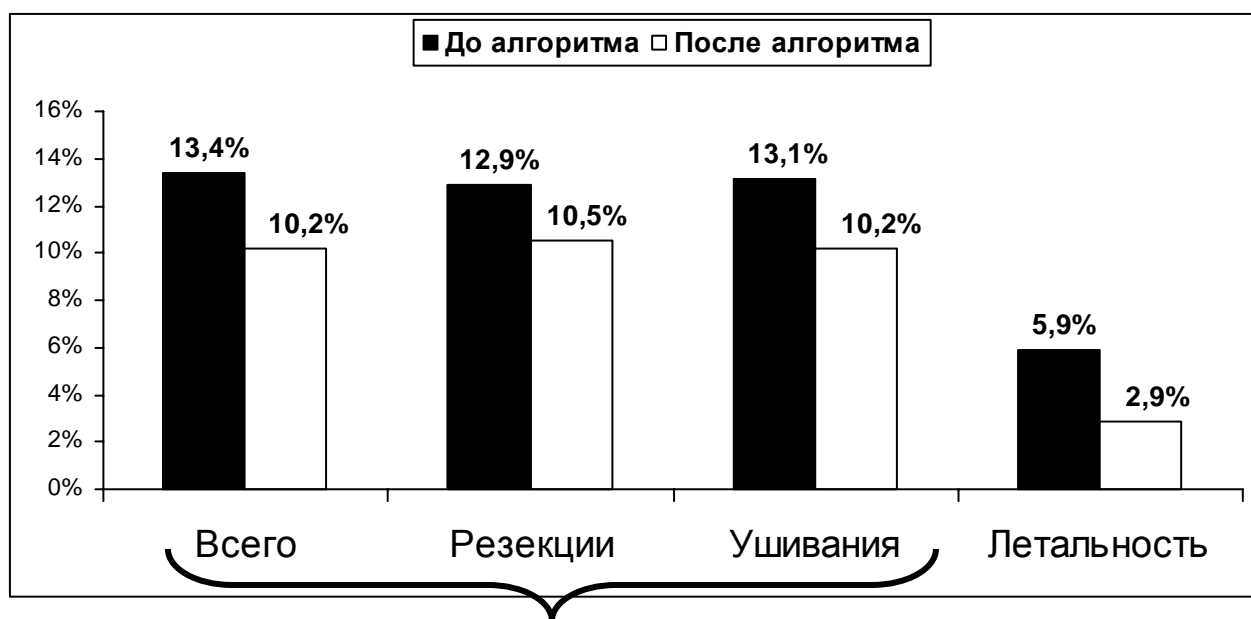
Рисунок 2. Алгоритм выбора резекционного вмешательства у пациентов с ПГДЯ.



В основе алгоритма (рис.2). находится верифицированная до операции локализация язвы, интраоперационно выявляемые изменения пилоробульбарного сегмента и выраженность хронического нарушения дуоденальной проходимости. При I и II степени сложности мобилизации ДПК показано выполнение дистальной резекции желудка по Бильрот-I или резекции по Бильрот-II с поперечным гастро-энтероанастомозом на короткой петле. При III и IV степени сложности показано выполнение дистальной

резекции желудка по Бильрот-II в модификации Ру. Аналогичный метод резекции показан при выявленном декомпенсированном нарушении дуоденальной проходимости. В структуре резекционных вмешательств при ПГДЯ в III клинической группе при использовании выше приведенного алгоритма лидирующее положение занимала резекция по Бильрот-I, доля которой по сравнению с I и II клиническими группами увеличилась почти в 2 раза. Также в 2 раза возросла доля выполненных в III клинической группе вмешательств по методу Бильрот-II в модификации Ру. Прямопропорционально с возрастанием доли резекций по Бильрот-I и по Ру уменьшилась доля резекций желудка по Бильрот-II в модификации Бальфура (в 3 раза) и в модификации Гофмейстера-Финстерера (в 4 раза).

Диаграмма 2. Непосредственные результаты лечения пациентов с ПГДЯ до и после применения алгоритма выбора оперативного вмешательства.



Осложнения

Послеоперационные осложнения уменьшились с 13,4% до 10,2%. Уменьшение числа послеоперационных осложнений в группе больных, перенесших ушивание ПГДЯ, как и снижение числа послеоперационных осложнений при резекциях желудка составило 13,1% vs. 10,2% и 12,9% vs. 10,5% соответственно. Послеоперационная летальность при внедрении алгоритма лечебных мероприятий при ПГДЯ уменьшилась в 2 раза (с 5,9%

до 2,9% случаев). Следствием применения алгоритма лечебных мероприятий при ПГДЯ явилось с одной стороны возрастание вдвое числа радикальных резекционных операций и, с другой стороны, снижение числа послеоперационных осложнений и послеоперационной летальности при резекции желудка.

Выводы

1. Необходимость проведения дистальной резекции желудка при перфоративных гастродуоденальных язвах (ПГДЯ) обусловлена неудовлетворительными отдаленными результатами (рецидив язвенной болезни, пилоро-бульбарный стеноз, кровотечение и повторная перфорация на фоне) после ушивания перфорации гастродуоденальных язв, отмеченными у 64,6% пациентов. Показания к проведению дистальной резекции желудка при ПГДЯ (сочетание перфорации с кровотечением, суб- и декомпенсированный пилоро-бульбарный стеноз) установлены у 33,6% пациентов.

2. Факторами риска развития ранних послеоперационных осложнений и летальных исходов у пациентов с ПГДЯ являются величина Мангеймского индекса перитонита (МИП) > 20 баллов, IV-V степень операционно-анестезиологического риска по критериям Московского научного общества анестезиологов и реаниматологов (МНОАР), синдром полиорганной недостаточности, перфорация острых стресс-язв и НПВП-индуцированных язв. При наличии данных факторов риска выполнение дистальной резекции желудка по поводу ПГДЯ противопоказано. Противопоказания к проведению дистальной резекции желудка при ПГДЯ в группе пациентов с наличием показаний к вмешательству в данном объеме имеют место в 20,8% случаев.

3. Наилучшими непосредственными и отдаленными результатами дистальной резекции желудка при ПГДЯ сопровождается резекция по методу Бильрот-I. Критериями выбора метода дистальной резекции желудка при ПГДЯ (Бильрот-I, Бильрот-II в модификации Ру или Витебского) являются интраоперационная оценка состояния пилоро-бульбарного сегмента и

степень хронического нарушения дуоденальной проходимости. При выборе дистальной резекции желудка в качестве метода операции при ПГДЯ использование данных критериев позволяет выполнить резекцию по Бильрот-I в 57,8% случаев.

4. Использование алгоритмизированного подхода при выборе метода операции (ушивание перфорации vs. дистальная резекция желудка) у больных с ПГДЯ, основанного на объективной оценке показаний и поэтапном исключении противопоказаний к дистальной резекции желудка, дает возможность проведения операции в данном объеме у 27,9% больных. Следствием применения алгоритмизированного подхода при выборе метода операции являются: уровень послеоперационных осложнений и летальности при дистальной резекции желудка в 10,5% и 5,3% соответственно, а также снижение летальности среди всех пациентов с ПГДЯ с 5,9% до 2,9%.

Практические рекомендации

1. Пациентам с осложненной перфорацией язвенной болезнью при сочетании перфорации с пилоро-бульбарным стенозом, кровотечением из перфоративной или зеркальной язвы, множественными гастродуоденальными язвами, при показателе МИП < 20 баллов, I-III операционно-анестезиологического риска показано и возможно проведение первичного радикального вмешательства в объеме дистальной резекции желудка. При симптоматическом характере перфоративной язвы, показателе МИП > 20 баллов, IV-V степени операционно-анестезиологического риска оперативное вмешательство возможно лишь в объеме ушивания перфорации.
2. Принятие решения о проведении первичной радикальной операции в объеме дистальной резекции желудка при ПГДЯ должно быть алгоритмизированным, основанным на 1) объективной оценке показаний к операции и 2) поэтапном исключении противопоказаний к данному вмешательству (МИП>20 баллов, синдром полиорганной недостаточности, IV-V степень операционно-анестезиологического риска, симптоматический характер язв).

3. При наличии показаний к проведению первичного радикального вмешательства при ПГДЯ и отсутствии противопоказаний к вмешательству в данном объеме операцией выбора следует считать дистальную резекцию желудка по Бильрот-I. Для адекватного подавления кислотопродукции при дуоденальной локализации перфоративной язвы показана дистальная резекция желудка в объеме не менее $\frac{3}{4}$, при желудочной локализации язвы – дистальная резекция желудка в объеме не менее $\frac{2}{3}$.

4. Принятие решения о методике дистальной резекции желудка при ПГДЯ должно быть основано на интраоперационной оценке состояния (трудности мобилизации) пилоро-бульбарного сегмента и выраженности хронического нарушения дуоденальной проходимости (ХНДП). Наличие показаний к первичной радикальной операции, интраоперационно диагностированное ХНДП в стадии компенсации или субкомпенсации, а также отсутствие трудностей при мобилизации пилоро-бульбарного сегмента определяют необходимость проведения вмешательства по методу Бильрот-I или Бильрот-II в модификации Витебского. Наличие декомпенсированного ХНДП или значительных трудностей при мобилизации пилоро-бульбарного сегмента определяют необходимость проведения вмешательства по методу Бильрот-II в модификации Ру.

Список научных работ, опубликованных по теме диссертации.

1. Гостищев В.К., Евсеев М.А., Головин Р.А. Перфоративные гастродуоденальные язвы: взгляд на проблему «Русский медицинский журнал», том 13, № 25, 2005, с.1663-1667.
2. Гостищев В.К., Евсеев М.А., Ивахов Г.Б., Головин Р.А. Антисекреторная терапия в неотложной хирургической гастроэнтерологии: новые горизонты «Русский медицинский журнал», том 14, № 12, 2006, с.862-864.
3. Евсеев М.А., Головин Р.А. Отдаленные результаты лечения пациентов с перфоративными гастродуоденальными язвами. Сборник тезисов, посвященный 140-летию ГКБ №23 им. «Медсантруд», М., 2006, с.206-207.

4. Евсеев М.А., Головин Р.А. К вопросу о необходимости и возможности проведения первично радикального оперативного лечения у больных с перфоративными гастродуоденальными язвами. Научная конференция, посвященная 90-летию кафедры общей хирургии Ростовского ГМУ (Ростов-на-Дону, 2006), с.49-51.
5. Евсеев М.А., Афанасьев А.Н., Головин Р.А. Сравнительный анализ эффективности применения Н2-блокаторов и ИППП после ушивания перфоративных гастродуоденальных язв. Научная конференция, посвященная 90-летию кафедры общей хирургии Ростовского ГМУ (Ростов-на-Дону, 2006), с.47-49.
6. Гостищев В.К., Евсеев М.А., Ивахов Г.Б., Головин Р.А., Погосян Т.С. Первый опыт применения парентеральной формы эзомепразола в неотложной абдоминальной хирургии. «Русский медицинский журнал», том 15, № 12, 2007, с.973-976.
7. Евсеев М.А., Головин Р.А. Возможность оптимизации результатов лечения пациентов пожилого и старческого возраста с перфоративными гастродуоденальными язвами. Научная конференция (сб. тезисов), М., 2008, с. 40-43.
8. Евсеев М.А., Головин Р.А., Ивахов Г.Б. Дистальная резекция желудка в неотложной хирургии гастродуоденальных язв. М., 2008, 160с.
9. Евсеев М.А., Головин Р.А. НПВП-индуцированное поражение слизистой пищеварительной трубки. В кн.: Нестероидные противовоспалительные препараты и пищеварительный тракт. М., «Боргес», 2008, с.45-84.
10. Евсеев М.А., Головин Р.А. Выбор антисекреторной терапии после ушивания перфоративных гастродуоденальных язв. V Всероссийская научная конференция общих хирургов, Ростов-на-Дону, 2008, с. 71-73.
11. Гостищев В.К., Евсеев М.А., Головин Р.А. Место радикальных оперативных вмешательств в лечении больных с перфоративными гастродуоденальными язвами Хирургия им. Н.И. Пирогова, №3, 2009, с.17-24.

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии

www.gastroscan.ru/literature