

На правах рукописи

МЕХДИЕВ

Анар Гияс оглы

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
РЕЦИДИВНЫХ ПОСТВАГОТОМНЫХ ЯЗВ
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ЖЕЛУДКА
И ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА

14. 00. 27. – Хирургия

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва

2008

Работа выполнена на кафедре госпитальной хирургии

ГОУ ВПО Российский Университет дружбы народов

Научный руководитель

Доктор медицинских наук, профессор Курбанов Фазиль Самедович

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук
ГУ РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского
РАМН

Шестаков Алексей Леонидович

Доктор медицинских наук
НУЗ ЦКБ № 1 ОАО «РЖД»

Юрасов Анатолий Владимирович

Ведущая организация:

ГУЗ Научно–исследовательский институт
скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы

Защита состоится “___” _____ 2008 г. в ___ часов
на заседании диссертационного совета Д.212.230.09
при ГОУ ВПО Российский Университет дружбы народов
(117198, ГСП, г. Москва, ул. Миклухо–Маклая, д. 8).

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке
ГОУ ВПО Российский Университет дружбы народов
(117198, ГСП, г. Москва, ул. Миклухо–Маклая, д. 6).

Автореферат разослан “___” _____ 2008 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
доктор медицинских наук, профессор

Смирнова Э.Д.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы

Успехи консервативного лечения язвенной болезни (ЯБ) привели к тому, что за последние два десятилетия показания к плановому хирургическому лечению ее неосложненных форм значительно сузились. Однако, на этом фоне абсолютное и относительное число больных с осложненными формами ЯБ в последнее время возрастает, и вместе с ними не имеет тенденции к уменьшению доля операций при осложненных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) [Агаев Б.А. и соавт., 2005; Афендулов С.А. и соавт., 2002; Вербицкий В.Г. и соавт., 2004; Волков, В.Е., Волков С.В., 2001; Емельянов С.И. и соавт., 2002; Жаболенко В.П. и соавт., 2001; Коваленко А.А., 2007; Кузин М.И., 2001; Кузнецов Н.А. и соавт., 2003; Курыгин А.А. и соавт., 2001; Лобанков В.М., 2005; Панцырев Ю.М. и соавт., 2003; Петров В.П., 2001; Рыбачков В.В., Дряженков И.Г., 2005; Сажин В.П. и Федоров А.В., 2001; Черноусов А.Ф. и Богопольский П.М., 2000; Alizadeh N. et al., 1997; Aoki T., 2000; Cuttat J. et al., 1998; Gibson J.B., 2000; Gilliam A.D., et al., Millat B. et al., 2000; Ohmann C. et al., 2000; Sarosi G.A. Jr. et al., 2005; Schwesinger W.H. et al., 2001; 2003; и др.].

Начиная с 1980-х гг., методом выбора хирургического лечения язвы ДПК в большинстве клиник стали органосохраняющие операции, в основе которых лежат различные виды ваготомии. Наиболее физиологичной операцией считается селективная проксимальная ваготомия (СПВ), широкое внедрение которой позволило значительно улучшить результаты хирургического лечения язвы ДПК [Агаев Б.А. и соавт., 2005; Лобанков В.М., 2005; Черноусов А.Ф. и Богопольский П.М., 2000; Ohman C. и соавт., 2000; Svanes C., 2000]. Однако, органосохраняющие операции, показавшие ряд значительных преимуществ по сравнению с резекцией желудка, все же оказались далеко не идеальными [Курыгин А.А. и соавт., 2004; Хаджибаев А.М. и соавт., 2005; Jordan J., Thornby J., 1994; Makela J. et al., 1996 и др.]. После всех видов ваготомии и комбинируемых с ней дренирующих желудок операций возможно развитие так называемых постваготомных синдромов (ПВС), которые наблюдаются у 10–40% оперированных. Эти синдромы могут наблюдаться в различных сочетаниях и в целом ряде случаев требуют оперативного лечения [Гейниц А.В. и соавт., 2001; Курыгин А.А. и соавт., 2004; Панцырев Ю.М. и соавт., 2003; Ширинов З.Т. и соавт., 2005; Chang T.M. и соавт., 2001; Johnston A.G., 2000].

К группе наиболее тяжелых органических ПВС относят рецидивные язвы ДПК, так называемые «вторичные» язвы желудка и пептические язвы (ПЯ) желудочно-кишечного анастомоза, о причинах развития которых нет единого мнения [Данилов А.М. и соавт., 2002; Курыгин А.А. и соавт., 2004; Черноусов А.Ф., Шестаков А.Л., 2001; Nikolopoulou, V.N. et al., 2005]. Постваготомные рецидивные язвы ДПК и ПЯ желудочно-кишечного анастомоза (ЖКА) часто плохо поддаются консервативному лечению, они могут служить причиной тяжелых осложнений и требовать выполнения сложных реконструктивных опе-

раций, выбор способа которых остается предметом продолжающихся дискуссий [Волков В.Е., Волков С.В., 2001; Овчинников В.А., Меньков А.В., 2002; Ортобаев, З.Х., 2005; Серикова С.Н., 2002; Baron J.H., 2000; Beyrouti M.I. et al., 2005; Nikolopoulou V.N. et al., 2005]. Подобные язвы часто протекают скрытно и впервые проявляются профузным желудочно-кишечным кровотечением (ЖКК), частота которого составляет при них от 5,4 до 10%. При рецидивных и пептических язвах после ваготомии, сочетанных с другими ПВС, диагностика и выбор метода лечения становятся еще более сложными [Данилов А.М. и соавт., 2002; Овчинников В.А., Меньков А.В., 2002; Панцырев Ю.М. и соавт., 2003; Хаджибаев, А.М. и соавт., 2005; Черноусов, А.Ф. и соавт., 2006; Ширинов З.Т. и соавт., 2005; Шмарина И.В., 2003; Nikolopoulou, V.N. et al., 2005].

Таким образом, проблема диагностики и лечения рецидивных постваготомных язв ДПК, желудка и ЖКА является актуальной. Ее аспекты связаны с дальнейшим совершенствованием диагностики, консервативного лечения, разработки показаний, методики и техники повторных реконструктивных операций на желудке и ДПК, что должно улучшить результаты хирургического лечения ЯБ в целом. Назрела необходимость детального изучения роли консервативного и оперативного лечения рецидивных постваготомных язв, в том числе сочетанных с другими ПВС. Представляется важным изучение возможности усовершенствования техники реконструктивных операций в различных клинических ситуациях. Все это обусловило цель и задачи данной работы.

Цель работы

Обосновать принципы и усовершенствовать диагностику и тактику лечения рецидивных язв двенадцатиперстной кишки, пептических язв желудочно-кишечного соустья и «вторичных» язв желудка, развившихся после ваготомии, выполненной по поводу дуоденальных язв и их осложнений.

Задачи исследования

1. Изучить особенности клинического течения рецидивных язв после различных видов ваготомии и пептических язв анастомоза после сочетаемых с ваготомией дренирующих операций на основании анализа клинического материала ГКБ № 5 г. Баку и НУЗ ЦКБ № 2 им. Н.А. Семашко ОАО «РЖД» (г. Москва) за 20 лет (с 1988 по 2007 гг.)

2. Уточнить особенности диагностики рецидивных язв ДПК и желудка, пептических язв желудочно-кишечного анастомоза после ваготомии и разработать эффективный комплекс обследования больных для выработки оптимального плана лечения в каждом конкретном случае.

3. Уточнить роль консервативного, в том числе эндоскопического лечения больных с рецидивными постваготомными язвами и обусловленными ими осложнениями (кровотечение), и особенности такого лечения при рецидивных и пептических язвах, сочетанных между собой и с другими постваготомными синдромами в комплексе предоперационной подготовки.

4. Уточнить показания и особенности техники выполнения реконструктивной резекции желудка при постваготомных язвах, а также реваготомии при рецидивных и пептических язвах после неадекватной СПВ, как оптимальной альтернативы длительному консервативному лечению.

5. На основании изучения ближайших, ранних и отдаленных результатов усовершенствовать тактику лечения рецидивных язв ДПК и желудка и пептических язв желудочно-кишечного анастомоза после различных видов ваготомии и доказать ее эффективность.

Научная новизна

Изучены особенности клинического течения постваготомных язв, показавшие наибольшую агрессивность течения пептических язв желудочно-кишечного соустья по сравнению с рецидивными язвами ДПК. Разработан комплекс предоперационного обследования и подготовки к оперативному лечению больных с рецидивными постваготомными язвами двенадцатиперстной кишки, желудка, а также пептических язв желудочно-кишечного соустья после дренирующих операций, сочетанных с ваготомией, позволяющий точно выяснить причину язвы и на этом основании правильно построить план лечения.

Уточнена роль консервативного лечения постваготомных рецидивных и пептических язв и связанных с ними осложнений, в том числе значение эндоскопического гемостаза при кровоточащих язвах в достижении оптимальных результатов. Показано, что консервативное лечение является правомочным при рецидивных язвах двенадцатиперстной кишки, но его основная роль заключается в предоперационной подготовке больных.

Уточнены показания к хирургическому лечению рецидивных постваготомных язв и выбор метода операции. Доказано, что самыми настоятельными (условно-абсолютными) являются показания к операции при пептических язвах желудочно-кишечного соустья, наиболее склонных к развитию тяжелых осложнений, особенно при их сочетании с другими ПВС.

Доказано, что наряду с реконструктивной резекцией желудка при пептических язвах гастродуоденоанастомоза после неадекватной СПВ у некоторых больных (при благоприятных анатомических условиях) хороший непосредственный и отдаленный результат обеспечивает стволовая реваготомия.

Уточнена тактика лечения постваготомных рецидивных язв ДПК, желудка и пептических язв желудочно-кишечного соустья.

Научно-практическая значимость

Разработанный комплекс предоперационного обследования позволяет точно планировать предстоящее вмешательство по поводу постваготомных рецидивных и пептических язв. Последовательное и методичное применение современных диагностических методов позволяет точно диагностировать постваготомные язвы и распознавать их причины, что позволяет предотвратить неблагоприятные результаты реконструктивных операций.

Продемонстрирована необходимость более активного установления показаний к реконструктивным операциям при постваготомных рецидивных и пептических язвах, особенно осложнявшихся кровотечением и при их сочетании с другими ПВС. Формирование пилородуоденальной культи по разработанной в клинике методике упрощает выполнение реконструктивной резекции желудка при постваготомных пептических язвах ГДА.

Положительные результаты свидетельствуют о возможности эффективного выполнения более простой и безопасной по сравнению с резекцией желудка операцией – стволовой реваготомии при рецидиве язвы ДПК и пептической язве гастродуоденоанастомоза, развившихся после неадекватной СПВ.

Консервативное лечение постваготомных рецидивных и пептических язв играет важную, но вспомогательную роль. Тактика должна быть направлена на выполнение у всех больных реконструктивной операции в плановом порядке.

Апробация работы

Апробация диссертации проведена на совместной научной конференции кафедры госпитальной хирургии ГОУ ВПО РУДН и НУЗ ЦКБ № 2 им. Н.А. Семашко ОАО «РЖД» 29 ноября 2007 г.

Материалы диссертации доложены на научной конференции «Новое в хирургии, анестезиологии и реаниматологии» НУЗ ЦКБ № 2 им. Н.А. Семашко ОАО «РЖД» (Москва, январь 2008 г.).

Внедрение в практику

Основные положения и выводы диссертации внедрены в практику ГКБ № 5 г. Баку, НУЗ ЦКБ № 2 им. Н.А. Семашко ОАО «РЖД» (г. Москва), Городской больницы № 17 ЗАО г. Москвы.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 5 печатных работ, в том числе 2 в рецензируемых научных журналах, рекомендованных ВАК РФ.

Основные положения, выносимые на защиту

1. При постваготомных рецидивных и пептических язвах оптимальный результат обеспечивает только плановое хирургическое лечение, основанное на данных комплексного предоперационного обследования, позволяющего точно выяснить причину рецидива язвы и выбрать оптимальный вид вмешательства. Методом выбора является реконструктивная резекция желудка в различных модификациях, а при рецидивных язвах ДПК и пептических язвах ГДА после неадекватной СПВ хороший эффект дает стволовая реваготомия.

2. Консервативное лечение рецидивных постваготомных язв, несмотря на хорошие непосредственные результаты, не имеет самостоятельного значения, поскольку оно не гарантирует от развития рецидива язвы, кровотечения и других тяжелых осложнений. Все рецидивные постваготомные язвы в принципе являются показанием к операции. Показания к операции особенно настоятельны при пептических язвах, и язвах, когда-либо осложнявшихся ЖКК.

3. Лечение больных с рецидивными постваготомными язвами необходимо начинать с консервативных мероприятий, позволяющих в большинстве случаев заживить или уменьшить язву – это облегчает выполнение реконструктивной операции. У больных с кровоточащими язвами следует настойчиво применять современные комбинированные способы эндоскопического гемостаза, что позволяет отсрочить выполнение реконструктивной операции.

Объем и структура диссертации

Диссертация написана на русском языке, изложена на 135 страницах машинописи (компьютерного набора), состоит из оглавления, введения, 5 глав (в том числе обзор литературы), заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, который насчитывает 147 ссылок на работы отечественных и 103 – зарубежных авторов. Диссертация иллюстрирована 17 рисунками, 7 таблицами и 4 клиническими примерами.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы

С 1988 по 2007 гг. в ГКБ № 5 г. Баку и ЦКБ № 2 им. Н.А. Семашко ОАО «РЖД» (г. Москва) лечилось 93 больных с рецидивными язвами ДПК, желудка и ЖКА после ранее выполненной ваготомии по поводу язвенной болезни ДПК и ее осложнений (53 пациента в ГКБ № 5 г. Баку и 40 больных – в ЦКБ № 2 им. Н.А. Семашко). Среди больных было 85 мужчин и 8 женщин в возрасте от 22 до 73 лет, причем большинство пациентов (69 человек или 74,2%) были люди молодого и среднего возраста. Длительность язвенного анамнеза у большинства больных до момента выполнения первичной операции составила от 3 до 30 лет. Из 93 больных 43 (46,2%) пациента до поступления к нам получали курсы консервативного лечения по поводу постваготомных рецидивных язв ДПК, желудка и пептических язв ЖКА, но эффект от лечения у них был нестойким – язвы у этих больных вновь рецидивировали. У 20 (21,5%) пациентов рецидивные постваготомные язвы осложнялись развитием профузного ЖКК, из них у 8 больных была рецидивная язва ДПК и у 12 – ПЯ анастомоза. Таким образом, пептические язвы соустья чаще осложнялись кровотечением, чем рецидивные язвы ДПК (36,7% и 8,3% соответственно, $p < 0,05$).

У всех больных первичная ваготомия была выполнена по поводу язвы ДПК. У большинства больных в анамнезе была СПВ, выполненная в плановом порядке – у 79 (84,9%) человек. У 14 (15,1%) пациентов стволовая ваготомия (СтВ) с пилоропластикой (ПП) была сделана в экстренном порядке по поводу кровоточащей язвы ДПК. Из 79 больных изолированная СПВ была сделана только 28 (35,4%) пациентам, в то же время у 51 (64,6%) больных СПВ была сделана в сочетании с различными дренирующими операциями. В качестве дренирующих вмешательств использовались ПП, гастродуоденостомия (ГДС) и гастроюностомия (ГЕС) – 20, 19 и 12 операций соответственно. Показанием для выполнения дренирующих операций в сочетании с СПВ послужил в ос-

новном пилородуоденальный стеноз. У 3 больных СПВ сочеталась с холецистэктомией из-за сопутствующего калькулезного холецистита (табл. 1).

Разновидности органосохраняющих операций в анамнезе

Таблица 1

Характер предшествовавшей операции	Число операций (%)
СПВ	28 (30,1)
СПВ+пилоропластика	20 (21,5) *
СПВ+гастродуоденостомия	19 (20,4)**
СПВ+гастроеюностомия	12 (12,9)
СтВ+ пилоропластика	14 (15,1)
ВСЕГО	93 (100)

Примечание: * у всех ПП по Гейнеке-Микуличу; **у всех ГДА по Джабулею.

Среди поступивших 93 больных чаще всего наблюдали рецидив язвы ДПК – у 60 (64,5%) больных, из них у 46 язвы ДПК были в изолированном виде, а у 14 они сочетались с другими ПВС – рефлюкс-эзофагитом (РЭ), ПЯ анастомоза и пилородуоденальным стенозом. На втором месте по частоте – ПЯ соустья (у 30 или 32,3% больных). Пептические язвы развились после гастродуоденостомии у 18 и после гастроеюностомии – у 12 больных. Реже всего встретилась вторичная язва желудка – у 5 (5,4%) больных (табл. 2).

Постваготомные рецидивные язвы

Таблица 2

Характер рецидивной язвы	Число больных (%)
Рецидив язвы ДПК	46 (49,5)
Рецидив язвы ДПК + РЭ	8 (8,6)
Рецидив язвы ДПК + пилородуод. стеноз+ РЭ	4 (4,3)
Рецидив язвы ДПК + ПЯ анастомоза	2 (2,1)
ПЯ анастомоза	28 (30,1)
Язва желудка	4 (2,1)
Язва желудка + пилородуоденальный стеноз + РЭ	1 (3,3)
ВСЕГО	93 (100,0)

Из 28 больных, ранее перенесших изолированную СПВ, у 12 выявлен рецидив язвы ДПК, у 4 рецидив язвы ДПК в сочетании с пилородуоденальным стенозом и рефлюкс-эзофагитом, у 8 – сочетание рецидива язвы ДПК и рефлюкс-эзофагита, у 4 язва желудка (у 3 в сочетании с рефлюкс-эзофагитом).

Из 20 больных, перенесших СПВ в сочетании с пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу, у всех диагностирован рецидив язвы ДПК.

Из 19 больных, перенесших СПВ в сочетании с ГДС по Джабулею, у 1 диагностирован рецидив язвы в ДПК, у 18 пациентов выявлена пептическая язва анастомоза.

Из 12 больных после операций СПВ в сочетании с ГЕА у всех развилась пептическая язва соустья (у 2 больных она сочеталась с рецидивом язвы ДПК).

У всех 14 больных, перенесших в экстренном порядке СтВ и пилоропластику, развился рецидив язвы в ДПК.

Развитие пилорoduоденального стеноза у 5 (5,4%) больных в сочетании с рецидивом язвы ДПК (у 4) или язвой желудка (у 1 больного) мы связываем с недооценкой опасности рубцевания большой дуоденальной язвы при выполнении СПВ, которую, по-видимому, необходимо было сочетать с дренирующей желудок операцией, несмотря на отсутствие стеноза во время операции.

В то же время у 5 из 19 больных, перенесших ваготомию в сочетании с ГДС, и у 4 из 12 больных после ваготомии в сочетании с ГЕС, мы не нашли при обследовании и во время операции явных признаков пилорoduоденального стеноза. Это свидетельствует о превышении показаний к дренирующим операциям во время первичного вмешательства по поводу язвы ДПК.

У 13 (16,1%) больных после ранее перенесенной ваготомии нами была диагностирована кардиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ПОД) и рефлюкс-эзофагит легкой (у 8), средней (у 3) и тяжелой (у 2 больных) степени, развившийся у всех после СПВ. У 5 больных РЭ сочетался с пилорoduоденальным стенозом на фоне рецидивных язв ДПК (у 4) и желудка (у 1 больного). У 3 из 13 больных отмечена дисфагия легкой степени. При анализе анамнестических данных выяснено, что симптомы рефлюкс-эзофагита присутствовали у всех 3 больных до первичной операции, но рецидивировали в ранние сроки и усилились после вмешательства.

Таким образом, рецидивные язвы ДПК развились в основном после изолированной СПВ или СПВ и СтВ в сочетании с пилоропластикой. В то же время из 31 больного после СПВ в сочетании с ГДС и ГЕС у 30 развилась пептическая язва анастомоза, у 1 после СПВ с ГДА была рецидивная язва ДПК.

Из 93 больных 18 человек (19,4%) поступили в стационар в экстренном порядке с клинической картиной продолжающегося или состоявшегося ЖКК. Из них у 5 было кровотечение из рецидивной язвы ДПК, у 2 из язвы желудка и у 11 – из ПЯ соустья (5 ПЯ ГДА и 6 ПЯ ГЕА). Из 18 экстренно поступивших больных по поводу профузного язвенного ЖКК у 8 оно было первым клиническим проявлением рецидивной язвы (у 3 с язвой ДПК, у 5 с ПЯ анастомоза).

Девяносто из 93 больных были обследованы по разработанному стандартному протоколу на современном уровне (лабораторные методы диагностики, полипозиционное рентгеноконтрастное исследование пищеварительного тракта, эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), изучение желудочной секреции, ультразвуковое исследование, при выявлении пилорoduоденального сте-

ноза – электрогастрография, и, при необходимости, другие методы исследования). У 3 экстренно оперированных больных предоперационное обследование было ограничено применением ЭГДС и лабораторных диагностических методов. Основными методами диагностики постваготомных язв мы считаем рентгенологическое исследование, ЭГДС и измерение желудочной секреции.

У 18 экстренно поступивших больных по поводу ЖКК обследование сразу начинали с диагностической ЭГДС, которая в 13 наблюдениях также носила характер лечебной (эндоскопический гемостаз).

Различные сопутствующие заболевания выявлены при обследовании у 41 (44,1%) из 93 больных.

Послеоперационное рентгенологическое, эндоскопическое и ультразвуковое исследования выполняли по специальным показаниям (подозрение на пневмонию, нарушение эвакуации из желудка, желудочное кровотечение, острый панкреатит и др.).

Обследование больных в отдаленном периоде проводили с помощью медицинского анкетирования (анкеты были разосланы всем больным, выписанным из клиники) и путем амбулаторного или стационарного обследования. Отдаленные результаты операций оценивали по субъективным и объективным данным в соответствии со шкалой Visick (хороший – 1 группа, удовлетворительный – 2 группа и плохой результат – 3 группа). Мы исключили из этой классификации “отличный” результат, т.к. полагаем, что у больных, перенесших реконструктивные вмешательства на желудке, трудно ожидать абсолютного отсутствия жалоб и каких-либо объективных патологических симптомов.

Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы Statistica for Windows (Copyright 1994 by StatSoft, Inc.). Гипотезу о равенстве средних в группах проверяли по t-критерию Стьюдента. Уровень достоверности, необходимый для утвердительного ответа, составлял 95% ($p < 0,05$).

Результаты исследования

Полипозиционное рентгеноконтрастное исследование пищевода, желудка, ДПК (и пассаж бария по кишечнику) в комплексе предоперационного обследования сделано нами у 90 из 93 больных (исключая 3 больных, которые были экстренно оперированы). Интерпретация данных рентгеноконтрастного исследования в условиях оперированного желудка в ряде случаев бывает затруднена ввиду наличия выраженных рубцовых деформаций органов. Тем не менее, полипозиционное рентгенологическое исследование ценно тем, что позволяет получить важные сведения о форме, положении, размерах желудка, ДПК, состоянии области пилороластики или анастомоза, определить особенности желудочной эвакуации и кишечной моторики, выявить не только прямые, но и косвенные признаки рецидивной язвы, а также наличие типичных симптомов, свойственных таким осложнениям, как пилородуоденальный стеноз, гастростаз, кардиальная грыжа ПОД и рефлюкс-эзофагит.

При исследовании ДПК в прямой, боковых и косых проекциях обращали внимание на положение, форму, размеры луковицы и других ее отделов; эла-

стичность, степень смещаемости, наличие прямых, а также косвенных признаков язвы (болезненность при пальпации в проекции ДПК или анастомоза, деформация и сужение, “нераскрываемость” луковицы и пр.). У 4 больных выявлен субкомпенсированный, а у 1 – декомпенсированный стеноз привратника.

Мы применили рентгеновскую компьютерную томографию (КТ) органов брюшной полости и забрюшинного пространства у 27 больных с рецидивными и пептическими язвами и высокой желудочной секрецией с целью поиска гастрин-продуцирующей опухоли. Из них у 12 клиническая картина заболевания была подозрительна на синдром Цоллингера-Эллисона. При этом у 3 больных по данным КТ в поджелудочной железе были выявлены образования повышенной плотности, подозрительные на опухоль. Однако, этот диагноз был исключен путем изучения уровней сывороточного гастрина. Таким образом, при диагностике синдрома Цоллингера-Эллисона нельзя ориентироваться только на данные КТ, которые в силу ряда причин (например, физической основы метода) могут быть ложно-положительными.

ЭГДС сделали всем 93 больным. Эндоскопическое исследование оперированного желудка имело ряд особенностей ввиду наличия в большинстве случаев различных деформаций органа и фиксации его спайками. Тем не менее, ценность ЭГДС определялась возможностью выявления тонких патологических изменений на слизистой оболочке, недоступных для рентгеноконтрастного исследования. У 18 экстренно поступивших больных по поводу состоявшегося или продолжающегося кровотечения из рецидивной язвы во всех наблюдениях ЭГДС позволила ее точно диагностировать (язва ДПК у 5, язва желудка у 2 и ПЯ анастомоза у 11 больных – у 6 ПЯ ГДА и у 5 ПЯ ГЕА). У 7 больных при ЭГДС выявлено продолжающееся кровотечение (Форрест-1-А – 3 больных, 1-В – 4 больных), у 6 – нестабильный гемостаз (Форрест-2-А) и у 5 – признаки состоявшегося кровотечения со стабильным спонтанным гемостазом (Форрест-2-С). Степень кровопотери определяли путем использования формул Мура и Брюсова. У 13 пациентов этой группы применялся эндоскопический гемостаз – у 7 инфильтрация подслизистого слоя вокруг язвы ДПК 96° этиловым спиртом или холодным 0,9% раствором хлористого натрия с адреналином, у 7 – диатермокоагуляция в сочетании с орошением капрофером (у 1 больного был повторный эндогемостаз). У 3 больных эндоскопически остановить кровотечение не удалось, и они были экстренно оперированы. У 1 пациента через сутки после первичного эндогемостаза возник рецидив кровотечения из язвы ДПК, повторный эндогемостаз с помощью инфильтрации 96° спиртом подслизистого слоя вокруг язвы оказался успешным.

Рецидивные язвы ДПК при ЭГДС выявлены у всех 58 больных (из них у 8 две “зеркальных” язвы, а у 7 больных – эрозивный бульбит с деформацией и сужением луковицы). При этом язва передней стенки луковицы ДПК выявлена у 20 больных, задней стенки – у 17, верхней полуокружности – у 8, нижней полуокружности – у 10, постбульбарные язвы – у 3 больных.

Из 31 человека после ваготомии с дренирующими операциями при ЭГДС выявлены пептические язвы в области анастомоза – после ГДС у 18 больных и после ГЕС – у 12 человек, у 1 больного – рецидивная язва ДПК.

У 13 (17,6%) больных эндоскопически был диагностирован рефлюкс-эзофагит легкой (8), средней (3) и тяжелой (2) степени, развившийся у всех после СПВ, в сочетании у 5 – с пилородуоденальным стенозом на фоне рецидива язвы ДПК (4) и желудка (1).

Изучение желудочной секреции выполнено 90 больным двумя методами: с помощью общепринятой внутрижелудочной рН-метрии (у 67 больных) и с помощью 24-мониторирования желудочной секреции (у 23 больных). В результате применения рН-метрии мы ни у одного из 46 больных с рецидивными язвами ДПК, а также у 30 больных с ПЯ соустья после ваготомии не отметили гипацидности. У ряда больных секреция натошак была настолько высокой (рН ниже 1,2–1,1), что стимуляция секреции становилась излишней. Анацидность натошак не имела большого значения, если она сменялась гиперацидностью после стимуляции. В этом случае мы ориентировались на цифры рН после стимуляции гистамином или бетазолом. Только у 5 больных с рецидивными язвами желудка секреция была в пределах нормальных показателей.

В то же время мы отметили определенную нефизиологичность и неточность общепринятой методики внутрижелудочной рН-метрии. Эти свойства метода связаны, например с тем, что у ряда больных имеется повышенный рвотный рефлекс, из-за чего введение и удержание зонда для них становится трудно переносимой процедурой. У больных, перенесших ваготомию в сочетании с дренирующими операциями, получению истинных цифр секреции мешает кишечно-желудочный рефлюкс. В то же время гистамин или бетазол, в отличие от пищи, не являются физиологическими стимуляторами желудочной секреции. В таких условиях ориентироваться на результаты рН-метрии, как на основу для выбора метода операции, мы считаем неправильным. На этом основании у 23 человек мы выполнили суточное мониторирование внутрижелудочного рН с помощью аппарата АГМ-24 МП “Гастроскан”. Преимущества данного метода заключаются, во-первых, в измерении кислотности желудочной среды как натошак, так и после физиологической стимуляции (пищей, ее запахом, видом, вкусом и пр.); во-вторых, метод позволяет регистрировать величину рН после приема или инъекций различных лекарственных средств, а также в течение ночи, то есть выявлять так называемый “язвенный” тип секреции; в-третьих, зафиксированные данные затем обрабатываются на персональном компьютере с помощью специальной программы и поэтому результаты такого исследования необходимо считать более объективными.

УЗИ мы использовали как неинвазивный метод выявления сопутствующих заболеваний (калькулезный холецистит, хронический гепатит, панкреатит, нефролитиаз и др.). Во время проведения УЗИ печени, желчных протоков и поджелудочной железы зачастую первым органом, который доступен осмотру, является желудок. Такие признаки, как жидкость в просвете желудка мы

встретили при УЗИ брюшной полости у 5 пациентов с язвенным пилородуоденальным стенозом, однако решающей роли эти УЗИ-признаки у них не играли.

Для исследования моторно-эвакуаторной функции желудка и ДПК у 5 больных с постваготомными язвами, осложненными пилородуоденальным стенозом, мы применили электрогастрографию (ЭГГ). При анализе ЭГГ учитывали ритм, т.е. частоту перистальтических волн в 1 мин.; абсолютные величины биопотенциалов, которые характеризуют изменения моторики желудка; максимальные и минимальные биопотенциалы; разность биопотенциалов, которая является показателем сократительной способности желудка. Тип моторики относили к нормокинетическому, если величина биопотенциалов составляла от 0,18 до 0,26 мВ и ритм колебаний – три в 1 мин.; гипокинетическому – при величине биопотенциалов менее 0,18 мВ; и гиперкинетическому при высокой амплитуде волн – от 0,3 до 0,5 мВ. Кроме того, выделяли дискинетический тип моторики при регистрации биопотенциалов разной амплитуды, резкой деформации зубцов и хаотическом ритме перистальтических волн. У всех 5 больных желудочная моторика по данным ЭГГ была нарушена, что послужило у них дополнительным показанием к реконструктивной резекции желудка.

Радимоиммуноисследование сывороточного гастрина (всего обследовано 28 пациентов) позволило нам у 3 больных отвергнуть предполагавшийся диагноз синдрома Цоллингера-Эллисона и, тем самым, избежать у них выполнения гастрэктомии. Изучение уровней сывороточного гастрина может иметь основное значение в комплексной диагностике синдрома Цоллингера-Эллисона у больных с постваготомными рецидивными и пептическими язвами, при этом мы имели в виду и возможность обнаружения гипергастринемии, характерной для некоторых больных в отдаленном периоде после ваготомии.

Проведенное обследование позволило установить, что рецидивные язвы ДПК, желудка и желудочно-кишечного анастомоза возникают в основном в результате сохранения желудочной гиперсекреции, определенную роль в их развитии играют также нарушения желудочной моторики после ваготомии.

Из 18 экстренно поступивших больных с клинической картиной ЖКК у 3 больных остановить кровотечение эндоскопически не удалось (у них применялась диатермокоагуляция), и они были экстренно оперированы (1 с кровотечением из язвы ДПК и 2 – из язвы желудка). Больному с кровоточащей язвой ДПК было сделано ее иссечение в сочетании с ПП по Гейнеке-Микуличу и стволовая реваготомия. У 2 больных с язвой желудка в области малой кривизны была успешно сделана гастротомия с ушиванием язвы в поперечном направлении. У 1 больного через сутки после первичного эндогемостаза возник рецидив кровотечения из язвы ДПК, был успешно сделан повторный эндогемостаз, и пациент затем был оперирован в отсроченном порядке.

Остальным 15 из 18 экстренно поступивших больных с постваготомными язвами, осложненными ЖКК, сразу на фоне гемостатической и заместительной (по показаниям) терапии начинали проводить комплексное противо-

язвенное лечение (парентеральное введение антагонистов H₂-рецепторов (ранитидин по 150 мг или фамотидин по 20 мг 2 раза в сутки внутривенно), комплекса витаминов, цитопротекторов, репаратантов, а после начала перорального питания больного – антацидных средств). В остальных случаях применение указанного лечебного комплекса начинали после получения результатов рентгеновского, эндоскопического исследований и изучения желудочной секреции.

Из 93 больных 13 (14%) человек рецидивной язвой ДПК (из них 5 в сочетании с РЭ легкой степени) лечились консервативно. Схема лечения, проводимого у этих 13 больных и у остальных у 77 (82,8%) из 80 оперированных больных, проводимого в качестве предоперационной подготовки, включала зантаг по 150 мг или фамотидин по 20 мг 2 раза в сутки и 40 мг на ночь, или омез по 20 мг 2 раза в сутки, вентер по 500 мг 3 раза в день и 1000 мг на ночь, альмагель по 5,0–6,0 мл 3–4 раза в сутки и метилурацил по 0,5 г 3 раза в сутки внутрь. Парентерально вводили витамины группы В, назначали также седативные препараты (эглонил, реланиум), дробное питание, лечебные минеральные воды. Длительность такого лечения составляла обычно 7–10 дней. Перед операцией выполняли контрольную ЭГДС. Консервативное лечение позволило у большинства больных (у 72 или 93,5%) заживить или значительно уменьшить язву в размерах. Характер выполненных операций отражен в табл. 3.

Реконструктивные операции

Таблица 3

Характер рецидивной язвы и ее осложнений	Характер операции	Число операций (%)
Рецидив язвы ДПК	Резекция желудка	36 (40,0)
Рецидив язвы ДПК, кровотечение	Иссечение язвы + ПП+стволовая реваготомия	1 (1,3)
Рецидив язвы ДПК + пилородуоденальный стеноз	Резекция желудка	4 (5,0)
Рецидив язвы ДПК + РЭ	Резекция желудка + фундопликация	2 (10,0)
Рецидив язвы ДПК + пилородуоденальный стеноз + РЭ	Резекция желудка + фундопликация	2 (5,0)
Рецидив язвы ДПК + ПЯ анастомоза	Резекция желудка	2 (2,5)
ПЯ анастомоза	Резекция желудка	25 (31,3)
	Стволовая реваготомия	3 (3,7)
Язва желудка	Резекция желудка	2 (2,5)
Язва желудка, кровотечение	Ушивание язвы	2 (2,5)
Язва желудка + пилородуоденальный стеноз + РЭ	Резекция желудка + фундопликация	1 (1,3)
ВСЕГО		80 (100)

Всего резекцию желудка сделали 74 больным (в том числе у 5 больных с выраженным РЭ в сочетании с фундопликацией). У 11 экстренно поступивших с постваготомными язвами, осложненными ЖКК, резекция желудка по Бильрот-II была сделана в отсроченном порядке, в том числе у 5 больных с ПЯ ГДА с демукозацией оставляемого на ДПК участка антрального отдела и формированием пилорoduоденальной культи по принятой в клинике методике. У остальных 4 больных, поступивших с клиникой ЖКК, была сделана реваготомия (у 1 в экстренном и у 3 больных в отсроченном порядке).

У 2 больных с кровотечением из язвы желудка ввиду неуспешности эндоскопического гемостаза с помощью диатермокоагуляции выполнена экстренная операция минимального объема – гастротомия с ушиванием язвы.

У 65 больных, поступивших в плановом порядке, реконструктивную резекцию желудка выполняли в большинстве случаев (у 63 человек) по различным модификациям способа Б-II (чаще всего в модификации Я.Д. Витебского), резекция по Б-I сделана только 2 пациентам. Из 13 больных с сопутствующим рефлюкс-эзофагитом у 5 пациентов (2 с тяжелым и 3 с эзофагитом средней тяжести) реконструктивная резекция желудка сопровождалась фундопликацией.

У 3 больных с ПЯ гастродуоденоанастомоза после ранее выполненной СПВ анатомические условия позволили сделать стволовую реваготомию. Все они поступили в экстренном порядке со спонтанно остановившимся кровотечением из пептической язвы ГДА и были оперированы в отсроченном порядке. Еще 1 больному с кровоточащей язвой ДПК, у которого эндоскопический гемостаз не удался, в экстренном порядке было сделано иссечение язвы с пилоропластикой по Гейнеку-Микуличу и стволовая реваготомия. Мы считаем патогенетически оправданным выполнение стволовой реваготомии у больных, перенесших неадекватную (неполную) СПВ в сочетании с дренирующей операцией, если при ревизии выясняется интактность абдоминального отдела пищевода, забрюшинной части кардии и дна желудка. Если у таких больных во время первичной СПВ был наложен достаточно широкий ГДА, а развившаяся ПЯ не суживает его, стволовая реваготомия представляется нам идеальной операцией. Самый технически сложный момент такого органосохраняющего вмешательства – мобилизация малой кривизны желудка от нижней поверхности левой доли печени. После этого рассечение пищеводно-диафрагмальной связки, экспозиция абдоминального отдела пищевода и стволов блуждающих нервов уже не представляют затруднений. Как показала наша практика, такую же операцию можно успешно выполнить и в экстренном порядке вместе с иссечением рецидивной язвы ДПК и пилоропластикой.

При ПЯ гастродуоденоанастомоза, развившейся после адекватно выполненной СПВ, самым радикальным способом хирургического лечения безусловно, является реконструктивная резекция желудка. Однако, при ПЯ ГДА, особенно в сочетании с рубцовым пилорoduоденальным стенозом, возникают значительные технические трудности при выполнении данной операции. Приходится тщательно выделять из рубцов и спаек привратник и ДПК, разобцать

гастродуоденоанастомоз, а затем ушивать два образовавшихся дефекта в ДПК – один на месте пилородуоденального перехода и второй – на месте бывшего ГДА. В нашей клинике применяется разработанный в 2005 г. значительно менее трудный способ операции, который состоит в оставлении на ДПК демуктурированного участка антрального отдела вместе с ГДА. При формировании пилородуоденальной культи образуется киль из стенок антрального отдела, при погружении которого несколькими рядами швов он плотно тампонирует язву и оба отверстия в ДПК. Такая операция успешно выполнена 5 больным с ПЯ ГДА после СПВ, поступившим в экстренном порядке по поводу ЖКК. Все 5 операций сделаны в отсроченном порядке на фоне стабильного гемостаза.

При установлении показаний к операции у больных с рецидивом язвы в желудке мы всегда склоняемся в пользу резекции желудка, так как в подобных случаях невозможно исключить опасность малигнизации язвы. У 2 больных, экстренно поступивших с клиникой ЖКК, с признаками тяжелой кровопотери, мы вынужденно сделали операции минимального объема в виде ушивания язвы. В дальнейшем эти 2 пациента исчезли из поля нашего зрения.

Результаты у 13 больных с рецидивной язвой ДПК, леченых консервативно, у всех были хорошими, язвы у них зажили, и пациенты были выписаны через 14–23 суток на амбулаторное наблюдение у терапевта-гастроэнтеролога. В дальнейшем эти пациенты в нашу клинику не обращались и на высланные по почте приглашения на обследование откликнулись только 6 из них (3 с рецидивной язвой ДПК после изолированной СПВ и 3 с рецидивной язвой ДПК после СПВ в сочетании с пилоропластикой). Все эти 6 пациентов сообщили по телефону и в письменном виде, что в сроки от 6 мес. до 6 лет после выписки из нашей клиники они практически постоянно лечатся у терапевтов, по 1–2 раза в год лечатся стационарно по поводу рецидива язвы. Кровотечения у них ни разу не было отмечено. Таким образом, радикального излечения терапевтические методы этим больным не принесли, но от предлагаемой нами операции эти пациенты по-прежнему воздерживаются.

Результаты реконструктивных операций мы изучали в ближайшем (до выписки больного из стационара), раннем (до 6 мес.–1 года) и отдаленном (более 1 года) послеоперационном периодах. Мы изучали в том числе и результаты медицинского анкетирования, но в данной работе рассматриваем данные только объективных методов исследования, выполненных в указанные сроки при амбулаторном или стационарном обследовании оперированных пациентов. Это связано с тем, что субъективная хорошая оценка пациентами своего самочувствия в ряде случаев может не совпадать с объективными данными («немая» язва и пр.). Обследование включало лабораторные исследования, рентгеноконтрастное исследование и ЭГДС, измерение желудочной секреции, УЗИ органов брюшной полости и другие исследования по показаниям.

Из 80 больных с рецидивными и пептическими постваготомными язвами после выполненных реконструктивных вмешательств у 12 (15%) развились различные осложнения (табл. 4), причем у 4 (5%) больных эти осложнения (у

всех после реконструктивной резекции желудка) были тяжелыми. После 4 операций стволовой реваготомии осложнений не отмечено.

Послеоперационные осложнения
у больных с постваготомными язвами

Таблица 4

Операция	Рез. желудка Б-I (n=2)	Рез. желудка Б-II (n=72)	Рева- гото- мия (n=4)	Уши- вание язвы (n=2)	Всего (n=80)
Осложнения					
Нагноение раны		2			2
Анастомозит, гастростаз		3			3
Острый панкреатит		2			2
ГДК		1			1
Несостоятельность культи ДПК		2			2
Несостоятельность ЖКА	1				1
Пневмония, бронхит		1			1
ИТОГО	1	11	–	–	12

У 1 больного после реконструктивной резекции желудка по Бильрот-II возникло кровотечение из линии «малой кривизны» культи желудка в области аппаратного скрепочного шва – оно было успешно остановлено с помощью эндоскопической диатермокоагуляции.

У 1 пациента после реконструктивной резекции желудка по Бильрот-II по поводу большой рецидивной язвы ДПК развилась несостоятельность культи ДПК и перитонит. После релапаротомии, санации и дренирования брюшной полости сформировался наружный дуоденальный свищ, который почти закрылся ко времени выписки. Еще у 1 больного несостоятельность культи ДПК протекала более доброкачественно (с развитием инфильтрата в правом подреберье) и разрешилась под влиянием консервативного лечения.

Умерло от послеоперационных осложнений 2 (2,5%) больных с постваготомными рецидивными язвами – оба после реконструктивной резекции желудка. У 1 больного после резекции по Бильрот-I развилась несостоятельность гастродуоденоанастомоза, перитонит. Он умер после релапаротомии от интоксикации и нарастающей полиорганной недостаточности (ПОН). У 1 больного после реконструктивной резекции по Б-II по поводу пептической язвы гастроэнтероанастомоза (в анамнезе – СПВ в сочетании с гастроеюностомией) развился деструктивный панкреатит и перитонит. После релапаротомии, санации и дренирования сальниковой сумки и брюшной полости больной умер от перитонита, забрюшинной флегмоны, интоксикации и ПОН.

Таким образом, у больных с рецидивными постваготомными язвами повторные операции, среди которых основное место занимает реконструктивная резекция желудка, могут сопровождаться тяжелыми осложнениями, а также и

смертельными исходами. Это связано с большими техническими трудностями выполнения у них реконструктивной резекции желудка в связи с развитием выраженного спаечного процесса в верхнем этаже брюшной полости. Напротив, стволовая реваготомия не сопровождалась осложнениями и летальностью.

Ранние результаты изучены у 71 (88,8%) больных из 80 оперированных по поводу постваготомных рецидивных язв в сроки от 3 до 6–12 мес. после операции. Из обследованных 67 перенесли реконструктивную резекцию желудка по разным модификациям способа Бильрот-II, и 4 – стволовую реваготомию по поводу рецидивной язвы после СПВ в сочетании с ГДА. Хорошим признан результат у 50 (76,4%), удовлетворительным у 15 (22,4%) и неудовлетворительным у 2 (2,8%) обследованных после резекции желудка. Плохой результат у 2 больных связан с развитием демпинг-синдрома средней степени и хронического панкреатита. У всех 4 пациентов после стволовой реваготомии результат был хорошим – жалоб они практически не предъявляли, язвы у них зажили, расстройств желудочной эвакуации не отмечено. Различия в ранних результатах реконструктивной резекции желудка и стволовой реваготомии ввиду малого числа наблюдений статистически недостоверны ($p > 0,05$), но тем не менее, наши положительные впечатления от реваготомии позволяют ее считать логичным и полноправным методом хирургического лечения рецидивных язв, возникших после неадекватно выполненной первичной СПВ.

Отдаленные результаты в сроки от 1 до 9 лет (в среднем 2,5 года) изучены у 63 (78,6%) оперированных по поводу постваготомных язв (табл. 5).

Отдаленные результаты операций при постваготомных язвах

Таблица 5

Характер выполненной операции	Результат			Всего (%)
	Хороший	Удовлетв.	Плохой	
Резекция желудка	39	18	2	59
Реваготомия	4	–	–	4
ИТОГО	45 (64,2%)	16 (32,8%)	2 (3,0%)	63 (100%)

Из этих 63 больных в качестве реконструктивных операций 4 перенесли реваготомию, а 59 – резекцию желудка по модификациям способа Бильрот-II. После реконструктивной резекции желудка отдаленный результат признан хорошим у 45 (71,4%) обследованных, удовлетворительным – у 16 (25,4%) и плохим – у 2 больных (3,2%). Плохой результат отмечен у тех же 2 больных с демпинг-синдромом, которые периодически лечатся в нашей клинике.

Отдаленный результат после органосохраняющей операции – стволовой реваготомии, у всех 4 больных был хорошим. К сожалению, подобные операции можно применить не у всех больных – органосохраняющие вмешательства нам удалось успешно выполнить только у 5% больных с постваготомными язвами. У остальных больных с рецидивными язвами ДПК и пептическими язвами анастомоза после ваготомии по поводу язвенной болезни основной операцией остается реконструктивная резекция желудка.

Таким образом, консервативное лечение больных с рецидивными постваготомными язвами ДПК вполне возможно, но оно недостаточно надежно и не гарантирует от рецидива язвы, поэтому методом выбора лечения подобных больных остается реконструктивная операция. У больных, поступающих в клинику с картиной профузного язвенного кровотечения, лечение необходимо начинать с эндоскопического гемостаза, который в большинстве наблюдений приводит к успеху и позволяет отсрочить выполнение реконструктивной операции в наиболее благоприятных условиях и в полном объеме. При рецидиве ЖКК следует стремиться выполнить повторный эндогемостаз – это позволяет снизить уровень хирургической агрессии и выполнить операцию в более благоприятных условиях в плановом порядке. У больных с рецидивными язвами ДПК и пептическими язвами ГДА, развившимися после неадекватно выполненной СПВ, хороший результат дает стволовая реваготомия, которую следует выполнять в благоприятных анатомических условиях – при отсутствии рубцово-спаечного процесса вокруг кардии и абдоминального отдела пищевода.

Хирургическое лечение больных с рецидивными постваготомными язвами должно планироваться индивидуально на основании данных предоперационного обследования. При выборе метода реконструктивной операции у больных с постваготомными пептическими язвами ГДА следует учитывать, что при резекции желудка по Бильрот-II можно успешно использовать разработанный в нашей клинике сравнительно простой и вполне надежный способ формирования пилородуоденальной культи. При наличии благоприятных анатомических условий следует склоняться в пользу выполнения органосохраняющего вмешательства в виде реваготомии.

ВЫВОДЫ

1. Рецидивные постваготомные язвы ДПК, желудка и пептические язвы анастомоза чаще развиваются в первые 1–3 года после операции, в 8,6% случаев они впервые проявляются профузным кровотечением. Пептические язвы желудочно-кишечного соустья более склонны к развитию ЖКК по сравнению с рецидивными язвами ДПК (36,7% и 8,3% соответственно, $p < 0,05$). В 19,4% наблюдений пациенты поступают в стационар с кровоточащими язвами.

2. Полное представление о происхождении и характерных особенностях рецидивных постваготомных язв дает комплексное обследование по разработанному протоколу. План обследования вынужденно изменяется только у больных с кровоточащими рецидивными язвами, когда ведущую роль играет экстренная диагностическая и лечебная эзофагогастродуоденоскопия.

3. Комплексное консервативное противоязвенное лечение обеспечивает хороший непосредственный результат, но не имеет самостоятельного значения и должно служить целям предоперационной подготовки. У больных с рецидивными язвами ДПК, осложненными кровотечением, эндоскопический гемостаз дает в большинстве случаев хороший результат (в нашей серии – 77%).

4. Все рецидивные постваготомные язвы, в принципе являются показанием к операции. Наиболее настоятельными являются показания к операции у

больных с постваготомными рецидивными и пептическими язвами, когда-либо осложнявшимися кровотечением, и сочетающимися с другими ПВС. Основным методом хирургического лечения рецидивных постваготомных язв является реконструктивная резекция желудка. При рецидивных язвах ДПК и пептических язвах ГДА после неадекватно выполненной первичной СПВ хорошие результаты дает стволовая реваготомия.

5. При рецидивных постваготомных язвах ДПК, желудка и желудочно-кишечного соустья хирургическая тактика должна быть активной: оптимальный результат обеспечивает только плановая операция, основанная на данных комплексного предоперационного обследования, и выполняемая после проведения предоперационной подготовки, включающей противоязвенное лечение.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Пациенты, перенесшие ваготомию по поводу язвенной болезни ДПК, должны находиться на диспансерном учете и периодически подвергаться плановому обследованию с целью выявления рецидивных постваготомных язв, протекающих скрытно, опасных развитием ЖКК, а также других осложнений.

2. Обследование больных с рецидивными постваготомными язвами должно быть комплексным и проводиться по разработанному протоколу, без исключения из него какого-либо метода исследования. Только тогда предоперационное обследование позволяет достаточно точно определить причину и особенности рецидивной язвы и выбрать оптимальный метод лечения.

3. У больных с рецидивными язвами ДПК современное комплексное консервативное лечение, проводимое под контролем ЭГДС, позволяет эффективно заживить язву в короткие сроки. Больным с ПЯ желудочно-кишечного соустья следует более настойчиво предлагать оперативное лечение ввиду склонности подобных язв к профузному желудочно-кишечному кровотечению.

3. Лечение больных с рецидивными постваготомными язвами надо начинать с консервативных мероприятий, позволяющих в большинстве случаев заживить или уменьшить язву – это облегчает выполнение реконструктивной операции. У больных с кровоточащими язвами возможен повторный эффективный эндогемостаз, позволяющий избежать экстренной операции.

4. Реконструктивная резекция желудка у больных с рецидивными постваготомными язвами технически сложна, поэтому при ПЯ ГДА ее следует выполнять с использованием разработанного способа формирования пилорoduоденальной культи. При благоприятных анатомических условиях у больных с рецидивными язвами ДПК и ПЯ ГДА после неадекватной СПВ следует применять стволовую реваготомию, которая обеспечивает хороший результат.

5. Положительные ранние и отдаленные результаты реконструктивных операций позволяют обосновать наиболее оптимальную активную тактику хирургического лечения больных с рецидивными язвами после различных видов ваготомии. Консервативное лечение подобных больных следует проводить с осторожностью, поскольку оно не гарантирует от развития рецидива язвы, а значит – от тяжелых осложнений.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Хирургическое лечение рецидивных постваготомных язв, осложненных желудочно-кишечным кровотечением // *Surgery (Азербайджан)*.– 2007.– № 3.– С. 42–46 (Соавт. И.Л. Казымов, Ф.С. Курбанов).
2. Postvagotomy recurrent gastroduodenal ulcers complicated with hemorrhage // *Abstracts of 10-th International Euroasian Congress of gastroenterologists and surgeons*.– Iran, Isfahan, 7-9 December, 2007.– P. 69–70 (Соавт. – И.Л. Казымов, Ф.С. Курбанов).
3. Диагностика и хирургическое лечение постваготомных язв // *Анналы хирургии*.– 2008.– № 1.– С. 39–42 (Соавт. И.Л. Казымов, Ф.С. Курбанов).
4. Кровотечения из рецидивных язв после резекции желудка и ваготомии // *Хирургия*.– 2008.– № 2.– С. 37–41 (Соавт. И.Л. Казымов, Ф.С. Курбанов).
5. Особенности клинического течения рецидивных постваготомных язв // *Конференция молодых ученых «Виноградские чтения. Актуальные проблемы современной хирургии и травматологии»*.– М., 2008.– С. 30–32.

Мехдиев Анар Гияс оглы (Россия)

Диагностика и лечение рецидивных постваготомных язв двенадцатиперстной кишки, желудка и желудочно-кишечного анастомоза

На основании анализа лечения 93 больных разработан комплекс обследования и подготовки к операции при рецидивных постваготомных язвах ДПК, желудка и пептических язвах желудочно-кишечного соустья. Показано, что консервативное лечение постваготомных язв должно в основном служить целям предоперационной подготовки и не имеет самостоятельного значения, так как оно не гарантирует от развития рецидива язвы, кровотечения и других тяжелых осложнений. Усовершенствованы показания к хирургическому лечению рецидивных постваготомных язв и выбор метода операции. Все рецидивные язвы являются показанием к операции, особенно пептические язвы, сочетающиеся с другими ПВС. Особенно настоятельными являются показания к операции при рецидивных язвах, когда-либо осложнявшихся кровотечением. Доказано, что наряду с реконструктивной резекцией желудка при пептических язвах гастродуоденоанастомоза после неадекватной СПВ при благоприятных анатомических условиях стволовая реваготомия приводит к надежному заживлению язвы. При постваготомных язвах оптимальный результат обеспечивает только плановое хирургическое лечение, основанное на данных комплексного предоперационного обследования, позволяющего точно выяснить причину рецидива язвы и выбрать оптимальный вид вмешательства.

Mekhdiev Anar Gijas ogly (Russia)

Diagnosis and treatment of recurrent posvagotomy ulcers of the duodenum, stomach and gastrointestinal anastomosis

On the basis of analysis of treatment of 93 patients complex of examination and preparation to operations at recurrent postvagotomy ulcers of the duodenum, the stomach and marginal ulcers of gastrointestinal anastomosis after drainage procedures combined with vagotomy is designed. It is shown that conservative treatment of postvagotomy ulcers must basically serve purpose of preoperative preparation and has no independent importance, since it does not guarantee from development of relapse of ulcer, hemorrhage and other severe complications. More accurately defined indications to surgical treatment of recurrent postvagotomy ulcers and choice of method of surgery are developed. Basically all recurrent postvagotomy ulcers, particularly stomal ulcers under their combination with other postvagotomy syndromes are the indications for reconstructive surgery. Especially insistent indications for surgery are arising in recurrent ulcers ever complicated with hemorrhage. It is proved that alongside with reconstruction partial gastrectomy at marginal ulcer of gastroduodenoanastomosis after inadequate SPV truncular revagotomy carried out under favourable anatomical conditions brings reliable ulcer healing. An optimal result at postvagotomy recurrent ulcers could be provided only by planned surgical treatment, founded on elaborated complex of preoperative examination, allowing exact realizing a reason of ulcer relapse and choice of optimum type of surgical interference.

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии

www.gastroscan.ru/literature/