

На правах рукописи

Негребов Михаил Геннадьевич

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРФОРАТИВНЫМИ ЯЗВАМИ
ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.

14.00.27. – Хирургия

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

Москва – 2009

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

Научный консультант:

лауреат государственной премии СССР,
доктор медицинских наук, профессор **Пугаев Андрей Владимирович**

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор **Буткевич Александр Цезаревич**
доктор медицинских наук, профессор **Тимошин Андрей Дмитриевич**
доктор медицинских наук, профессор **Луцевич Олег Эммануилович**

Ведущая организация: Российская медицинская академия
последипломного образования

Защита диссертации состоится « ____ » _____ 2009 г.
в ____ часов на заседании диссертационного совета Д 208.040.03 при
Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова по адресу:
119991, Москва, ул. Трубецкая, д.8, стр. 2.

С диссертацией можно ознакомиться в ЦНМБ ГОУ ВПО
Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова по адресу: 117998,
г. Москва, Нахимовский проспект, д.49.

Автореферат разослан « ____ » _____ 2009 г.

Учёный секретарь диссертационного совета
доктор медицинских наук,
профессор

Шулутко Александр Михайлович

Указатель используемых сокращений.

АП - антропометрические показатели

БЭН - белково-энергетическая недостаточность

ДДКН - декомпенсированная динамическая кишечная непроходимость

ДКН - динамическая кишечная непроходимость

ДПК - двенадцатиперстная кишка

ЖКТ - желудочно-кишечный тракт

ИМТ - индекс массы тела

ИПЯ - иссечение перфоративной язвы

КДКН - компенсированная динамическая кишечная непроходимость

КЖСТ - кожно-жировая складка над трицепсом

ММ - малоинвазивные методы

МП - местный перитонит

МЭФ - моторно-эвакуаторная функция

НП - нутритивная поддержка

НЕЗ - назоюнальный зонд

ОП - окружность плеча

ПК - пилорический канал

ПОН - полиорганная недостаточность

ПОП - послеоперационный период

ПП - парентеральное питание

ПЯ - перфоративная язва

РЖ - резекция желудка

РП - распространённый перитонит

СДКН - субкомпенсированная динамическая кишечная непроходимость

ТМ - традиционный метод

ТС - трофический статус

УПЯ - ушивание перфоративной язвы

ЭП - энтеральное питание

ЯБ - язвенная болезнь

Актуальность проблемы.

Одно из осложнений ЯБ желудка и ДПК - перфорация язвы. Причинами неудовлетворительных результатов хирургического лечения больных с ПЯ желудка и ДПК являются: отсутствие единой хирургической тактики, четких критериев для дифференцированного выбора способа операции, поздняя обращаемость, наличие сопутствующих заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста (Бабаджанов Б.Р., 2005; Feng C.Y. et al., 2001).

Среди способов хирургического лечения пациентов с ПЯ желудка и ДПК наибольшее распространение получили такие операции, как УПЯ, РЖ, различные виды ваготомий (Акжигитов А.Г., 2005; Isenberg G.I. et al., 1997).

Основным недостатком операции УПЯ является неудовлетворительные отдаленные результаты (Кузин М.И., 1995; Soll A.H. et al., 1998).

Для того, чтобы избежать возникновения рецидива язвы после УПЯ многие хирурги дополняют её ваготомией (Курьгин А.А., 1992; Zucuer K.A. et al., 1994). Однако, после проксимальной желудочной ваготомии ранние послеоперационные осложнения, такие как некроз малой кривизны желудка, атония желудка, внутрибрюшное кровотечение диагностируют у 1,5% пациентов. В отдаленные сроки часто возникают рецидив язвы, диарея, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (Наумов Б.А., 1994; Perrotin J., 1985).

Различные варианты РЖ и по сей день, считаются многими хирургами операцией выбора. Тем не менее, резекционные способы лечения осложнений ЯБ имеют ряд недостатков. Среди них следует отметить длительную нетрудоспособность в ПОП, относительно высокую летальность, нередко возникающие постгастрорезекционные осложнения. Частота рецидивов ЯБ после РЖ в среднем составляет 4% (Погосян Г.Э., 2007; Livingston E.N., 1990).

В последние годы в литературе появились сведения об использовании малоинвазивных технологий при лечении осложненных форм ЯБ, так как травматичность верхнесрединной лапаротомии, время затрачиваемое как на ее осуществление, так и на ушивание раны, не соответствует объему самой операции и часто сопровождается различными послеоперационными осложнениями (Пучков К.В., 1998; Munro W.S. et al., 1994).

По мнению авторов, применявших лапароскопическое УПЯ желудка и ДПК, противопоказаниями к данной методике являются большие размеры перфоративного отверстия, локализация язвы по малой и большой кривизне желудка, наличие спаечного процесса в пилородуоденальной зоне (Сажин В.П., 1999; Paterson-Brown S., 1993).

Разновидностью малоинвазивных технологий является оперативное лечение через мини-доступ. Эта методика обладает теми же преимуществами, что и лапароскопическая техника, но превосходит её по простоте, дешевизне, отсутствию необходимости наложения пневмоперитонеума (Прудков М.И., 1998; Paolucci V. et al., 1993).

Однако, при использовании этой методики затруднено проведение полной ревизии брюшной полости, что ограничивает ее применение при РП (Чугунов А.Н., 1997; Navauua G. et al., 1996).

Расширение показаний к применению мини-доступа у пациентов с ПЯ желудка и ДПК может способствовать их комбинированному использованию с эндохирургическими технологиями, заключающиеся в устранении перфоративного отверстия через мини-доступ с лапароскопической санацией брюшной полости.

Кроме того, фактором, оказывающим неблагоприятное влияние на течение ПОП у больных с ПЯ желудка и ДПК, являются метаболические нарушения различной степени выраженности, обусловленные неадекватным обеспечением пациентов НП (Ткаченко Е.И., 2001; Nordenstroem J., 1990).

Вынужденное голодание после операции сопровождается снижением общей реактивности организма на введение гормонов, антибиотиков, витаминов. Происходящее истощение белково-энергетических ресурсов ведет к метаболической депрессии и нарушению физиологических функций организма (Семинахина Т.М., 2006; Rombeau J.L. et al., 1993).

Парентеральный путь коррекции водно-электролитных и белковых нарушений требует значительных материальных затрат и связан с необходимостью катетеризации крупных вен. Осложнением этой манипуляции могут быть: пневмоторакс, гидроторакс, гемоторакс, повреждение плечевого сплетения, сонной и подключичной артерий, эмболия мелких ветвей легочной артерии, тромбоз катетера, флебит, абсцессы легких, сепсис (Попова Т.С., 2002; Haskel V. et al., 1994).

Помимо этого, инфузии плазмы и альбумина не являются ПП, так как белки плазмы и альбумина не включаются в обменные процессы и откладываются в неизменном виде (Вретлинд А., 1990; Greig P.D. et al 1987).

Использование ЭП позволяет полноценно обеспечить организм энергетическим материалом, способствует раннему восстановлению всасывательной, переваривающей и МЭФ кишечника и избежать осложнений связанных с парентеральным путем введения ПП (Хорошилов И.Е., 2002; Alverdy J.C. et al., 1992).

Отсутствие единой доктрины лечения больных с ПЯ желудка и ДПК, частые послеоперационные осложнения и высокая летальность являются основными причинами постоянного внимания специалистов к этому разделу хирургии, что делает проблему крайне актуальной.

Цель исследования:

Улучшение результатов хирургического лечения у пациентов с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки посредством использования комбинации оперативных малоинвазивных методов, с разработкой способа санации брюшной полости для раннего разрешения

послеоперационной динамической кишечной непроходимости и оптимальной коррекции белково-энергетической недостаточности.

Задачи исследования:

1. Провести анализ отдаленных результатов различных способов хирургического лечения с использованием широкой лапаротомии у пациентов с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки.

2. Изучить состояние трофического статуса и факторы, влияющие на его нарушения у пациентов с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки.

3. Разработать способ санации брюшной полости и разрешения послеоперационной динамической кишечной непроходимости у пациентов с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки.

4. Разработать и обосновать оптимальный метод ранней коррекции белково-энергетической недостаточности, у пациентов с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки.

5. Изучить результаты хирургического лечения у пациентов с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, оперированных через широкую лапаротомию и с помощью малоинвазивных методов.

6. Проанализировать результаты ранней энтеральной коррекции белково-энергетической недостаточности у пациентов с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, оперированных малоинвазивными методами.

7. Оценить эффективность проведения коррекции белково-энергетической недостаточности парентеральным путем в сочетании с диетами по Певзнеру, в раннем послеоперационном периоде, у пациентов с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, оперированных различными способами с использованием широкой лапаротомии.

Научная новизна:

В настоящей работе на большом клиническом материале обоснована возможность использования комбинации малоинвазивных методов лечения у больных с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки. Определены показания и противопоказания к выполнению малоинвазивных операций. Продемонстрирована высокая эффективность и доказаны преимущества применения малоинвазивных технологий в хирургическом лечении пациентов с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, что позволило значительно уменьшить количество послеоперационных осложнений и избежать летальности.

Изучены особенности течения метаболических нарушений у больных с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки. Разработан и внедрен в хирургическую практику метод лечения послеоперационной динамической кишечной непроходимости и ранней энтеральной коррекции белково-энергетической недостаточности у пациентов с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки. Определена эффективность ранней энтеральной коррекции белково-энергетической недостаточности после различных оперативных вмешательств.

Изучая результаты лечения, доказана перспективность и большое практическое значение использования малоинвазивных технологий в сочетании с ранней энтеральной коррекцией белково-энергетической недостаточности в хирургии язвенной болезни.

Практическая значимость:

Применение малоинвазивных технологий в лечении больных с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки позволяет значительно улучшить результаты хирургического лечения.

Предложенный способ иссечения перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки через мини-доступ позволяет уменьшить

травматичность операции и снижает риск развития послеоперационных осложнений, встречающихся при широкой лапаротомии.

Санация брюшной полости с использованием видеолапароскопических технологий значительно снижает риск развития осложнений со стороны брюшной полости и связанных с широкой лапаротомией.

Использование малоинвазивных методов оперативного лечения у больных с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, в сочетании с ранней энтеральной коррекцией белково-энергетической недостаточности способствуют снижению количества послеоперационных осложнений, ранней активизации и переходу от постельного режима к общему, уменьшению продолжительности нахождения пациентов в стационаре и позволили избежать летальности.

Положения, выносимые на защиту:

1. Рецидивы язв, пангастрит у больных с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки в отдаленном послеоперационном периоде возникают вследствие персистирования хеликобактерной инфекции.

2. Нарушения трофического статуса, у пациентов с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, в отдаленном послеоперационном периоде связаны с рецидивом язвы и способом оперативного лечения.

3. Наилучшим способом разрешения динамической кишечной непроходимости в послеоперационном периоде у пациентов с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки является адекватная санация брюшной полости, а при суб- либо декомпенсированной динамической кишечной непроходимости проведение интраоперационной декомпрессии тонкой кишки с аспирацией кишечного содержимого и ранним отмыванием кишечника охлажденным до 14 - 16°C 0,9%-раствором NaCl.

4. Лапароскопическая санация брюшной полости и иссечение перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки из мини-доступа

на фоне адекватного белково-энергетического обеспечения является оптимальным методом лечения.

5. Энтеральное зондовое питание на протяжении всего послеоперационного периода, у пациентов с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки является оптимальным способом белково-энергетического обеспечения.

6. При декомпенсированной динамической кишечной непроходимости коррекцию белково-энергетической недостаточности следует осуществлять парентеральным путем, а после ее разрешения энтеральным.

Внедрение в практику.

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

Результаты диссертационной работы используются на кафедре госпитальной хирургии № 1 лечебного факультета Московской Медицинской Академии им. И.М. Сеченова.

Апробация работы.

Основные положения диссертации доложены и обсуждены на заседаниях VII Международного Конгресса «Парентеральное и энтеральное питание» (22 - 24 октября 2003 г. - г. Москва); Общества хирургов г. Москвы и Московской области (4 декабря 2003 г. - г. Москва); Конгресса Московских хирургов «Неотложная и специализированная хирургическая помощь» (19 - 21 мая 2005 г. - г. Москва); 9 Московского Международного Конгресса по эндоскопической хирургии (6 - 8 апреля 2005 г. - г. Москва); Десятого Юбилейного Московского Международного Конгресса по эндоскопической хирургии (19 - 21 апреля 2006 г. - г. Москва); Десятого Юбилейного Международного Конгресса «Парентеральное и энтеральное питание» (20 - 21 декабря 2006 г. - г. Москва).

Публикации.

По материалам работы опубликовано 29 печатных работ.

Объем и структура работы.

Диссертационная работа состоит из введения, 7 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы.

Материалы диссертации изложены на 303 страницах шрифтом Times New Roman № 14 (Microsoft Word), иллюстрированы 83 таблицами, 19 рисунками и 18 диаграммами. Список литературы включает 393 источника (в том числе 228 работ отечественных и 165 иностранных авторов). Обработка данных произведена с использованием статистических пакетов Microsoft Office Access и Microsoft Office Excel 2003.

Содержание работы.

Обобщили результаты обследования и лечения 744 больных, которых оперировали экстренно по поводу ПЯ желудка и ДПК, находившихся на лечении в ГКБ № 67 г. Москвы в период с 1996 по 2007 г.

Из 744 (100%) пациентов с ПЯ желудка и ДПК, у 338 (45,4%) изучили результаты обследования и лечения в раннем ПОП, а у 406 (54,6%) в отдаленном.

В отдаленном ПОП обследовали 406 (100%) больных, из них 199 (49%) жалоб не предъявляли и были практически здоровыми. Из оставшихся 207 (51%) больных, 89 (22%) были вынуждены обратиться за помощью в различные городские стационары в связи с возникшими у них осложнениями.

Так, 20 (5%) пациентов были оперированы по поводу послеоперационной вентральной грыжи, 4 (0,9%) в связи с острой спаечной тонкокишечной непроходимости, 9 (2,2%) по поводу кровотечений из рецидивных язв желудка и ДПК, 12 (3%) вследствие повторной ПЯ желудка или ДПК, 21 (5,2%) из-за возникших явлений стеноза, 23 (5,7%) по поводу лигатурных свищей в области послеоперационного рубца (Табл. 1).

Таблица 1.

Данные о характере осложнений возникших в отдаленном ПОП.

Характер осложнения	Количество больных	%
Послеоперационная вентральная грыжа	20	5
Острая кишечная непроходимость	4	0,9
Кровотечение из рецидивной язвы желудка или ДПК	9	2,2
Повторная ПЯ желудка или ДПК	12	3
Стеноз выходного отдела желудка	21	5,2
Лигатурные свищи	23	5,7
Всего больных с осложнениями	89	22
Общее количество обследованных больных	406	100

118 (29%) опрошенных пациентов предъявляли жалобы на проявления синдрома диспепсии, что послужило основанием для их госпитализации и обследования. Этим больным не проводили эрадикационную терапию в ПОП, либо они не следовали рекомендуемым схемам лечения.

Мужчин было 80 (67,8%), а женщин 38 (32,2%). Из 118 (100%) обследованных пациентов в отдаленном ПОП у 44 (37,3%) оперативные вмешательства проведены по поводу впервые выявленной язвы. Язвенный анамнез до 5 лет был установлен у 28 (23,7%) больных, а 27 (22,9%) и 19 (16,1%) пациентов имели язвенный анамнез до 10 и более 10 лет, соответственно.

По поводу ПЯ ДПК оперировали 71 (60,1%) пациента, 29 (24,6%) с ПЯ ПК, а 18 (15,3%) с ПЯ желудка.

РЖ в различных модификациях выполнили 8 (6,8%) больным, 4 (3,4%) - варианты ваготомий, а УПЯ и ИПЯ - 19 (16,2%) и 87 (73,6%) пациентам, соответственно.

У 8 (6,8%) пациентов перенесших РЖ, при опросе выявили демпинг-синдром и синдром постгастрорезекционной астении, а у 1 (0,8%) гипогликемический синдром.

После ваготомии у 2 (1,7%) больных, 2 - 3 раза в неделю возникала диарея, и были клинические проявления гастро-эзофагеальной рефлюксной болезни.

Чувство тяжести, отрыжку и изжогу после еды ощущали 17 (14,4%) пациентов после УПЯ и 19 (16,1%) после ИПЯ желудка, ПК и ДПК, (Табл. 2).

При выполнении ЭГДС у 2 (1,7%) пациентов перенесших РЖ обнаружили язву анастомоза. Эндоскопическое обследование 2 (1,7%) больных после ваготомий позволило выявить язвенное поражение привратника. У пациентов перенесших УПЯ и ИПЯ желудка и ДПК, 15 (12,8%) и 19 (16,1%), соответственно обнаружили язвенные дефекты в области ранее ушитых и иссеченных ПЯ.

Таблица 2.

Данные об осложнениях в отдаленном ПОП у пациентов с ПЯ желудка и ДПК после различных видов операций.

Вид осложнения	Способ операции				
	РЖ	УПЯ+СПВ	УПЯ+СВ	УПЯ	ИПЯ
Демпинг-синдром	8(6,8%)	-	-	-	-
Гипогликемический синдром	1(0,8%)	-	-	-	-
Синдром постгастрорезекционной астении	8(6,8%)	-	-	-	-
Диарея	-	1(0,8%)	1(0,8%)	-	-
ГЭРБ	8(6,8%)	1(0,8%)	1(0,8%)	-	-
Функциональный компенсированный стеноз	-	-	-	17(14,4%)	19(16,1%)
Дуоденогастральный рефлюкс	-	-	-	2(1,7%)	68(57,6%)
Всего	118 (100%)				

У 8 (6,7%) и у 9 (7,5%) больных после УПЯ и ИПЯ желудка и ДПК, соответственно, выявили лигатуры в язве, которые удалили эндоскопически.

При эндоскопическом обследовании пациентов использовали Сиднейскую классификацию гастрита. Так, у 6 (5%) больных после РЖ выявили гастрит культуры желудка. У 2 (1,7%) пациентов, перенесших ваготомию, обнаружили пангастрит. У 3 (2,5%) пациентов перенесших УПЯ желудка и ДПК констатировали эндоскопическую картину антрального гастрита, а у 1 (0,8%) - пангастрита. У 27 (22,9%) больных после ИПЯ желудка и ДПК при обследовании выявили картину антрального гастрита, а у 41 (34,8%) - пангастрита.

Изучили степень обсемененности НР у 118 (100%) пациентов с диспепсическим синдромом.

Со слабой степенью обсеменённости НР диагностировали 2 (1,7%) больных перенесшие РЖ, 3 (2,5%) УПЯ желудка и ДПК и 27 (22,9%) ИПЯ желудка, ПК и ДПК.

Среди больных со средней степенью обсеменённости НР 2 (1,7%) перенесли ваготомию, 1 (0,8%) - УПЯ желудка и ДПК, а 41 (34,7%) - ИПЯ желудка, ПК и ДПК.

Высокая степень обсемененности НР выявлена у 2 (1,7%) пациентов после РЖ, у 2 (1,7%) после ваготомию, у 15 (12,7%) после УПЯ желудка и ДПК и у 19 (16,1%) после ИПЯ желудка и ДПК.

При выполнении внутрижелудочной рН-метрии у 106 (89,8%) больных выявили гиперацидность, с декомпенсацией ощелачивающей функции антрального отдела желудка. 19 (16,1%) из них выполнили УПЯ желудка и ДПК, а 87 (73,7%) ИПЯ желудка, ПК и ДПК. Сочетание нормацидности с компенсацией ощелачивающей функции антрального отдела желудка наблюдали у 4 (3,4%) больных после ваготомий, а анацидность с декомпенсацией ощелачивающей функции антрального отдела желудка выявили у 8 (6,8%) пациентов после РЖ.

При рентгеноскопии желудка у 8 (6,8%) больных перенесших РЖ установили признаки недостаточности кардии, наличие

гастроэзофагеального рефлюкса. У 4 (3,4%) пациентов после ваготомии выявили гастроэзофагеальный рефлюкс, а эвакуация бариевой взвеси в ДПК происходила в течение 6 часов. У 15 (12,7%) больных после УПЯ и у 19 (16,1%) после ИПЯ с рецидивами язв обнаружили замедление эвакуации бариевой взвеси в ДПК от 4 до 6 часов и изменения рельефа слизистой, характерные для хронического гастрита. Рентгенологические признаки дуоденогастрального рефлюкса обнаружили у 68 (57,6%) пациентов после ИПЯ и у 4 (3,4%) после УПЯ желудка и ДПК.

Кроме того, у 2 (1,7%) пациентов без рецидива язвы после УПЯ ДПК выявили задержку эвакуации бариевой взвеси из желудка в течение 6 часов, что свидетельствовало о наличии компенсированного стеноза.

Оценку ТС в отдаленном ПОП провели у 58 (100%) больных.

Так, 8 (13,8%) пациентам выполнили РЖ, 4 (6,9%) ваготомии, 19 (32,8%) УПЯ, а 27 (46,5%) ИПЯ. Из них с рецидивом ЯБ было обследовано 30 (51,7%) пациентов.

У всех 8 (13,8%) пациентов перенесших РЖ обнаружили снижение уровня альбумина, трансферина, абсолютного числа лимфоцитов и АП ($p < 0,05$). Ни один пациент из обследуемой группы в ближайшие 3 года после операции не отметил увеличение массы тела, а четверо предъявляли жалобы на похудание, с потерей массы тела до 5 кг. У 4 (50%) больных выявили недостаточность питания средней степени тяжести, а у 4 (50%) - тяжелой. Отметили, что у 2 (25%) пациентов с недостаточностью питания тяжелой степени диагностировали рецидив ЯБ.

При анализе ТС больных, которым выполняли ваготомии установили, что у 1 (25%) пациента была недостаточность питания легкой степени тяжести, у 2 (50%) - средней, а у 1 (25%) - тяжелой. Причем, у 2 (50%) больных с недостаточность питания средней и тяжелой степени был диагностирован рецидив ЯБ. Пациентов без недостаточности питания не было.

При оценке ТС у больных, которым выполняли УПЯ желудка и ДПК обнаружили, что 10 (52,6%) пациентов были с недостаточностью питания легкой степени тяжести, 6 (31,6%) - средней, а 3 (15,8%) - тяжелой. Из 19 (100%) больных перенесших УПЯ желудка и ДПК рецидив ЯБ выявили у 15 (78,9%). Пациентов без недостаточности питания не было.

Провели оценку ТС у 27 (31%) больных, которым выполняли ИПЯ желудка и ДПК. Установили, что 16 (59,3%) пациентов имели недостаточность питания легкой степени тяжести, 7 (25,9%) - средней, а 4 (14,8%) - тяжелой. У 11 (40,7%) больных с недостаточность питания средней и тяжелой степени был диагностирован рецидив ЯБ. Пациентов без недостаточности питания не было.

Таким образом, анализ различных видов операций в отдаленном ПОП у пациентов с ПЯ желудка и ДПК показал, что рецидив ЯБ после УПЯ и ваготомий возникал в 79% и 50% наблюдений, а после ИПЯ и РЖ, в 22% и 25%, соответственно. Рецидивы язв, пангастрит имели место вследствие персистенции хеликобактерной инфекции, а в 7% наблюдений после УПЯ и в 8% после ИПЯ причиной рецидивов язв являлись резидуальные лигатуры.

У всех больных, перенесших РЖ или ваготомии, в отдаленном ПОП выявляли различной степени выраженности постгастрорезекционные либо постваготомические осложнения.

Возникновение нарушений ТС средней и тяжелой степени, у пациентов с ПЯ желудка и ДПК, в отдаленном ПОП были связаны с рецидивами язв и способом оперативного лечения.

Провели анализ результатов лечения больных с ПЯ желудка и ДПК в раннем ПОП.

Для выполнения цели научного исследования и решения поставленных задач 338 (100%) пациентов с ПЯ желудка и ДПК были разделены на 2 клинические группы: основную и контрольную.

Пациентам основной группы, во время операции устанавливали НЕЗ, для разрешения явлений ДКН и проведения НП в ПОП. ДКН разрешали введением в НЕЗ охлажденного до 14 - 16°C 0,9% раствора NaCl. После разрешения явлений ДКН, в ходе комплексного лечения, кроме питания в соответствии с диетой № 1 по Певзнеру, с помощью НЕЗ осуществляли коррекцию ВЭН и БЭН сбалансированными энтеральными смесями на протяжении всего ПОП.

Больным контрольной группы коррекцию ВЭН и БЭН в ПОП проводили ПП до разрешения явлений ДКН. В дальнейшем пациентам разрешали пить, постепенно расширяя диету,

В основную группу включили 200 (59,2%) больных, из них 89 (26,3%) оперировали ММ, 12 (3,5%) выполнили УПЯ желудка и ДПК, 53 (15,7%) ИПЯ желудка и ДПК, а 46 (13,7%) РЖ.

Контрольную группу составили 138 (40,8%) пациентов. ММ оперировали 49 (14,5%) больных, 15 (4,5%) произвели УПЯ, 40 (11,8%) ИПЯ, а 34 (10%) РЖ, (Табл. 3).

Следует отметить, что все клинические группы однородны по полу и возрасту, длительности ЯБ, наличию сопутствующих заболеваний, способу оперативного лечения, статистически сравнимы.

Таблица 3.

Данные о видах выполненных оперативных вмешательств.

Виды оперативных вмешательств	Основная группа		Контрольная группа	
	Количество больных	%	Количество больных	%
РЖ по Бильрот I	12	3,5	7	2
РЖ, в модификации Гофмейстера-Финстерера	20	6	9	2,7
РЖ, на петле по Ру	5	1,5	7	2
РЖ, в модификации Бальфура.	9	2,7	11	3,3
ММ	89	26,3	49	14,5
УПЯ желудка и ДПК	12	3,5	15	4,5
ИПЯ желудка и ДПК	53	15,7	40	11,8
Всего	200	59,2	138	40,8
Общие количество больных	338(100%)			

Из 338 (100%) больных 270 (79,9%) было мужчин и 68 (20,1%) женщин.

Оперированные пациенты были в возрасте от 18 до 78 лет. Большую часть составили больные в возрасте от 21 до 50 лет. В основной группе таких пациентов было 174 (87%), а в контрольной 124 (89,8%).

При изучении длительности язвенного анамнеза отметили, что у 176 (88%) в основной группе и у 115 (83,3%) в контрольной он превышал 3 года. Длительный язвенный анамнез свыше 15 лет установили у 3 (1,5%) больных основной группы и у 2 (1,4%) в контрольной.

У большинства пациентов обеих групп размер язвы был от 5 до 15 мм в диаметре. Язвы, размеры которых были более 15 - 20 мм, встречались редко.

Наиболее часто расположение ПЯ было на передней стенке ДПК, пилорического и препилорического отделов желудка. Однако, у 42 (12,4%) пациентов во время операции диагностировали язву задней стенки ДПК и пилорического отдела желудка.

Большинство больных, как в основной, так и в контрольной группе поступали через 2 - 4 часа с момента возникновения заболевания. Так, в основной группе таких пациентов было 127 (63,5%), а в контрольной 104 (75,4%). До 2-х часов госпитализация была осуществлена у 8 (4%) больных в основной группе и у 4 (2,9%) в контрольной. Следует отметить, что через 24 часа с момента начала заболевания пациенты поступали крайне редко. В основной группе таких больных было 2 (1%), а в контрольной они отсутствовали.

Наличие сопутствующих заболеваний выявили у большинства пациентов. Наиболее часто встречающимися из них были: ГБ 1 - 2 ст., хронический бронхит вне обострения, пневмосклероз, СД 2 типа.

Для определения тактики ведения больных с ПЯ желудка и ДПК разработали классификацию ДКН основанную на результатах обзорной рентгенографии брюшной полости и УЗИ. Выделяли КДКН, СДКН и ДДКН.

В тех случаях, когда тонкая кишка была несколько дилатирована, в просвете кишки определялся газ или незначительное количество жидкости, толщина стенки кишечника не превышала 4 мм, а МЭФ снижена, то эти ультразвуковые признаки свидетельствовали о КДКН. На обзорной рентгенограмме брюшной полости характерным было умеренная пневматизация тонкой и толстой кишки с единичными формирующимися уровнями жидкости в тонкой кишке.

При СДКН тонкая кишка была дилатирована, в просвете ее отмечали наличие жидкости и газа, имелась пневматизация толстой кишки, толщина стенки тонкой кишки была более 5 мм, моторика кишечника снижена, а на обзорной рентгенограмме брюшной полости выявляли умеренную пневматизацию с единичными уровнями жидкости в тонкой кишке, правой половины ободочной кишки, частично поперечноободочной кишке.

Для ДДКН характерным была резкая дилатация тонкой и толстой кишки, наличие жидкости и газа во всех отделах кишечника, толщина стенки тонкой кишки 7 и более мм, МЭФ кишечника отсутствовала. На обзорной рентгенограмме обнаруживали пневматизацию тонкой и толстой кишки, многочисленные уровни жидкости во всех отделах кишечника.

Провели оценку ТС у 338 (100%) больных с ПЯ желудка и ДПК при поступлении.

Анализ ТС показал, что у 284 (84%) больных при поступлении выявили снижение ИМТ, общего белка плазмы, альбумина, трансферрина и абсолютного числа лимфоцитов, и уменьшение КЖСТ, ОП.

Так, нарушения ТС легкой степени тяжести установили у 148 (43,8%) пациентов, средней у 72 (21,3%), тяжелой у 64 (18,9%). Отметим, что только у 54 (16%) больных нарушения ТС отсутствовали.

При изучении влияния длительности заболеванием ЯБ желудка и ДПК на нарушения ТС у пациентов с ПЯ желудка и ДПК выявили, что чем продолжительнее язвенный анамнез, тем выражение нарушения ТС. Эта

установленная закономерность обусловлена частыми рецидивами ЯБ и отсутствием эрадикационной терапии у больных в исследуемых группах.

Провели анализ влияния возраста и сопутствующих заболеваний на нарушения ТС у пациентов с ПЯ желудка и ДПК.

Установили что, нарушения питания у пациентов с ПЯ желудка и ДПК находятся в зависимости от их возраста и сопутствующих заболеваний. Чем старше возраст больных и тяжелее сопутствующие заболевания, тем выражение изменения ТС.

Анализ влияния распространенности перитонита на степень нарушения ТС у пациентов с ПЯ желудка и ДПК показал, что при МП в большинстве случаев имелись нарушения ТС легкой степени, а при РП средней и тяжелой степени.

Следует отметить, и то обстоятельство, что из 195 (100%) больных с МП у 115 (58,9%) выявили непродолжительный язвенный анамнез, молодой возраст, отсутствовала или была не выраженной сопутствующая патология, а 98 (68,5%) из 143 (100%) пациентов с РП поступали с длительным язвенным анамнезом, в возрасте от 40 лет и старше, с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

Изучили влияние степени ДКН на динамику изменения ТС у больных с ПЯ желудка и ДПК.

Установили, что у пациентов с КДКН и МП нарушения ТС преимущественно были легкой и средней степени. В случаях СДКН и РП выявляли нарушения питания средней и тяжелой степени, а при наличии ДДКН и РП всегда диагностировали нарушения ТС тяжелой степени.

Таким образом, степень ДКН у больных с ПЯ желудка и ДПК, как правило, соответствовала степени распространенности перитонита, что объясняет причины нарушения ТС.

Изучили влияние способа оперативного лечения на развитие БЭН в раннем ПОП у пациентов с ПЯ желудка и ДПК.

На основании проведённого анализа установили, что у 89 (64,5%) больных основной группы, оперированных ММ лабораторные показатели приближались к нижней границе нормы уже к 7-м суткам ПОП, а к 10-м суткам становились нормальными. В контрольной группе, у 49 (35,5%) пациентов лабораторные показатели были у нижней границе нормы только к 10-м суткам ПОП.

Проанализировали лабораторные показатели в динамике у 27 (100%) и у 93 (100%) пациентов, которым выполняли УПЯ и ИПЯ желудка и ДПК.

Выявили, что у больных основной группы, которым выполняли УПЯ и ИПЯ, 12 (44,4%) и у 53 (57%), соответственно лабораторные показатели приближались к нижней границе нормы только к 10-м суткам ПОП. У пациентов контрольной группы, после УПЯ и ИПЯ, 15 (55,6%) и у 40 (43%), соответственно, прогрессивно снижались на протяжении всего ПОП.

Изучили данные лабораторных показателей в динамике у 80 (100%) больных с ПЯ желудка и ДПК, которым выполняли РЖ. 46 (57,5%) из них составили основную группу, а 34 (42,5%) контрольную. Установили, что лабораторные показатели у пациентов, перенесших РЖ, как в основной, так и в контрольной группе прогрессивно снижались на протяжении всего ПОП, независимо от способа НП.

Провели исследование динамики изменений АП в раннем ПОП у 138 (100%) больных с ПЯ желудка и ДПК оперированных ММ.

У 89 (64,5%) больных основной группы отметили тенденцию к увеличению АП. В контрольной группе 37 (26,8%) пациентов из 49 (35,5%) сохранили исходную степень нарушения питания, а у 12 (8,7%) больных без недостаточности питания при поступлении, АП к 10-м суткам ПОП стали соответствовать показателям нарушения ТС легкой степени.

Проанализировали АП показатели в динамике у больных, которым выполняли УПЯ и ИПЯ желудка и ДПК, 27 (100%) и 93 (100%), соответственно.

Выявили, что у пациентов основной группы, после УПЯ и ИПЯ, 12 (44,4%) и 53 (57%), соответственно, степень нарушения питания к 10-м суткам ПОП оставалась не изменой. У больных контрольной группы, после УПЯ и ИПЯ, 15 (55,6%) и 40 (43%), соответственно степень нарушения ТС снижалась.

Изучили динамику изменений АП в раннем ПОП у 80 (100%) пациентов с ПЯ желудка и ДПК, которым выполняли РЖ. Основную группу составили 46 (57,5%) больных, а 34 (42,5%) контрольную.

Установили, что у пациентов основной и контрольной групп степень нарушения питания становилась ниже исходной.

Провели анализ динамики изменения ТС у 138 (100%) пациентов с ПЯ желудка и ДПК оперированных ММ.

Отметили, что при поступлении в основной и контрольной группе больше было пациентов с нарушением питания легкой степени - 49 (35,5%) и 17 (12,3%), а меньше с нарушением ТС тяжелой степени - 11 (8%) и 9 (6,5%), соответственно.

Установили, что к 10-м суткам ПОП в основной группе подавляющее большинство пациентов были без недостаточности питания - 60 (43,5%) и с нарушением ТС легкой степени - 17 (12,3%). В контрольной группе увеличилось количество больных с нарушением ТС средне и тяжелой степени, 17 (12,3%) и 20 (14,5%), соответственно.

Анализ динамики изменения ТС в ПОП у пациентов основной группы, которым выполняли УПЯ и ИПЯ, 27 (100%) и 93 (100%), соответственно показал, что к 10-м суткам ПОП исходный ТС оставался неизменным. В контрольной группе увеличилось количество больных с нарушением питания тяжелой степени, а пациенты без нарушения ТС отсутствовали. Так, после УПЯ и ИПЯ выявили 10 (37%) и 20 (21,5%) больных, соответственно, с нарушением питания тяжелой степени.

Проанализировали динамику изменения ТС у 80 (100%) пациентов с ПЯ желудка и ДПК, которым выполняли РЖ.

Установили, что в основной группе увеличилось количество больных с нарушением питания средней и тяжелой степени - 23 (28,8%) и 18 (22,4%), соответственно, несмотря на НП. В контрольной группе все пациенты были с нарушением питания средне и тяжелой степени - 30 (37,5%) и 4 (5%), соответственно.

Провели анализ влияния распространенности перитонита на степень ДКН у 138 (100%) пациентов с ПЯ желудка и ДПК оперированных ММ. Из 138 (100%) больных у 77 (55,8%) установили явления МП, а у 61 (44,2%) РП. У пациентов с МП выявили признаки КДКН. Проявления КДКН и СДКН диагностировали у 12 (8,7%) и 49 (35,5%) больных с РП, соответственно.

Анализ влияния распространенности перитонита на степень ДКН показал, что из 200 (100%) пациентов с ПЯ желудка и ДПК оперированных ТМ у 96 (48%) выявили МП и признаки КДКН, а у 104 (52%) явления РП. Из 104 (52%) пациентов с РП проявления КДКН установили у 17 (8,5%), СДКН у 85 (42,5%), а ДДКН у 2 (1%).

Проанализировали влияние длительности острого перитонита на степень ДКН у пациентов с ПЯ желудка и ДПК оперированных ММ.

Установили, что у 89 (64,5%) пациентов поступивших в стационар до 8 часов с момента возникновения ПЯ желудка и ДПК имелись признаки КДКН, а у 49 (35,5%) больных госпитализированных с 8 до 24-х часов с момента начала заболевания были проявления СДКН. Пациентов с явлениями ДДКН, в этой группе больных обнаружено не было.

Исследовали влияние длительности острого перитонита на степень ДКН у пациентов с ПЯ желудка и ДПК оперированных ТМ.

Выявили, что у 113 (56,5%) больных госпитализированных в стационар до 8 часов с момента возникновения ПЯ были признаки КДКН.

У 85 (42,5%) пациентов поступивших с 8 до 24-х часов с момента начала заболевания имелись проявления СДКН.

Признаки ДДКН установили у 2-х (1%) пациентов, которых доставили в приемное отделение через 24 часа с момента возникновения ПЯ.

Следовательно, у больных с ПЯ желудка и ДПК длительность острого перитонита находится в прямой зависимости со степенью ДКН. То есть, чем продолжительней острый перитонит, тем более выражена степень ДКН.

Известно, что ДКН сопровождается выраженными водно-электролитными нарушениями, которые приводят к дефициту калия, гипонатриемии, уменьшению объема циркулирующей крови, с гемоконцентрацией усугубляя тяжесть состояния больных в ПОП.

Изучили действие различных способов позволяющих устранить явления ДКН, в раннем ПОП. По способу разрешения ДКН в ПОП пациентов распределили на две группы: основную и контрольную. Больным основной группы явления ДКН разрешали с помощью раннего отмывания кишечника охлажденным до 14 - 16°C физиологическим раствором. Пациентам контрольной группы ДКН разрешали традиционными методами.

Из 138 (100%) пациентов с ПЯ желудка и ДПК оперированных ММ основную группу составили 89 (64,5%) больных, а контрольную - 49 (35,5%).

В основной группе из 89 (100%) пациентов у 60 (67,4%) при поступлении обнаружили признаки КДКН, а у 29 (32,6%) СДКН.

Использование методики раннего отмывания кишечника позволило у 60 (67,4%) пациентов с КДКН разрешить явления ДКН в течение первых $12 \pm 0,2$ часов после окончания операции. Потери из желудка за этот период времени не превысили $480 \pm 15,0$ мл.

У 29 (32,6%) больных с СДКН проявления ДКН разрешили через $24 \pm 0,3$ часа после окончания операции, а потери из желудка, за этот период времени составили $750 \pm 30,0$ мл.

Из 49 (100%) пациентов контрольной группы у 29 (59,2%) при поступлении обнаружили признаки КДКН, а у 20 (40,8%) СДКН.

Применение ТМ позволило у 29 (59,2%) пациентов с КДКН разрешить явления ДКН в течение первых $48 \pm 0,2$ часов после окончания операции. Потери из желудка за этот период времени не превысили $2540 \pm 33,3$ мл.

У 20 (40,8%) больных с СДКН проявления ДКН разрешили через $72 \pm 0,2$ часа после окончания операции, а потери из желудка, за этот период времени составили $3370 \pm 32,5$ мл.

Провели анализ различных способов разрешения явления ДКН, в раннем ПОП у 27 (100%) пациентов с ПЯ желудка и ДПК, которым выполняли УПЯ.

Из 12 (100%) больных основной группы у 7 (58,3%) при поступлении обнаружили признаки КДКН, у 4 (33,3%) СДКН и у 1 (8,4%) ДДКН.

Использование раннего отмывания кишечника в ПОП позволило у 7 (58,3%) пациентов с КДКН разрешить явления ДКН в течение $24 \pm 0,2$ часов после окончания операции. Потери из желудка за этот период времени не превысили $670 \pm 35,0$ мл.

У 4 (33,3%) больных с СДКН проявления ДКН разрешили через $48 \pm 0,4$ часов после окончания операции, а потери из желудка, за этот период времени составили $1850 \pm 36,6$ мл.

В наблюдении с ДДКН явления непроходимости разрешили в течение $72 \pm 0,4$ часов. Потери из желудка составили $3590 \pm 35,0$ мл.

Из 15 (100%) пациентов контрольной группы у 5 (33,3%) при поступлении обнаружили признаки КДКН, а у 10 (66,7%) СДКН.

Применение ТМ позволило у 5 (33,3%) пациентов с КДКН разрешить явления ДКН в течение первых $48 \pm 0,2$ часов после окончания операции. Потери из желудка за этот период времени не превысили $3430 \pm 36,6$ мл.

У 10 (66,7%) больных с СДКН проявления ДКН разрешили через $72 \pm 0,2$ часа после окончания операции, а потери из желудка, за этот период времени составили $4970 \pm 35,0$ мл.

Проанализировали действие различных способов разрешения ДКН, в раннем ПОП у 93 (100%) пациентов с ПЯ желудка и ДПК, которым выполняли ИПЯ.

Из 53 (100%) пациентов основной группы у 23 (43,4%) при поступлении обнаружили признаки КДКН, у 29 (54,7%) СДКН и у 1 (1,9%) ДДКН.

Использование методики раннего отмывания кишечника в раннем ПОП позволило у 23 (43,4%) пациентов с КДКН разрешить явления ДКН в течение $24 \pm 0,2$ часов, после окончания операции. Потери из желудка за этот период времени составили $660 \pm 30,0$ мл.

У 29 (54,7%) больных с СДКН проявления ДКН разрешили через $48 \pm 0,3$ часов после окончания операции, а потери из желудка, за этот период времени составили $2370 \pm 33,3$ мл.

У пациента с ДДКН явления непроходимости разрешили в течение $72 \pm 0,3$ часов. Потери из желудка составили $4000 \pm 45,0$ мл.

В контрольной группе из 40 (100%) пациентов у 20 (50%) при поступлении установили признаки КДКН и у 20 (50%) СДКН.

Применение ТМ позволило у 20 (50%) пациентов с КДКН разрешить явления ДКН в течение первых $48 \pm 0,2$ часов после окончания операции. Потери из желудка за этот период времени не превысили $3570 \pm 33,3$ мл.

У 20 (50%) больных с СДКН проявления ДКН разрешили через $72 \pm 0,2$ часа после окончания операции, а потери из желудка, за этот период времени составили $4960 \pm 32,5$ мл.

Выполнили анализ действия различных способов позволяющих разрешить явления ДКН, в раннем ПОП у 80 (100%) пациентов с ПЯ желудка и ДПК, которым выполняли РЖ.

Из 46 (100%) пациентов основной группы у 28 (60,8%) при поступлении обнаружили признаки КДКН, а у 18 (39,2%) СДКН.

Раннее отмывание кишечника позволило у 28 (60,8%) пациента с КДКН разрешить явления ДКН в течение $24\pm 0,2$ часов после окончания операции. Потери из желудка за этот период времени не превысили $990\pm 35,0$ мл.

У 18 (39,2%) больных с СДКН проявления ДКН разрешили через $48\pm 0,2$ часов после окончания операции, а потери из желудка, за этот период времени составили $3320\pm 33,3$ мл.

В контрольной группе из 34 (100%) пациентов у 30 (88,2%) при поступлении выявили признаки КДКН, а у 4 (11,8%) СДКН.

Использование ТМ позволило у 30 (88,2%) пациентов с КДКН разрешить явления ДКН в течение первых $96\pm 0,3$ часов после окончания операции. Потери из желудка за этот период времени не превысили $6530\pm 36,0$ мл.

У 4 (11,8%) больных с СДКН проявления ДКН разрешили через $120\pm 0,4$ часов после окончания операции, а потери из желудка, за этот период времени составили $8460\pm 35,0$ мл.

Таким образом, использование раннего отмывания кишечника в раннем ПОП, у пациентов с ПЯ желудка и ДПК позволило значительно сократить продолжительность ДКН и уменьшить потери из желудка.

Провели анализ влияния раннего отмывания кишечника, как способа подавления кислотности, в раннем ПОП у 137 (100%) пациентов с ПЯ желудка и ДПК. По способу подавления кислотности пациентов распределили на две группы: основную и контрольную.

Пациентам основной группы подавление кислотности осуществляли с помощью раннего отмывание кишечника охлажденным до $14 - 16^{\circ}\text{C}$ физиологическим раствором.

Больным контрольной группы подавление кислотности посредством раннего отмывание кишечника охлажденным до $14 - 16^{\circ}\text{C}$ физиологическим раствором не проводили.

Из 62 (45,3%) пациентов основной группы 11 (8,1%) оперированы ММ, 12 (8,8%) выполнили УПЯ, 17 (12,4%) ИПЯ, а 22 (16%) РЖ.

В контрольной группе из 75 (54,7%) больных 12 (8,8%) оперированы ММ, 15 (10,9%) выполнили УПЯ, 21 (15,3%) ИПЯ, а 27 (19,7%) РЖ.

Выявили, что в основной группе, у пациентов, которым выполняли ММ, УПЯ и ИПЯ гипоацидность в теле желудка сопровождалась компенсацией ощелачивающей функции антрального отдела желудка.

У больных контрольной группы, после выполнения ММ, УПЯ и ИПЯ отметили сочетание гиперацидности в теле желудка с декомпенсацией ощелачивающей функции антрального отдела желудка.

Анацидность в теле желудка установили у пациентов основной и контрольной группы, перенесшие РЖ.

Следовательно, использование раннего отмывания кишечника, в раннем ПОП, у пациентов, которых оперировали ММ и выполняли УПЯ и ИПЯ желудка и ДПК, позволило снизить кислотность в теле желудка и сохранить кислотонейтрализующую функцию антрального отдела желудка.

Проведённый анализ результатов лечения у 138 (100%) пациентов с ПЯ желудка и ДПК оперированных ММ показал, что нагноение послеоперационной раны выявили у 6 (4,3%) пациентов с СД 2 типа. У 5 (3,6%) больных с ИБС, ХОБЛ, хроническим бронхитом вне обострения, пневмосклерозом, цереброваскулярной болезнью с деменцией и у 8 (5,8%) с ГБ 1 - 2 ст., ХОБЛ, хроническим бронхитом вне обострения диагностировали двухстороннюю, нижнедолевую пневмонию. У 1 (0,7%) пациента с ГБ 1 - 2 ст., МКБ, хроническим пиелонефритом вне обострения, СД 2 типа ПОП осложнился обострением хронического пиелонефрита, (Табл. 4).

На основании анализа результатов лечения 27 (100%) пациентов с ПЯ желудка и ДПК, которым выполняли УПЯ, выявили нагноение послеоперационной раны у 2 (7,4%) больных с СД 2 типа и у 1 (3,7%) с ГБ 1 - 2 ст., пневмосклерозом, МКБ, СД 2 типа, цереброваскулярной болезнью с

деменцией. В 1 (3,7%) наблюдении прогрессирование гнойно-некротического процесса в ране привело к возникновению эвентрации, что, в свою очередь, потребовало её ушивание под внутривенным наркозом.

Кровотечение в раннем ПОП из не диагностированной язвы задней стенки ДПК установили у 2 (7,4%) больных с ИБС, мерцательной аритмией, постоянной формой, недостаточностью кровообращения 1 - 2 ст., ГБ 2 ст., ХОБЛ, хроническим бронхитом вне обострения, пневмосклерозом, цереброваскулярной болезнью с деменцией. Осложнения возникли через 48 и 72 часа после завершения операции. Используя консервативные мероприятия, удалось остановить кровотечение.

Несостоятельность УПЯ ДПК обнаружили у 1 (3,7%) пациента с ИБС, мерцательной аритмией, постоянной формой, недостаточностью кровообращения 3 ст., ГБ 3 ст., ХОБЛ, хроническим бронхитом вне обострения, пневмосклерозом, цереброваскулярной болезнью с деменцией.

У 4 (14,8%) больных с ХОБЛ, хроническим бронхитом вне обострения, пневмосклерозом, диагностировали двухстороннюю нижнедолевую пневмонию.

В 1 (3,7%) наблюдении, у пациента с ГБ 1 - 2 ст., МКБ, хроническим пиелонефритом вне обострения и СД 2 типа возникло обострение хронического пиелонефрита.

У 1 (3,7%) больного с ИБС, мерцательной аритмией, в результате тромбоза глубоких вен нижних конечностей, на 6 сутки ПОП развилась ТЭЛА, которая послужила причиной смерти, (Табл. 4).

Как показал анализ результатов лечения 93 (100%) пациентов с ПЯ желудка и ДПК, которым выполняли ИПЯ в 1 (1%) наблюдении, когда хроническая, гигантская (2/3 просвета кишки) язва ДПК пенетрировала в печёчно-двенадцатиперстную связку, во время мобилизации задней стенки ДПК был пересечён общий желчный проток. Возникшее осложнение было диагностировано на 2-е сутки ПОП, что потребовало повторного

оперативного лечения. После операции, на фоне продолженной ИВЛ возникли явления острой сердечно-сосудистой и печёночно-почечной недостаточности, которые привели к смерти больного через 48 часов после релапаротомии.

Нагноение послеоперационной раны выявили у 12 (13%) пациентов, что было обусловлено наличием СД 2 типа. В 5 (5,3%) наблюдениях, прогрессирование гнойно-некротического процесса в ране привело к возникновению эвентрации, что потребовало ушивание её.

Установили несостоятельность гастропластики и пилороластики по Heineke-Miculicz. В результате несостоятельности пилороластики по Heineke-Miculicz, у пациента сформировался наружный свищ, который закрылся на фоне проводимых консервативных мероприятий на 21 сутки. Несостоятельность гастропластики, на фоне ИБС, недостаточности кровообращения 2 ст. и тяжёлых ВЭН привела больного к летальному исходу.

У 13 (13,9%) пациентов с ИБС, мерцательной аритмией постоянной формы, недостаточностью кровообращения 1 - 2 ст., ГБ 2 ст., ХОБЛ, хроническим бронхитом вне обострения диагностировали двухстороннюю нижнедолевую пневмонию.

В 5 (5,3%) наблюдениях, у больных с ГБ 1 - 2 ст., МКБ, хроническим пиелонефритом вне обострения и СД 2 типа возникло обострение хронического пиелонефрита.

У 1 (1%) пациента с ИБС, недостаточностью кровообращения 2 ст., ХОБЛ, пневмосклерозом и возникшей в ПОП двухсторонней, нижнедолевой пневмонией на фоне длительной ИВЛ, на 6 сутки в результате тромбоза глубоких вен нижних конечностей развилась ТЭЛА, которая послужила причиной смерти.

В 1 (1%) наблюдении, у пациентки с ИБС, недостаточностью кровообращения 2 ст., цереброваскулярной болезнью, на фоне ИВЛ, через 2

часа после операции возник острый инфаркт, что послужило в дальнейшем причиной смерти.

У 1 (1%) пациента, который поступил через 24 часа с момента начала заболевания, на фоне цереброваскулярной болезни, через 48 часов после операции возникло ОНМК, приведшие к смерти, (Табл. 4).

Проведенный анализ результатов лечения у 80 (100%) пациентов с ПЯ желудка и ДПК, которым выполняли РЖ, показал, что в 1 (1,2%) случае, при выполнении РЖ была травмирована селезенка, что потребовало в дальнейшем спленэктомии.

Нагноение послеоперационной раны выявили у 3 (3,7%) пациентов страдающих СД 2 типа и у 10 (12,5%) больных, не имевших сопутствующих заболеваний. В 3 (3,7%) наблюдениях прогрессирование гнойно-некротического процесса в ране привело к возникновению эвентрации, что в свою очередь, потребовало ушивания её.

Несостоятельность гастро-энтеро, гастро-дуоденального анастомозов и культи ДПК выявили у 1 (1,2%), 2 (2,5%) и 3 (3,7%) пациентов, соответственно.

В результате несостоятельности гастро-дуоденального анастомоза, у 2 (2,5%) пациентов и несостоятельности культи ДПК, у 3 (3,7%) сформировались наружные свищи, которые закрылись на фоне проводимых консервативных мероприятий, на 21 - 24 сутки ПОП.

Несостоятельность гастро-энтеро анастомоза, на фоне ИБС, недостаточности кровообращения 2 ст. и ВЭН привело больного к летальному исходу.

У 15 (18,8%) пациентов, не имевших сопутствующую патологию и у 5 (6,2%) с хроническими заболеваниями, такими как: ИБС, мерцательная аритмия постоянной формы, недостаточность кровообращения 1 - 3 ст., ГБ 1 - 3 ст., ХОБЛ, хронический бронхит вне обострения, пневмосклероз,

цереброваскулярная болезнь с деменцией диагностировали двухстороннюю нижнедолевую пневмонию.

В 1 (2,5%) наблюдении у пациента с ГБ 1 - 2 ст., МКБ, хроническим пиелонефритом вне обострения, возникло обострение хронического пиелонефрита.

В 3 (3,7%) случаях, на 2 и 3 сутки ПОП, у пациентов с ИБС, недостаточностью кровообращения 2 ст., ХОБЛ, пневмосклерозом, цереброваскулярной болезнью и возникшей в ПОП двухсторонней нижнедолевой пневмонией, на фоне длительной ИВЛ, в результате тромбоза глубоких вен нижних конечностей развилась ТЭЛА, которая послужила причиной смерти.

В 1 (1,2%) наблюдении, у пациента с ИБС, недостаточностью кровообращения 2 ст., цереброваскулярной болезнью, на фоне ИВЛ, через 12 часов после операции возник острый инфаркт. Прогрессирующая сердечно-сосудистая недостаточность явилась причиной летального исхода.

У 2 (2,5%) пациентов, на фоне цереброваскулярной болезни, через 24 и 48 часов после операции возникло ОНМК, приведшие к смерти, (Табл. 4).

На основании проведенного анализа установили, что на результаты лечения больных с ПЯ желудка и ДПК во многом влияет наличие совокупности неблагоприятных факторов: недостаточность питания средней и тяжелой степени, язвенный анамнез более 5 лет, возраст пациента старше 40 лет, наличие сопутствующих заболеваний, перитонит и ДКН.

Выявили, что из 138 (100%) больных оперированных ММ 49 (35,5%) при поступлении имели в совокупности неблагоприятные факторы. Из 49 (100%) больных с неблагоприятными факторами 29 (59,2%) составили основную группу, а 20 (40,8%) контрольную. Установили, что послеоперационные осложнения возникли только у 20 (40,8%) пациентов контрольной группы.

Из 27 (100%) пациентов, которым выполняли УПЯ желудка и ДПК 15 (55,5%) при поступлении имели в совокупности неблагоприятные

факторы. Из 15 (100%) больных с неблагоприятными факторами 5 (33,3%) составили основную группу, а 10 (66,7%) контрольную.

Обнаружили, что послеоперационные осложнения возникли у 2 (13,3%) больных основной группы и у всех 10 (66,7%) пациентов контрольной группы.

У 50 (53,7%) из 93 (100%) больных, которым выполняли ИПЯ желудка и ДПК выявили в совокупности неблагоприятные факторы. Из 50 (100%) пациентов с неблагоприятными факторами основную группу составили 30 (60%) больных, а контрольную 20 (40%).

Установили, что у всех 20 (40%) пациентов контрольной группы и у 16 (32%) основной возникли осложнения в ПОП.

Таблица 4.

Данные о осложнениях и летальности у пациентов оперированных ММ и ТМ.

Характер осложнений	Способ операции			
	ММ	УПЯ	ИПЯ	РЖ
Нагноение послеоперационной раны	6 (4,3%)	3 (11,1%)	12 (13%)	13 (16,2%)
Интраоперационные осложнения	-	-	1 (1%)	1 (1,2%)
Несостоятельность гастро-энтеро анастомоза	-	-	-	1 (1,2%)
Несостоятельность культи ДПК	-	-	-	3 (3,7%)
Несостоятельность гастро-дуоденального анастомоза	-	-	-	2 (2,5%)
Несостоятельность гастропластики	-	-	1 (1%)	-
Несостоятельность пилороластики	-	-	1 (1%)	-
Несостоятельность УПЯ	-	1 (3,7%)	-	-
Кровотечение из не диагностированной язвы желудка или ДПК в ПОП	-	2 (7,4%)	-	-
Эвентрация	-	1 (3,7%)	5 (5,3%)	3 (3,7%)
Пневмония	13 (9,4%)	4 (14,8%)	13 (13,9%)	20 (25%)
Инфаркт миокарда	-	-	1 (1%)	1 (1,2%)
Пиелонефрит	1 (0,7%)	1 (3,7%)	5 (5,3%)	1 (1,2%)
ОНМК	-	-	1 (1%)	2 (2,5%)
ТЭЛА	-	1 (3,7%)	1 (1%)	3 (3,7%)
Количество больных	20 (14,5%)	12 (44,4%)	36 (38,7%)	47 (58,7%)

с осложнениями				
Летальность	-	1 (3,7%)	5 (5,3%)	7 (8,7%)
Количество больных в группе	138 (41%)	27 (7,9%)	93 (27,5%)	80 (23,6%)
Всего	338 (100%)			

У 22 (27,5%) из 80 (100%) пациентов с ПЯ желудка и ДПК, которым выполняли РЖ, выявили наличие совокупности неблагоприятных факторов.

Из 22 (100%) больных с совокупностью неблагоприятных факторов 18 (81,8%) составили основную группу, а 4 (18,2%) контрольную.

Анализ результатов лечения пациентов, которым выполняли РЖ, показал, что у всех больных в основной и контрольной группах возникли послеоперационные осложнения.

Кроме того, у 25 (31,2%) пациентов, у которых отсутствовала при поступлении совокупность неблагоприятных факторов, так же возникли осложнения в ПОП.

Следует отметить, что из 338 (100%) больных, оперированных различными методами, у 115 (34%) в ПОП выявили осложнения различного характера. Преобладали осложнения гнойно-воспалительного характера. Умерли 13 (3,8%) больных оперированных ТМ. Главной причиной летальности были сосудистые осложнения: инфаркт миокарда, ТЭЛА и ОНМК, которые возникли на фоне сердечно-сосудистой недостаточности.

Установили, что длительность использования анальгетиков, у пациентов с ПЯ желудка и ДПК зависела от способа операции и продолжительности ДКН в ПОП.

Редко использовали анальгетики в ПОП у больных оперированных ММ.

Так, у 89 (64,5%) пациентов основной группы с МП и РП, КДКН и СДКН, оперированных ММ наркотические анальгетики после операции применяли одно- или двукратно, а далее использовали не наркотические 2 раза в сутки в течение $19,7 \pm 0,2$ часа.

У 28 (20,3%) больных контрольной группы с МП и КДКН и у 20 (14,5%) с РП и СДКН наркотические анальгетики после операции применяли

дважды, в дальнейшем не наркотические 2 раза в сутки в течение $47,2 \pm 0,2$ и $71,6 \pm 0,2$ часа, соответственно.

Выявили, что у пациентов, которым выполняли УПЯ и ИПЯ желудка и ДПК, вследствие широкой лапаротомии и выраженных болей в области раны наркотические и не наркотические анальгетики в ПОП применяли продолжительный период времени.

Так, у 7 (25,9%) и у 23 (24,7%) пациентов основной группы с МП и КДКН, которым выполняли УПЯ и ИПЯ желудка и ДПК, соответственно, наркотические анальгетики использовали 3 раза в течение первых $24,8 \pm 0,2$ и $23,6 \pm 0,2$ часа после окончания операции, соответственно. Затем применяли не наркотические анальгетики 2 раза в сутки на протяжении $72,8 \pm 0,2$ и $71,2 \pm 0,2$ часа, соответственно.

У больных основной группы с РП и СДКН, которым выполняли УПЯ и ИПЯ желудка и ДПК, 4 (14,8%) и 29 (31,2%) соответственно, наркотические анальгетики в ПОП использовали 3 раза в течение $46,5 \pm 0,2$ и $44,8 \pm 0,2$ часа, соответственно. Далее применяли не наркотические 2 раза в сутки на протяжении $94,7 \pm 0,2$ и $95,4 \pm 0,2$ часа, соответственно.

В двух наблюдениях, у пациентов основной группы с РП и ДДКН, которым выполняли УПЯ и ИПЯ желудка и ДПК наркотические анальгетики после операции использовали 3 раза в сутки, в течении $46,5 \pm 0,2$ и $50,6 \pm 0,2$ часа, соответственно, а далее не наркотические 2 раза в сутки на протяжении $72,4 \pm 0,2$ и $72,2 \pm 0,2$ часа, соответственно.

В контрольной группе, у пациентов с МП и КДКН, которым выполняли УПЯ и ИПЯ желудка и ДПК, у 5 (18,5%) и у 20 (21,5%), соответственно наркотические анальгетики после операции применяли 3 раза в сутки, в течение $47,8 \pm 0,2$ и $46,2 \pm 0,2$ часа, соответственно. В дальнейшем не наркотические анальгетики 2 раза в сутки, на протяжении $118 \pm 0,2$ и $119,8$ часа, соответственно.

У 10 (37%) и у 20 (21,5%) больных контрольной группы с РП и СДКН, которым выполняли УПЯ и ИПЯ желудка и ДПК, соответственно, наркотические анальгетики после окончания операции использовали 3 раза в сутки в течение $70,6 \pm 0,1$ и $70,2$ часа, соответственно. Затем применяли не наркотические анальгетики 2 раза в сутки на протяжении $142,4 \pm 0,2$ и $143,6 \pm 0,2$ часа, соответственно.

Наиболее длительное использование наркотических и не наркотических анальгетиков в ПОП, как следствие широкой лапаротомии и оперативного способа установили у пациентов, которым выполняли РЖ.

Так, у 28 (35%) пациентов основной группы с МП и КДКН, которым выполняли РЖ наркотические анальгетики в ПОП применяли 3 раза в сутки в течение $47,2 \pm 0,2$ часа, а далее использовали не наркотические анальгетики 2 раза в сутки в течение $121,2 \pm 0,2$ часа.

18 (22,5%) больным с РП и СДКН наркотические анальгетики после окончания операции использовали 3 раза в сутки в течение $71,4 \pm 0,3$ часа, затем применяли не наркотические анальгетики 2 раза в сутки на протяжении $128,3 \pm 0,4$ часа.

У 30 (37,5%) пациентов контрольной группы с МП и КДКН наркотические анальгетики после операции использовали 3 раза в сутки в течение $72,6 \pm 0,2$ часа, а далее не наркотические анальгетики 2 раза в сутки, в течение $166,4 \pm 0,2$ часа.

4 (5%) больным с РП и СДКН наркотические анальгетики после окончания операции использовали 3 раза в сутки в течение $78,2 \pm 0,1$ часа, затем применяли не наркотические анальгетики 2 раза в сутки на протяжении $171,4 \pm 0,2$ часа.

Таким образом, использование ММ в сочетании с ранним отмыванием кишечника, у пациентов с ПЯ желудка и ДПК позволяет практически полностью отказаться от наркотических анальгетиков, в ПОП, а не

наркотические анальгетики применять значительно реже по сравнению с пациентами оперированными ТМ.

Установили, что ранняя активизация и переход от постельного режима к общему, у пациентов с ПЯ желудка и ДПК во многом зависят от способа операции и длительности ДКН в ПОП.

Так, отсутствие болей способствовало ранней активизации уже в первые часы после операции у 89 (64,5%) пациентов основной группы с МП и РП, КДКН и СДКН, оперированных ММ, а переход от постельного режима к общему, происходил через $23,2 \pm 0,1$ часа после окончания операции.

У 28 (20,3%) больных контрольной группы с МП и КДКН, активизация возникла в первые 24 часа после окончания операции, а переход от постельного режима к общему через $44,4 \pm 0,2$ часа. У 20 (14,5%) пациентов с РП и СДКН активизация и переход от постельного режима к общему возникли через $47,2 \pm 0,2$ и $70,8 \pm 0,2$ часа, соответственно.

Выявили, что у больных, которым выполняли УПЯ и ИПЯ желудка и ДПК активизация и переход от постельного режима к общему занимали длительный период времени, вследствие широкой лапаротомии.

Так, в основной группе, у 7 (25,9%) и у 23 (24,7%) больных с МП и КДКН, которым выполняли УПЯ и ИПЯ желудка и ДПК, активизация происходила через $24 \pm 0,1$ и $23,4$ часа, а переход от постельного режима к общему через $46,0 \pm 0,2$ и $46,6 \pm 0,2$ часа, соответственно. У 4 (14,8%) и у 29 (31,2%) пациентов с РП и СДКН, которым выполняли УПЯ и ИПЯ желудка и ДПК активизация и переход от постельного режима к общему наступили через $43,8 \pm 0,2$ и $71,8 \pm 0,2$ часа, $46,4 \pm 0,2$ и $71,3 \pm 0,2$ часа, соответственно.

В двух наблюдениях, у больных после УПЯ и ИПЯ желудка и ДПК, с РП и ДДКН активизация и переход от постельного режима к общему возникли в те же сроки, что и у пациентов с РП и СДКН.

В контрольной группе у 5 (18,5%) и у 20 (21,5%) пациентов с МП и КДКН, которым выполняли УПЯ и ИПЯ желудка и ДПК, активизация и переход от постельного режима к общему возникли через $47,6 \pm 0,2$ и $72,4 \pm 0,2$ часа, $46,4 \pm 0,2$ и $70,8 \pm 0,2$ часа, соответственно. У 10 (37%) и у 20 (21,5%) больных с РП и СДКН, которым выполняли УПЯ и ИПЯ желудка и ДПК, активизация и отказ от постельного режима возникали через $71,4 \pm 0,2$ и $93,4 \pm 0,2$ часа, $70,8 \pm 0,2$ и $95,2 \pm 0,3$ часа, соответственно.

Продолжительный постельный режим и позднюю активизацию, как результат широкой лапаротомии и оперативного способа выявили у пациентов, которым выполняли РЖ.

Так, у 28 (35%) больных основной группы с ПЯ желудка и ДПК, МП и КДКН, которым выполняли РЖ, активизация и переход от постельного режима к общему возникли через $72,0 \pm 0,2$ и $94,3 \pm 0,2$ часа, соответственно.

У 18 (22,5%) пациентов с РП и СДКН активизация и переход от постельного режима к общему возникли через $96,2 \pm 0,3$ и $118,6 \pm 0,4$ часа, соответственно.

В контрольной группе у 30 (37,5%) больных с МП и КДКН активизация в ПОП возникла через $70,8 \pm 0,2$ часа, а переход от постельного режима к общему через $118,6 \pm 0,2$ часа.

У 4 (5%) пациентов с РП и СДКН активизация и переход от постельного режима к общему возникли через $102,2 \pm 0,3$ и $126,4 \pm 0,4$ часа, соответственно.

Провели анализ длительности пребывания в стационаре больных оперированных ММ и ТМ.

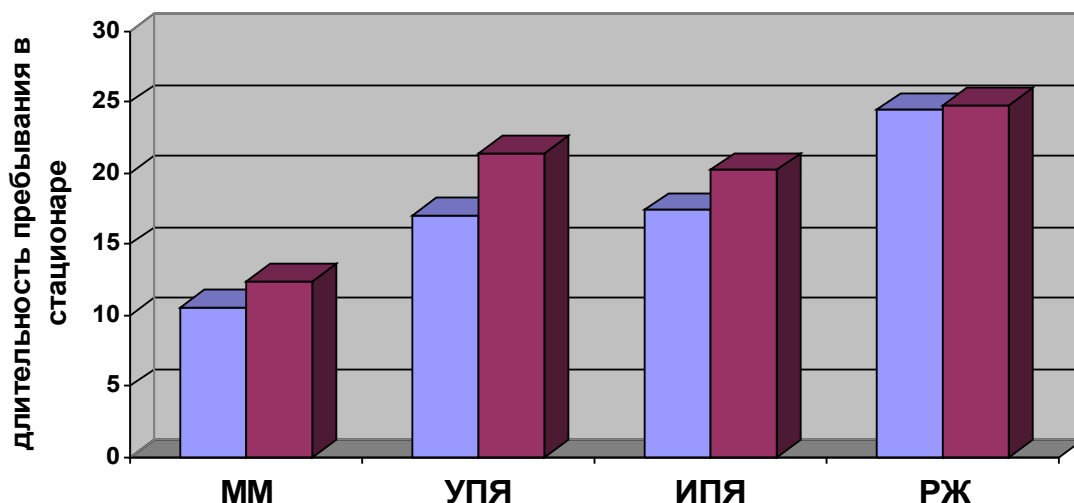
Так, не продолжительное пребывания установили у пациентов основной группы, оперированных ММ - $10,6 \pm 1,4$ койко-дней.

У больных контрольной группы длительность нахождения в стационаре была несколько больше - $12,4 \pm 1,2$ койко-дней.

Выявили, что у больных основной группы, которым выполняли УПЯ и ИПЯ Ж и ДПК, продолжительность пребывания в стационаре была $17 \pm 1,2$ и

17,4±1,6 койко-дней, а в контрольной группе - 21,4±1,2 и 20,2±1,4 койко-дней, соответственно.

Длительное нахождение в стационаре установили у пациентов основной и контрольной группы, которым выполняли РЖ - 24,4±1,4 и 24,8±1,2 койко-дней, соответственно, (Диagr. 1).



Диaгpамма 1. Длительность пребывания в стационаре у пациентов с ПЯ желудка и ДПК, в основной и контрольной группах.

Таким образом, использование раннего отмыывания кишечника охлажденным до 14 - 16°C 0,9% раствором NaCl и ЭП на протяжении всего ПОП, у пациентов с ПЯ желудка и ДПК позволило сократить их время пребывания в стационаре.

Следует отметить, что способ операции так же влияет на продолжительность пребывания в стационаре больных с ПЯ желудка и ДПК.

Так, наименьшее количество койко-дней было у больных основной группы оперированных ММ, а наибольшее, которым выполняли РЖ. Однако, существенного отличия в продолжительности пребывания в стационаре, между больными основной и контрольной группы, которым выполняли РЖ, не было.

ВЫВОДЫ.

1. В отдаленном послеоперационном периоде, у пациентов с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки рецидив язвенной болезни после ушиваний и ваготомий возникал в 79% и 50% наблюдений, а после иссечений и резекций желудка, в 22% и 25%, соответственно.

2. У всех пациентов, перенесших резекции желудка или ваготомии, в отдаленном послеоперационном периоде имеются различной степени выраженности постгастрорезекционные либо постваготомические осложнения.

3. Рецидивы язв, различные формы гастрита и дуоденита у оперированных больных возникают вследствие персистенции хеликобактерной инфекции.

4. В отдаленном послеоперационном периоде, в 7% наблюдений после ушиваний и в 8% после иссечений перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки причиной рецидивов язв являются резидуальные лигатуры.

5. Возникновение нарушений трофического статуса средней и тяжелой степени, у пациентов с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, в отдаленном послеоперационном периоде связаны с рецидивом язвы и способом оперативного лечения. Так, нарушения трофического статуса средней и тяжелой степени чаще выявляли после резекций желудка и ваготомий, а реже после иссечения.

6. У 44% больных с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки при поступлении обнаружили нарушения трофического статуса легкой степени, у 21 % средней, а у 19 % тяжелой степени. На нарушения трофического статуса оказывали влияние возраст, длительность язвенной болезни и сопутствующие заболевания. Тяжелые нарушения трофического статуса были выявлены у больных пожилого возраста на фоне сопутствующих заболеваний, с длительным язвенным

анамнезом, распространенным перитонитом и тяжелой динамической кишечной непроходимостью.

7. Наилучшим способом разрешения динамической кишечной непроходимости в послеоперационном периоде у пациентов с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки является адекватная санация брюшной полости, а при суб- либо декомпенсированной динамической кишечной непроходимости проведение интраоперационной декомпрессии тонкой кишки с аспирацией кишечного содержимого и ранним отмыванием кишечника охлажденным до 14 - 16°C 0,9%-раствором NaCl.

8. Длительно сохраняющиеся явления динамической кишечной непроходимости в послеоперационном периоде, у пациентов с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки обусловлены широкой лапаротомией с использованием резекционных способов операций без проведения раннего отмывания кишечника.

9. Широкая лапаротомия в сочетании с резекционными способами у пациентов с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки приводят к увеличению послеоперационных осложнений и летальности.

10. Лапароскопическая санация брюшной полости и иссечение перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки из мини-доступа на фоне адекватного белково-энергетического обеспечения является оптимальным методом лечения, так как способствует предотвращению развития полиорганной недостаточности, раннему переходу от постельного режима к общему, уменьшению количества послеоперационных осложнений и сокращает время пребывания больных в стационаре.

11. Использование малоинвазивных методов в сочетании с ранним отмыванием кишечника охлажденным до 14 - 16°C 0,9%-раствором NaCl, у пациентов с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки позволяет практически полностью отказаться от применения наркотических анальгетиков в послеоперационном периоде, а не наркотические анальгетики

использовать значительно реже по сравнению с пациентами оперированными через широкий доступ.

12. Парентеральное питание с диетами по Певзнеру, в послеоперационном периоде, является способом поддержки организма больных с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, но не предотвращает прогрессирования белково-энергетической недостаточности.

13. Энтеральное зондовое питание на протяжении всего послеоперационного периода, у пациентов с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки является оптимальным способом белково-энергетического обеспечения, так как позволяет улучшить трофический статус. В тех случаях, когда коррекцию белково-энергетической недостаточности энтеральным путем не проводили, увеличилось количество больных с нарушением трофического статуса средней и тяжелой степени.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.

1. При выполнении ушивания или иссечения перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки, для профилактики резидуальных лигатур в области операции, следует использовать рассасывающиеся шовные материалы.

2. Всем пациентам с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки в послеоперационном периоде необходимо проводить эрадикационную терапию согласно Маастрихским соглашениям и приказу МЗ РФ от 1998 г.

3. Для заживления язв возникших в области ушивания или иссечения, при наличии резидуальных лигатур эрадикационную терапию следует проводить после эндоскопического их удаления.

4. При перфоративных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки патогенетически оправданным способом операции является иссечение язвы из мини-доступа после лапароскопической санации и дренирования

брюшной полости, с поперечной гастро- или дуоденопластикой. При расположении язвы в области привратника показано экономное иссечение язвы с максимальным его сохранением.

5. Признаками компенсированной динамической кишечной непроходимости у больных с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки являются пневматизация тонкой и ободочной кишки, без наличия жидкости в просвете кишечника. Наличие жидкости в просвете желудочно-кишечного тракта с пневматизацией тонкой и ободочной кишки при отсутствии отека кишечной стенки является проявлением субкомпенсированной динамической кишечной непроходимости. Возникновение отека стенки тонкой и ободочной кишки, установленного на основании обзорной рентгенографии и ультразвукового исследования брюшной полости свидетельствует о декомпенсированной динамической кишечной непроходимости.

6. При остром перитоните и компенсированной динамической кишечной непроходимости обусловленным перфоративной язвой желудка или двенадцатиперстной кишки целесообразно выполнять лапароскопическую санацию брюшной полости с установкой дренажей в местах наибольшего скопления перитонеального экссудата, с последующей эзофагогастродуоденоскопией, установкой назоюнального зонда, с иссечением перфоративной язвы и контролем адекватности санации брюшной полости через мини-доступ.

7. При распространенном перитоните и субкомпенсированной динамической кишечной непроходимости, после лапароскопической санации и дренирования брюшной полости необходимо осуществлять декомпрессию тонкой кишки посредством эзофагогастродуоденоскопа. После чего устанавливать назоюнальный зонд и иссекать из мини-доступа перфоративную язву желудка или двенадцатиперстной кишки, с

обязательным контролем произведенной ранее лапароскопической санации брюшной полости.

8. Лапаротомию следует выполнять при распространенном перитоните и декомпенсированной динамической кишечной непроходимости. В дальнейшем произвести адекватную санацию брюшной полости и установить дренажи в местах наибольшего скопления перитонеального экссудата, иссечь перфоративную язву, с последующей декомпрессией кишечного содержимого с помощью интестинального зонда через образовавшийся дефект на передней стенке желудка или двенадцатиперстной кишки.

9. При выполнении малоинвазивных операций необходимо осуществлять интраоперационную эзофагогастродуоденоскопию, что позволит не только определить локализацию перфоративной язвы, но и выявить другие патологические изменения: язву другой локализации, опухоли, деформацию и стеноз выходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки.

10. Выполнение эзофагогастродуоденоскопии на операционном столе, при проведении малоинвазивных вмешательств, у больных с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки следует завершать установкой назоюнального зонда для осуществления в послеоперационном периоде лечебных мероприятий.

11. У пациентов с перфоративными язвами желудка, двенадцатиперстной кишки и компенсированной динамической кишечной непроходимостью следует проводить коррекцию белково-энергетической недостаточности энтеральным путем сразу после отмывания кишечника через установленный назоюнальный зонд.

12. После окончания операции больным с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки субкомпенсированную динамическую кишечную непроходимость следует разрешать посредством отмывания кишечника охлажденным до 14 - 16°C 0,9% раствором NaCl и очистительных

клизм, до появления стула, в течение 24 - 48 часов. На период нарушения функции кишечника коррекцию белково-энергетической недостаточности необходимо проводить парентеральным путем.

13. В послеоперационном периоде, у пациентов с декомпенсированной динамической кишечной непроходимостью отмывание кишечника охлажденным до 14 - 16°C 0,9% раствором NaCl необходимо выполнять на протяжении первых 72 часов, до появления стула, а при отсутствии эффекта использовать очистительные клизмы. До разрешения динамической кишечной непроходимости коррекцию белково-энергетической недостаточности следует осуществлять парентеральным путем, а после разрешения энтеральным.

Список опубликованных работ:

1. Пугаев А.В., Негребов М.Г., Галкин П.В. Тактика лечения больных с пилородуоденальными стенозами // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1998, №5, с.128 – 129.

2. Пугаев А.В., Негребов М.Г., Погосян Г.Э., Соболев В.В., Орехов О.О. Причины рецидивов пилородуоденальных язв после хирургического лечения их осложнений // Материалы XX съезда хирургов Украины. – Тернополь: Украинмедкнига. – 2002, Т.1, с.113 – 115.

3. Пугаев А.В., Негребов М.Г., Соболев В.В., Щетинин М.Г., Тактика лечения больных с язвенной болезнью осложненной декомпенсированным стенозом выходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки // Материалы XX съезда хирургов Украины. – Тернополь : Украинмедкнига. – 2002, Т.1, с.117 – 118.

4. Пугаев А.В., Негребов М.Г., Григорьева-Рябова Т.В., Способ лечения пациентов со стенозом выходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки // Сборник научных работ ГКБ № 67 г. Москва. – 2002, с.28.

5. Пугаев А.В., Негребов М.Г., Соболев В.В. Лечение больных со стенозами выходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки //

Материалы научно-практических конференций Москва – Тула. – 2002, с.239 – 240.

6. Пугаев А.В., Негребов М.Г., Соболев В.В., Канер Д.Ю. Энтеральное питание в комплексном лечении стенозов желудка и двенадцатиперстной кишки // Симпозиум компании “ Нестле “ по клиническому питанию, г. Москва, 26 марта 2003 г., с.43.

7. Пугаев А.В., Негребов М.Г., Соболев В.В., Александров Л.В. Тактика хирургического лечения больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки осложненной стенозом // Сбор. науч. труд. VII Международный Конгресс «Парентеральное и энтеральное питание», г. Москва, 22 – 24 октября 2003 г., с.80 – 81.

8. Соболев В.В., Покровский К.А., Негребов М.Г. Способ предоперационной подготовки больных с органическими пилородуоденальными стенозами // Научная конференция молодых ученых посвященная дню основания РНЦХ РАМН, г. Москва, 19 марта 2004 г., с.125 - 126.

9. Пугаев А.В., Негребов М.Г., Соболев В.В., Щетинин М.Г. Обеспечение доступа для проведения энтерального зондового питания у больных со стенозами выходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки // Сбор. науч. труд. посвященных 45 – летию Городской Клинической Больницы № 67, г. Москва, 2004 г., с.185 - 187.

10. Пугаев А.В., Негребов М.Г., Соболев В.В., Ачкасов Е.Е., Лидов П.И., Щетинин М.Г., Калачев С.В. Использование открытой лапароскопии у больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки // Тез. докл. Уральская межрегиональная научно-практическая конференция, г. Екатеринбург, 14 – 15 апреля 2005 г., с.66 - 67.

11. Пугаев А.В., Негребов М.Г., Соболев В.В., Александров Л.В. Использование мини доступа у больных с декомпенсированным стенозом выходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки // Тез. докл.

Международный хирургический конгресс «Новые технологии в хирургии», г. Ростов-на-Дону, 5 – 7 октября 2005 г., с.230.

12. Пугаев А.В., Негребов М.Г., Соболев В.В., Щетинин М.Г. Открытая лапароскопия у больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки // Тез. докл. Международный хирургический конгресс «Новые технологии в хирургии», г. Ростов-на-Дону, 5 – 7 октября 2005 г., с.232.

13. Пугаев А.В., Негребов М.Г., Соболев В.В., Ачкасов Е.Е., Лидов П.И., Щетинин М.Г., Калачев С.В. Методика малоинвазивного вмешательства у больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки // Тез. докл. Конгресс Московских хирургов «Неотложная и специализированная хирургическая помощь», г. Москва, 19 – 21 мая 2005 г., с.151.

14. Пугаев А.В., Погосян Г.Э., Соболев В.В., Негребов М.Г. Причины рецидивов пилородуоденальных язв после хирургического лечения их осложнений // Тез. докл. Всероссийская конференция хирургов «Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки», г. Саратов, 25-27 сентября 2003 г., с.34 - 35.

15. Пугаев А.В., Негребов М.Г., Соболев В.В., Александров Л.В. Мини-доступ у больных с декомпенсированным стенозом выходного отдела желудка или двенадцатиперстной кишки // Тез. докл. Уральская межрегиональная научно-практическая конференция, г. Екатеринбург, 14 - 15 апреля 2005 г., с.67.

16. Пугаев А.В., Негребов М.Г., Соболев В.В., Ачкасов Е.Е., Лидов П.И., Щетинин М.Г., Калачев С.В. Использование открытой лапароскопии у больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки // Тез. докл. IX Московский Международный конгресс по эндоскопической хирургии, г. Москва, 6 – 8 апреля 2005 г., с.289 - 290.

17. Пугаев А.В., Негребов М.Г., Соболев В.В., Александров Л.В. Использование мини доступа у больных с декомпенсированным стенозом

выходного отдела желудка или двенадцатиперстной кишки // Тез. докл. IX Московский Международный конгресс по эндоскопической хирургии, г. Москва, 6 – 8 апреля 2005 г., с.348 - 349.

18. Соболев В.В., Ачкасов Е.Е., Александров Л.В., Негребов М.Г., Лидов П.И., Калачев С.В. Малоинвазивные операции при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки // Тез. докл. Конференция молодых ученых, посвященная 60-летию института хирургии им. А.В. Вишневского РАМН, г. Москва, 13 – 14 октября 2005 г., с.91.

19. Соболев В.В., Ачкасов Е.Е., Александров Л.В., Негребов М.Г., Лидов П.И., Малоинвазивный способ в тактике лечения больных со стенозами выходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки // Тез. докл. Конференция молодых ученых, посвященная 60-летию института хирургии им. А.В. Вишневского РАМН, г. Москва, 13 – 14 октября 2005 г. с.104.

20. Пугаев А.В., Негребов М.Г., Погосян Г.Э. Анализ результатов лечения осложненных пилородуоденальных язв после различных операций // Медицинская помощь, 2006, № 4, с.25 – 28.

21. Пугаев А.В., Негребов М.Г., Соболев В.В., Ачкасов Е.Е., Александров Л.В., Лидов П.И., Калачев С.В., Щетинин М.Г. Тактика использования минидоступа у больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки // Тез. докл. Десятый юбилейный Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии, г. Москва, 19 – 21 апреля 2006 г., с.171.

22. Негребов М.Г., Соболев В.В., Лидов П.И., Калачев С.В., Александров Л.В. Способ коррекции водно-электролитных и белковых нарушений у больных с декомпенсированным стенозом выходного отдела желудка // Тез. докл. Десятый юбилейный Международный Конгресс «Парентеральное и энтеральное питание», г. Москва, 20 – 22 декабря 2006 г., с.99.

23. Негребов М.Г., Соболев В.В., Лидов П.И., Калачев С.В., Использование энтерального питания в раннем послеоперационном периоде

у больных с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки // Тез. докл. Десятый юбилейный Международный Конгресс «Парентеральное и энтеральное питание», г. Москва, 20 – 22 декабря 2006 г., с.69.

24. Пугаев А.В., Негребов М.Г., Соболев В.В. Лечение больных с пилородуоденальными стенозами // Хирургия. – 2007, № 10, с.23 – 27.

25. Негребов М.Г. Использование малоинвазивных технологий в лечении пациентов с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки // Вестник трансплантологии и искусственных органов. – 2007, № 5(37), с. 42 - 48.

26. Негребов М.Г., Лидов П.И., Александров Л.В., Калачев С.В., Зайцев М.С. Лечение динамической кишечной непроходимости в раннем послеоперационном периоде, у пациентов с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки // Колопроктология. – 2007, № 4(22), с. 40 – 42.

27. Негребов М.Г. Влияние нутритивной поддержки в раннем послеоперационном периоде на показатели гомеостаза у пациентов с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки // Вестник трансплантологии и искусственных органов. – 2008, № 1(39), с.50 – 54.

28. Негребов М.Г., Лидов П.И., Александров Л.В., Калачев С.В., Зайцев М.С. Энтеральное питание, как способ коррекции белково-энергетической недостаточности у пациентов с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки // Клиническая медицина. – 2008, № 6, с.67 – 69.

29. Негребов М.Г., Лидов П.И., Александров Л.В., Калачев С.В., Абрицова М.В., Зайцев М.С. Применение комбинации малоинвазивных способов у пациентов с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки // Анналы хирургии. – 2008, № 3, с.49 – 52.

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии:

www.gastroscan.ru/literature/