

*На правах рукописи*

**САХАРОВ**

**Василий Васильевич**

**ВЫБОР СПОСОБА ОПЕРАЦИИ ПРИ «ТРУДНЫХ» ЯЗВАХ  
ЛУКОВИЦЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ  
(ГИГАНТСКИХ, ПЕНЕТРИРУЮЩИХ)  
(экспериментальное и клиническое исследование)**

14.00.27 – ХИРУРГИЯ

**А В Т О Р Е Ф Е Р А Т**

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

Томск – 2003 г.

**Работа выполнена в научно-исследовательском институте гастроэнтерологии Сибирского государственного медицинского университета и Томском военно-медицинском институте**

### **НАУЧНЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ**

доктор медицинских наук, профессор **Жерлов Георгий Кириллович**

### **ОФИЦИАЛЬНЫЕ ОППОНЕНТЫ**

доктор медицинских наук, профессор **Альперович Борис Ильич**

кандидат медицинских наук

**Митасов Валерий Яковлевич**

**Ведущая организация** Новосибирская государственная медицинская академия

**Защита диссертации состоится** «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2003 г. в \_\_\_ час на заседании диссертационного совета Д 208.096.01 при Сибирском государственном медицинском университете (634050, г. Томск, Московский тракт, 2).

С диссертацией можно ознакомиться в научно-медицинской библиотеке Сибирского государственного медицинского университета (г. Томск, пр. Ленина, 107).

**Автореферат разослан** «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2003 года.

Ученый секретарь  
диссертационного совета

**Бражникова Н.А.**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ.** Язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в настоящее время страдают 10% жителей западных стран (Dobrilla G. et al., 1993). В России на учете находятся около 3 млн. таких больных, из них каждый десятый оперирован по причине данного заболевания (Григорьев П.Я. и соавт., 1998).

Среди осложненных язв двенадцатиперстной кишки в последнее время все большее внимание стали привлекать к себе так называемые «трудные», «сложные» язвы. При локализации в луковице двенадцатиперстной кишки «трудными» следует считать пенетрирующие и гигантские язвы (Мыш Г.Д., 1983).

Практика показывает, что встречаемость «трудных» язв двенадцатиперстной кишки возрастает (Мыш Г.Д., 1983; Николаев Н.О. и соавт., 1988; Давыдкин В.И., 1995). По данным большинства авторов, пенетрируют от 44% до 65,2% дуоденальных язв (Николаев Н.О. и соавт., 1988; Гоер Я.В. и соавт., 1991; Ус В.Г. и соавт., 1992; Жерлов Г.К., Дамбаев Г.Ц., 1993; Беляков Ю.Н., 2002). Частота встречаемости же гигантских язв двенадцатиперстной кишки составляет от 5–10,4% (Николаев Н.О. и соавт., 1988, 1989; Ус В.Г. и соавт., 1992; Жерлов Г.К., Дамбаев Г.Ц., 1993; Кутяков М.Г. и соавт., 2000; Segal I. et al., 1977) до 20% (Грабовская О.Е., 1995; Аймагамбетов М.Ж., 1998; Генрих С.Р., 1999; Графов А.К., 2002), при этом пенетрирующими они являются в 94,4–100% случаев (Николаев Н.О. и соавт., 1989; Марфутенко В.В. и соавт., 1990).

Выраженные морфологические изменения в области язвы приводят к своеобразному течению заболевания, характеризующемуся выраженной клинической картиной и частыми обострениями болезни, неэффективностью консервативного ее лечения и развитием тяжелых осложнений (Полинкевич Б.С. и соавт., 1987; Гоер Я.В. и соавт., 1989; Волков А.Н., 1997; Менгал Гулам Кадир, 2000; Курбонов К.М., Ибодов С.Т., 2001; Morrow C. et al., 1982).

Однако до сих пор нет единства мнений относительно тактики хирурга при «трудных» язвах луковицы двенадцатиперстной кишки; выполняются самые разнообразные варианты оперативных вмешательств. Все это свидетельствует о неудовлетворенности результатами хирургического лечения таких больных, что подтверждается достаточно высоким уровнем послеоперационных осложнений и летальности. Так, послеоперационный панкреатит может иметь место у 11–13,5% больных (Орфаниди А.Х., 1985; Ус В.Г. и соавт., 1992; Генрих С.Р., 1999; Gebhardt C. et al., 1975); несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка по способу Бильрот-П – у 4,2–6,3% (Грабовская О.Е., 1995; Рабин И.Р., 1996; Голубев С.В., 2000). Послеоперационная летальность варьирует в пределах 0,7–3,69% при пенетрирующих язвах двенадцатиперстной кишки (Александрович Г.Л., Руденко А.С., 1984; Грабовская О.Е., 1995; Кутяков М.Г. и соавт., 2000; Менгал Гулам Кадир, 2000) и 2,4–11,1% при гигантских язвах (Николаев Н.О. и соавт., 1988; Коморовский Ю.Т., Басистюк И.И., 1988; Митюк И.И., Годлев-

ский А.И., 1989; Ус В.Г. и соавт., 1992; Графов А.К., 2002; Morrow С.Е. et al., 1982; Nussbaum M.S., Schusterman M.A., 1985).

Среди отдаленных осложнений: рецидив язвы – до 11,7–15,8% после ваготомии (Сенютович Р.В., 1988; Агаев Б.А. и соавт., 1991; Велигоцкий Н.Н. и соавт., 1993; Рустамов Г.А., 1998; Нуритдинов А.Т. и соавт., 2002; Johnston D., 1985; Soper N.J. et al., 1989); демпинг–синдром – до 18,3–35,3% после резекции желудка (Крылов Н.Л., Крылов Н.Н., 1996; Жебровский В.В., 2000; Иванов Л.А., 2000). Послеоперационный рефлюкс–гастрит встречается после резекции желудка по способу Бильрот-I у 72,1% пациентов, а после резекции по способу Бильрот-II у 92–94,6% (Саенко В.Ф. и соавт., 1985; Горбашко А.И., Иванов Н.Н., 1988; Нестеренко Ю.А., Чернова Т.Г., 1995; Грабовская О.Е., 1995; Полянцев А.А. и соавт., 1995; Miwa B. et al., 1995).

Таким образом, актуальной является задача обосновать выбор адекватного хирургического лечения при «трудных» язвах луковицы двенадцатиперстной кишки, что способствовало бы достижению снижения числа ранних и отдаленных послеоперационных осложнений и улучшению качества жизни оперированных пациентов.

**ЦЕЛЬ РАБОТЫ.** Улучшить непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения «трудных» язв луковицы двенадцатиперстной кишки путем выбора оптимального способа операции, а также оценить возможность и перспективу применения функционально–активного гастродуоденоанастомоза в хирургии данной категории язв.

#### **ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ.**

1. Изучить материалы клиники по частоте встречаемости, особенностям клинического течения «трудных» язв луковицы двенадцатиперстной кишки.
2. Разработать в эксперименте способ хирургического лечения при «трудных» язвах луковицы двенадцатиперстной кишки, предусматривающий радикализм операции и профилактику развития послеоперационных осложнений.
3. Обосновать показания и противопоказания к выполнению сфинктеромоделирующих операций при «трудных» язвах луковицы двенадцатиперстной кишки.
4. Провести оценку ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения «трудных» язв луковицы двенадцатиперстной кишки.

#### **НАУЧНАЯ НОВИЗНА.**

В настоящей работе осуществлен новый подход к решению проблемы улучшения результатов хирургического лечения «трудных» язв луковицы двенадцатиперстной кишки за счет разработки и внедрения новых хирургических технологий.

Впервые в эксперименте разработан способ резекции желудка с формированием гастроеюноанастомоза с полным инвагинационным двухпросветным клапаном. Способ может применяться при хирургическом лечении

«трудных» язв двенадцатиперстной кишки и направлен на профилактику развития специфических постгастрорезекционных осложнений. Научная новизна подтверждена положительным решением от 20.01.2003 года о выдаче патента Российской Федерации на изобретение по заявке № 2001134361/14 (036402) от 17.12.2001 года.

Уточнены показания и противопоказания к выполнению сфинктеромоделирующих операций при «трудных» язвах луковицы двенадцатиперстной кишки.

#### **ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РАБОТЫ.**

Обоснование целесообразности применения новых хирургических технологий при лечении «трудных» язв луковицы двенадцатиперстной кишки позволяет расширить показания к операциям и радикально оперировать этих больных.

Четкое определение показаний и противопоказаний к выполнению операций при «трудных» язвах луковицы двенадцатиперстной кишки позволяет правильно выбрать наиболее адекватный объем оперативного вмешательства в каждом конкретном случае.

Применение разработанных методик при хирургическом лечении «трудных» язв луковицы двенадцатиперстной кишки позволило уменьшить число ранних и отдаленных послеоперационных осложнений, снизить летальность, а также улучшить качество жизни данной категории пациентов в послеоперационном периоде.

#### **ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ:**

1. С целью совершенствования методов оперативного лечения «трудных» язв двенадцатиперстной кишки в эксперименте разработан способ резекции желудка с наложением двухпросветного инвагинационно-клапанного гастроэнтероанастомоза. Клапан в различные сроки после операции сохраняет свою форму и тканевую структуру, что обеспечивает его функциональную полноценность. Разработанный способ направлен на профилактику развития специфических постгастрорезекционных осложнений.

2. В хирургии «трудных» язв луковицы двенадцатиперстной кишки предпочтение следует отдавать радикальному вмешательству, предусматривающему удаление язвы и восстановление гастродуоденальной непрерывности. Операцией выбора является резекция желудка по типу Бильрот-I с формированием пилорусмоделирующего гастродуоденоанастомоза.

3. Выбор оптимального способа операции у каждого конкретного больного со «сложной» язвой луковицы двенадцатиперстной кишки и применение новых хирургических технологий позволяют уменьшить число ранних и отдаленных послеоперационных осложнений, снизить летальность, уменьшить послеоперационный койко-день, а также улучшить качество жизни данной категории пациентов в послеоперационном периоде.

### **ВНЕДРЕНИЕ И АПРОБАЦИЯ РАБОТЫ.**

Результаты исследования внедрены в работу НИИ гастроэнтерологии СГМУ, кафедры хирургии ТВМедИ (начальник института – профессор, генерал-майор м/с Жаткин О.А.), городской больницы № 2 ЦМСЧ–81 г. Северска.

Выводы и рекомендации, вытекающие из проведенного исследования, используются в учебном процессе на курсе усовершенствования врачей ФУВ Сибирского государственного медицинского университета.

Основные положения диссертации доложены и обсуждены на VI-й научно-практической конференции хирургов Федерального управления «Медбио-экстрем» «Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии», г. Северск, 2002 г.; на итоговой научно-практической конференции профессорско-преподавательского состава Томского военно-медицинского института, г. Томск, 2003 г.

По теме диссертации опубликовано 6 научных работ, в том числе 1 монография. Получено положительное решение от 20.01.2003 года о выдаче патента Российской Федерации на изобретение «Способ резекции желудка при трудных язвах двенадцатиперстной кишки» по заявке № 2001134361/14 (036402) от 17.12.2001 года.

### **ОБЪЕМ И СТРУКТУРА ДИССЕРТАЦИИ.**

Диссертация изложена на 186 страницах, иллюстрирована 48 рисунками, 7 таблицами. Работа состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций. Библиографический указатель содержит 189 литературных источников, в том числе 141 отечественный и 48 иностранных.

## **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**Экспериментальная часть работы** выполнена на 9 беспородных собаках обоего пола. Во всех опытах выполнена дистальная трубчатая резекция желудка, сформирован мышечный жом на дистальном конце культи желудка (для этого отсепааровывают серозно-мышечную оболочку по всей окружности дистального конца культи желудка на ширину до 10–12 мм, заворачивают ее сверху и в состоянии умеренного натяжения по свободному краю подшивают отдельными швами к серозной оболочке культи желудка по всей окружности), ушита культи двенадцатиперстной кишки и на расстоянии 12–15 см от связки Трейца между культей желудка и петлей тощей кишки, проведенной через окно в брыжейке поперечно-ободочной кишки, наложен *гастроюноанастомоз с полным инвагинационным двухпросветным клапаном* (рис. 1).

Данный этап операции осуществляют следующим образом. На расстоянии 12–15 см от связки Трейца пристеночно мобилизуют петлю тощей кишки путем пересечения 3 сосудов второго порядка. На середине мобилизованного участка кишки циркулярно рассекают серозно-мышечную оболочку. Дистальнее и проксимальнее этого разреза на 18–22 мм производят еще два рассечения, начиная их от свободного от сосудов брыжеечного края и расширяя по направлению к противобрыжеечному, описывая фигуру эллипса. Серозно-

мышечную оболочку между дистальным и проксимальным рассечениями удаляют с противобрыжеечного края на  $1/2$  окружности кишки. Данную петлю тощей кишки протягивают через окно в брыжейке поперечно-ободочной кишки в верхний этаж брюшной полости. Накладывают 5–6 узловых швов между нижним краем задней полуокружности жома и проксимальным краем серозно-мышечной оболочки десерозированного участка. Слизисто-подслизистый цилиндр культи желудка, оставшийся после формирования искусственного жома, укладывают на десерозированный участок тощей кишки. Просвет ее вскрывают и непрерывным кетгутовым швом накладывают внутренний ряд швов анастомоза на уровне центрального рассечения. Края слизисто-подслизистого цилиндра дополнительно фиксируют узловыми швами на всем протяжении к подслизистому слою десерозированного участка тощей кишки. Далее через каждые 5–6 мм накладывают узловы швы между нижним краем передней полуокружности жома и дистальным краем серозно-мышечной оболочки десерозированного участка, продолжая наложение подобных швов между дистальным и проксимальным рассечениями по оставшейся окружности тощей кишки. Поочередным завязыванием швов и дополнительным погружением стенки кишки с помощью диссектора завершают формирование гастроэюноанастомоза. Через окно в брыжейке поперечно-ободочной кишки выводят сформированный анастомоз в нижний этаж брюшной полости и фиксируют культи желудка в этом окне выше линии шва анастомоза на 4–5 см.

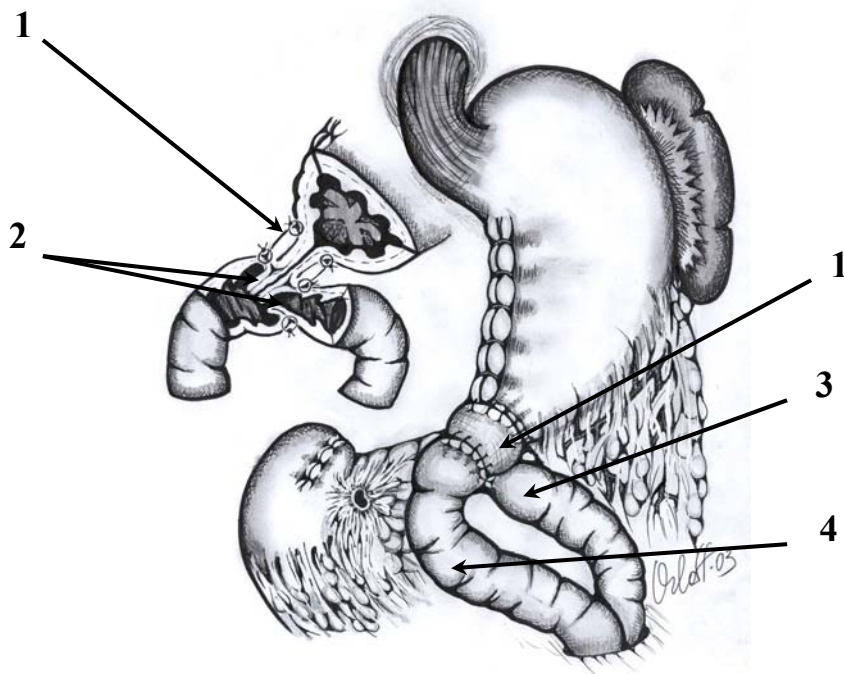


Рис. 1. Сформированный гастроэюноанастомоз с жомом и полным двухпросветным инвагинационным клапаном: окончательный вид и вид на продольном разрезе. Обозначены: 1 – жом; 2 – створки клапана; 3 – приводящая петля тощей кишки; 4 – отводящая петля тощей кишки.

После выведения животных из опыта и их вскрытия выделялся органо-комплекс, который включал культуру желудка, отводящую и приводящую петли тонкой кишки. Для гистологического исследования забирались фрагменты гастроэюноанастомоза, стенка инвагинационного клапана. Взятый от животных материал фиксировали в 12% нейтральном формалине. Участки материала 0,5x0,5 см соответствующим образом обрабатывали и заливали в парафин. Из залитых в парафин объектов готовили срезы толщиной 5–7 мкм, которые затем окрашивали гематоксилином и эозином. Всего морфологическому исследованию подвергнуты 9 макро- и 56 микропрепаратов в сроки 7 дней, 3 и 6 месяцев после операции.

**Клиническая часть исследований.** В работе анализируются результаты оперативного лечения 219 пациентов с «трудными» (пенетрирующими, гигантскими) язвами луковицы двенадцатиперстной кишки, находившихся на лечении в НИИ гастроэнтерологии СГМУ (г. Северск) за период с января 1992 года до января 2001 года. Эти больные составили 44,8% от общего количества оперированных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки за тот же период, а доля их среди случаев с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки – 50,2%.

Мужчин было 177 (80,8%), женщин – 42 (19,2%). Возраст больных от 18 до 77 лет. Возрастная группа от 21 до 60 лет – лица трудоспособного возраста – составила 198 человек (90,4%); старше 60 лет – 19 (8,7%).

Распределение больных по полу и возрасту представлено в таблице №1.

Таблица №1.

**Распределение оперированных больных по полу и возрасту.**

Пол	Всего	Возраст						
		До 20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	> 70
М	177	2	25	54	45	38	10	3
Ж	42	–	–	9	16	11	5	1
Итого	219	2	25	63	61	49	15	4

Размеры язв были следующими: от 1 см до 2 см включительно – у 190 (86,8%); гигантские язвы выявлены у 29 пациентов (13,2%).

Среди больных с гигантскими язвами луковицы доля мужчин составила 82,8% (24 человека), женщин – 17,2% (5). При этом преобладали пациенты более старших возрастных групп: 15 (51,7%) были старше 50 лет, 8 (27,6%) – старше 60 лет.

Группа пациентов с язвенной болезнью желудка II типа, которые имели «трудную» язву луковицы, была представлена 13 больными (5,9%).



Сопутствующие заболевания были выявлены у 109 (49,8%) человек; среди пациентов с гигантскими язвами луковицы – у 17 (58,6%). Болезни сердечно-сосудистой системы имели 36 (16,4%) больных; органов дыхания – 26 (11,9%); желудочно-кишечного тракта – 84 (38,4%); мочевыделительной и половой систем – 16 (7,3%); эндокринные заболевания – 3 (1,4%). Сочетание патологии со стороны 2 систем органов имело место у 39 (17,8%) пациентов, 3 систем органов – у 9 (4,1%).

Длительность язвенного анамнеза до операции составила от нескольких месяцев до 35 лет, в среднем  $9,15 \pm 7,46$  года. В группе больных, имевших гигантскую язву луковицы, данный показатель был выше:  $11,48 \pm 8,86$  года. Ушивание перфоративной язвы в анамнезе – у 36 больных (16,4%); среди пациентов с гигантской язвой луковицы – у 6 (20,7%). 2 человека перенесли по 2 операции по поводу перфорации язвы. С язвой, осложненной кровотечением, ранее находились на стационарном лечении 27 пациентов (12,3%), из них 7 больных – дважды, а 2 человека – по 4 раза.

Чаще всего язвы пенетрировали в головку поджелудочной железы (120 человек – 55%) и в гепатодуоденальную связку (61 человек – 28%). Пенетрация язвы сразу в 2 органа имела место у 29 (13,3%) пациентов, из которых у 10 была гигантская язва луковицы; в 3 органа – у 4 (1,84%) человек, при этом 3 больных были с гигантской язвой.

Пенетрация язвы у 86 больных (39,28%) не сопровождалась другими осложнениями. Но в 38,8% случаев (у 85 человек) она сочеталась со стенозом пилоробульбарного отдела, в 17,35% (у 38 человек) – с острым кишечным кровотечением; а у 9 пациентов (4,11%) имело место сочетание сразу трех осложнений. У 1 больной (0,46%) гигантская язва луковицы двенадцатиперстной кишки осложнилась перфорацией.

Инфильтрат в пилородуоденальной области был значительно выражен у 24 пациентов (11%), из которых 17 человек (70,8%) имели гигантскую язву луковицы.

Все больные были оперированы. Хирургические вмешательства выполнялись под эндотрахеальным комбинированным наркозом, из верхнесрединного лапаротомного доступа с использованием ранорасширителя Сигала – Кабанова.

В предоперационном, ближайшем и отдаленном периоде после операции в условиях хирургического отделения больным выполнялись различные клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования, применяемые в гастроэнтерологии.

У всех больных собирался анамнез с учетом длительности и особенностей течения заболевания, а также сопутствующей патологии. В зависимости от результатов обследования строился план предоперационной подготовки и осуществлялся выбор наиболее адекватного оперативного вмешательства.

Для объективной оценки результатов оперативного лечения на протяжении длительного времени проводилось наблюдение за оперированными пациентами. Выяснялись: наличие жалоб, соблюдение диеты, характер стула,

динамика массы тела, восстановление трудоспособности.

Эндоскопическое исследование выполнялось фиброскопами фирмы «Olympus» К, К-2, D-4 в эндоскопическом отделении при положении больного на левом боку с приподнятым головным концом. Фиброэзофагогастродуоденоскопия проводилась по методике Ю.В. Васильева (1970). В послеоперационном периоде внимательно исследовалась зона анастомоза, оценивались функция жома по его сократительной способности, состояние «клапана-створки». Обязательно указывалось наличие или отсутствие желчи в культе желудка, что характеризовало функцию анастомоза. Визуальная оценка гастритических изменений проводилась по классификации R. Schindler (1947) в дополнении Н.С. Смирнова (1960). Оценка выраженности степени анастомозита нами производилась по видоизмененной классификации (Рычагов Г.П., 1993; Рудая Н.С., 1999).

Контроль зоны гастродуоденоанастомоза осуществлялся методом эндоскопической ультрасонографии при помощи миниатюрных ультразвуковых радиально сканирующих зондов MN-2R / MN-3R с частотой сканирования 12/20 МГц, блоком генерации и обработки звукового сигнала EU-M30, которые проводятся через рабочий канал видеогастроскопа GIF-1T140, видеосистемы EVIS EXERA GLV-160, компании «Олимпас», Япония. Использование очень высоких частот ультразвука (12 и 20 МГц) обеспечило высокое качество изображения с разрешающей способностью менее 1 мм, недоступное другим диагностическим методам.

Язвенный дефект выявляется как участок стенки органа с нарушением слоистой структуры. Метод эндоскопической ультрасонографии позволяет описать локализацию патологического очага, его размер и глубину; позволяет констатировать факт пенетрации (как участок поражения стенки органа на всю глубину) и определить орган, который в этом случае является дном язвы.

В зависимости от данных анамнеза, особенностей клинического течения заболевания и результатов обследования строилась тактика ведения больных с пенетрирующими язвами луковицы двенадцатиперстной кишки.

- В случаях, когда у таких пациентов имело место агрессивное течение страдания (частые обострения, наличие в анамнезе факта перфорации язвы либо язвенного кровотечения), сразу же ставился вопрос об оперативном лечении.

- Пациентам с более доброкачественным протеканием язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (редкие обострения, отсутствие в анамнезе данных о развитии острых осложнений) назначался курс консервативной терапии; через 2 недели после его начала выполнялось контрольное обследование.

- В случаях, когда впервые выявлялась пенетрирующая язва, проводился полный курс противоязвенной терапии, и повторная эндоскопическая ультрасонография выполнялась только после его окончания – через 1 месяц.

Если во время контрольного обследования не отмечалось положительной динамики (сохранялись размеры и глубина язвенного дефекта, сохраня-

лась пенетрация, не уменьшалась зона перифокального воспаления), то это свидетельствовало о неэффективности консервативного лечения, а потому ставился вопрос о хирургическом вмешательстве.

В послеоперационном периоде детально изучалась зона гастродуоденоанастомоза, структура искусственного жома и «клапана–створки», оценивалось наличие воспалительных и рубцовых изменений. Это позволило получить данные о функциональной и, что очень важно, органической состоятельности формируемого пилорусмоделирующего гастродуоденоанастомоза.

С помощью рентгенологического, электрогастрографического методов изучалась моторно-эвакуаторная функция желудка и двенадцатиперстной кишки до и после хирургического вмешательства. Регистрация биопотенциалов желудка проводилась с помощью электрогастрографа ЭГС-4М по методике М.А. Собакина. При оценке типа электрогастрограммы придерживались классификации В.Х. Василенко (1979).

Секреторная функция культи желудка изучалась как традиционной методикой фракционного исследования желудочного сока, так и методом кратковременной внутрижелудочной рН-метрии, с применением мощных стимуляторов функции желудочных желез (гистамин, инсулин). Внутрижелудочная рН-метрия проводилась на аппарате Ацидогастрометр АГМ – 05К в модификации «Гастроскан – 5». Оценка показаний рН-электрода в теле желудка или его культе осуществлялась в соответствии с критериями К.Ю. Линара и соавт. и Ю.А. Лея.

Изучение дуоденогастрального рефлюкса проводили по определению концентрации желчных кислот в желудочном соке по методике Г.Г. Иванова (1978). При определении степени ДГР придерживались классификации Г.П. Рычагова (1986).

Оценка результатов хирургического лечения проводилась по классификации А. Visick в модификации Ю.М. Панцырева и А.А. Гринберга (1979).

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ЧАСТИ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Учитывая, во-первых, предпочтение большинства хирургов в выборе оперативного вмешательства по поводу «трудных» язв двенадцатиперстной кишки в пользу резекции желудка по типу Бильрот-II, и, во-вторых, желая усовершенствовать данный способ с целью предупреждения развития послеоперационных осложнений, в эксперименте разработан способ формирования гастроеюноанастомоза с полным инвагинационным двухпросветным клапаном. При этом достигается профилактика постгастрорезекционных осложнений (таких, как синдром приводящей петли, демпинг-синдром, рефлюкс-гастрит) благодаря особой конструкции разработанного гастроеюноанастомоза. Его двухпросветность способствует полному разобщению потоков из культи желудка и из приводящей петли анастомоза. Кроме того, инвагинационный клапан, не

препятствуя эвакуации содержимого из культи желудка и из приводящей петли, предотвращает ретроградный заброс содержимого из отводящей петли, перекрывая просвет при антиперистальтических сокращениях кишечника.

В отдаленные сроки наблюдения слизистая оболочка в области клапана без эрозий и дефектов; анастомоз свободно проходим; клапан эластичен, растяжим. Проксимальнее инвагинационного клапана в культе желудка и приводящей петле тонкой кишки отсутствуют следы кишечного содержимого, а в культе желудка – отсутствуют и следы желчи. Дистальнее клапана выявляется содержимое тонкой кишки, окрашенное желчью. Границей раздела сред над- и подклапанного пространства визуально является вершина свободного края складки клапана.

Проведенное гистологическое исследование позволило оценить состояние инвагинационного клапана в различные сроки после операции. Полученные данные свидетельствуют о том, что в ранние сроки как в области слизистой оболочки, так и подслизистой основы желудка и тонкой кишки, составляющих собственно клапан, происходят определенные патологические изменения, выражающиеся в деформации ворсинок, деструкции клеток покровного эпителия, а иногда и полном их разрушении. Как в слизистой оболочке, так и в подслизистой основе в эти сроки отмечается наличие большого количества пришлых элементов из крови. При этом во всех слоях инвагинационного клапана наблюдаются нарушения, касающиеся гемодинамики: увеличение просвета ряда кровеносных сосудов, стаз, неодинаковой степени выраженности перивазальный отек.

В отдаленные сроки после операции (3 и 6 месяцев) происходит постепенная нормализация морфологии слизистой оболочки желудка и тонкой кишки, с явной тенденцией к полному восстановлению характерных для нее структурных элементов. Важным моментом является отсутствие выраженных дистрофических и дегенеративных изменений в структуре клапана.

Таким образом, изучение в эксперименте морфологической макро- и микроскопической картины сформированного арефлюксного гастроэюноанастомоза с полным двухпросветным инвагинационным клапаном показало его жизнеспособность и функциональную активность во все сроки наблюдения.

Данный способ резекции желудка разработан в эксперименте с перспективой его клинического применения для достижения хороших результатов хирургического лечения в условиях, предрасполагающих к развитию осложнений. Он может быть применен при хирургическом лечении пациентов со «сложными» дуоденальными язвами.

Считаем показанным выполнение этой методики в тех случаях, когда возникает необходимость в выключении двенадцатиперстной кишки из естественного пищевода:

- 1) сочетание дуоденальной язвы с парапапиллярными дивертикулами;
- 2) наличие постбульбарной язвы, локализующейся на расстоянии 1 см и менее от р. Fateri, а также ее сочетание с язвой луковицы (в том числе и с «трудной») двенадцатиперстной кишки.

**РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ЧАСТИ ИССЛЕДОВАНИЯ.**  
Все больные были оперированы (таблица №2).

Таблица №2.

**Виды выполненных операций в зависимости от осложнений  
«трудных» язв луковицы двенадцатиперстной кишки.**

Выполненные операции	Осложнения «трудной» язвы луковицы						Всего (2–6):
	Пенетрация	Пенетрация + ОКК	Пенетрация + стеноз	Пенетрация + ОКК + стеноз	Перфорация	Из них с выраженным инфильтратом	
1	2	3	4	5	6	7	8
Б-I + ПЖ	61 – <u>27,85%</u> 1	16 – <u>7,31%</u> 2	59 – <u>26,94%</u> 8	5 – <u>2,28%</u> 2	–	14 – <u>6,39%</u> 8	141 – <u>64,38%</u> 13
Б-I + ПЖ + КС	19 – <u>8,68%</u> 1	8 – <u>3,65%</u> 1	14 – <u>6,39%</u> 4	2 – <u>0,91%</u> 1	–	5 – <u>2,28%</u> 4	43 – <u>19,63%</u> 7
Б-I по Габереру	1 – <u>0,46%</u> –	–	2 – <u>0,91%</u> –	1 – <u>0,46%</u> –	–	–	4 – <u>1,83%</u> –
СПВ + ПЖ	3 – <u>1,37%</u> –	2 – <u>0,91%</u> –	6 – <u>2,74%</u> –	–	–	–	11 – <u>5,02%</u> –
СПВ + ДП	1 – <u>0,46%</u> –	7 – <u>3,19%</u> –	2 – <u>0,91%</u> 2	1 – <u>0,46%</u> –	–	–	11 – <u>5,02%</u> 2
Пилоробульбектомия, ГДА	–	1 – <u>0,46%</u> 1	–	–	–	–	1 – <u>0,46%</u> 1
Иссечение язвы, ДП	–	2 – <u>0,91%</u> –	–	–	–	–	2 – <u>0,91%</u> –
СтВ + задний ГЭА	1 – <u>0,46%</u> 1	–	2 – <u>0,91%</u> 2	–	–	3 – <u>1,37%</u> 3	3 – <u>1,37%</u> 3
СтВ, прошивание язвы, пилоропластика по Финнею	–	1 – <u>0,46%</u> 1	–	–	–	1 – <u>0,46%</u> 1	1 – <u>0,46%</u> 1
Тампонирование язвы, ДП	–	1 – <u>0,46%</u> 1	–	–	–	1 – <u>0,46%</u> 1	1 – <u>0,46%</u> 1
Ушивание перфоративной язвы	–	–	–	–	1 – <u>0,46%</u> 1	–	1 – <u>0,46%</u> 1
<b>Итого:</b>	86 – <u>39,28%</u> 3	38 – <u>17,35%</u> 6	85 – <u>38,8%</u> 16	9 – <u>4,11%</u> 3	1 – <u>0,46%</u> 1	24 – <u>10,96%</u> 17	<b>219 – <u>100%</u> 29</b>

Примечания к таблице №2:

- 1) в знаменателе указано количество больных с гигантскими язвами луковицы двенадцатиперстной кишки;
- 2) сокращения, примененные в таблице №2:
  - Б-I – резекция желудка по типу Бильрот-I;
  - ГДА – гастродуоденоанастомоз;
  - ГЭА – гастроэнтероанастомоз;
  - ДП – дуоденопластика;
  - КС – «клапан–створка»;
  - ОКК – острое кишечное кровотечение;
  - ПЖ – пилороподобный жом;
  - СПВ – селективная проксимальная ваготомия;
  - СтВ – стволовая ваготомия.

Мы максимально стремились к выполнению радикальных вмешательств (97,25%). При этом операцией выбора в хирургическом лечении «трудных» язв луковицы двенадцатиперстной кишки в нашей клинике является дистальная резекция желудка с формированием пилорусмоделирующего гастродуоденоанастомоза. Данное оперативное вмешательство было выполнено 188 больным (85,8%).

Во всех случаях удалось резецировать желудок по типу Бильрот-I, что решает одну из важнейших проблем – исключает развитие несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки. При этом на дистальном конце культи желудка формировался искусственный жом, состоящий из дубликатуры серозно-мышечной оболочки. У 43 человек с целью усиления арефлюксных свойств анастомоза искусственный жом был дополнен «клапаном–створкой», формируемым в области передней стенки гастродуоденоанастомоза.

В последние годы в нашей клинике были обоснованы показания к выполнению селективной проксимальной ваготомии у пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. СПВ при «трудных» язвах луковицы двенадцатиперстной кишки применяли у больных по следующим показаниям: отсутствие выраженной гиперсекреторной активности желудка (до 30 ммоль/л); наличие неизменной слизистой оболочки антрального и фундального отделов желудка; отсутствие суб- и декомпенсированной формы дуоденостаза.

Перечисленные сочетания морфологического и функционального состояния желудка и двенадцатиперстной кишки, к сожалению, встречаются достаточно редко у больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Поэтому в нашей клинике этот способ хирургического лечения применяется относительно редко. При отсутствии органической несостоятельности пилорического жома обязательным условием операции является иссечение язвы, при этом кратер пенетрирующей язвы оставляется на головке поджелу-

дочной железы или гепатодуоденальной связке. Операция завершается дуоденопластикой. Данное хирургическое вмешательство было выполнено 11 пациентам (5,02%), 2 из которых имели гигантскую язву луковицы двенадцатиперстной кишки.

Если же имеет место органическая или функциональная несостоятельность пилорического сфинктера, а «трудная» язва локализуется в проксимальном отделе луковицы двенадцатиперстной с вовлечением в рубцовый процесс пилорического жома, то при сочетании этих факторов с первыми тремя из перечисленных выше условий появляются показания к выполнению пилороросстанавливающих операций (формирование искусственного жома) в сочетании с СПВ, что было реализовано также в 11 случаях (5,02%).

Часть из этих больных (10 из 22 человек) имели кровоточащую пенетрирующую язву луковицы двенадцатиперстной кишки, и предпочтение у них было отдано СПВ как менее травматичному оперативному вмешательству по сравнению с резекцией желудка.

Доля нерадикальных вмешательств была невелика – всего 2,75% (6 случаев). При этом все они имели место только у пациентов с гигантскими язвами луковицы двенадцатиперстной кишки.

Из них 3 человека были оперированы в экстренном порядке. При перфорации язвы было выполнено ушивание перфоративного отверстия двухрядным швом – у 1 больной (0,46%). У 2 других пациентов показанием к оперативному вмешательству стало острое кровотечение из язвы. В обоих случаях размер язв превышал 3,5 см в диаметре, а также был выражен инфильтрат в пилоробульбарной зоне. Было выполнено прошивание кровоточащего сосуда и тампонирование язвы прядью большого сальника. После достижения гемостаза одна операция была завершена дуоденопластикой, а второму больному выполнили стволовую ваготомию с пилоропластикой по Финнею.

Еще 3 пациента относились к возрастной группе старше 60 лет. После лапаротомии у них были обнаружены мощные инфильтраты, состоящие из двенадцатиперстной кишки, головки поджелудочной железы, печеночного угла ободочной кишки, большого сальника, желчного пузыря. Выделение двенадцатиперстной кишки с язвой из подобного инфильтрата неизбежно должно было заканчиваться травмой, вскрытием просвета одного из органов, состоящих в инфильтрате. Поэтому в данных условиях мы были вынуждены прибегать к выполнению стволовой поддиафрагмальной ваготомии с наложением заднего гастроэнтероанастомоза на короткой петле (1,37%).

Следует добавить, что мы не ограничивались исключительно только хирургическим вмешательством по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Симультантные операции произведены 34 (15,5%) больным.

Интраоперационные ятрогенные осложнения имели место у 2 больных (0,9%). Ранних послеоперационных осложнений было отмечено 32 случая (14,6%). Из них самым частым являлся острый панкреатит (у 9 пациентов – 4,11%). В связи с этим при пенетрирующих язвах луковицы двенадцатиперстной кишки применяем щадящую технику мобилизации ее проксимального

отдела с оставлением мышечной оболочки медиальной стенки кишки и кратера язвы на головке поджелудочной железы, что значительно уменьшает степень ее травмирования. В наших наблюдениях не отмечено случаев развития деструктивных форм острого послеоперационного панкреатита.

Детальная отработка техники резекции желудка в модификации нашей клиники, а также активное проведение в раннем послеоперационном периоде комплекса профилактических мероприятий позволили уменьшить число осложнений в этом периоде. Так, с 1995 года среди больных, оперированных с «трудными» язвами луковицы двенадцатиперстной кишки, не зафиксировано ни одного случая бронхолегочных осложнений, а из специфических – анастомозита.

Среди факторов, предрасполагающих к развитию выраженных моторно-эвакуаторных нарушений функции желудка (культы желудка), отмечаем следующие:

- 1) пожилой возраст пациента на день операции;
- 2) состояние желудка до операции, наличие стеноза его выходного отдела;
- 3) характер выполненного хирургического вмешательства (в наших наблюдениях осложнение развилось у 2 из 3 человек после стволовой ваготомии в сочетании с наложением заднего гастроэнтероанастомоза).

Повторные оперативные вмешательства в связи с наступившими в раннем послеоперационном периоде осложнениями (перитонит, повторное кровотечение из оставленной дуоденальной язвы) были выполнены 5 больным (2,3%).

Послеоперационная летальность среди наблюдаемых нами оперированных пациентов составила 0,46%. Это 1 человек, умерший вследствие повторного кровотечения из гигантской язвы луковицы двенадцатиперстной кишки и прогрессирования острой сердечно-сосудистой недостаточности. В последующие годы удалось больше не допустить летальных исходов, так как стали придерживаться более активной хирургической тактики у пациентов с «трудными» язвами луковицы двенадцатиперстной кишки и стремиться к выполнению радикальных операций, даже у тяжелых больных (например, при остром кровотечении из «сложной» язвы – как минимум, ее иссечение).

Средний послеоперационный койко-день у наблюдаемых нами пациентов составил  $13,03 \pm 7,12$  суток; несколько больше – в группе больных с гигантскими язвами луковицы двенадцатиперстной кишки:  $13,54 \pm 5,45$  суток.

При обследовании пациентов в раннем послеоперационном периоде было выявлено, что после резекции желудка по принципу Бильрот-I у 83% (156 человек) заживление гастродуоденоанастомоза шло первичным натяжением.

Однако свою задачу мы видим не только в улучшении непосредственных результатов хирургического лечения «трудных» язв луковицы двенадцатиперстной кишки. Считаем, что очень важно обеспечить оперированным пациентам хорошее качество жизни и в отдаленном послеоперационном периоде. Формирование искусственного мышечного жома и «клапана–створки» в области анастомоза при резекции желудка по типу Бильрот-I и выполнялось с



целью предотвратить у подобных больных развитие патологических синдромов.

Всего было проведено комплексное обследование 202 человек (92,7% от числа оперированных пациентов) в сроки до 1 года (I группа) и 159 человек (72,9%) в сроки от 1 года до 10 лет (II группа) после операции. Для оценки результатов хирургических вмешательств по поводу пенетрирующих и гигантских язв луковицы двенадцатиперстной кишки была использована классификация А. Visick (1948), модифицированная Ю.М. Панцыревым и А.А. Гринбергом (1979).

В соответствии с этой классификацией отличные и хорошие результаты составили: в I группе – 95% (192 человека), во II группе – 93,1% (148 человек).

Как удовлетворительные были расценены результаты у 7 (3,5%) больных первой и у 7 (4,4%) второй группы. При этом в I группе они признаны таковыми вследствие развития хронического панкреатита у 1 пациента после резекции желудка по способу Бильрот-I с формированием искусственного жома, наличия гипотонии культи желудка у 4, демпинг-синдрома легкой степени – у 2. У больных II группы удовлетворительные результаты были обусловлены развитием демпинг-синдрома легкой степени в 4 случаях (3 – после резекции желудка по Бильрот-I; 1 – после СПВ с пилоропластикой), хронического панкреатита – в 2 (1 – после резекции желудка по Бильрот-I с формированием искусственного жома; 1 – после СПВ в сочетании с пилоробульбэктомией и пилоропластикой), а также выявлением гипотонии культи желудка у 1 пациента пожилого возраста.

Неудовлетворительные результаты операций по поводу «трудных» язв луковицы ДПК были связаны: в I группе (1,5%) – с выявлением пептической язвы гастродуоденоанастомоза у 3 больных через 1,5–2 месяца после резекции желудка; во II группе (2,5%) – с рецидивом язвы ДПК у 1 пациента через 7 лет после СПВ, дополненной пилоропластикой, и с развитием пептической язвы анастомоза у 2 человек через 1 год после резекции желудка по Бильрот-I и ещё у 1 больной на 3-ем году после пилоробульбэктомии по поводу гигантской язвы луковицы с наложением гастродуоденоанастомоза по типу «конец в конец». При исследовании было установлено, что причиной плохих результатов во всех случаях являлся гипертонус блуждающего нерва.

В I группе проведение курса консервативного лечения оказалось эффективным, у всех 3 пациентов было зафиксировано рубцевание язвы в стационаре. Во II группе противоязвенная терапия дала положительные результаты лишь в 50% случаев – у 2 человек. У остальных 2 больных возникла необходимость в выполнении повторного хирургического вмешательства. В последующем все больные, результаты оперативного лечения которых были расценены как плохие, неоднократно обследовались. Ни в одном случае не зафиксировано повторного выявления язвы.

При хирургическом лечении «трудных» язв луковицы двенадцатиперстной кишки наибольший процент отличных и хороших результатов получен после резекции желудка по Бильрот-I. При этом данный показатель оказался

несколько выше у пациентов, которым формирование в области гастродуоденоанастомоза искусственного жома было дополнено «клапаном–створкой» (96,9%), по сравнению с больными, у которых был создан только пилородобный жом (94,3%).

Клиническая оценка отдаленных результатов по шкале А. Visick представлена в таблице №3.

Таблица №3.

**Отдаленные результаты.**

Результаты и причины		Вид операции				Общий итог
		ДРЖ + ПЖ + КС	ДРЖ + ПЖ	СПВ	Другие операции	
Плохие	пептическая язва ГДА	–	2	–	1	4 – 2,5%
	рецидив язвы	–	–	1	–	
	Всего	–	2 (1,9%)	1 (5,6%)	1 (25%)	
Удовлетворительные	хронический панкреатит	–	1	1	–	7 – 4,4%
	демпинг – синдром	1	2	1	–	
	гипотония культи желудка	–	1	–	–	
	Всего	1 (3,1%)	4 (3,8%)	2 (11,1%)	–	
Отличные и хорошие		30 (96,9%)	99 (94,3%)	15 (83,3%)	3 (75%)	148 – 93,1%
Всего пациентов		32	105	18	4	159 – 100%

Список сокращений, примененных в таблице №3:

ГДА – гастродуоденоанастомоз;

ДРЖ+ПЖ – дистальная резекция желудка с пилородобным жомом;

ДРЖ+ПЖ+КС – дистальная резекция желудка с пилородобным жомом и «клапаном–створкой»;

СПВ – селективная проксимальная ваготомия.

Легкие формы течения постгастрорезекционных расстройств составили в сроки более 1 года после резекции желудка по Бильрот-I в модификации клиники 2,9% (у 4 человек), средние – 1,4% (у 2), тяжелые – 0,72% (у 1 – с пептической язвой гастродуоденоанастомоза). В эти же сроки после СПВ не было зафиксировано тяжелых патологических синдромов, однако был отмечен значительно более высокий процент средних (11,1% – у 2 больных) и легких (5,6% – у 1) форм.

На основании данных проведенного комплексного стационарного обследования спустя 1,5–2 месяца после операции 146 (82%) пациентов признаны трудоспособными через 65±3 суток; 21 (11,8%) – через 70±4 суток; 7 (3,9%) –

через  $80 \pm 4$  суток и 4 (2,3%) – через  $90 \pm 3$  суток. Ни один из оперированных по поводу «трудных» язв луковицы ДПК не стал инвалидом.

Результаты рентгенологических исследований у 113 оперированных пациентов в отдаленные сроки после операции показали, что сформированные жомно–клапанные структуры в области желудочно-кишечных анастомозов способствуют порционноритмичной эвакуации желудочного содержимого в нижележащие отделы пищеварительного тракта, надежно предотвращают развитие дуоденогастрального рефлюкса.

Результаты эндоскопических исследований в ближайшие и отдаленные сроки после хирургического вмешательства показали, что происходит полное восстановление тонуса и перистальтики культи желудка, гастродуоденоанастомоз функционально активен – обеспечивает порционную эвакуацию желудочного содержимого, а также предохраняет слизистую оболочку культи желудка от агрессивного воздействия дуоденогастрального рефлюкса. Сформированный у части оперированных больных «клапан–створка» не вызывает каких-либо специфических эвакуаторных расстройств, выполняя в содружестве с пилороподобным жомом функцию дополнительного механического препятствия ретроградному забросу в культю желудка дуоденального содержимого.

Формирование функционально-активного гастродуоденоанастомоза с жомно–клапанными структурами позволило снизить частоту рефлюксгастрита в отдаленные сроки после резекции желудка до 4,4% (6 человек), причем во всех случаях он протекал исключительно в легкой форме.

При изучении в отдаленные сроки состояния секреторной функции оперированного желудка у 153 больных, перенесших хирургические вмешательства по поводу «трудных» язв луковицы ДПК, отмечено снижение показателей БПК, МПКи, МПКг на 76,2%, 74,5% и 76,7% соответственно. Средние значения данных величин составили: БПК –  $1,96 \pm 1,74$  ммоль/ч; МПКи –  $2,3 \pm 1,02$  ммоль/ч; МПКг –  $4,36 \pm 2,81$  ммоль/ч. Такое уменьшение уровня кислотопродукции свидетельствует об адекватности выполненных операций.

Однако важно заметить, что индивидуальный подход к выбору вида и объема операции позволяет добиваться сохранения в большинстве случаев частичного, безопасного уровня кислотопродукции. При выполнении резекции желудка формирование жомно–клапанного гастродуоденоанастомоза не оказывает какого-либо специфического воздействия на кислотопродуцирующую функцию культи желудка. В то же время, по данным внутрижелудочной рН-метрии, выполненной 78 пациентам, а также по данным исследования концентрации желчных кислот в желудочном содержимом в отдаленные сроки после операции у 106 человек, можно говорить о том, что «клапан–створка» в «содружестве» с искусственным пилороподобным жомом надежно препятствует ретроградному забросу в культю желудка дуоденального содержимого.

Изучение формируемого пилороподобного гастродуоденоанастомоза в различные сроки после хирургического вмешательства с помощью эндоскопической ультрасонографии подтверждает клинические и инструментальные

данные о его функциональной и органической состоятельности. И в ближайшие, и в отдаленные сроки после оперативного вмешательства сохраняется слоистая структура зоны жома и клапана, а также отчетливо визуализируются сосуды в продольном и поперечном сечении, что свидетельствует о сохранении морфологической структуры, отсутствии фиброзного замещения слоев кишечной трубки.

Таким образом, формируемый взамен удаленного либо разрушенного искусственный привратник, а также и дополняющие его клапанные структуры сохраняют свое строение, возмещают утраченную форму и функцию желудка, обеспечивают надежную профилактику послеоперационных расстройств (таких, как демпинг-синдром, рефлюкс-гастрит) и восстанавливают качество жизни оперированных пациентов.

В заключение следует заметить, что перспективы лечения больных с «трудными» язвами луковицы ДПК, с нашей точки зрения, связаны, с одной стороны, с внедрением новых хирургических технологий, основанных на принципах органосбережения и органомоделирования. А, с другой стороны, связаны с индивидуальным выбором способа и характера выполняемой операции, основанным на тщательном предоперационном обследовании с учетом локализации и размера язвы; наличия и характера осложнений; уровня кислотопродукции; морфофункционального состояния пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки; выраженности патоморфологических изменений в слизистой оболочке желудка. Только при соблюдении этих двух условий возможно достижение высоких результатов хирургического лечения «трудных» дуоденальных язв, с сохранением высокого уровня качества жизни пациентов.

## ВЫВОДЫ

1. Анализ клинического материала свидетельствует, что частота встречаемости «трудных» язв луковицы двенадцатиперстной кишки в практике хирурга в настоящее время велика (50,2% от всех язв данной локализации).

2. Разработанный способ резекции желудка с формированием гастроэюноанастомоза с полным двухпросветным инвагинационным клапаном может применяться в хирургии «сложных» язв луковицы – при их сочетании с парапапиллярными дивертикулами либо постбульбарной язвой, локализующейся в 1 см и менее от р. Vateri, то есть в тех случаях, когда возникает необходимость в выключении двенадцатиперстной кишки.

3. Операцией выбора при «трудных» язвах луковицы двенадцатиперстной кишки является резекция желудка по типу Бильрот-I с формированием пилорусомоделирующего гастродуоденоанастомоза.

4. Селективная проксимальная ваготомия находит ограниченное применение при хирургическом лечении «сложных» язв луковицы двенадцатиперстной кишки, так как у таких пациентов достаточно редко встречается сочетание всех необходимых условий: отсутствие выраженной гиперсекреторной активности желудка (до 30 ммоль/л); наличие неизменной слизистой оболочки антрального и фундального отделов желудка; отсутствие суб- и декомпенсированной формы дуоденостаза.

5. Индивидуальный подход в выборе оптимального способа оперативного вмешательства у пациентов с «трудными» язвами луковицы двенадцатиперстной кишки, а также применение новых хирургических технологий позволили получить в отдаленные сроки наблюдения отличные и хорошие клинические результаты в 93,1% случаев.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Больных с пенетрирующими и гигантскими язвами луковицы двенадцатиперстной кишки следует рассматривать как отдельную группу, требующую особого подхода при решении вопроса об оперативном лечении, когда показания к операции, несмотря на их относительность, должны быть более настойчивыми.

2. В хирургии «трудных» язв луковицы двенадцатиперстной кишки предпочтение следует отдавать радикальному вмешательству, предусматривающему удаление язвы и восстановление гастродуоденальной непрерывности. Операцией выбора является резекция желудка по типу Бильрот-I с формированием пилорусмоделирующего гастродуоденоанастомоза.

3. Селективную проксимальную ваготомию обязательно следует дополнять удалением язвы и дуоденопластикой, если отсутствует органическая несостоятельность пилорического жома, либо пилоропластикой, если имеет место органическая или функциональная несостоятельность пилорического сфинктера.

4. В случаях, когда имеет место кровоточащая пенетрирующая или гигантская язва луковицы двенадцатиперстной кишки, только иссечение язвы должно рассматриваться как минимальное хирургическое вмешательство. Такая тактика позволит избежать рецидивов кровотечения и снизить послеоперационную летальность.

5. Гигантские язвы луковицы двенадцатиперстной кишки оказывают существенное влияние на выбор способа операции: у 20,7% таких пациентов возникла необходимость отказаться от выполнения радикальных вмешательств. У больных с гигантскими язвами чаще отмечается осложненное течение раннего послеоперационного периода. Тем не менее не выявлено зависимости отдаленных результатов от размеров язв до операции.

## **СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

1. К вопросу о хирургическом лечении гигантских язв луковицы двенадцатиперстной кишки // Актуальные вопросы клинической медицины (к 50-летию ЦМСЧ №81): материалы научно-практической конференции, 13–14 ноября 2001 года, Северск (отв. ред. Тахауов Р.М.). – Томск, 2001. – С. 56–57 (соавт. Жерлов Г.К., Кейян С.В.).
2. Опыт хирургического лечения гигантских язв луковицы двенадцатиперстной кишки // Сибирский журнал гастроэнтерологии и гепатологии. – 2001. - №12–13. – С. 195 (соавт. Кейян С.В., Клоков С.С.).
3. Оперативное лечение «трудных» язв луковицы двенадцатиперстной кишки // Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии: материалы VI-й научно-практической конференции хирургов Федерального управления «Медбиоэкстрем», 3–5 июля 2002 года, Северск. – Северск, 2002. – С. 53–55 (соавт. Жерлов Г.К., Кейян С.В.).
4. Результаты хирургического лечения «трудных» язв луковицы двенадцатиперстной кишки // Физиология и патология пищеварения: материалы XVIII Всероссийской научной конференции с международным участием, 4–6 сентября 2002 года, Геленджик. – Краснодар, 2002. – С. 62 (соавт. Жерлов Г.К.).
5. Способ резекции желудка при «трудных» язвах двенадцатиперстной кишки // Актуальные вопросы медицинского обеспечения войск, подготовки и усовершенствования военно-медицинских кадров: материалы научно-практической конференции профессорско-преподавательского состава Томского военно-медицинского института, 31 января 2003 года, Томск. – Томск, 2003. – С. 210–211 (соавт. Жерлов Г.К., Баширов С.Р.).

### **Монография**

Оперированный желудок: анатомия и функция по данным инструментальных методов исследования. – Новосибирск: Наука, 2002. – 240 с. (соавт. Жерлов Г.К., Кошель А.П., Клоков С.С. и др.).

### **Изобретение**

Способ резекции желудка при трудных язвах двенадцатиперстной кишки // Положительное решение от 20.01.2003 года о выдаче патента Российской Федерации на изобретение по заявке № 2001134361/14 (036402) от 17.12.2001 года (соавт. Жерлов Г.К., Баширов С.Р., Клоков С.С., Рудая Н.С.).