

Мамакеев Ж.М., Алыбаев Э.У., Алыбаев М.Э., Турсуналиев А.К.

**АШКАЗАНДЫН КАПТАЛДАРЫНДАГЫ ЖАНА ОН ЭКИ ЭЛИ
ИЧЕГИДЕГИ ЖАРАЛАРДЫ ДАРЫЛООДО АЛЫСКЫ НАТЫЙЖАЛАРЫНА
ТААСИРИН ТИЙГИЗҮҮЧҮ ФАКТОРЛОР**

Мамакеев Ж.М., Алыбаев Э.У., Алыбаев М.Э., Турсуналиев А.К.

**ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ
ПЕРФОРАТИВНЫХ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ**

J.M. Mamakeev, E.U. Alybaev, M.E. Alybaev, A.K. Tursunaliyev

**FACTORS INFLUENCING LONG-TERM RESULTS TREATMENT
OF PERFORATED PYLORODUODENAL ULCERS**

УДК: 616.1/8-089/061.3

Операциялардын жыйынтыктарына таасир этүүчү факторлор берилген (135 бейтап), аларга өнөкөткө каршы терапия аткарылган. Алыскы мөөнөттөгү талдоонун натыйжалары көрсөткөндөй, так аткарылган сунушталган өнөкөт жарага каршы терапия негизги фактор болуп саналат. Хирургиялык дарылоонун алыскы натыйжаларын жакшыртуу үчүн кем эмес маанилүү болуп диспансердик байкоо жана гастроэнтеролог-дарыгердин көзөмөлү астында дарылоону аткаруу жана эндоскопия изилдөөсүнүн жыйынтыгы боюнча жыйынтыктарын баалоо саналат.

Негизги сөздөр: жара оорусу, сезгенүүлөр, перфорация, ыкчам дарылоо, пилородуоденопластика, өнөкөткө каршы терапия, өнөкөт жарага каршы терапия.

Представлены факторы влияющие на результаты операций, (135 больных), которым выполнено противорецидивная терапия. Анализ результатов в отдаленные сроки показал, что основным фактором является четко выполненная рекомендованная противоязвенная терапия. Для улучшения отдаленных результатов хирургического лечения не менее важным является диспансерное наблюдение и выполнение лечение под контролем врача гастроэнтеролога и оценка результатов по результатам эндоскопического исследования.

Ключевые слова: язвенная болезнь, осложнения, перфорация, оперативное лечение, пилородуоденопластика, противорецидивная терапия, противоязвенная терапия.

Presents factors affecting the results of operations, (135 patients) who underwent anti-relapse therapy. Analysis of the results in the follow up period showed that the main factor is clearly completed recommended antiulcer therapy. For improvement of remote results of surgical treatment, equally important is clinical supervision and implementation of treatment under the supervision of a physician gastroenterologist and evaluation of the results the results of endoscopic examinations.

Key words: peptic ulcer, complications, perforation, surgical treatment, piloroduodenalnaya, anti-relapse therapy, antiulcer therapy.

Введение. Многими исследователями доказано, что у пациентов после иссечения перфоративных пилородуоденальных язв с пилородуоденопластикой, наиболее часто наблюдается благоприятное течение ближайшего и отдаленного периода в отличие от пациентов, которым выполнены другие методы (ушива-

ние, иссечения перфоративной язвы, без противоязвенной терапии, резекция желудка), но все же не исключается рецидив болезни [1, 5, 7].

Для профилактики рецидива заболевания у оперированных пациентов необходимо назначать полноценную консервативную противоязвенную терапию, но как утверждает ряд хирургов [2, 3, 4, 8] эффект лечения напрямую зависит от соблюдения больными рекомендаций по приему противоязвенных препаратов. Консервативная противоязвенная терапия является основополагающим фактором, влияющим на течение болезни в отдаленном периоде. Однако в оценке использования назначенной противоязвенной терапии отдаленные результаты после иссечения перфоративных пилородуоденальных язв с пилородуоденальной пластикой оцениваются врачами неоднозначно [6, 9] и в основном учитываются субъективные данные.

Необходимо отметить, что эффективность консервативного лечения, наряду с назначаемыми схемами антисекреторной и антихеликобактерной терапии, может зависеть и от психологических особенностей пациентов и их влияния на выполнение назначений врача. Кроме того, нельзя исключить влияния на течение болезни нарушение моторно-эвакуаторной функции желудка, возникающее в результате развития рубцовых изменений пилородуоденальной зоны после иссечения перфоративных пилородуоденальных язв с пилородуоденопластикой [1, 2, 3, 8]. Учитывая это, в данном исследовании попытались выявить основные факторы, которые влияют на исход заболевания.

Цель исследования. Выявить роль ряда факторов, влияющих на отдаленные результаты при выполнении иссечения перфоративных пилородуоденальных язв с пилородуоденопластикой.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 135 больных, которые были оперированы в период с 2006 по 2012 гг. Национальным хирургическим центром Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (НХЦ МЗ КР) города Бишкек по поводу перфоративных пилородуоденальных язв. В лечение перфоративных пилоро-

дуоденальных язв мы, как и большинство исследователей в настоящее время, отдаем предпочтение иссечению язв с пилородуоденопластикой. После операции всем больным рекомендовано выполнять противоязвенную терапию.

В настоящее время существуют различные схемы противоязвенной терапии. В эти схемы входят, наряду с антисекреторными препаратами, и препараты, воздействующие на НР-инфекцию. Проведение противоязвенной терапии, профилактических курсов лечения рекомендовано осуществлять под врачебным контролем. Среди условий влияющих на эффективность консервативного лечения после иссечения перфоративных пилородуоденальных язв с пилородуоденальной пластикой, мы остановились на следующих: как осуществлялось диспансерное наблюдение за больными, выполнение рекомендаций пациентами, отдаленные результаты изучения в сроки от 4 до 10 лет. Для оценки для исследования отдаленных результатов, качества жизни оперированного больного нами применено шкала Visick в модификации Ю.М. Панцырева, Д. Авдеева и Н.Н. Крылова [5]. Visick 1-это отличные результаты, Visick 2- хорошие, Visick 3-удовлетворительные, Visick 4-неудовлетворительные, рецидив болезни. Мы проанализировали как больные получали и в каком объеме противорецидивное лечение в каждой группе и какие получили результаты (таблица).

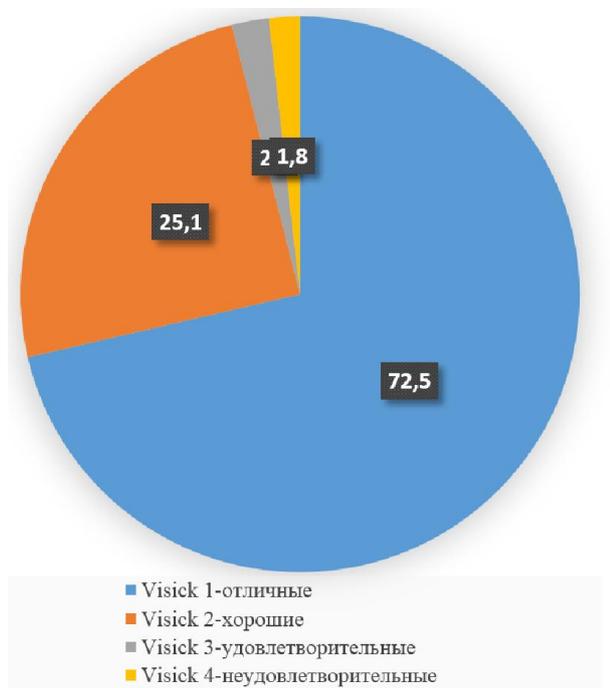


Рис. 1. Отдаленные результаты иссечения перфоративных язв пилородуоденальной зоны с пилородуоденопластикой с противоязвенной терапией по Visick в модификации Ю. М. Панцырева, Д. Авдеева и Н.Н. Крылова.

Пациенты первой группы по Visick в модификации Ю.М. Панцырева, Д. Авдеева и Н.Н. Крылова, чьи результаты нами оценены как отличные в 98 (72,5%) случаях жалоб не предъявляли, трудоспособность оставалась прежней, болевой синдром и диспептических явлений не отмечали. Из этой группы 66 (67,5%) пациентов после операции принимали в течение месяца антисекреторные препараты и в течение 10-14 дней антихеликобактерные препараты. Из 98 пациентов 12 (12,2%) принимали только антисекреторные препараты, а 10 (10,20%), которым были назначены противоязвенные препараты в стационаре, после выписки самостоятельно прекратили лечение и не прошли курс терапии. Из 135 больных прошедшие курс противоязвенной терапии с иссечением перфоративной пилородуоденопластикой контрольное эндоскопическое обследование ЭГДС, выполнено у 106(78,8%) больных. При этом у всех больных в данной группе обнаружена умеренная деформация в области пилородуоденальной зоны без язвенного перипроцесса с благоприятным заживлением.

Таблица.

Соблюдение пациентами рекомендаций по дальнейшему лечению после иссечения перфоративных язв пилородуоденальной зоны с пилородуоденопластикой с противоязвенной терапией.

Рекомендации	Visick I	Visick II	Visick III	Visick IV
Прием антихеликобактерных и антисекреторных препаратов	66	19	2	
Прием антисекреторных препаратов	12	5	1	
Контроль ФГДС	98	34	3	-
Профилактический прием антисекреторных препаратов (%)	65	20	1	
Прекратили прием противоязвенных препаратов	10	7	-	
Общее число больных	98	34	3	-

Группу с хорошими результатами составили 34 (25 %) пациентов. Эти больные предъявляли жалобы на периодически возникающее чувство дискомфорта в верхних отделах живота и изжогу. Из них 19(55,8%) пациентов получали полный курс противоязвенной терапии, 5(14,7%) пациентов принимали только антисекреторные препараты. Профилактически антисекреторные препараты принимали 20(58,8%) пациентов, а 7(20,5%) противоязвенное лечение не получали несмотря на наблюдение и рекомендации врачей по месту жительства. Эндоскопический контроль выполнен у данной группы всем 98 пациентам. Во всех случаях обнаружена умеренная деформация пилородуоденальной зоны с признаками изъязвления у 11 (32,3%).

В третьей группе, по шкале Visick в модификации М.Ю. Панцырева, Д. Авдеева и Н.Н. Крылова [7, 8, 10, 11] несмотря на диспансерное наблюдение под врачебным контролем получили курс противоязвенной терапии, но у 3-х больных наступил рецидив язвенной болезни в области пилородуоденальной зоны. Эффективность консервативного лечения, наряду с назначаемыми схемами антисекреторной и антихеликобактерной терапии, может зависеть от психологических особенностей пациентов. По данным литературы у ряда больных после удаления язвы, язвенного инфильтрата и профилактического приема противоязвенных препаратов, все же возникает рецидив болезни, что очевидно из-за индивидуальных особенностей организма, в связи с непрерывным кислотообразованием, «шубообразного» течения язвенной болезни, свойственного некоторым пациентам, наступает рецидив язвенной болезни. Этим больным периодически беспокоили умеренно выраженные боли в животе, тошнота, изжога. 2-е из них после операции находились на стационарном лечении по поводу рецидива язвы, им проводилась комплексная консервативная терапия, с последующим улучшением состояний.

Диспансерное наблюдение за больными в отдаленном послеоперационном периоде необходимо для своевременного контрольного обследования больных, проведения при необходимости повторных курсов противоязвенной терапии. Наличие врачебного наблюдения проанализировано у всех пациентов получивших противоязвенную терапию.

Выводы:

1. Проведение профилактической противоязвенной терапии под врачебным контролем, с диспансерным наблюдением по месту жительства, позволили получить отличные результаты у 72,5%, хорошие у 25%, удовлетворительные 2,2% и неудовлетворительные у 1,8% при иссечении пилородуоденальной язвы с пилородуоденопластикой.

2. Оценку результатов лечения осуществлялось с учетом результатов эндоскопического исследования.

Литература:

1. Алыбаев Э.У., Койчуманов А.М., Керимбаев Р.Т. Пилоро- или дуоденопластика при перфоративной пилородуоденальной язве с последующей противоязвенной терапией. // «Хирургия Кыргызстана». - 2005. - №1. - С. 17-19.
2. Афендулов С.А., Лечение прободной язвы / С.А Афендулов Г.Ю Журавлев, Н.А. Краснолуцкий. - М., 2005. - С. 168.
3. Багненко С.Ф. Роль противорецидивной терапии в лечении тяжелых желудочно-кишечных кровотечений язвенной этиологии / С.Ф.Багненко, А.А. Курьгин, Г.И. Синенченко // Материалы Всероссийской конференции хирургов «Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки». - Саратов, 2003. - С.98.
4. Гостищев В.К. Антисекреторная терапия как составная часть гемостаза при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях [Текст] / В.К. Гостищев, М.А. Евсеев // Хирургия. - 2005. - №8. - С. 52-57.
5. Малиновская Н.К., Рапопорт С.И., Лакшин А.А., Вознесенская Л.А. Новые патогенетические подходы к терапии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // РМЖ, Болезни органов пищеварения. -2005. - Т.7. - №1. - С. 16-22.
6. Рашидов Ф.К. Антихеликобактерная терапия в комплексной предоперационной подготовке больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной пилородуоденальным стенозом. // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Душанбе, 2006. - С. 24.
7. Панцырев Ю.М. Михалев А.И., Федоров Е.Д. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв. // Хирургия, 2003. - №3. - С.43-49.
8. Оноприев В.И. Новые технологии, концепция и тактика хирургического лечения осложненных дуоденальных язв. 8-й Всеросс. съезд хирургов (тез. докл.). - Краснодар, 1999. - С. 198-201.
9. F. Ghelase. Duodenal post-bulbar ulcers. Diagnostic and therapeutic problems F. Ghelase et al.// Chirurgia. - 2006. – Vol. 101, № 1. - P. 4-53.
10. Baron J.H. Peptic ulcer [Text]: / J.H. Baron // Mt. Sinai J. Med.- 2000.- Vol. 67.- № 1- P. 58-62.
11. Smith B.R. Emerging trends in peptic ulcer disease and damage control surgery in the H. pylori era [Text]: / B.R. Smith, B.E. Stabile // Am. Surg.- 2005.- Vol. 71.- № 9.- P. 797-801.

Рецензент: д.м.н., профессор Ниязов Б.С.