

Мамакеев Ж.Б.

**АШКАЗАНДЫН КАПТАЛДАРЫНДАГЫ ЖАНА ОН ЭКИ ЭЛИ
ИЧЕГИДЕГИ ЖАРАЛАРДЫ ДААРЫЛООДО АЛЫСКИ НАТЫЙЖАЛАРЫН
БААЛООДОГУ ЭНДОСКОПИЯЛЫК ИЗИЛДӨӨ**

Мамакеев Ж.Б.

**ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ОЦЕНКЕ
ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ
ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ**

Zh.B. Mamakeev

**ENDOSCOPY IN THE EVALUATION OF REMOTE RESULTS OF TREATMENT
OF PERFORATED PYLORODUODENAL ULCERS**

УДК: 616.1/8-089/061.3-002-44

Макалада ашказандын капталдарындагы жана он эки эли ичегидеги жараларга операция жасалган 314 бейтаптын эндоскопиялык изилдөөсүнүн жыйынтыктары берилген. 3 топ чыгарылган: ашказандын капталдарындагы жана он эки эли ичегидеги жараны кыскартып салуу (103), ашказандын капталдарындагы жана он эки эли ичегидеги жараны алып таштоо (106), ашказандын капталдарындагы жана он эки эли ичегидеги жараны өнөкөткө каршы терапияны колдонуунун пайдалуулугу максатка ылайыктуулугун тастыктаган.

Негизги сөздөр: *жара оорусу, сезгенүүлөр, перфорация, ыкчам дарылоо, алыскы натыйжалар, эндоскопия.*

В статье даны результаты эндоскопического исследования у 314 больных, оперированных по поводу перфоративных пилородуоденальных язв. Выделили 3 группы: ушивание перфоративных пилородуоденальных язв (103), иссечения перфоративной пилородуоденальной язвы с пилородуоденопластикой (106) и иссечения перфоративной пилородуоденальной язвы с пилородуоденопластикой с выполнением противоязвенной терапии (105). Осложнения в 1 группе, нами выявлен у 51 (49,5%), во 2 группе у 27 (25,4%) и в 3 группе у 7 (6,6%). Результаты эндоскопического исследования подтвердили целесообразность применения противоязвенной и противоязвенной терапии после операции.

Ключевые слова: *язвенная болезнь, осложнение, перфорация, оперативное лечение, отдаленные результаты, эндоскопия.*

In article, the results of endoscopic studies in 314 patients operated on for perforated pyloroduodenal ulcers. Allocated to 3 groups: closure of perforated pyloroduodenal ulcers (103), resection of perforated pyloroduodenal ulcer piloroduodenalnaya (106) and resection of perforated pyloroduodenal ulcer piloroduodenalnaya with the implementation of anti-ulcer therapy (105). Complications in group 1, we identified 51 (49,5%) in group 2 we identified 27 (25,4%) and in group 3 we identified 7 (6.6 per cent). The results of endoscopic studies have confirmed the feasibility of anti-relapse and protivoyazvennoe therapy after surgery.

Key words: *peptic ulcer disease, complication, perforation, surgical treatment, long-term results, endoscopy.*

Введение: Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки-тяжелое заболевание, поражающего в основном лиц трудоспособного возраста и при этой патологии, несмотря на эффективность противоязвенной терапии нередко возникает тяжелое осложнение как перфорация [1,2,9]. Лечение этого осложнения оперативное и при этом используются по показаниям органосохраняющие операции и первичная резекция желудка [7,8]. Из органосохраняющих оперативных вмешательств используют ушивание перфоративной язвы и иссечения перфоративной пилородуоденальной язвы с пилородуоденопластикой. Для предотвращения осложнений в отдаленном послеоперационном периоде, все исследователи настоятельно рекомендуют получать комплексное противоязвенное лечение, но к сожалению, далеко не все больные выполняют эти рекомендации [4,5,6,10]. Обследование больных в отдаленные сроки показывает, что после ушивания перфоративной язвы от 40% до 80% случаев, после иссечения перфоративной пилородуоденальной язвы с пилородуоденопластикой в 5-15% случаев обнаруживается различные осложнения, по поводу их характера остается недостаточно изученным [7,11,12]. Применение эзофагостродуоденоскопии является необходимым мероприятием в отдаленном периоде с учетом типа операции и оценки назначения противоязвенной терапии, что и побудило нас выполнить данные исследования, так как эндоскопический метод является ведущим не только в диагностике заболеваний и их осложнений, но и в оценке отдаленных результатов лечения.

Цель исследования: дать оценку результатом оперативного лечения больных язвенной болезнью осложненное с перфорацией пилородуоденальной зоны с использованием эндоскопического метода исследования.

Материал и методы исследования: под наблюдением находились 314 больных, которые были оперированы в Национальном Хирургическом Центре МЗ КР г. Бишкек, по поводу язвенной болезни осложненной перфорацией в период с 2006 г по 2012 гг. Из них мужчин было 284(90,4%), женщин 30(9,5%), соотношение мужчин и женщин 9:1. Эндоскопиче-

ские исследования с применением эзофагостродуоденоскопии выполнено в сроки от 4 до 10 лет. При оценке полученных результатов мы выделили 3 группы: 1-больные, которым выполнено ушивание перфоративной пилородуоденальной язвы (103), сроки после операции были от 4 до 8 лет ($4,3 \pm 1,2$ года), 2 группа- 106 пациентов у которых произведена иссечения перфоративной пилородуоденальной язвы с пилородуоденопластикой, срок от 5 до 7 лет ($5,5 \pm 0,7$) и в 3 группу составили 105 больных у которых произведена иссечения перфоративной пилородуоденальной язвы пилородуоденопластика, с последующей противоязвенной терапией (блокатор протонной помпы и 2 хеликобактерных препарата), сроки после операции составили ($4,9 \pm 0,6$ лет).

Эндоскопическое исследование выполнено с помощью эзофагостродуоденоскопии аппаратом фирмы "Olympus".

В оценке отдаленных результатов выполнили общий анализ крови и мочи, учитывали данные анамнеза, жалобы больных, результаты объективного исследования и эндоскопического исследования. Полученные результаты обрабатывали с применением современных методов исследования и статистической обработки данных, что обеспечивает достоверность полученных результатов.

Результаты и их обсуждения. Всем больным трех клинических групп в отдаленные сроки применена эзофагостродуоденоскопия, результаты которого даны в таблице.

Анализ результатов эндоскопического исследования показали, что у 51 больных из 103 обследованных, которым было выполнено ушивание перфоративной пилородуоденальной язвы, обнаружено различные патологии что составило 49.5%. Наибольший удельный вес составило наличие эрозий слизистой гастродуоденальной зоны у 23(22,3%), рецидив язвы у 17(16,5%), с развитием компенсированного стеноза у 11(10,6%), рефлюкс гастрит у 7(6,7%) и грыжа пищеводного отверстия обнаружено у 3-х обследованных пациентов.

Необходимо отметить, что сочетание эрозивного гастрита с рефлюкс гастритом было и у 7-ми больных, а у 3-х больных с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы сочеталось с эрозивным гастритом. Следовательно при обследовании данной группы больных выявлено 61 различных патологий у 51 пациента. При эндоскопическом исследовании рецидивирующая язва, в подавляющем числе случаев расположена на передней стенке луковицы 12-перстной кишки, а размер язвы варьировал от 4 до 8 мм в диаметре. На основании выполненного эндоскопического исследования выявлены показания для повторной операции у 28 больных (у 11 стеноз и у 17 рецидив язвы), что составило 20,4%.

При эндоскопическом исследовании второй группы -106 больных, которым выполнено иссечения перфоративной пилородуоденальной язвы с пилородуоденопластикой- обнаружено 27 заболеваний, у 20 больных (18,9%). У 7 имело место сочетание рефлюкс

гастрита с наличием эрозий слизистой желудка. Компенсированный стеноз выявлен у 3-х больных и еще 3-х-рецидив язвы.

Таблица - Результаты эндоскопического исследования в отдаленные сроки после операции, выполненных по поводу перфоративной пилородуоденальной язвы

Осложнение	Ушивание язвы n-103	Иссечение язвы с пилородуоденопластикой n-106	Иссечение язвы с противоязвенной терапией n-105
Стеноз (С)	11(10,6%)	3(2,8%)	-
Эрозия (Э)	23(22,3%)	12(11,3%)	3(2,8%)
Рефлюкс гастрит (РГ)	7(6,7%)	11(10,3%)	4(3,8%)
Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы	3(2,9%)		
Рецидив язвы (РЯ)	17(16,5%)	3(2,8%)	-
Всего выявлено осложнений	61	27	7
Всего больных с осложнениями	51 (49,5%)	20(18,9%)	5(4,8%)

При эндоскопическом обследовании третьей группы, иссечения перфоративной пилородуоденальной язвы с пилородуоденопластикой с последующей комплексной противоязвенной терапией (блокатор протонной помпы и 2 хеликобактерных препарата в течение 7 дней послеоперационном периоде) обнаружены следующие патологии. Среди обследованных этой группы у 3(2,8%) обнаружен эрозивный гастрит, а у 4 (3,8%) рефлюкс гастрит, при чем у 2-х больных обнаружено сочетание 2-х патологий. При обследовании данной группы осложнения в отдаленном периоде после операции незначительным изменением слизистой гастродуоденальной зоны выявлено у 7 больных, что составило 4,8%.

При анализе результатов эндоскопического исследования в отдаленном периоде после операции всех трех групп больных, нами было отмечено частое выявление различных патологий, которые существенно влияли на течение послеоперационного периода. Так, в первой группе в отдаленные сроки после ушивания перфоративной пилородуоденальной язвы у 28 возникло необходимость в повторного оперативного вмешательства. Из них, 27 больным выполнено резекция желудка по Бильрот-2 с различными модификациями, а одному больному пожилого возраста выполнено прошивание кровотокающего сосуда повторной рецидивной язвы из-за тяжелого состояния, обусловленного эндотоксическим шоком и анемией на фоне тяжелых сопутствующих заболеваний. Повторные оперативные вмешательства у этих больных выполнено в основном при стенозировании после ушивания перфоративной язвы, а также повторного

рецидива язвы пилородуоденальной зоны. При обследовании данной группы в отдаленном периоде после ушивания перфоративной пилородуоденальной язвы наиболее часто обнаружены рефлюкс гастриты и эрозивные гастродуодениты.

При исследовании второй группы у которых выполнено иссечение перфоративной пилородуоденальной язвы с пилородуоденопластикой обнаружено лучшие отдаленные результаты по сравнению первой группы, после ушивания перфоративной пилородуоденальной язвы. Из 106 обследованных больных данной группы в отдаленном периоде, стеноз пилородуоденальной зоны компенсированного характера возник у 3-х пациентов. Необходимо отметить, что у 3-х больных этой группы при оценке отдаленных результатов возник рецидив язвы. При исследовании в отдаленном периоде выявлены эрозивный гастродуоденит у 12(11,3%) и рефлюкс гастрит у 11(10,3%) больных, при чем 7-х больных имело место сочетание эрозивного гастродуоденита и рефлюкс гастрита. При анализе данной группы в отдаленном периоде обнаружено 27 различных патологий у 20 больных, из них 7 пациентов имело место сочетанное поражение гастродуоденальной зоны. Отдаленные результаты исследования данных групп показали целесообразность применения иссечения перфоративной пилородуоденальной язвы с пилородуоденопластикой в отличие от ушивания перфоративной пилородуоденальной язвы, что позволило снизить частоту осложнений в отдаленные сроки с 49.5% до 18.9%, т.е. более, чем в 2.5 раза. Различие этих достоверно ($P < 0,01$).

Из 105 обследованных третьей группы иссечения перфоративной пилородуоденальной язвы с пилородуоденопластикой, которые получали в полном объеме комплексное противоязвенное лечение, в отдаленных периодах с диспансерным наблюдением у врача гастроэнтеролога при эндоскопическом исследовании выявлены эрозивные гастродуодениты и рефлюкс гастрит обнаружено всего лишь у 7 пациентов, из которых у 2 имело место сочетание рефлюкс гастрита с эрозией пилородуоденальной зоны. Следовательно патологические изменения в третьей группе отмечен у 5 больных, что составило 4.8%. При сравнении отдаленных результатов третьей группы со второй получен достоверные различия ($P < 0,01$). При исследовании отдаленных результатов перфоративной пилородуоденальной язвы, с различными оперативными вмешательствами наилучшие результаты получены у больных иссечением перфоративной пилородуоденальной язвы пилородуоденопластикой, с последующей противоязвенной терапией.

Выводы:

1. При язвенной болезни осложненной перфорацией пилородуоденальной зоны целесообразно выполнить иссечения перфоративной пилородуоденальной язвы с последующей пилородуоденопластикой.

2. Для улучшения результатов оперативного лечения язвенной болезни осложненной перфорацией

пилородуоденальной зоны наряду с иссечением язвенного периульцерозного инфильтрата необходимо применять курс противоязвенной терапии, которое позволяет снизить частоту осложнений более, чем в 4 раза (с 18.9% до 4.82%).

3. После любого оперативного лечения больных перфоративной пилородуоденальной язвой, в оценке отдаленных результатов, помимо общеклинических, необходимо использовать эндоскопическое исследование, которое позволяет более полно оценить результаты исследования.

Литература:

1. Алыбаев Э.У., Сопуев А.А., Кудайбердиев А.Т. Лечебно-диагностическая тактика в хирургии гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии. Журнал «Хирургия Кыргызстана», №2. - Бишкек, 2008. - С. 8-11.
2. Алимов А.В. Пути совершенствования эндоскопической диагностики острых гастродуоденальных язвенных кровотечений: дисс. к.м.н. - Смоленск, 1999. - С. 164.
3. Лебедев Н.В. Гастродуоденоскопия в диагностике и лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений [Текст] / Н.В. Лебедев // Хирургия - №3, 2007. - С. 17-21.
4. Лопатинский В.В. Эндоскопическая диагностика и лечение гастродуоденальных кровотечений в условиях городской больницы [Текст] / В.В. Лопатинский, З.Я. Ключева, К.И. Попов // Материалы 9-го Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. - Москва, 2005. - С. 180-182.
5. Кудайбердиев А.Т., Бектуров Ж.Т., S. Unal, Алыбаев Э.У., Жапаров А.Т., Эгенбаев Р.Т. Лечебно-диагностическая эндоскопия при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. // «Хирургия Кыргызстана» - №3. - Бишкек, 2006. - С. 54-57.
6. Кутманбеков А.К., Алыбаев Э.У., Абдуллаев Д.С. Эндоскопическая тактика при гастродуоденальных кровотечениях // Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки: Материалы Всероссийской конференции. - Саратов, 2003. - С. 120-122.
7. Кадышев Ю.Г., Литвинов П.Г., Брусницына М.А., Коленда Ю.В. Диагностика перфоративных язв пилородуоденальной зоны с использованием фиброгастроскопии и лапароскопии // Новые технологии в хирургии: Сб. научных работ, посвященный 75-летию кафедры хирургии Киевской Мед. акад. последипломного образования. - Киев: Арт График, 1997. - №2. - С. 8-9.
8. Добряков В.В. Применение эндоскопии в диагностике и лечении больных с кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта // Материалы 9-го Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. - Москва, 2005. - С. 123-125.
9. Войташевская, Н.В. Эзофагогастродуоденоскопия в комплексном лечении больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - М., 2005. - С. 22.
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.