

ЗУБАРЕВА МАРИЯ ВАЛЕНТИНОВНА

**РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ
С ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННЫМИ СИНДРОМАМИ**

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук

14.01.17 - Хирургия

Москва – 2020

Диссертационная работа выполнена в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

Научный руководитель:

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор

Заслуженный деятель науки РФ

Черноусов Александр Федорович

Официальные оппоненты:

Левчук Александр Львович – доктор медицинских наук, ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра хирургии с курсами травматологии, ортопедии и хирургической эндокринологии, заведующий отделением хирургии №2, профессор кафедры

Шестаков Алексей Леонидович – доктор медицинских наук, профессор ФГБНУ «РНЦХ им. академика Б.В. Петровского», заведующий отделением хирургии пищевода и желудка

Ведущая организация:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы»

Защита диссертации состоится «___»_____ 2020 г. в 14.00 часов на заседании диссертационного совета Д 208.040.03 при ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) по адресу: 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, строение 2.

С диссертацией можно ознакомиться в ЦНМБ ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) по адресу: 119034, г. Москва, Зубовский бульвар 37/1 и на сайте организации: <http://www.sechenov.ru>

Автореферат разослан «___»_____ 2020 г.

Ученый секретарь

диссертационного совета Д 208.040.03

доктор медицинских наук, профессор

Шулутко Александр Михайлович

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования и степень ее разработанности

Язвенная болезнь (ЯБ) – одна из ведущих проблем абдоминальной хирургии, что определяется как высоким уровнем заболеваемости, так и широким спектром осложнений этого заболевания. Болезнь поражает преимущественно лиц трудоспособного возраста, нередко приводит к инвалидизации до 32% больных [Мустафин Р.Д., 2017; Дудченко М.А., 2012; Кадыров Д.М. и др., 2009; Чернооков А.И. и др., 2015; Haraef R., Giusti V., 2014].

Основным способом лечения неосложненной язвенной болезни желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК) сегодня является консервативное лечение. Совершенствование методов противоязвенной терапии способствовало снижению количества плановых операций, выполняемых по относительным показаниям, что, несомненно, подтверждает эффективность медикаментозного лечения ЯБ [Кодиров Ф.Д. и др., 2017; Топчиев М.А. и др., 2009; Rostas J.W. et al., 2011]. В то же время отмечается увеличение частоты выполнения неотложных операций, зачастую в ночное время, по поводу осложнений ЯБ - кровотечения, перфорации язвы, стеноза, и при этом летальность составляет более 20,4%, что в 10-15 раз превышает соответствующий уровень при плановых операциях, выполняемых по показаниям [Олексенко В.В., 2012; Черноусов А.Ф. и др., 2016; Kang Y. et al., 2013].

В последние годы изменяется спектр выполняемых операций, в котором преобладают неотложные «паллиативные» вмешательства и резекционные методы лечения. Общеизвестным является тот факт, что чем совершеннее в техническом плане выполнена операция, тем меньше вероятность ее неблагоприятных результатов, как непосредственных, так и отдаленных [Дваладзе Л.Г. и др., 2012; Dirksen C. et al., 2013; Rogers A.M., 2019]. Тем не менее, независимо от метода вмешательства, использованного для хирургического лечения ЯБЖ и ДПК, при строгой оценке результатов, по данным разных авторов, частота постгастрорезекционных расстройств составляет 10-15% [Антонян В.В., Антонян С.В., 2018; Ураков Ш.Т., Нажмиддинов Л.М., 2010; Великолуг К.А. и др., 2012; Зурнаджянц В.А. и др., 2013; Chen K.N., 2014]. В спектр этих расстройств включает: синдром приводящей петли, синдром отводящей петли, пептическую язву анастомоза, ранний и поздний демпинг-синдромы, экономную резекцию желудка, агастральную астению и другие [Жерлов Г.К. и др., 2011; Назаренко П.М. и др., 2014; Brambilla A. et al., 2013; Berg P., McCallum R., 2016].

Резекция желудка по Бильрот 2 в модификации по Гофмейстеру-Финстереру остается наиболее часто применяемым вариантом вмешательства в экстренной хирургии. Чаще всего именно этот вариант операции приводит к развитию постгастрорезекционных расстройств [Волков В.Е. и др., 2011; Корочанская Н.В. и др., 2012; Ручкин Д.В. и др., 2019; Fujita J. et al., 2016; Mai C. et al., 2014].

К настоящему времени предложен и ряд органосохраняющих операций при язвенной болезни, применяемых при плановом хирургическом лечении язвенной болезни ДПК. Разработаны варианты селективной проксимальной ваготомии, летальность после выполнения которой, составляет 0,1-0,2%, т.е. примерно в 10 раз меньше, чем после резекции желудка. Частота рецидива после этого вмешательства составляет 2,2 % [Кодиров Ф.Д. и др., 2017; Кошель А.П. и др., 2010; Волков В.Е. и др., 2013; Репин В.Н. и др., 2014; Gys V.etal., 2019].

В настоящее время перед хирургами стоит задача улучшения отдаленных результатов хирургического лечения рассматриваемого контингента больных. Накопленный опыт лечения постгастрорезекционных расстройств свидетельствует о том, что их лечение должно быть патогенетически обоснованным, направленным как на устранение этих нарушений, так и предупреждение их последствий [Абдуллаев М.Р., Магомедов И.И., 2016; Олексенко В.В. и др., 2017; Горпинич А.Б., 2015; Rastogi V. et al., 2018]. Однако отсутствие систематизированных литературных данных затрудняет выбор метода хирургической коррекции постгастрорезекционных синдромов. Актуальным представляется совершенствование предоперационной диагностики постгастрорезекционных синдромов, а также сравнительная оценка различных способов их повторной хирургической коррекции.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения постгастрорезекционных синдромов у больных с осложненной язвенной болезнью.

Задачи исследования:

1. Проанализировать причины этиопатогенеза постгастрорезекционных синдромов, используя оптимизированный алгоритм предоперационной диагностики.
2. Изучить непосредственные и отдаленные результаты различных вариантов повторной коррекции у больных с постгастрорезекционными синдромами.

3. Разработать и обосновать выбор оптимального способа хирургической коррекции в зависимости от диагностированных постгастрорезекционных синдромов.

4. Продемонстрировать преимущества органосберегающих операций у больных с язвенным пилородуоденальным стенозом как преимущественный вариант, в сравнении с резекционным методом лечения.

Научная новизна исследования Оптимизированный алгоритм обследования пациентов позволил выявить ведущие причины сочетанных постгастрорезекционных синдромов: технические ошибки предыдущих оперативных вмешательств, которые возможно исправить, и необратимые изменения, которые нельзя полностью хирургически скорректировать. Показано, что операцией выбора при лечении постгастрорезекционных синдромов (как правило сочетанных) является реконструкция по Бильрот-I, позволяющая уменьшить их проявления и улучшить показатели качества жизни пациентов в отдаленном периоде.

Обоснованы преимущества органосохраняющей операции как способа хирургической коррекции ЯБ ДПК, осложненной язвенным пилородуоденальным стенозом по сравнению с резекционным методом лечения на основании результатов изучения качества жизни пациентов в отдаленном периоде.

Доказано, что при язвенной болезни ДПК, осложненной рубцово-язвенным пилородуоденальным стенозом операцией выбора является СПВ с обязательной циркулярной миотомией пищевода с восстановлением физиологической функции кардии и созданием симметричной фундопликационной манжетки. Лапароскопический доступ, за счет более ранней активизации больного и меньшей выраженности болевого синдрома, а также меньшей травматичности и малоинвазивности имеет преимущество по сравнению с лапаротомией.

Теоретическая и практическая значимость работы По результатам работы предложена и апробирована оптимальная тактика лечения больных с постгастрорезекционными синдромами, определены показания к выполнению хирургической коррекции постгастрорезекционных осложнений.

Разработан диагностический алгоритм со схемой комплексного обследования больных с постгастрорезекционными синдромами.

Результаты исследования подтвердили необходимость расширения показаний к плановому хирургическому лечению язвенной болезни двенадцатиперстной кишки за счет длительно страдающих больных с частым рецидивом заболевания, эпизодами язвенного кровотечения в анамнезе, формирующимся язвенным стенозом, что будет способствовать уменьшению частоты выполнения экстренных операций.

Внедрение в практику Результаты, полученные при выполнении исследования, внедрены в деятельность специалистов Клиники факультетской хирургии имени Н.Н. Бурденко Университетской Клинической больницы №1 Первого МГМУ имени И.М. Сеченова, а также используются в учебном процессе на кафедре факультетской хирургии №1 Первого МГМУ имени И.М. Сеченова при чтении лекций и проведении семинарских занятий.

Соответствие паспорту научной специальности Диссертация соответствует паспорту научной специальности 14.01.17 - Хирургия

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Комплексная предоперационная диагностика позволяет выявить ведущие сочетанные постгастрорезекционные синдромы, среди которых максимальная частота характерна для демпинг-синдрома (раннего и позднего), синдрома приводящей петли, пептической язвы тощей кишки, послеоперационного «щелочного» рефлюкс-эзофагита и их сочетаний. Проявления постгастрорезекционных синдромов, как правило, сочетаются с астеноневротическим синдромом, реже - с обострением реактивного панкреатита.
2. Предоперационная диагностика позволяет дифференцировать технические погрешности ранее выполненных вмешательств (которые могут быть преодолены хирургическим путем) и функциональные осложнения ПГРС, которые не всегда поддаются хирургической коррекции вследствие утраты части органа.
3. Хирургическая коррекция демпинг-синдрома, пептической язвы и синдрома приводящей петли в объеме редуоденизации позволяет разрешить или значительно уменьшить клинические проявления ПГРС и улучшить качество жизни пациентов в отдаленном периоде.
4. Резекция по Бильрот-I у больных с постгастрорезекционными расстройствами является операцией выбора при реконструктивных вмешательствах. Преимуществом этого варианта операции является сохранение физиологического пути прохождения пищи через двенадцатиперстную кишку.

5. При рубцово-язвенном пилородуоденальном стенозе, независимо от степени стеноза и выраженности гастроплегии, органосохраняющей операцией выбора является селективная проксимальная ваготомия с формированием поперечного гастродуоденоанастомоза, а также обязательным выполнением циркулярной эзофагомиотомии с формированием фундопликационной манжетки, которая может быть адекватно выполнена и из лапароскопического доступа.

6. Преимуществом использования лапароскопического доступа при выполнении селективной проксимальной ваготомии является меньшая травматичность и малоинвазивность вмешательства, что способствует более ранней активизации больного, меньшей выраженности болевого синдрома, облегчает течение раннего послеоперационного периода и способствует более высокому уровню качеству жизни пациентов в отдаленном периоде.

Апробация работы Основные положения работы были представлены и обсуждены на II съезде Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии» (г. Геленджик, 2012), на Всероссийской конференции с международным участием «Ошибки и осложнения в хирургической гастроэнтерологии» (Геленджик, 2014), на Всероссийском конгрессе с международным участием «Хирургия – XXI век: соединяя традиции и инновации» (Москва, 2016), на III съезде Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии» (Геленджик, 2016), на Всероссийской конференции с международным участием «Научная школа по актуальным проблемам плановой и экстренной хирургии» (Геленджик, 2018).

Результаты диссертационной работы доложены и обсуждены на клинической конференции Кафедры факультетской хирургии №1 лечебного факультета Первого МГМУ имени И.М. Сеченова и Клиники факультетской хирургии имени Н.Н. Бурденко УКБ №1 Первого МГМУ имени И.М. Сеченова.

Объем и структура работы Диссертация изложена на 168 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, изложения результатов собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы. Работа иллюстрирована 18 таблицами и 38 рисунками. Указатель использованной литературы содержит 261 библиографический источник, в том числе 168 отечественных и 93 иностранных публикаций.

Публикации По теме диссертации опубликовано 7 печатных работ, из них 2 статьи в рецензируемых научных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Министерства образования РФ для публикации основных результатов диссертаций на соискание ученой степени кандидата медицинских наук.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

Проанализированы результаты лечения 96 больных, длительно страдавших язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), которым в 2006 - 2017 гг. было проведено обследование и последующее хирургическое лечение в Клинике факультетской хирургии имени Н.Н. Бурденко Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет).

В исследование включены 52 мужчины и 44 женщины, возраст пациентов варьировал от 21 до 82 лет (средний возраст $58,5 \pm 21,3$ года).

Все пациенты были разделены на 2 группы:

группа 1 (резекция по Б-І) – 54 пациента, ранее перенесших в других лечебных учреждениях дистальную резекцию по Бильрот-ІІ в различных модификациях и страдавших постгастрорезекционными синдромами. Этим пациентам в нашей клинике была выполнена резекция по Бильрот-І с восстановлением пассажа по ДПК;

группа 2 (СПВ) – 42 пациента, длительно страдавших язвенной болезнью ДПК, осложненной рубцово-язвенным пилородуоденальным стенозом. В нашей клинике этим больным была выполнена органосохраняющая операция в объеме селективной проксимальной ваготомии (СПВ) с формированием поперечного гастродуоденоанастомоза.

В этой группе:

- **23 пациентам** вмешательство было осуществлено – традиционным способом;

- **19 больным** была выполнена лапароскопически ассистированная СПВ с формированием гастродуоденоанастомоза из мини-лапаротомного доступа.

Эта группа была сформирована для оценки возможностей и преимуществ органосохраняющих методов лечения у больных с выраженным рубцово-язвенным пилородуоденальным стенозом.

В исследовании проспективно наблюдали 68 прооперированных пациентов, ретроспективно (по архивным историям болезни) были проанализированы данные 28 пациентов.

Оценивали частоту интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений, динамику выраженности болевого синдрома отдельно в группах 1 и 2. Были также изучены отдаленные результаты оперативного лечения с учетом частоты жалоб, послеоперационных осложнений и уровней качества жизни пациентов.

Для сравнительной оценки отдаленных результатов хирургического лечения пациентов вызывали через 1, 6 месяцев, 1 год и более после оперативного вмешательства. Эндоскопическое и рентгенологическое исследования проводили не ранее чем через 6 месяцев после операции. С их помощью оценивали моторно-эвакуаторную функцию ЖКТ, степень выраженности воспалительных изменений в пищеводе, желудке и ДПК, наличие язвенного дефекта.

Дизайн исследования представлен на рисунке 1. В ходе сравнительной оценки результатов в группах 1 и 2, а также применения лапароскопического и традиционного подходов к хирургическому лечению (группы 2А и 2Б) оценивали:

- среднюю продолжительность хирургического вмешательства,
- частоту интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений,
- длительность восстановления активной перистальтики желудочно-кишечного тракта,
- выраженность болевого синдрома с помощью субъективной оценки пациентами по визуально-аналоговой шкале,
- сроки активизации больных после лапароскопических операций,
- уровень качества жизни по опроснику SF-36.

У пациентов обеих групп длительность язвенного анамнеза до первой операции составляла 3-15 лет, у большинства из них - от 3 до 5 лет. Группы исследования достоверно не отличались по тяжести предоперационного течения ЯБ и длительности язвенного анамнеза.

До госпитализации в Клинику факультетской хирургии имени Н.Н. Бурденко всем пациентам проводили курсы продолжительной противоязвенной медикаментозной терапии (в том числе эрадикацию *Helicobacter pylori*), с временным положительным эффектом.

В I группе (n=54) первично были оперированы 38 пациентов по неотложным показаниям по поводу осложненной язвенной болезни: язвенное кровотечение - 25 больных; прободная язва ДПК - 13; планово по поводу пилородуоденального стеноза - 16. У 7 больных, длительно страдавших язвенной болезнью ДПК с многократной консервативной терапией, первую операцию предприняли не в связи

с ЯБ ДПК, а для коррекции так называемой «хронической дуоденальной непроходимости».

29 из 54 больных были повторно оперированы более одного раза вследствие развития прогрессирующих постгастрорезекционных расстройств. В общей сложности 54 пациента перенесли 91 операцию.

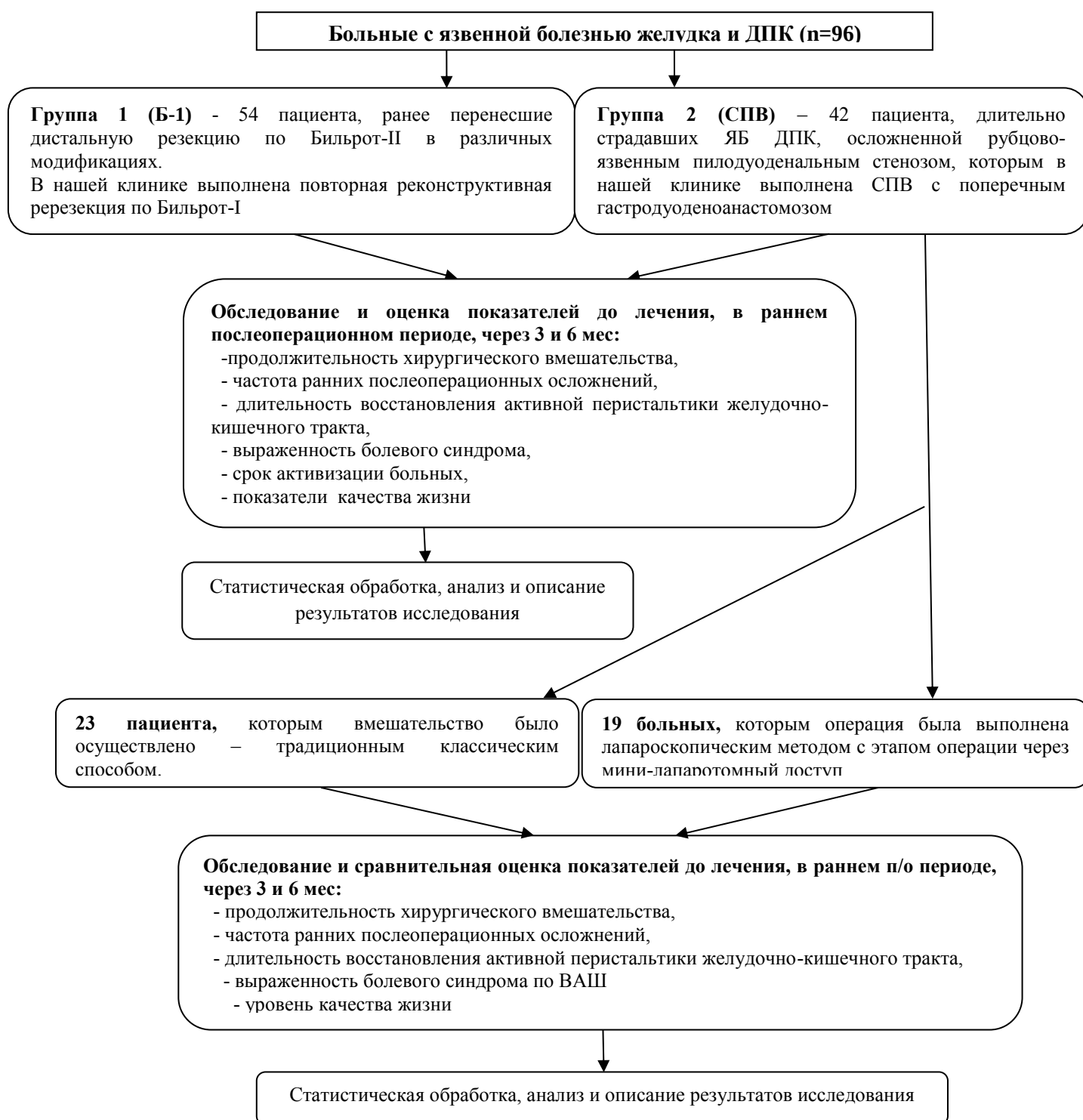


Рисунок 1 – Дизайн исследования

Ранее выполненные операции на желудке и ДПК больным группы 1 (Б-1) представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Варианты операций на желудке и ДПК, у больных группы 1 (резекция по Б-1) до включения в исследование (n=54)

Операции	Количество	
	Абс.	%
Резекция желудка по Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера	48	88,9
Резекция желудка по Бильрот-II в модификации Бальфура	4	7,4
Резекция желудка по Бильрот-II в модификации по Витебскому	2	3,7
Резекция желудка по Бильрот-II с последующей резекцией по Ру	5	9,3
Стволовая ваготомия с иссечением кровотокающей язвы	7	13,0
Холецистэктомия	11	20,4
Холедоходуоденостомия	3	5,6
Антрэктомия со стволовой ваготомией	5	9,3
Рассечение спаек	3	5,6
Формирование межкишечных соустьев	5	9,3

У всех 54 больных отмечено было 147 различных проявлений постгастрорезекционных синдромов, при этом наиболее часто - у 34 (63,0%) - демпинг-синдром (ранний и поздний), синдром приводящей петли наблюдался у 19 больных (35,2%), пептическая язва тощей кишки – 22 (40,7%), послеоперационный «щелочной» рефлюкс-эзофагит и рефлюкс-гастрит – 17 (31,5%), синдром мальабсорбции с нутритивным дефицитом 2-3 ст. - в 14 случаях (26,0%), болевая форма хронического панкреатита (20,4%) у 11, желчнокаменная болезнь также у 11 (20,4%), астеноневротический синдром - у 33 пациентов (61,1%).

У всех больных наблюдали сочетание двух и более постгастрорезекционных синдромов, что, по мнению большинства авторов, существенно ухудшает прогноз и утяжеляет клиническую картину [Жерлов Г.К. и др., 2011; Волков В.Е. и др., 2011; Черноусов А.Ф. и др., 2016].

Пациенты группы 2 (СПВ) страдали язвенной болезнью ДПК, осложненной рубцово-язвенным пилорoduodenальным стенозом. У всех больных язвенный дефект локализовался в области луковицы ДПК и привратника.

У 29 пациентов был выявлен декомпенсированный пилорoduodenальный стеноз, у 13 больных – субкомпенсированный. Трое из этих пациентов ранее перенесли в другом лечебном учреждении экстренную паллиативную операцию по ушиванию прободной язвы ДПК. Несмотря на настойчивую консервативную

терапию противоязвенными препаратами, клиническая картина язвенного стеноза у всех больных нарастала постепенно в течение 3-5 лет, у нескольких пациентов до 11 лет.

Группы 1 и 2 были сопоставимы по полу, возрасту распределению и частоте выявления сопутствующих заболеваний.

Всем пациентам 1 группы выполнили реконструктивную резекцию по Бильрот-I. Пациентам группы 2 в качестве метода выбора хирургического лечения язвенной болезни выполняли селективную проксимальную ваготомию с формированием поперечного гастродуоденоанастомоза, а также обязательное выполнение циркулярной эзофагомиотомии с формированием фундопликационной манжетки.

Все 96 больных были обследованы по выработанному нами алгоритму, включавшему: лабораторно-диагностические методы исследования, рентгенологическое исследование пищеварительного тракта, эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), УЗИ брюшной полости. При необходимости выполняли КТ органов брюшной полости и другие исследования.

Эндоскопическое и рентгенологическое исследования были произведены всем 96 пациентам обеих групп. С его помощью оценивали эвакуацию контраста из желудка, состояние слизистой оболочки, тонус стенок пищевода, желудка и ДПК, при этом обращали внимание на состояние розетки пищеводно-желудочного перехода, наличие в просвете и на стенках желудка жидкости и слизи, состояние привратника (деформация, зияние) и ДПК.

Компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства была выполнена 54 больным из 1 группы с целью исключения гастриномы в поджелудочной железе и окружающих тканях и органах у больных с подозрением на синдром Золлингера-Эллисона (также оценивали уровни базального гастрина в сыворотке крови). 19 пациентам из 2 группы выполнена КТ по показаниям. Исследование выполняли на аппарате фирмы «Siemens» (Германия). Для большей четкости картины, для дифференцирования полых органов от паренхиматозных в ряде случаев использовали контрастирование.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства было выполнено 77 больным на аппарате «Aloka» (Япония).

Выраженность болевого синдрома определяли по субъективной оценке пациентами по визуально-аналоговой шкале (Visual Analogue Scale, VAS, Huskisson E.C., 1974) от 0 до 10 баллов.

Оценку качества жизни проводили с помощью опросника SF-36.

Статистическая обработка результатов выполнена с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 10 for Windows (StatSoft, США). Для всех количественных параметров вычисляли средние значения и стандартные ошибки средних. Нормальность распределения показателей в группах оценивали с помощью критерия Колмогорова – Смирнова. При оценке статистической значимости различий между группами использовали непараметрический критерий Манна – Уитни, при сравнении показателей одной группы на разных этапах наблюдения - критерий Уилкоксона. Оценку достоверности различий между качественными показателями сравниваемых групп проводили с помощью критерия χ^2 (хи-квадрат). Критический уровень достоверности нулевой статистической гипотезы принимали равным 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Диагностика, выбор метода и результаты лечения постгастрорезекционных синдромов. На начальном этапе обследования (до операции) наиболее часто пациенты жаловались на тошноту, горечь во рту, нарастающее чувство тяжести в эпигастриальной области (больше справа), отрыжку, головокружение, появляющееся сразу после приема пищи, жгучую боль в эпигастриальной области, выраженную слабость, страх перед приемом пищи. Также отмечались проявления агастральной астении: раздражительность, вспыльчивость, апатия, плаксивость, исхудание, бессоница. И все вышеперечисленные жалобы беспокоили пациентов практически каждый день до операции.

Жалобы на тошноту, дискомфорт в эпигастрии и чувство переполнения желудка были отмечены у 47 пациентов (87,0%). В том числе на кратковременную тошноту после приема пищи жаловались 8 пациентов, постоянное чувство тошноты, отрыжку и чувство тяжести в эпигастриальной области испытывали 15 больных.

34 пациента (63,0%) предъявляли жалобы на головокружение, появляющееся во время еды или в течение первых 15-20 минут после приема пищи. Жалобы на боль предъявляли 25 пациентов (46,3%). Большинство больных жаловались на боль в эпигастриальной – 17 человек, а также в мезогастральной областях – 5 пациентов. Меньше пациентов предъявляли жалобы на боль в правом и левом подреберьях – 6, а также боль опоясывающего характера – 3. Жалобы на вялость, слабость, утомляемость предъявляли 46 пациентов (85,2%).

С помощью рентгеноконтрастного исследования типичные признаки демпинг-синдрома были выявлены у 34 больных. У 19 больных с синдромом

приводящей петли после резекции желудка по Бильрот-II наиболее показательным рентгенологическим признаком являлась эвакуация бариевой взвеси из культи желудка преимущественно в приводящую петлю и длительная задержка в ней контрастного вещества с маятникообразными движениями в результате перистальтических и антиперистальтических движений двенадцатиперстной кишки.

Прямые признаки язвы («ниша») выявлены у 15 (27,8%), что отражает определенные сложности интерпретации рентгенологической картины оперированного желудка в условиях рубцово-спаечного процесса при наличии различных деформаций и карманов в области анастомоза, приводящей и отводящей кишки.

По данным УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства у 16 пациентов (29,6%) были также выявлены признаки дегенеративно-дистрофических изменений паренхимы печени, у 12 больных (22,2 %) - хронического панкреатита, у 11 (18,5%) больных - калькулезного холецистита.

Сочетание постгастрорезекционных синдромов и калькулезного холецистита являлось прямым показанием к хирургическому лечению. Холецистэктомия (как симультанная операция вместе с коррекцией ПГРС) выполнена 11 больным.

После комплексного обследования всем 54 пациентам, ранее перенесшим дистальную резекцию по Бильрот-II в различных модификациях, была выполнена реконструктивная операция в объеме резекции по Бильрот-I с восстановлением пассажа по ДПК:

- 7 пациентам (13,0%) потребовалось разобщение дуоденоюноанастомоза;
- 5 пациентам (9,2%) – редуденизация с тонкокишечной вставкой.

При ревизии были выявлены следующие интраоперационные находки:

- избыточная культи желудка с сохранением всех коротких сосудов;
- выраженный адгезивный процесс;
- горизонтальное расположение линий желудочно-кишечного анастомоза без «шпоры»;
- ротация приводящей петли вокруг своей продольной оси на 180°;
- рубцово-язвенный стеноз анастомоза с нарушением эвакуации из приводящей петли;
- желудочно-кишечные и межкишечные анастомозы в диаметре до 10 см.

Все вышеперечисленные изменения провоцировали развитие постгастрорезекционных расстройств.

Интраоперационных осложнений у пациентов данной группы отмечено не было.

В раннем послеоперационном периоде осложнения возникли у 8 больных (14,8%), у которых наблюдали длительный гастро- и дуоденостаз, потребовавшие консервативной терапии и зондового питания (таблица 2). На чувство тяжести в эпигастральной области и отрыжку пожаловались 11 пациентов (20,4%). Послеоперационный реактивный панкреатит – у 7 больных (12,9%), проявлявшийся повышением амилазы крови без признаков отека тканей поджелудочной железы и деструкции, был купирован противопанкреатической терапией. Бронхолегочные осложнения диагностированы у 6 пациентов (11,1%), в том числе у 4 больных – пневмония, у 2 – гнойный трахеобронхит. Другие осложнения носили неспецифический характер, присущий любому оперативному вмешательству на брюшной полости.

Таблица 2 – Частота ранних послеоперационных осложнений у пациентов, которым была выполнена резекция по Б-I (n=54)

Осложнения	Количество	
	Абс.	%
Гастро- и дуоденостаз	8	14,8
Реактивный панкреатит	7	12,9
Чувство тяжести, отрыжка	11	20,4
Бронхолегочные осложнения	6	11,1
Всего	32	59,3

Средний срок восстановления активной перистальтики желудочно-кишечного тракта после операции Б-I составил $5,62 \pm 1,44$ сут, средняя длительность активизации пациентов в этой группе составила $3,7 \pm 1,4$ сут, общая длительность стационарного лечения - $10,3 \pm 2,6$ сут.

Отдаленные результаты хирургического лечения были прослежены в сроки от 6 месяцев до 5 лет. Анализ жалоб больных через 3 месяца после операции показал значительное снижение их частоты. Так, тошнота проявлялась у 17 пациентов (31,5%) (таблица 3). Значительно снизилась частота болевого синдрома, на боль жаловались только 14 больных этой группы (35,2%), их относительное количество было статистически значимо ниже, чем до лечения ($p=0,032$).

Таблица 3 – Динамика проявления основных жалоб у пациентов, которым была выполнена резекция по Б-I (n=54)

Жалобы	До вмешательства		Через 3 мес		Через 6 мес	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Тошнота	29	53,7	17	31,5	7	13,0*
Боль в эпи- и мезогастральной области	18	33,3	10	18,5	6	11,1*
Головокружения во время еды или после приема пищи	21	38,9	7	12,9*	3	5,6*
Вялость, слабость	38	70,4	19	35,2*	11	20,4*

Примечание: * - различия статистически значимы (при $p < 0,05$) при сравнении с исходным показателем до вмешательства

Через 6 месяцев наблюдалось статистически значимое снижение частоты жалоб относительно исходных величин ($p < 0,01$).

Отдаленные результаты были изучены у 54 оперированных пациентов данной группы в сроки от 6 месяцев до 5 лет. Всем этим больным была выполнена ЭГДС и рентгенологическое исследование верхних отделов ЖКТ. Рецидива язвенной болезни не было диагностировано ни у одного оперированного больного. Все пациенты трудоспособного возраста после курса реабилитации приступили к работе.

Диагностика рубцово-язвенного пилородуоденального стеноза, выбор метода органосохраняющей операции и результаты лечения.

На данном этапе работы проанализированы результаты лечения 42 больных, длительно страдавших язвенной болезнью ДПК, осложненной выраженным рубцово-язвенным пилородуоденальным стенозом, которым в 2006 - 2017 гг. было проведено обследование и последующее лечение в Клинике факультетской хирургии имени Н.Н. Бурденко Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет). В нашей клинике этим больным была выполнена органосохраняющая операция в объеме селективной проксимальной ваготомии с формированием поперечного гастродуоденоанастомоза, а также обязательное выполнение циркулярной эзофагомиотомии с формированием фундопликационной манжетки.

До госпитализации в Клинику факультетской хирургии имени Н.Н. Бурденко УКБ №1 (в других лечебных учреждениях) всем пациентам проводили курсы продолжительной противоязвенной медикаментозной терапии (в том числе эрадикацию *Helicobacter pylori*), с временным положительным эффектом.

В этой группе (группа 2 СПВ) у всех больных язвенный дефект локализовался в области луковицы ДПК и привратника.

29 пациентов (69,0%) были с декомпенсированным пилородуоденальным стенозом, 13 (31,0%) – с субкомпенсированным. Трое из этих пациентов ранее перенесли в другом лечебном учреждении экстренную паллиативную операцию по ушиванию прободной язвы ДПК. Несмотря на настойчивую консервативную терапию противоязвенными препаратами, клиническая картина язвенного стеноза у всех больных нарастала постепенно в течение нескольких лет.

У большинства пациентов (29 человек, 69,1%) были жалобы на выраженную тошноту и рвоту. При этом у 17 больных отмечалась рвота съеденной накануне пищей, у остальных 12 пациентов тошнота появлялась периодически. Возникновение рвоты свидетельствовало о прогрессировании рубцово-язвенного стеноза. Также, частыми жалобами у пациентов были боль в эпигастральной и мезогастральной областях, появляющееся во время еды или в течение первых 15-20 минут после приема пищи, сопровождавшееся повышенным потоотделением, выраженной тяжестью в области эпигастрия, вздутием - у 18 пациентов (42,9%). Все пациенты данной группы отмечали потерю массы тела до 8-10 кг за последние 1-2 месяца из-за нарастающих вышеперечисленных жалоб.

У части больных с пилородуоденальным стенозом из-за исключения нормального питания через рот, частой рвоты, наступили серьезные метаболические нарушения. Наблюдалось обезвоживание, прогрессирующее истощение, что приводило к нарушению водно-электролитного баланса, и, как следствие, вызывало головокружение, обмороки и развитие электролит-индуцированной аритмии. Головокружения проявлялись у 21 пациента (50,0%), вялость и слабость - у абсолютного большинства больных - 38 человек (90,5%). Таким пациентам под визуальным контролем ЭГДС устанавливали назогастральный зонд для энтерального питания в рамках предоперационной подготовки. Это позволило значительно повысить эффективность предоперационной подготовки, которую проводили до тех пор, пока агастральная астенция не начинала регрессировать.

Всем 42 пациентам была выполнена селективная проксимальная ваготомия с формированием поперечного гастроанастомоза, а также обязательное выполнение циркулярной эзофагомиотомии с формированием фундопликационной манжетки.

- **23 пациентам** вмешательство было осуществлено – традиционным классическим способом.

- **19 больным** была выполнена лапароскопически ассистированная СПВ с формированием гастродуоденоанастомоза из мини-лапаротомного доступа.

Интраоперационных осложнений в этой группе больных отмечено не было.

В раннем послеоперационном периоде у 8 больных (19,1%) наблюдали невыраженный гастростаз, который разрешился в течение 6-7 дней на фоне консервативной терапии и зондового питания. Реактивный панкреатит был диагностирован у 4 больных (9,5%), был купирован противопанкреатической терапией. Другие осложнения носили неспецифический характер.

Всем 42 пациентам в раннем послеоперационном периоде выполняли контрольное рентгенологическое исследование с водорастворимым контрастом, при этом на 3 сутки после вмешательства было установлено, что у 34 больных эвакуация из желудка в ДПК не была нарушена. Зонд был удален, пациентам разрешено питаться через рот. У 8 пациентов отмечали незначительный гастростаз, который разрешился в течение 6-7 дней на фоне консервативной терапии и зондового питания, зонд был также удален, было разрешено питаться через рот.

Срок восстановления активной перистальтики был на уровне - $4,15 \pm 0,7$ суток. Средняя длительность активизации пациентов в группе 2 (СПВ) составила $3,67 \pm 1,4$ суток, длительность госпитализации - $6,55 \pm 1,45$ суток.

Анализ частоты жалоб показал, что уже через 3 месяца у пациентов наблюдалось статистически значимое их снижение ($p < 0,05$), а спустя 6 месяцев после хирургического вмешательства свидетельствовал о дальнейшем уменьшении их частоты и выраженности (таблица 4).

Таблица 4 – Динамика проявлений основных жалоб у больных у пациентов, которым была выполнена СПВ (n=42)

Жалобы	До вмешательства		Через 3 мес		Через 6 мес	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Тошнота	29	69,1	10	23,8*	3	7,1*
Боль в эпи- и мезогастральной области	18	42,9	5	11,9*	3	7,1
Головокружения во время еды или после приема пищи	21	50,0	2	4,8*	1	2,4*
Вялость, слабость	38	90,5	10	23,8*	7	16,7*

Примечание: * — различия статистически значимы ($p < 0,05$) при сравнении с исходным показателем до вмешательства

По данным инструментальных исследований, в отдаленном периоде у всех пациентов после органосохраняющих операций рецидива язвенной болезни и

поздних послеоперационных осложнений, таких как ранний и поздний демпинг-синдром, дисфагия, гастростаз, диарея, отмечено не было. Все пациенты трудоспособного возраста после реабилитации приступили к работе.

Сравнительная оценка применения лапароскопического и стандартного органосберегающего хирургического лечения больных с рубцово-язвенным стенозом (группы 2А и 2Б) показала, что средняя продолжительность хирургического вмешательства существенно не зависела от применяемого подхода и практически не различалась в группах традиционной и лапароскопической техники ($p>0,05$). В указанных группах средняя длительность операции составила $104,4\pm 51,5$ мин и $109,8\pm 38,2$ мин, соответственно.

Осложнения чаще отмечались у пациентов, перенесших открытую операцию, чем в группе лапароскопического лечения (таблица 5). Общая частота ранних послеоперационных осложнений в группе 2Б (лапароскопические операции) составила 10,5 % (2 случая) и была ниже, чем в группе 2 А (стандартные вмешательства), однако выявленные различия не достигали статистической значимости ($p=0,332$).

Таблица 5 – Частота ранних послеоперационных осложнений в зависимости от варианта СПВ

Осложнения	Группа 2А Стандартные вмешательства (n=23)		Группа 2Б Лапароскопические вмешательства (n=19)		p
	Абс.	%	Абс.	%	
Гастро- и дуоденостаз	4	17,4	1	5,3	0,228
Реактивный панкреатит	2	4,3	0	0	0,890
Всего	5	47,3	2	10,5	0,332

Активизация больных после лапароскопических операций происходила быстрее по сравнению с больными, перенесшими традиционное открытое лечение язвы. Средняя длительность активизации пациентов в группе 2Б составила $2,9\pm 1,1$ суток, в то время как в группе больных после лапароскопических операций сроки активизации пациентов были достоверно короче и составили в среднем $1,9\pm 0,5$ суток ($p=0,017$).

Общая продолжительность госпитализации также была ниже у пациентов, подвергшихся лапароскопической операции. Средние значения общей длительности стационарного лечения составили $9,63\pm 3,17$ суток для группы больных после открытых вмешательств против $6,49\pm 2,33$ суток в группе пациентов

после лапароскопических операций. Последнее значение было значимо ниже такового в группе 2 А ($p<0,001$).

Средний срок восстановления активной перистальтики желудочно-кишечного тракта после открытых вмешательств составил $5,0\pm 1,1$ суток, после лапароскопической операции сроки восстановления активной перистальтики были статистически значимо ниже ($p=0,034$) и в среднем составил $3,1\pm 0,9$ суток.

Результаты анализа динамической субъективной оценки пациентами выраженности болевого синдрома по ВАШ в зависимости от выбранного подхода к хирургическому лечению представлены на рисунке 2. В раннем послеоперационном периоде у пациентов обеих групп отмечалось уменьшение выраженности болевого синдрома, в ходе последующего наблюдения в обеих группах отмечалась дальнейшая положительная динамика - снижение выраженности болевого синдрома, однако более выраженное снижение уровня оценки боли отмечалось в группе пациентов, которым проводилось лечение с использованием лапароскопической техники.

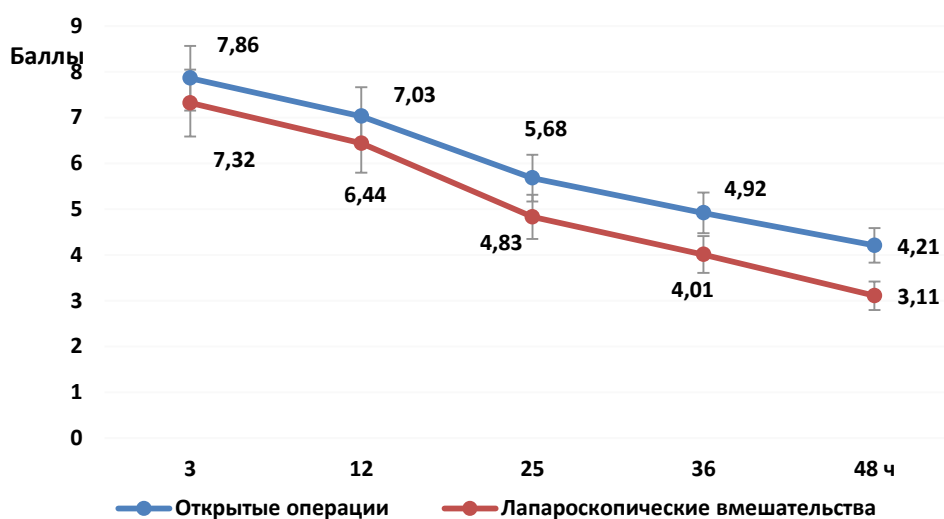


Рисунок 2 – Выраженность болевого синдрома по данным субъективной оценки больных в зависимости от варианта СПВ

Использование обезболивающих препаратов потребовалось 10 пациентам (43,8%), подвергшимся открытой операции, в то время как в группе больных после лапароскопических операций частота применения анальгетиков была несколько ниже и составила 5 случаев (26,3%).

Сравнительная оценка показателей качества жизни больных по опроснику SF-36 после хирургического лечения показала, что через 3 месяца в обеих группах была отмечена положительная динамика, характеризовавшаяся повышением

значения показателей опросника SF-36. Так, уровни параметра «Физическое функционирование» возросли до $48,9 \pm 2,8$ и $55,1 \pm 3,0$ баллов соответственно в группах 2А и 2Б, при этом у пациентов после лапароскопических вмешательств значение показателя было статистически значимо выше ($p=0,040$), чем в группе больных, которым было осуществлено традиционное вмешательство. Уровень шкалы «Ролевая деятельность» в группе 2Б также был статистически значимо выше ($p<0,01$), чем в группе 2А, значения показателя составили соответственно $57,9 \pm 4,2$ и $49,2 \pm 2,3$ балла.

Спустя 6 месяцев в обеих группах выявленная тенденция к повышению уровня качества жизни у больных после СПВ продолжилась: уровни параметра «Физическое функционирование» возросли до $56,3 \pm 3,1$ и $62,7 \pm 3,6$ баллов соответственно в группах 2А и 2Б, при этом у пациентов, которым производилось лапароскопическое вмешательство, данный показатель был значимо выше ($p=0,015$), чем в группе 2А. Аналогичные соотношения были характерны и для других показателей опросника SF-36.

Анализ отдаленных результатов лечения больных после повторной реконструктивной резекции по Бильрот-I и органосохраняющей операции в виде селективной проксимальной ваготомии с наложением поперечного гастродуоденоанастомоза был выполнен на основании данных о качестве жизни пациентов в отдаленном периоде после операции. Установлено, что спустя 6 месяцев положительная динамика показателей опросника SF-36 наблюдалась в обеих группах (таблица 6), при этом значения большинства шкал были несколько выше в группе 2 (СПВ) по сравнению с группой 1 (Б-I), однако выявленные различия не достигали статистической значимости ($p>0,05$).

Таблица 6 – Показатели качества жизни по данным опросника SF-36 через 6 месяцев после хирургического лечения, баллы ($M \pm \sigma$)

Шкала	Группа 1 (Б-I) (n=54)	Группа 2 (СПВ) (n=42)
Физическое функционирование (PF)	$56,7 \pm 2,5$	$59,3 \pm 2,4$
Ролевая деятельность (RF)	$52,4 \pm 2,4$	$58,9 \pm 3,5$
Боль (BP)	$55,2 \pm 1,9$	$55,8 \pm 3,0$
Общее здоровье (GH)	$53,5 \pm 3,7$	$54,1 \pm 2,4$
Жизнеспособность (Vit)	$56,1 \pm 2,8$	$60,1 \pm 3,7$
Социальное функционирование (SF)	$54,2 \pm 2,4$	$61,6 \pm 3,4$
Эмоциональное состояние (RE)	$60,3 \pm 3,5$	$61,7 \pm 2,8$
Психическое здоровье (MH)	$58,1 \pm 3,7$	$56,5 \pm 3,1$

ВЫВОДЫ

1. Оптимизированный алгоритм предоперационной диагностики больных с осложненной язвенной болезнью, позволяет выявить признаки сочетанных постгастрорезекционных синдромов, выделить превалирующие расстройства, доступные для хирургической коррекции. Наиболее частой причиной болезни оперированного желудка являются демпинг-синдром (63,0%), пептическая язва тощей кишки (40,7%), синдром приводящей петли (35,1%), сочетающиеся как правило между собой, а также с астено-невротическим синдромом (61,1%) и хроническим панкреатитом (20,3%).

2. Резекция желудка по Бильрот-I с восстановлением пассажа по двенадцатиперстной кишке является оптимальным методом хирургического лечения сочетанных постгастрорезекционных синдромов больных, перенесших ранее резекцию по Бильрот-II в различных модификациях.

3. Результаты повторной коррекции проявлений постгастрорезекционных синдромов путем реконструкции из Бильрот-II в Бильрот-I у больных с осложненной язвенной болезнью характеризуются минимальной частотой осложнений в раннем послеоперационном периоде, снижением частоты жалоб и быстрым восстановлением качества жизни пациентов в отдаленном периоде (от 6 месяцев до 5 лет).

4. Операцией выбора при осложненной язвенной болезни ДПК с формирующимся пилородуоденальным стенозом является селективная проксимальная ваготомия с наложением поперечного гастродуоденоанастомоза, а также обязательное выполнение циркулярной эзофагомиотомии с формированием фундопликационной манжетки.

5. Преимуществами органосохраняющей операции по сравнению с резекцией желудка являются сохранение целостности желудка и двенадцатиперстной кишки, обеспечение денервации кислотопродуцирующих зон, восстановление физиологического пассажа по двенадцатиперстной кишке и устранение желудочно-пищеводного рефлюкса, снижение риска рецидива язвообразования и значительное улучшение качества жизни пациентов в отдаленном периоде.

6. Выполнение селективной проксимальной ваготомии из лапароскопического доступа, не снижает ее эффективности в отдаленном периоде, способствует более быстрой послеоперационной реабилитации пациентов, а также характеризуется снижением частоты осложнений, меньшей выраженностью

болевого синдрома, более ранней активизацией больных, меньшей длительностью госпитализации, улучшением качества жизни пациентов в отдаленном периоде.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Тактику хирургического лечения больных с постгастрорезекционными синдромами следует осуществлять на основании данных тщательного комплексного предоперационного обследования. Необходимым представляется выбор вмешательства, результат которого способствовал бы максимальному устранению всех дефектов предыдущей операции (операций).

2. Больным с постгастрорезекционными расстройствами, которым ранее выполняли операцию по Бильрот-II, целесообразно повторное вмешательство: резекция по Бильрот-I с редуоденизацией, а при небольшой культе желудка - гастроеюнодуоденопластику (тонкокишечную вставку).

3. При рубцово-язвенном пилорoduоденальном стенозе, независимо от степени стеноза и выраженности гастроплегии, в качестве операции выбора следует рассматривать селективную проксимальную ваготомию с наложением поперечного гастродуоденоанастомоза с обязательной циркулярной эзофагомиотомией с формированием фундопликационной манжетки.

4. Рекомендуется предпочтительно использовать лапароскопический метод СПВ, который аналогичен технике и объему классического доступа, с точки зрения лучших ранних послеоперационных результатов, что обусловлено меньшей травматичностью и малоинвазивностью операции.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. «Реконструктивные вмешательства у ранее оперированных больных по поводу язвенной болезни и хронической дуоденальной непроходимости». / А.Ф. Черноусов, Т.В. Хоробрых, **М.В. Зубарева**, Ф.П. Ветшев // Материалы конференции II съезд «Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии» (сборник тезисов), г. Геленджик, 30 октября – 2 ноября 2012 г. С.42-43.

2. «Повторные вмешательства у больных язвенной болезнью, перенесших резекцию желудка по Бильрот-II или хирургическую коррекцию хронической дуоденальной непроходимости». / А.Ф. Черноусов, Т.В. Хоробрых, **М.В. Зубарева**, Ф.П. Ветшев // **Вестник хирургической гастроэнтерологии** – №3, 2012 г. – С.9-20.
3. «Повторные реконструктивные вмешательства у больных язвенной болезнью с постгастрорезекционными синдромами». / А.Ф. Черноусов, Т.В. Хоробрых, **М.В. Зубарева** // Материалы Всероссийской конференции с международным участием «Ошибки и осложнения в хирургической гастроэнтерологии» (сборник тезисов), г. Геленджик, 5-7 ноября 2014 г. С.58-59
4. «Реконструктивные вмешательства у больных с осложненной язвенной болезнью». / А.Ф. Черноусов, Т.В. Хоробрых, **М.В. Зубарева**, Ф.П. Ветшев, А.С. Горбунов, Д.И. Вачнадзе // Материалы Всероссийского конгресса с международным участием «Хирургия – XXI век: соединяя традиции и инновации» (сборник тезисов) г. Москва, 6-8 июня 2016 г. С.151.
5. «Реконструктивные операции у больных с постгастрорезекционными синдромами». / А.Ф. Черноусов, Т.В. Хоробрых, **М.В. Зубарева**, Ф.П. Ветшев // Материалы конференции III съезд «Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии» (сборник тезисов), г. Геленджик, 1-3 ноября 2016 г. С.38-39.
6. «Хирургическое лечение больных с рубцово-язвенным пилородуоденальным стенозом». / А.Ф. Черноусов, Т.В. Хоробрых, **М.В. Зубарева**, Ф.П. Ветшев, Н.М. Абдулхакимов, Л.Н. Уддин, А.А. Чесарев // Материалы Всероссийской конференции с международным участием «Научная школа по актуальным проблемам плановой и экстренной хирургии» (сборник тезисов) г. Геленджик, 23-25 мая 2018 г. С.32-33.
7. «Актуальные проблемы хирургического лечения постгастрорезекционных синдромов». / А.Ф. Черноусов, Т.В. Хоробрых, **М.В. Зубарева**, Д.В. Вычужанин, А.С. Горбунов, Н.М. Абдулхакимов, Л.Н. Уддин, В.В. Хоробрых // **Врач** – №6, 2019 г. – С.3-9.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВАШ - визуально-аналоговая шкала

ДПК - двенадцатиперстная кишка

ЖКТ - желудочно-кишечный тракт

ПГРС - постгастрорезекционные синдромы

СПВ - селективная проксимальная ваготомия

УЗИ - ультразвуковое исследование

ЯБ - язвенная болезнь

ЯБЖ - язвенная болезнь желудка

ЭГДС - эзофагогастродуоденоскопия