

**АЛЕКСЕЕВ**  
**Владимир Сергеевич**

***Helicobacter pylori* В ПАТОГЕНЕЗЕ "ВЫСОКИХ"**  
**ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО**  
**ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

14.00.27 - Хирургия

**Москва - 2004**

**Работа выполнена в Московской медицинской академии  
имени И.М.Сеченова**

**Научный руководитель:**  
академик РАМН,  
доктор медицинских наук,  
профессор

**Глеб Михайлович  
СОЛОВЬЕВ**

**Официальные оппоненты:**  
доктор медицинских наук,  
профессор

**Евгений Михайлович  
ЛИПНИЦКИЙ**

доктор медицинских наук

**Владимир Леонидович  
АСТАШОВ**

**Ведущее учреждение:** Московский областной научно-исследовательский  
клинический институт им. М.Ф. Владимирского

Защита диссертации состоится " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2004г. в \_\_\_\_\_ ч.  
на заседании Диссертационного Совета Д.208.040.03 при Московской  
медицинской академии им. И.М.Сеченова (119992, Москва, ул.  
Б.Пироговская, 2/6).

С диссертацией можно ознакомиться в ГЦНМБ ГОУВПО Московской  
медицинской академии им. И.М.Сеченова (117998, Москва, Нахимовский  
пр-т, д. 49).

Автореферат разослан " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2004 г.

**Ученый секретарь  
диссертационного совета,  
доктор медицинских наук,  
профессор**

**Александр Михайлович  
ШУЛУТКО**

**Актуальность темы**

Язвенная болезнь желудка является широко распространенным заболеванием и в течение жизни встречается у 4%-5% населения (Е.К.Баранская, 2000; С.Muller и соавт., 1987; J.H.Kurata, 1991).

Внедрение в клиническую практику у больных с пептическими язвами антагонистов  $H_2$ - рецепторов гистамина, ингибиторов протонной помпы, препаратов с протективным влиянием на слизистую оболочку желудка, а также современных методов эрадикации *Helicobacter pylori* способствовала уменьшению числа госпитализированных больных. Однако современная лекарственная терапия не привела к снижению частоты осложненных пептических язв (А.Christensen и соавт., 1988; D.Johnston, 1990; D.Y.Graham и соавт., 1992; J.H.Kurata, 1997).

В США ежегодно госпитализируется около 180 000 больных с язвами желудка, осложненными кровотечением или перфорацией язвы.

По данным Американской ассоциации гастроэнтерологов прямые и непрямые затраты на лечение больных с пептическими язвами составляют около 15 млрд. долларов в год, что подчеркивает важное социально-экономическое значение совершенствования методов лечения этих больных (D. Johnston и соавт., 1990; J.H.Kurata и соавт., 1997).

В Российской Федерации в последние годы наблюдается значительное увеличение числа больных с осложненными язвами желудка (А.А.Гринберг, 1997; А.А.Курыгин и соавт., 1997; В.П.Петров и соавт., 1997; Н.Н.Гончаров, 2002; В.И.Оноприев, 2003).

В настоящее время в литературе продолжается обсуждение показаний к хирургическому вмешательству у больных с "высокими" язвами желудка и выбор метода операции. Многие хирурги у больных с "высокими" язвами желудка выполняют резекцию желудка в различных модификациях, однако летальность после хирургических вмешательств остается высокой, особенно в экстренной ситуации (А.А.Гринберг, 1997; А.Я.Коровин и Б.В.Палка, 1997; D.Johnston, 1990; J.L. Herrington и J.L.Sawyers, 1990).

В последние годы некоторые хирурги, у больных с "высокими" язвами желудка, в экстренной ситуации применяют органосохраняющие операции (Б.А.Наумов, 1994; А.Ю.Котаев, 1999).

Эффективность хирургического лечения у больных с пептическими язвами большинство хирургов оценивают по количественным показателям (интраоперационным и ранним

послеоперационным)  
Экспертная  
С.Петербург  
2007-4

ложнениям, летальности, трудоспособности, рецидиву язвы, частоте патологических синдромов, оценочным шкалам А.Н.Visick и D.Johnston (ФХК ММА)), которые не позволяют достоверно анализировать результаты оперативных вмешательств.

В настоящее время многие гастроэнтерологи считают, что для оценки хирургических вмешательств в отдаленные сроки у больных с пептическими язвами следует использовать не только количественные показатели, но и качество жизни пациентов, которое является одним из основных критериев эффективности лечения (Т.Ю.Захарова, 1991; Е.В.Сулаберидзе, 1996; Н.Н.Крылов, 1997; P.D.Cleary, 1991).

Таким образом, обоснование показаний к операции и выбор метода хирургического лечения у больных с "высокими" язвами желудка имеет важное практическое значение, что может способствовать снижению послеоперационной летальности и повышению качества жизни больных в отдаленные сроки.

**Цель исследования** - улучшить результаты хирургического лечения больных с "высокими" язвами желудка .

Для достижения указанной цели поставлены следующие задачи:

1) Исследовать патоморфологию "высоких" хронических язв желудка, ассоциированных с *Helicobacter pylori* с целью определения показаний к хирургическому вмешательству.

2) Проанализировать непосредственные результаты хирургических вмешательств (интраоперационные и ранние послеоперационные осложнения, летальность) у больных с "высокими" язвами желудка).

3) Изучить отдаленные результаты (рецидив язвы, патологические синдромы, трудоспособность, результаты по модификационным оценочным шкалам А.Н.Visick и D.Jonston (ФХК ММА)) у больных с "высокими" язвами желудка после оперативных вмешательств.

4) Обосновать выбор метода операции у больных с "высокими" язвами желудка на основании качества жизни в отдаленном послеоперационном периоде.

### **Научная новизна**

Впервые изучена патоморфология "высоких" язв желудка, ассоциированных с *Helicobacter pylori*.

Для обоснования выполнения оперативного вмешательства у больных с "высокими" язвами желудка, осложненных кровотечением, предложено использовать прогноз вероятности рецидива язвенного кровотечения и прогноз летального исхода по разработанным критериям клиники.

Впервые у больных с "высокими" язвами желудка изучены непосред-

редственные результаты, а также качество жизни больных в отдаленном периоде после оперативных вмешательств.

Впервые у больных с "высокими" язвами желудка выполнен вариант проксимальной желудочной ваготомии (задняя стволовая, передняя серомиотомия тела и кардио-фундального отдела желудка) с иссечением язвы и показано более высокое качество жизни больных в отдаленном периоде после операции по сравнению с резекцией желудка.

### **Практическая значимость работы**

Обоснование показаний и выбора метода хирургического вмешательства у больных с "высокими" язвами желудка, применение органосохраняющих операций (варианта проксимальной желудочной ваготомии - передней серомиотомии тела и кардио-фундального отдела желудка в сочетании с задней стволовой ваготомией и иссечением язвы), как в плановой, так и в экстренной хирургии, позволили снизить послеоперационную летальность, улучшить функциональные результаты хирургических вмешательств, сохранив высокое качество жизни в отдаленном послеоперационном периоде.

### **Основные положения, выносимые на защиту**

1. *Helicobacter pylori* является важным фактором в патогенезе "высоких" язв желудка.

2. Морфологические исследования "высоких" язв желудка, ассоциированных с *Helicobacter pylori* и высокая обсемененность *Helicobacter pylori* позволяет оценить эффективность консервативной терапии, что является важным фактором в определении показаний к хирургическому вмешательству.

3. Определение показаний к выполнению радикальных оперативных вмешательств у больных с осложненными "высокими" язвами желудка, осложненным кровотечением или перфорацией язвы.

4. Изучение количественных (интраоперационные, ранние послеоперационные осложнения, летальность, функциональные результаты, патологические синдромы, трудоспособность, результаты по модифицированным оценочным шкалам А.Н.Visick и D.Johnston (ФХК ММА)) и качественных показателей (качество жизни) является необходимым условием для обоснования выбора метода оперативного вмешательства у больных с "высокими" язвами желудка.

5. Вариант проксимальной желудочной ваготомии (задняя стволовая, передняя серомиотомия тела и кардио-фундального отдела желудка) в сочетании с иссечением язвы, является операцией выбора в хирургическом лечении "высоких" язв желудка.

## **Внедрение результатов исследования в практику**

Усовершенствованные варианты ваготомии у больных с "высокими" язвами желудка внедрены в практику клиники госпитальной хирургии №2 лечебного факультета ММА им. И.М.Сеченова, городской клинической больницы №7 г. Москвы.

Основные положения работы используются при чтении лекций, проведении практических занятий и научно-практических конференций с хирургами, студентами, клиническими и городскими интернами, клиническими ординаторами на кафедре госпитальной хирургии №2 лечебного факультета ММА им.И.М.Сеченова.

## **Апробация материалов диссертации**

Основные положения работы доложены и обсуждены на научно-практических конференциях кафедры госпитальной хирургии №2 лечебного факультета ММА им. И.М.Сеченова (Москва, 2002, 2003), заседании хирургического общества г.Москвы и Московской области (Москва, 1999), на 8 Всемирном конгрессе Международного Гастрохирургического клуба (Страсбург,1998) и на седьмой Российской гастроэнтерологической неделе (Москва, 2001).

По теме диссертации опубликовано 5 работ в центральной научной печати.

## **Структура и объем диссертации**

Диссертация состоит из введения, обзора литературы, описания клинической характеристики больных и методов исследования, 3 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы.

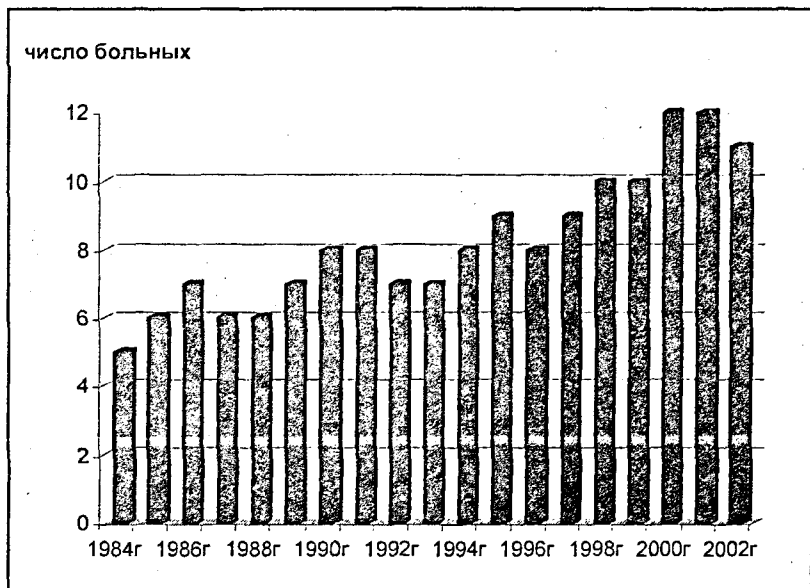
Работа изложена на 160 страницах машинописного текста, иллюстрирована 34 таблицами и 34 рисунками.

Разрабатываемая тема относится к отраслевой научно-исследовательской программе № 608 "Разработка медико-биологических и учебно-методических проблем, направленных на улучшение показателей здоровья населения, экологическое благополучие окружающей среды и повышение качества подготовки медицинских кадров" и плановой теме НИР Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова "Внедрение вариантов проксимальной желудочной ваготомии в лечении осложненных пептических язв, изучение непосредственных и отдаленных результатов операции" (номер госрегистрации 01970007209) и "Использование биологических адгезивных препаратов в экстренной хирургии" (номер госрегистрации 01970007208). Тема является фрагментом плановой работы кафедры госпитальной хирургии №2 лечебного факультета Московской медицинской академии им.И.М.Сеченова.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

### Клиническая характеристика обследуемых больных

Работа основана на анализе результатов хирургического лечения 156 больных с "высокими" язвами желудка, которые находились в клинике госпитальной хирургии №2 лечебного факультета ММА им.И.М.Сеченова с января 1984 года по январь 2003 года. В последние годы в клинике отмечено увеличение числа госпитализированных больных с "высокими" язвами желудка (рис. 1).



**Рис. 1. Число госпитализированных больных с "высокими" язвами желудка с 1984 по 2002г.**

Большинство пациентов были зрелого, наиболее трудоспособного возраста, что подчеркивает важное социально-экономическое значение совершенствования методов лечения этого заболевания. Мужчин было 124 (79,4%), женщин 32 (20,5%) (соотношение мужчин и женщин 3,9:1). Возраст больных составил  $50,5 \pm 9,95$  лет. Средняя длительность заболевания составила  $5,82 \pm 1,30$  лет.

Локализацию желудочных язв оценивали по видоизмененной классификации Н.Д. Johnson (к "высоким" язвам относили язвы кардиального отдела желудка, язвы в грыже пищеводного отверстия диафрагмы, язвы в субкардиальном отделе, фундальном отделе желудка и

язвы в верхней трети тела желудка) (табл. 1).

Наиболее часто желудочные язвы располагались в субкардиальном отделе желудка и верхней трети тела желудка (45,5% и 39,8% соответственно).

Таблица 1.

Локализация "высоких" пептических язв желудка

Локализация язвы	Число больных	%
Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы	2	1,3
Кардиальный отдел желудка	18	11,5
Субкардиальный отдел желудка	71	45,5
Фундальный отдел желудка	3	1,9
Верхняя треть тела желудка	62	39,8
Итого	156	100

У 59,6% больных операции выполнены по поводу кровотечения, у 4,5% - перфорации язвы и у 35,9% пациентов - ввиду неэффективности консервативного лечения (рис.2).

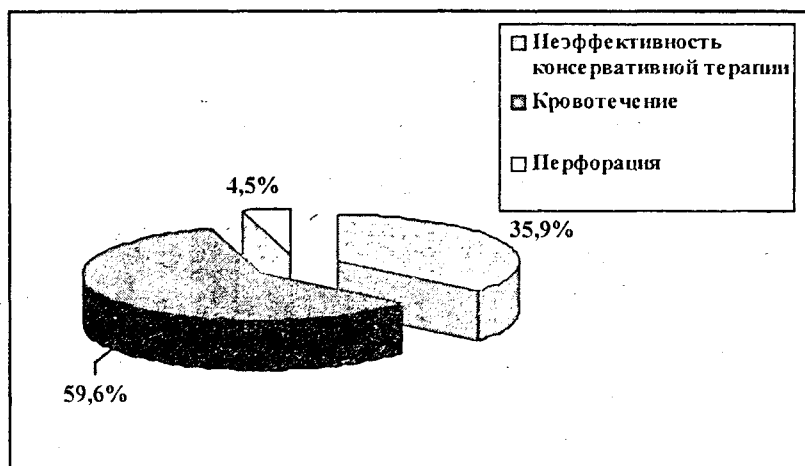


Рис. 2. Показания к выполнению оперативных вмешательств у больных с "высокими" язвами желудка.



Показания к операции у больных с "высокими" язвами желудка, осложненными кровотечением, оценивали на основании прогнозирования риска рецидива кровотечения и прогноза летального исхода.

Показаниями к операции у больных с неэффективным консервативным лечением считаем:

1) отсутствие эффекта после эрадикации *Helicobacter pylori* и сохранение размеров язвы, несмотря на терапию блокаторами протонного насоса;

2) реинфекцию *Helicobacter pylori* с высокой обсемененностью слизистой оболочки желудка и размеры язвы более 3 см.;

3) частые рецидивы (более двух раз в год) и выраженный рефлюксоэзофагит.

Характер оперативных вмешательств представлен на рис. 3.

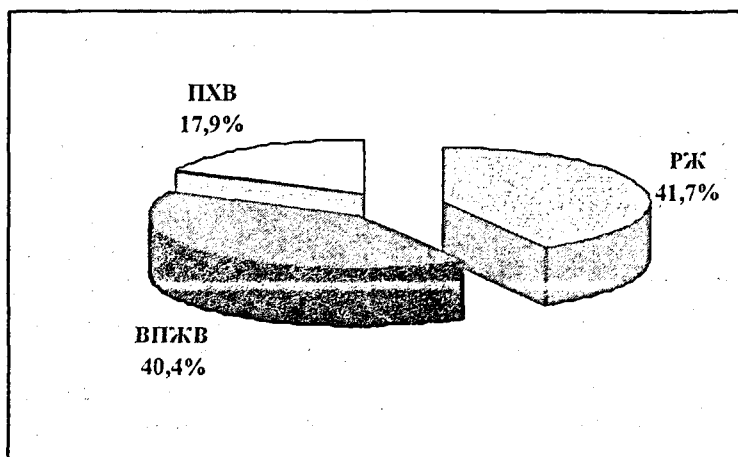


Рис. 3. Характер оперативных вмешательств у больных с "высокими" язвами желудка.

**ПХВ** - паллиативные хирургические вмешательства

**РЖ** - резекция желудка

**ВПЖВ** - передняя серомиотомия тела и кардио-фундального отдела желудка в сочетании с задней стволовой ваготомией и иссечением язвы.

Резекция желудка в различных модификациях была выполнена у 65 больных (41,7%), причем резекция желудка по Rauchet-Hofmeister-Finsterer у 20 больных, по Rauchet-Balfour-у 21 больного, резекция желудка по Rauchet-Roux-у 18 и Roux-Csendes-у 6.

Передняя серомиотомия тела и кардио-фундального отдела желудка, в сочетании с задней стволовой ваготомией и иссечением язвы выполнена у 63 больных (40,4%).

Паллиативная операция (иссечение язвы и ушивание дефекта) выполнялась при наличии тяжелых сопутствующих заболеваний, клиники разлитого фибринозно-гнойного перитонита (длительности перфорации более 12 часов) или на фоне геморрагического шока III ст., а также у больных пожилого возраста-у 28 (17,9%) пациентов.

Среди больных с "высокими" язвами желудка осложненными кровотечением, мужчин было 80,6%, женщин-19,4%. Соотношение 4,2 : 1. Средний возраст больных-52,5±8,95 лет. Средняя длительность заболевания составила 5,61± 1,18 лет.

16,0% больных поступили в клинику с активным кровотечением. 55,3% больных поступили с картиной геморрагического шока средней и тяжелой степени. 19,6% больных поступили в тяжелом состоянии по классификации Apache II (более 11 баллов). У 36,6% больных наблюдали сопутствующие заболевания.

31,2% больным операции выполнены по экстренным показаниям, 68,8% больным - по срочным показаниям, ввиду высокого риска рецидива кровотечения после стабилизации гемодинамических показателей.

В группе больных с "высокими" язвами желудка осложненными перфорацией язвы наблюдали 7 больных (4,5%), мужчин было-6, женщин-1. Сопутствующие заболевания наблюдали у 5 больных.

У 1 больного выявлен местный перитонит, у 5-распространенный перитонит (до 5 анатомических областей) и у 1 распространенный перитонит (более 5 анатомических областей). У 2 больных отмечен серозно-фибринозный перитонит, у 5-фибринозно-гнойный перитонит.

### Методы исследования

Всем больным в стационаре проводили клинические исследования, которые с 1995 года выполняли согласно приказа Департамента здравоохранения от 27.06.95 №336 ("Московские городские стандарты стационарной медицинской помощи для взрослого населения") у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Диагноз хронических язв желудка подтверждали гистологическим исследованием. Всем больным при поступлении с "высокими" язвами желудка, осложненными кровотечением выполняли экстренную эзофагогастродуоденоскопию, которая позволяла установить локализацию язвы и активность кровотечения (активность кровотечения оценивали по модифицированной в клинике классификации

Л.А.Н. Forrest, 1974). При активном кровотечении использовали эндоскопические методы гемостаза. В последние годы с этой целью применяли аналог фибринового клея, разработанного в клинике (Т.В.Хоробрых, 1995). После остановки кровотечения на основании математического прогнозирования оценивали вероятность рецидива кровотечения и летального исхода, что определяло тактику дальнейшего лечения.

Больным с подозрением на перфорацию язвы желудка для подтверждения диагноза производили обзорную рентгенографию или рентгеноскопию органов брюшной полости. Некоторым больным с неясным источником перитонита выполняли лапароскопию.

Для оценки эффективности оперативных вмешательств изучали интраоперационные осложнения, ранние послеоперационные осложнения, летальность, степень снижения трудоспособности, частоту рецидива язв, функциональные результаты и патологические синдромы в отдаленные сроки после операций. Эффективность хирургического лечения больных с "высокими" язвами оценивали также по шкалам А.Н. Visick (1948) и D. Johnston (1975) в модификации факультетской хирургической клиники ММА им. И.М. Сеченова (Н.Н. Крылов, 1997).

Традиционные "количественные" показатели результатов хирургического лечения язвенной болезни желудка не могут дать всесторонний ответ о преимуществах и недостатках того или иного вида операции, адекватно оценить его эффективность.

Для оценки качества жизни использовали анкету E. Eyrasch и соавт., (GIQLI-modificated gastrointestinal quality of life index, 1995), модифицированную Н.Н. Крыловым (1997) индекс качества жизни факультетской клиники ММА им. И.М. Сеченова (ИКЖ ФКХ).

Диагностику *Helicobacter pylori* осуществляли на основании изучения биоптатов слизистой оболочки антрального отдела желудка и исследования *Helicobacter pylori* в кале.

Окраска препаратов при морфологическом исследовании осуществлялась гематоксилин-эозином, толуолидиновым синим, ШИК-реакцией и альциановым синим.

## Результаты собственных исследований и их обсуждение

Длительно незаживающие язвы желудка, ассоциированные *Helicobacter pylori*, при морфологическом исследовании характеризуются наличием обычной для язвы желудка структурой, состоящей из 4 слоев (зона "деструкции" или тканевого детрита, зону фибринозного некроза, зону грануляционной ткани и зону рубца).

Важнейшим морфологическим признаком язв желудка является изменение структуры и функции артерий стенки желудка, находящихся в области рубцовых изменений. Для них характерен целый комплекс нарушений, приводящий в итоге к полной их облитерации, замещению соединительной тканью или формированию артерий замыкающего типа, которые не способны обеспечить адекватное кровоснабжение этой зоны.

Важно отметить и изменения в нервных стволах вокруг язвы, что создает условие для неадекватной иннервации стенки желудка.

Окружающая язвенный дефект слизистая оболочка также испытывает целый комплекс нарушений, связанных с основным заболеванием (хроническим атрофическим хеликобактерным гастритом), и поэтому не может в полной мере обеспечить замещение язвенного дефекта.

Представленные данные позволяют заключить, что длительное существование язвенного дефекта на фоне высокой обсемененности *Helicobacter pylori* определяет неблагоприятное течение заболевания, и является важным фактором, определяющим показания к хирургическому вмешательству.

Возможно, множественная биопсия с целенаправленным морфологическим исследованием позволит выделить группу больных с "высокими" язвами желудка, которым следует рекомендовать плановое хирургическое вмешательство.

Травматичность операции и вероятность неблагоприятного результата характеризуется частотой интраоперационных осложнений. Этот фактор имеет особое значение при выполнении оперативных вмешательств у больных с осложненными "высокими" язвами желудка (табл. 2)

### Характер оперативных вмешательств у больных с "высокими" язвами желудка

Операция	Число больных	%
Иссечение язвы и ушивание дефекта стенки желудка	28	17,9
Резекция желудка в различных модификациях	65	41,7
Pauchet - Hofmeister-Finsterer	20	12,8
Pauchet- Balfour	21	13,5
Pauchet -Roux	18	11,5
Roux – Csendes	6	3,8
Задняя стволовая ваготомия в сочетании с передней серомиотомией тела и кардио-фундального отдела желудка и иссечением язвы	63	40,4
<b>Итого</b>	<b>156</b>	<b>100</b>

Частота интраоперационных осложнений при выполнении передней серомиотомии тела и кардио-фундального отдела желудка в сочетании с задней стволовой ваготомией и иссечением язвы у больных с кровоточащими и перфоративными "высокими" язвами желудка, составила 10,2%, а после резекции желудка - 18,2% ( $p > 0,1$ ); после плановых операций частота интраоперационных осложнений при выполнении передней серомиотомии тела и кардио-фундального отдела желудка в сочетании с задней стволовой ваготомией и иссечением язвы у больных составила - 8,3% , после резекции желудка в различных модификациях составил - 15,6% .

Таким образом, число интраоперационных осложнений после резекции желудка у больных с осложненными "высокими" язвами в 1,8 раза превышало число осложнений после выполнения варианта проксимальной желудочной ваготомии с иссечением язвы ( $p = 0,785$ ), а у больных, оперированных в плановом порядке в 1,9 раза ( $p = 0,683$ ).

После выполнения варианта проксимальной желудочной ваготомии с иссечением язвы по неотложным показаниям частота специфических послеоперационных осложнений составила 12,5%, а после резекции желудка - 18,2% ( $p > 0,1$ ).

Частота *неспецифических послеоперационных осложнений* после варианта проксимальной желудочной ваготомии с иссечением язвы (ВПЖВ) составила - 10,2%, а после резекции желудка - 27,3%.

Следует отметить, что ранние специфические осложнения резекции желудка нередко являлись причиной смерти больного. Совер-

шенно очевидно, что интраоперационные и ранние послеоперационные осложнения определяют послеоперационную летальность.

Число летальных исходов у больных после выполнения резекции желудка в 6,8 раза превышало аналогичный показатель у больных после выполнения передней серомиотомии тела и кардио-фундального отдела желудка в сочетании с задней стволовой ваготомией и иссечением язвы.

Одним из важных критериев оценки хирургического вмешательства является *рецидив язвы*, который встречается после всех операций на желудке. Рецидив язвы после резекции желудка наблюдали у 4,4% больных; после варианта проксимальной желудочной ваготомии с иссечением язвы у 5,0% больных ( $p < 0,1$ ).

Для сравнительной оценки эффективности хирургического лечения больных с пептическими язвами использовали критерий трудоспособности больных в ближайшие и отдаленные сроки после операции. В течение первого года после резекции желудка инвалидами II группы Paucet-Hofmeister-Finsterer признаны 5,5% больных, по Paucet-Balfour-5,9%, Pauchet-Csendes-Roux 5,0%, а инвалидами III группы-11,1% больных после Paucet-Hofmeister-Finsterer, 11,8%-Paucet-Balfour, 5,0%-Pauchet-Csendes-Roux. Инвалидности после варианта проксимальной желудочной ваготомии не выявили.

Наиболее объективной интегративной оценкой хирургического лечения является шкала D.Johnston. По нашим данным лучшую интегративную оценку получил вариант проксимальной желудочной ваготомии с иссечением язвы (табл.3)

Таблица 3

Оценка эффективности хирургического лечения больных по модифицированной шкале D.Johnston (ФХК ММА)

Характер операции	Число баллов
ВПЖВ	148,4
Pauchet - Hofmeister-Finsterer	1212,8
Pauchet -Balfour	496,6
Pauchet – Csendes- Roux	488,2

Для изучения влияния способов хирургического лечения по оценке качества жизни больных провели стратификационную рандомизацию основной и контрольной групп больных.

Среднее значение индекса качества жизни и отдельные его показатели достоверно различались у оперированных и здоровых лиц. После варианта проксимальной желудочной ваготомии величина ИКЖ статистически достоверно различалась с величиной соответствующих компонентов ИКЖ у здоровых лиц и у больных после различных типов резекции желудка ( $p < 0,05$ ).

Критерии индекса качества жизни у больных с "высокими" язвами после операций и у здоровых лиц представлены на рис.4.

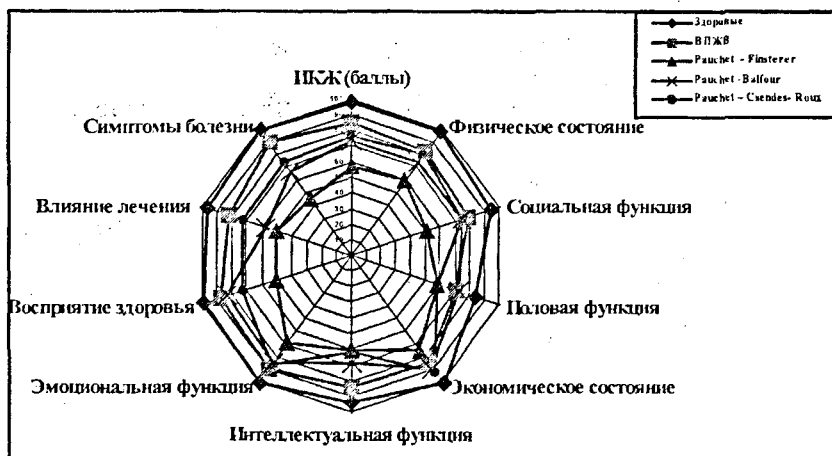
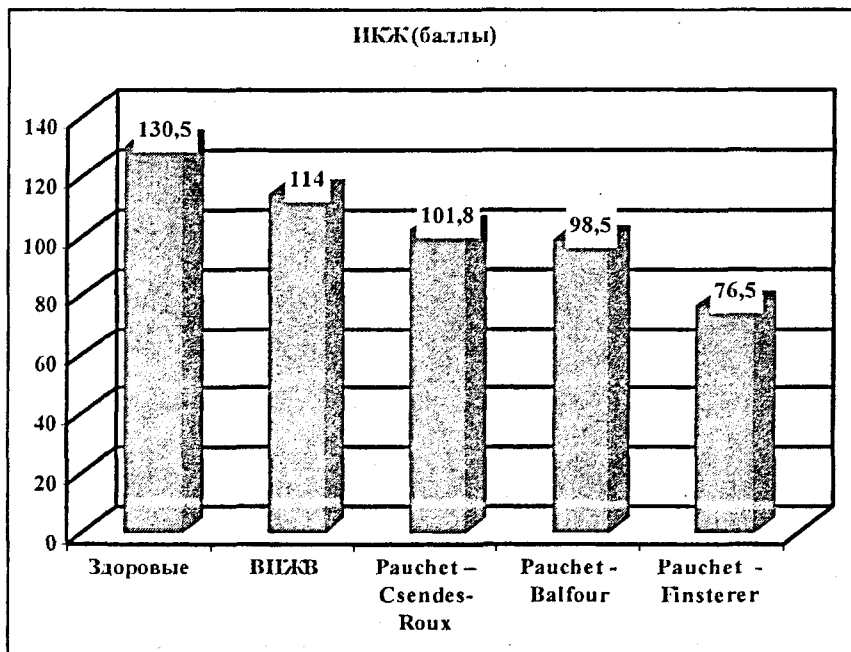


Рис. 4. "Цветок" качества жизни у больных после различных оперативных вмешательств в отдаленном периоде и у здоровых лиц.

Цветок "качества жизни" у больных после варианта проксимальной желудочной ваготомии с иссечением язвы приближался к форме контура круга, что соответствовало форме и площади диаграммы здоровых лиц.

Итоговое ранжирование оперативных вмешательств по ИКЖ позволяет выявить следующую последовательность: передняя серомиотомия тела и кардио-фундального отдела желудка в сочетании с задней стволовой ваготомией и иссечением язвы (ВПЖВ) (114,00±1,33 балла) > резекция по Pauchet-Csendes-Roux (101,83±4,22 балла) > Pauchet-Balfour (98,50±2,71) > Pauchet-Hofmeister-Finsterer (76,50±3,57балла)(рис.5).



**Рис. 5. Индекс качества жизни в отдаленные сроки после радикальных оперативных вмешательств у больных с "высокими" язвами желудка**

Таким образом, анализ полученных результатов с применением критерия Стюдента позволяет выделить переднюю серомиотомия тела и кардио-фундального отдела желудка в сочетании с задней стволовой ваготомией и иссечением язвы как наиболее эффективную операцию по оценке показателей качества жизни.



## ВЫВОДЫ

1. Морфологические исследования "высоких" язв желудка, ассоциированных с *Helicobacter pylori*, свидетельствует о развитии у этих больных неполноценного (слабого постязвенного "рубца") и неэффективности консервативного лечения, что является важным фактором в определении показаний к хирургическому вмешательству.

2. Частота интраоперационных осложнений при выполнении неотложных хирургических вмешательств у больных с "высокими" язвами желудка составила 10,2%, (передняя серомиотомия тела и кардио-фундального отдела желудка в сочетании с задней стволовой ваготомией и иссечением язвы), а после резекции желудка - 18,2%. Летальность после резекции желудка, выполненной по неотложным показаниям, в 6,8 раза превышала летальность после варианта проксимальной желудочной ваготомии с иссечением язвы.

3. В отдаленные сроки эффективность хирургического лечения по модифицированной шкале D. Johnston (ФХК ММА) у больных с "высокими" язвами желудка после передней серомиотомии тела и кардио-фундального отдела желудка в сочетании с задней стволовой ваготомией и иссечением язвы составила 148,4 балла, а после резекции желудка в различных модификациях (488,2- 1212,8- баллов), что свидетельствует о преимуществах варианта проксимальной желудочной ваготомии по сравнению с резекцией желудка.

4. После выполнения варианта проксимальной желудочной ваготомии с иссечением язвы индекс качества жизни был значительно выше, чем после резекций желудка  $-130,5 \pm 1,33$  балла (ВПЖВ)  $> 101,8 \pm 4,22$  балла (Pauchet-Csends-Roux)  $> 98,50 \pm 3,57$  балла (Pauchet-Balfour)  $> 75,50 \pm 2,71$  балла (Pauchet-Hofmeister-Finsterer).

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. У больных с "высокими" язвами желудка, осложненными кровотечением или перфорацией язвы выполнение передней серомиотомии тела и кардио-фундального отдела желудка в сочетании с задней стволовой ваготомией должно обязательно сопровождаться иссечением язвы для исключения первично-язвенной формы рака желудка или изъязвленной лимфомы (MALT-омы).

2. Количественные показатели (интраоперационные, ранние послеоперационные осложнения, летальность, частота патологических синдромов, нарушение трудоспособности, оценочные шкалы A.H. Visick и D. Johnston-ФХК ММА), используемые для анализа эффективности хирургического лечения больных с "высокими" язвами

желудка, не позволяют достоверно оценить преимущества и недостатки оперативных вмешательств. Сравнение эффективности хирургического лечения должно основываться на комплексной оценке количественных показателей в отдаленном послеоперационном периоде.

3. Наиболее объективной оценкой результатов оперативных вмешательств является исследование качества жизни, которое отражает не только физическое здоровье, но и эмоциональную, интеллектуальную, социальную и другие функции, т.е. адаптацию больного после оперативного вмешательства.

4. Изучение количественных и качественных показателей позволяет заключить, что передняя серомиотомия тела и кардио-фундального отдела желудка в сочетании с задней стволовой ваготомией и иссечением язвы может быть операцией выбора в лечении больных с "высокими" язвами желудка, осложненными кровотечением или перфорацией язвы.

### **Список работ, опубликованных по теме диссертации**

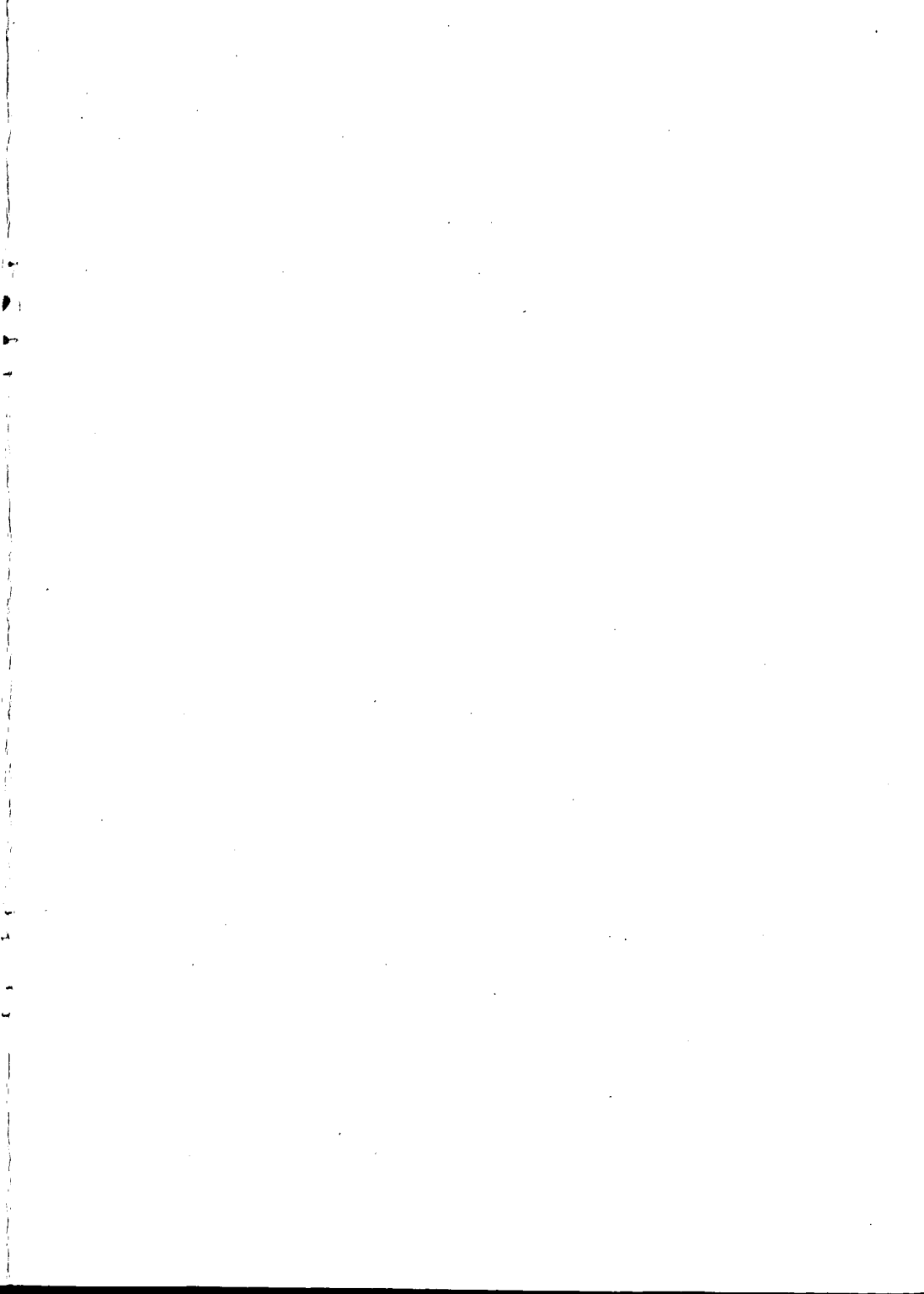
1. Наумов Б.А., Котаев А.Ю., Алексеев В.С., Мочалов С.В. Хирургическое лечение пептических язв желудка I типа, осложненных кровотечением // Материалы областной научно-практической конференции. Липецк, 1997, Тезисы, С. 82-84.

2. Котаев А.Ю., Алексеев В.С., Мочалов С.В. Хирургическое лечение желудочно-пищеводного рефлюкса у больных с пептическими язвами // Материалы областной научно-практической конференции. Липецк, 1997, Тезисы, С. 98-100.

3. Коротаев М.Г., Наумов Б.А., Котаев А.Ю., Алексеев В.С. Хирургическое лечение осложненных пептических язв проксимального отдела желудка // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 1997, Т.VII, №5. Тезисы С.42.

4. Белых Е.Н., Волков Д.А., Алексеев В.С. Качество жизни после оперативных вмешательств у больных с кровоточащими пептическими язвами // Сборник научных трудов "Актуальные вопросы хирургии" к 240-летию Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова, 1998, С.29-32.

5. Naumov B., Kotaev A., Belykh E., Alexeyv V. Perforated peptic ulcer: operation of choice // 8th World Congress of the International Gastro-Surgical Club. Strasburg, France, 1998, Abstracts Book, P.147-148.



РНБ Русский фонд

2007-4

19771



15 АПР 2004