

O'zbekiston terapevtlar Assotsiatsiyasi
Ассоциация терапевтов Узбекистана

O'ZBEKISTON TERAPIYA AXBOROTNOMASI

ilmiy-amaliy jurnal

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК УЗБЕКИСТАНА

научно-практический журнал

2015, №3 приложение

Номер посвящен 60-летию Андijanского государственного медицинского института и Республиканской научно-практической конференции «Профилактическая медицина: вчера, сегодня и завтра»
Анджан, 12-13 июня 2015 г.

Главный редактор А.Л.Аляви

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Абдуллаев А.Х. (заместитель главного редактора), Алияхунова М.Ю., Гадоев А.Г., Даминов Б.Т., Зунинунов З.Р., Каримов М.М. (заместитель главного редактора), Каюмов У.К., Каримов М.Ш., Камилова У.К., Курбанов Р.Д., Мавлянов И.Р., Ризамухамедова М.З., Убайдуллаев А.М., Хамрабаева Ф.И., Садыкова Г.А.
Ответственный секретарь: Расулова З.Д.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Арипов Б.С. (Ташкент)
Мамасолиев Н.С. (Анджан)
Бахрамов С.М. (Ташкент)
Назаров О.А. (Ташкент)
Гафуров Б.Г. (Ташкент)
Губергриц Н.Б. (Донецк)
Рустамова М.Т. (Ташкент)
Джумагулова А.С. (Бишкек)
Салиев Т.С. (Ташкент)
Закирходжаев Ш.Я. (Ташкент)

Усманов Р.И. (Ташкент)
Зияев Ю.Н. (Ташкент)
Фозилов А.В. (Ташкент)
Зуфаров М.М. (Ташкент)
Хужамбердиев М.А. (Анджан)
Искандарова С.Д. (Ташкент)
Шек А.Б. (Ташкент)
Карпов Ю.А. (Москва)
Якубов А.В. (Ташкент)
Ливерко И.В. (Ташкент)

Свидетельство о регистрации средства массовой информации
№ 0572 от 28.12.2010 г.

Учредитель – Ассоциация терапевтов Узбекистана

Редакция не всегда разделяет точку зрения авторов публикуемых материалов. Ответственность за содержание рекламы несут рекламодатели.

По вопросам публикации, подписки и размещения рекламы обращаться по адресу: 100084, Узбекистан, Ташкент, ул. Хуршида, 4. Научно-организационный отдел.
Тел.: (998-71) 234-30-77. Факс: (998-71) 235-30-63 E-mail: tervestuz@mail.ru
Формат А4. Усл.печ.л. 14,75. Заказ № 105 Тираж: 250 экз. Дата подписания в печать: 02.02.2015

Значение продукции интерлейкинов в диагностике антифосфолипидного синдрома <i>Нажимудинова Д.К., Маниёзова Г.М., Нематшаева Х.Н., Тураева Г.Ю., Мамажанова С.А.</i>	329
Қарияларда юрак қон томир тизими ҳолати, касалликларни кечмиш хусусиятлари <i>Назарова Г.У., Джумабаев Т.З., Жумабаев Х.Т., Бойқўтиева М.Б., Мадаминава Н.Э.</i>	333
Ультразвуковая эластография опухолей молочных желез <i>Назарова З.Ш., Жумабаев Х.Т., Назарова Г.У., Бойқўтиева М.Б., Мадаминава Н.Э.</i>	336
Профилактика ранних осложнений резекции желудка по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки <i>Назирова Ф.Г., Нишанов М.Ф.</i>	339
Перинатальные показатели у женщин с эндемическим зобом <i>Насирова Ф.Ж., Исмаилова С.С., Махмудова К.Ш., Якубова О.А., Сулейманова Н.А., Норатиева М.Д.</i>	345
Герпесвирусли инфекцияси бор аёлларда предгравидар тайёргарлик асослари <i>Негматшаева Х.Н., Партиева Д.М., Тураева Г.Ю., Юлдашева О.С., Мамажанова С.О., Рахимова С.Н.</i>	347
Аутоотрансплантация ткани щитовидной железы в профилактике послеоперационного гипотиреоза и рецидива заболевания <i>Нишанов Ф.Н., Хасимов О.С., Хамидов Ф.Ш., Мадвадиев Б.Б., Мамарасулов М.К.</i>	350
Моторно-эвакуаторные расстройства желудочно-кишечного тракта и способы их коррекции в раннем послеоперационном периоде при хирургическом лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки <i>Нишанов Ф.Н., Турсунов Б.К., Бозоров Н.Э., Нишанов М.Ф., Шерматов А.А.</i>	353
Социальное значение и структура травматических поражений органа зрения среди населения Ферганской долины <i>Нисова З.А., Рустамова Х.Е., Ахмеджанова А.З., Икромов А.Ф.</i>	358
Ранняя диагностика рака молочной железы в условиях поликлиники онкологического диспансера <i>Пармонова Г.А., Султонкулова М.К., Муриддинова Н.Т., Ташматова Ю.Ж., Ахмаджонов Р.К., Нишанчаева Н.К., Джалолова Ф.М.</i>	361
Научное обоснование и разработка модели прогнозирования исходов артериальной гипертонии на уровне участка врача общей практики на основании оценки индивидуального риска. <i>Рахимова М.Р., Жураева М.А., Нигъзова Б.М., Абдувалиева Г.Т., Ашуралиева Н.Д.</i>	364
Эффективность иммунокоррекции при лечении хронического гломерулонефрита у детей <i>Рахманова Л.К., Каримжанов И.А., Халматова Б.Т.</i>	367
Морфометрическая изменчивость глиоцитов от рождения до 21 лет <i>Садыкова Д.Н., Уринов Ф.А., Косимхожиев М.И., Уринов А.Я., Касым-Ходжаев И.К., Уринова Г.Г.</i>	370
Функциональная интеграционная изменчивость астроцитов <i>Садыкова Д.Н., Уринов Ф.А., Косимхожиев М.И., Уринов А.Я., Касым-Ходжаев И.К., Уринова Г.Г.</i>	373
Показатели гормональной активности щитовидной железы при аутоиммунных повреждениях в условиях йодного дефицита Андижанской области. <i>Сайфутдинова Р.Ш., Хатамов Э.А., Айдинова А.Р., Нишанова Д.Ф., Максумжанова З.А.</i>	376
Временное раневое покрытие в лечение ожоговых ран. <i>Салатиддинов К.З., Алексеев А.А.</i>	379
Ожоги III б степени, комплексный подход в лечении и профилактике раневых осложнений <i>Салатиддинов К.З., Джумабаев Э.С., Алексеев А.А.</i>	382
Оптимизация, профилактика и лечение нейтролейкоза у больных острыми лимфобластными лейкозами <i>Сатиев Д.К., Сатиев К.К.</i>	384
Проблемы ремиссии и реабилитация больных острым лимфолейкозом по материалам гематологического отделения клиники АнгГосМИ ЗА 2003-2013 годы <i>Сатиев К.К., Сатиев Д.К., Ахмадалиева У.К., Сатиева М.О.</i>	387
Клинические варианты и терапевтические возможности лечения печеночной энцефалопатии. <i>Д.А. Сулаймонова, У.К. Ахмадалиева, О.Б. Худойбердиев, Б.Б. Кодиров, Е.М. Нигъзова, Г.Т. Абдувалиева</i>	390
Особенности мембранодеструктивных нарушений при хроническом аднексите <i>Сулейманова Н.А., Якубова О.А., Носирова Ф.Ж., Махмудова К.Ш.</i>	393
Хирургическое лечение дефектов мягких тканей и рубцовых деформаций области носа <i>Тешабоев М.Г., Мадатимов М.М., Мадатимов К.М.</i>	395

ПРОФИЛАКТИКА РАННИХ ОСЛОЖНЕНИЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Назирова Ф.Г., Нишанов М.Ф.

РСЦХ имени академика В.В.Вахидова (Ташкент)

Андижанский государственный медицинский институт

PREVENTION OF EARLY COMPLICATIONS GASTRECTOMY ABOUT DUODENAL ULCER

Nazyrova F.G., Nishanov M.F.

RSCS named after academician V.V.Vahidova (Tashkent)

Andijan state medical institute

ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРА КАСАЛИГИДА ОШҚОЗОН РЕЗЕКЦИЯСИДАН КЕЙИНГИ ЭРТАНГИ АСОРАТЛАРИНИ ПРОФИЛАКТИКАСИ

Назирова Ф.Г., Нишанов М.Ф.

Академик В.В.Вахидов номидаги РСЦХ (Тошкент)

Андижон Давлат тиббиёт институти

РЕЗЮМЕ

Авторы приводят анализ ближайших результатов резекций желудка в различных модификациях, выполненных 1731 больным в 3 хирургическом отделении клиники в период с 2000 годы.

Авторы заключают, что применение комплекса разработанных профилактических мероприятий позволило значительно улучшить ближайшие результаты хирургического лечения больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Ключевые слова: желудок, резекция, двенадцатиперстная кишка, декомпрессия, зонд, гастродуоденоанастомоз.

SUMMARY

The writers result the analysis of the proximate results of resections of a stomach in various modifications fulfilled 1731 patients in 3 surgical separation of clinic in period with 2000 years.

The writers conclude that the application of the complex of the developed preventive measures has allowed considerably improving the proximate results of surgical treatment of the patients with a peptic ulcer of a duodenal intestine.

Key words: stomach, resection, duodenum, decompression, probe gastroduodenostomy.

ХУЛОСА

Муаллифлар 2000 йилдан 3-хирургия бўлимида турли модификацияда бўлган 1731 беморда ошқозон резекциясидан кейинги эртанги тахлил натижаларини кузатишди.

Муаллифлар хулоса қилишдаки уйғунлашган профилактик тадбирларни яхшилаш ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги билан хасталанган беморларда хирургик даволашни такомиллаштириш ва эртанги асоратларни олдини олиш чоралари.

Калим сўзлар: ошқозон, резекция, ўн икки бармоқли ичак, декомпрессия, зонд, гастродуоденоанастомоз.

Актуальность проблемы. На современном этапе развития желудочной хирургии огромный опыт многих поколений хирургов доказывает, что резекция желудка является единственно целесообразной из всех хирургических операций при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК). Несмотря на это, резекция желудка иногда чревата осложнениями и даже может закончиться неблагоприятно для больного [3,4,6]. Лечение этих осложнений подчас является исключительно трудной задачей, а экономические потери при этом огромны [1]. Однако главное состоит в том, что при возникновении осложнений резко снижается качество лечения, и нередко возникает опасность для жизни больного. Профилактика осложнений резекции желудка – важнейшая проблема современной абдоминальной

хирургии, решение которой будет способствовать дальнейшему прогрессу в этой области медицины [2].

Материал и методы. В 3 хирургическом отделении Клиники АндГосМИ с 2000 годы 1731 больным ЯБДПК были выполнены первичные резекции желудка в различных модификациях. При этом по первому способу Бильрот выполнено 1130 резекций (в модификации Габера (с гофрировкой дистального конца культи желудка) – 849, по Габера с поперечным терминолатеральным анастомозом (ТЛА) по Л.Г.Хачиеву – 101, с конгломератным ТЛА по Финнею – 180), по второму способу Бильрота – 601 (в модификации Гофмейстера-Финстерера – 554, по Бальфору – 26, по Ру-Ибадову – 21), которые приведены на таблице 1.

Таблица №1.

**Виды операций, применявшихся в клинике
в хирургическом лечении больных ЯБДПК с 2000 по 2014 гг.**

в хирургическом лечении больных ЯБДПК с 2000 по 2014 гг.						
Виды опер	Б-I: по Габерер	по Габерер Хачиеву	по Габебер Финишу	Б-II : по Гофм- Финст.	по Бальфур	по Ру- Ибадову
Периоды						
I	413	50	43	386	26	20
II	436	51	137	168	-	1
Всего	849	101	180	554	26	21
	1130			601		
	1731					

Лиц мужского пола было 1322 (76,4%), женского – 409 (23,6%), т.е. соотношение составило 3,2:1. Возраст больных был в пределах от 15 до 78 лет, большинство (92,4%) составили больные в возрасте от 21 до 60 лет. Язвенный анамнез больных колебался от 1 года до 15 лет, причем анамнез более 5 лет отмечен у 58% больных. Осложненные формы язвенной болезни отмечены у 1089 (62,9%) больных, из них пилоростеноз – у 722 (41,7%), пенетрация у 270 (15,6%), кровотечение в анамнезе отмечено у 168 (9,7%), больных, причем у 74 (44%) более 1 раза. Сочетание двух или нескольких осложнений наблюдали у 156 (9,0%) больных. Неосложненное течение заболевания было у 642 (31,7%) больных. Показаниями к операциям у них явились выраженный болевой синдром, неэффективность комплексной противоязвенной терапии в течение более чем 3 лет, частые обострения. Сопутствующие заболевания наблюдались у 303 (17,5%), а сочетанные хирургические заболевания – у 194 (1,2%).

Больных условно поделили на 2 группы. В первую (контрольную) группу вошли больные, оперированные в период 2000-2006 гг. включительно – 938 (54,2%) больных, во вторую – больные, оперированные в период 2007-2014 гг. включительно – 793 (45,8%). Соотношение больных по полу, возрасту и сопутствующим заболеваниям было почти одинаковым в обеих группах оперированных пациентов.

В послеоперационном периоде у 287 (16,6%) больных наблюдались ранние осложнения, в том числе связанные с операцией на желудке – у 154

(8,9%), интраоперационные (ятрогенные) – у 54 (3,1%), общего характера – 79 (4,6%). Из-за возникших осложнений в раннем послеоперационном периоде умерли 45 (2,6%) больных. У 27 (1,6%) больных возникла несостоятельность швов культи ДПК, причем у 16 больных развилась стертая форма, а у 11 – острая форма. На релапаротомии в 5 случаях культи была повторно ушита и к этой области подведены дренажи, а в остальных 6 область культи только дренирована и тампонирована. Всего умерло 12 больных: 8 – из-за продолжающегося перитонита, двое – из-за повторной несостоятельности, остальные вследствие истощения и недостаточности функций жизненноважных органов. Несостоятельность анастомоза возникла у 3 (0,3%) больных, несмотря на раннюю релапаротомию, все они умерли. Нарушения моторно-эвакуаторной функции возникли у 117 больных (6,8%), релапаротомированы 17 больных, летальный исход у 8. Кровотечение возникло в 44 (2,5%) случаях, подверглись релапаротомии 12, умерли 6. Еще 5 больных релапаротомированы по поводу кишечной непроходимости (2), перитонита (3), умерли 3. (32) Еще 13 больных умерли по причине: анафилактического шока (1), тромбоэмболии легочной артерии (2), сердечно-сосудистой (2), дыхательной (2), почечно-печеночной (4) недостаточности и 2 – из-за интоксикации: 1- при желчном перитоните, возникшем при интраоперационном повреждении, 1 – при интубриальном абсцессе, которые приведены на таблице 2.

Таблица №2.

Осложнения раннего послеоперационного периода.

Осложнения раннего п/о периода	1 период		2 период	
	абс	%	абс	%
1. Специфичные для РЖ:				
1) несостоятельность культи ДПК	22 (10)	2,3	5 (2)	0,6
2) несостоятельность анастомоза	3 (3)	0,3	-	-
3) нарушения моторно-эвакуаторной функции:				
а) анастомозит	30	3,2	13	1,6
б) гастростаз	33	3,6	14	1,8
в) механ. непроходимость анастомоза	15 (6)	1,6	5 (2)	0,6
г) рефлюкс-гастрит	5	0,5	2	0,2
4) панкреатит	3	0,3	-	-
5) диарея	3	0,3	1	0,1

ВСЕГО	114 (19)	12,1	40 (4)	4,9
2. Ятрогенные:				
1) кровотечение				
а) в просвет ЖКТ	29 (3)	3,1	8	1,0
б) в брюшную полость	5 (2)	0,6	2 (1)	0,3
2) повреждения органов брюшной полости	8 (1)	0,9	2	0,3
ВСЕГО	42 (6)	4,6	12 (1)	1,6
3. Осложнения общего характера:				
1) со стороны органов дыхания	14 (2)	1,5	5	0,6
2) органов кровообращения	6 (3)	0,6	2 (1)	0,2
3) перитонит без несост. швов	2 (1)	0,2	1	0,1
4) кишечная непроходимость	3 (2)	0,3	1	0,1
5) эвентрация	3	0,3	1	0,1
6) нагноение раны	14	1,5	6	0,8
7) другие	8 (4)	0,9	3 (2)	0,4
ВСЕГО	50 (12)	5,3	29 (3)	2,3
ИТОГО	206 (37)	21,9	81 (8)	8,8

Примечание. В скобках указано количество умерших больных.

В первом периоде больных вели согласно традиционным способам ведения. Больных готовили к операции в стационаре в течение 7-10 дней. За этот период проводилась комплексная противоязвенная терапия, корректировались нарушения функций жизненно важных органов, а также восполнялись резервы организма путем внутривенных инфузий солевых и белковых растворов, назначения витаминов и т.д.

В первом периоде применяли как резекцию 2/3 желудка, так и резекции 1/2, 1/3 частей желудка, причем соотношение числа операций по Б-I к Б-II составляло 4/3. При диагностированном дуоденостазе также выполняли операцию Стронга. Эвакуация содержимого из культи желудка производилась пассивно, через назогастральный зонд, который устанавливали временно 2-3 раза в сутки для декомпрессии. В послеоперационном периоде все больные получали адекватную антибиотико- и инфузионную терапию. Среднее количество койко-дней составило 23 дня.

Неудовлетворенность результатами хирургического лечения больных первого периода побудила нас искать более приемлемые методы лечения.

Анализ причин неудовлетворительных исходов и накопление опыта хирургического лечения данного контингента больных позволили нам с 2007 года пересмотреть хирургическую тактику и внедрить ряд мер, направленных на снижение частоты осложнений и улучшения качества лечения в целом. Была пересмотрена тактика предоперационной подготовки больных. Наряду с обычными предоперационными мероприятиями (противоязвенное лечение, противовоспалительная терапия, симптоматическая терапия, коррекция анемии, восполнение электролитного и белкового балансов) всем больным II группы при отсутствии противопоказаний для профилактики ряда воспалительных и воспалительных осложнений были проведены лазеротерапия и превентивная антибиотикотерапия (ПАБТ).

Анализ экспериментальных и клинических

исследований показал, что под действием импульсного ИК-излучения в организме наблюдаются следующие положительные эффекты: анальгезирующий, иммуномодулирующий, а также улучшение микроциркуляции, ускорение обменных и регенеративных процессов. Поэтому мы нашли возможным применять лазеротерапию не только в плане предоперационной подготовки, но и в послеоперационном периоде.

Методика лазеротерапии. Использовались лазерные терапевтические аппараты «Милта» и «Узор», в основу которых положены современные достижения лазерных технологий. Сеансы лазеротерапии проводили по 7-10 дней на фоне общепринятых методов предоперационной подготовки и послеоперационной терапии больных. Метод воздействия - чрезкожный контактный, мощность излучения - 2 мвт, частота модуляции 1-5 КГц, площадь облучения - 5,0 см², глубина проникновения - 10-12 см. В предоперационном периоде облучение проводили в следующих точках: эпигастральная область 4 мин., «точка наименьшей болезненности» - 2 мин, а также 2 точки по правой и левой среднеключичным линиям на проекции желудка - по 2 мин. В послеоперационном периоде: эпигастральная область - 2 мин, область правого подреберья - 2 мин, точки, расположенные на границе 1/3 и 2/3 операционной раны - по 2 мин.

Методика ПАБТ. Для этого использовали антибиотики широкого спектра действия групп цефалоспоринов III генерации клафоран или кефзол. Под спектр их действия попадают почти все аэробы и большинство анаэробов, а действие их продолжается от 8 до 12 часов. Методика заключалась в следующем: после отрицательной пробы на гиперчувствительность, больным за 0,5 часа до операции внутривенно медленно вводили 1,0 гр. препарата, растворенного в 5 мл физиологического раствора. Ко времени выполнения операции (период максимального инфицирования) антибиотик кумулировался в тканях и плазме крови, где концентрация достигала 20-30 мкг/л. В рану перед зашиванием кожи

дополнительно вводили 1,0 гр. антибиотика, разведенного физиологическим раствором.

Методика до- и послеоперационной фармакотерапии. В современной литературе появились сообщения, указывающие на роль Н.рylogi не только в патогенезе язвообразования, но и некоторых послеоперационных осложнений, а также влияние их на заживление анастомозов. Поэтому, в предоперационном периоде также проводили мероприятия, направленные на устранение этого фактора: до операционная подготовка осуществлялась следующим образом [5,7,8]:

1. Омепразол 20 мг x 2 раза в день до еды (или в стандартной дозе другие ингибиторы протонной помпы – париет, нексиум) + кларитромицин 250 мг x 2 раза + метронидазол 500 мг x 2 раза после еды.

2. Омепразол 20 мг x 2 раза до еды (или в стандартной дозе другие ингибиторы протонной помпы – париет, нексиум) + де-нол 120 мг x 3 раза до еды и 1 раз на ночь + метронидазол 250 мг x 4 раза после еды + тетрациклин 500 мг x 4 раза после еды.

3. Омепразол 20 мг x 2 раза в день до еды (или в стандартной дозе другие ингибиторы протонной помпы – париет, нексиум) + кларитромицин 500 мг x 2 раза + амоксициллин 1000 мг x 2 раза в день.

После операции больным назначались выше указанные препараты сразу же после операции в инъекционном виде. Лабораторно-инструментальные исследования проводились амбулаторно.

Проводя подобную комплексную предоперационную подготовку у больных на протяжении ряда лет во II периоде, мы убедились, что она является наиболее подходящей и оптимальной. Доказательством тому было снижение частоты воспалительных и гнойных осложнений со стороны раны и брюшной полости на 9,2%, а также более благоприятное течение раннего послеоперационного периода.

Проведя анализ оперативной тактики, было сделан ряд выводов. Большинство язвенных и специфических осложнений I периода обусловлены несовершенством применяемых операций. Так, кровотечения более чем в ¼ случаев были причиной плохого гемостаза. Были значительно сужены показания для резекции желудка по второму способу Бильрота, так как ближайшие результаты этой модификации хуже результатов резекции по Бильрот-I на 25,4%. Также было принято совсем отказаться во втором периоде от применения резекции желудка по Бальфуру. Показаниями для резекции по Бильрот-II остались большой перигульцерозный инфильтрат, «низкие» и трудноудаляемые язвы, а также декомпенсированная степень хронического нарушения дуоденальной непроходимости. При компенсированной форме ХНДП производилась её коррекция операцией Стронга, при суб- и декомпенсированной формах – операцией Ру в модификации И.Ю.Ибадова, разработанной в нашей клинике. Выбор того или иного метода решался за операционным столом.

Ведущую роль играли локализация язвы, характер осложнения заболевания, клинические варианты язвы ДПК, характер топографо-анатомических изменений в зоне операции, а также секреторная и моторно-эвакуаторная функции желудка.

Было принято решение перейти на органосохраняющую методику резекции желудка – антрумрезекцию с селективной ваготомией. Также были расширены показания к модификациям первого способа Бильрот путем внедрения разработанных и прошедших клиническую апробацию ряда методик и технических приемов. При наличии пилородуоденального стеноза отдавали предпочтение методике терминолатеральных анастомозов по Л.Г.Хачиеву и Габерер-Финнею.

Методика резекции желудка в модификации клиники. Мобилизуется 12-перстная кишка по Кохеру и по возможности язвенный инфильтрат. Желудок и большой сальник поднимается вверх, рассекаются имеющие складки в области дуоденоюнального перехода. Желудок приподнимается вверх и вправо, большой сальник и поперечно-ободочная кишка вниз. Начиная, от синуса по направлению начального отдела 12-перстной кишки пересекаются ветви правой желудочно-сальниковой артерии непосредственно у стенки желудка и лигируются. Желудок откидывается вверх и вперед, рассекаются имеющиеся задние сращения между желудком и поджелудочной железой. Вводится ограничивающая поджелудочную железу и большой сальник марлевая салфетка.

Следующий этап – иссечение малого сальника. Для этого производится тракция желудка вниз. Образуется окно на бессосудистом участке малого сальника. Последняя отодвигается вправо. Начиная, с угла желудка до кардии между зажимами пересекаются и перевязываются сосуды и ветви переднего ствола вагуса, непосредственно у стенки желудка. Не доходя (2-3 см) до пищевода, малый сальник пересекается в поперечном направлении. Производится мобилизация малого сальника по задней стенке от кардии до угла желудка в дистальном направлении. Малая кривизна желудка перитонизируется узловыми шелковыми швами (8-9 швов). Следующим этапом является антрумрезекция. Для этого малая кривизна у угла желудка и большая кривизна у синуса берется на держалку. На уходящую часть желудка накладываются 2 жома Бильрот. Начиная с угла, резецируется передняя и задняя стенка желудка на расстоянии от 2 до 4 см, в зависимости от его размера. Дефект на стенке желудка ушивается однорядным шелковым швом. Затем рассекается передняя и задняя серозная оболочка желудка над жомом на 1 см в поперечном направлении. Производится прошивание мышечного и подслизистого слоев в поперечном направлении узловыми швами с лигированием сосудов, и гофрированием культи желудка. Желудок резецируется отступя от линии швов на 4-5 мм. Культи желудка ограничивается салфеткой и

фиксируется сверху. Резецированная дистальная часть желудка приподнимается кверху и между зажимами пересекаются и лигируются правые желудочные сосуды. Накладываются серозно-мышечно-подслизистые однорядные швы между задней стенкой культи желудка и начальным отделом 12-перстной кишки (5-6 швов). Отступая на 5-6 мм от линии швов рассекается задняя стенка 12-перстной кишки. Вводя указательный палец левой рукой в просвет 12-перстную кишку хирург ориентируется в локализации язвы, область сужения и пересекаются передняя стенка кишки по нижнему краю язвы. Антральный отдел желудка и луковица 12-перстной кишки удаляется вместе с язвой. Гемостаз сосудов на передней стенке и ревизия задней губы анастомоза. Во всех случаях подпеченочное пространство, а при резекции по Бильрот-П также область дуоденальной культи дренируется полихлорвиниловыми трубками.

Предложенный способ резекции желудка имеет следующие преимущества: 1) упрощается техника операции, уменьшается травматизация тканей культи желудка; 2) сохраняется целостность основных стволов желудочно-сальниковых артерий, что позволяет обеспечить полноценное кровоснабжение культи желудка; 3) иссечением малого сальника, малой кривизны желудка осуществляется один из важных компонентов селективной ваготомии; 4) адекватно корректируется нервно-рефлекторная и гуморальная фазы желудочной секреции, что обеспечивает надежную профилактику рецидива язв; 5) сохраняется значительная часть желудка, обеспечивая его резервуарную функцию; 6) наложение "гофрирующих" слизисто-мышечных швов обеспечивает адекватный гемостаз; 7) сохранение значительной части желудка расширяет показания к наложению анастомоза по принципу Бильрот-1.

Методика введения назогастроудуоденального зонда. Во втором периоде использовали двухканальный (для декомпрессии и энтерального питания) полихлорвиниловый зонд (ДПЗ) от системы разового использования. До операции подготавливается зонд. Для этого на тонкий хлорвиниловый зонд (длиной до 1,5 м, шириной 4-6 мм, в качестве зонда используется одноразовая система для внутривенных вливаний). Производим микро перфорацию по боковой стенке (диаметр 2-3 мм) на расстоянии 30-35 см. (дистальный конец) в количестве 14-18.

Расстояние и количество микро перфорации может меняться в зависимости от вида и количество анастомозов и корректируется по ходу операции. До операции в желудок вводится толстый желудочный зонд. После формирования задней губы анастомоза в просвет двенадцатиперстной кишки вводится дистальный конец стерильного зонда с боковыми отверстиями длиной до 20-25 см., доводя ее до тощей кишки.

Проксимальный конец зонда привязывается к концу желудочного зонда заранее введенного в желудок. Желудочный зонд извлекается вместе с проксимальным концом декомпрессионного зонда

на нужном для нас расстоянии и фиксируется на заднюю губу анастомоза тонким кетгутовым швом, а наружный конец зонда выводится через нос и прошивается к крыльям носа. Микроперфоративные отверстия должны располагаться одновременно выше и ниже наложенного анастомоза на расстоянии 10-8 см.

Контроль проходимости, герметичности гастродуоденоанастомоза и гемостаза достигается путем промывания желудка и 12-перстной кишки раствором фурацилина, чтобы полностью удалить излившуюся кровь и сгустки (желудочно-кишечный лаваж). Оператор контролирует область анастомоза и цвет промывной жидкости. Лаваж также проводили сразу после операции через зонд, установленный интраоперационно в первую петлю тощей кишки, не дожидаясь выхода больного из анестезии и восстановления у него самостоятельного дыхания. Для контроля эффективности метода ортоградной очистки желудочно-кишечного тракта от гемолизированной крови выполняли зондовую энтерографию путем введения контрастного вещества через зонд в первую петлю тощей кишки. С момента начала лаважа восстанавливался тонус кишечных петель, характерный перистальтический рельеф и пропульсивная активность, способствующая эвакуации гемолизированной крови из желудочно-кишечного тракта. После кишечного лаважа отмечалась отчетливая положительная динамика в виде нормализации параметров эндогенной интоксикации на фоне повышения эффективности нутритивной поддержки.

Результаты и их обсуждения. Подводя итоги проделанной работы, необходимо отметить, что внедрение вышеуказанных методик комплексной предоперационной подготовки больных, модифицированной техники резекции желудка, а также рационального послеоперационного ведения больных во II периоде позволило значительно снизить процент ранних послеоперационных осложнений. Так, частоту интраоперационных повреждений язвенного характера удалось снизить на 3,0; специфических осложнений – на 7,2; осложнений общего характера – на 3,0% (снижение всех осложнений на 13,2%), летальность на 1,5%. Отдаленные результаты хирургического лечения исследованы в сроки от 1 до 10 лет по модифицированной шкале Visick (15), при этом отличных и хороших результатов во II периоде отмечено на 18,4% больше, чем в I периоде; а количество удовлетворительных и неудовлетворительных результатов, соответственно, на столько же снижено.

На наш взгляд это было достигнуто в результате накопления практического опыта лечения больных и анализа причин нежелательных последствий оперативного вмешательства, что позволило внести коррективы в хирургическую тактику.

Выводы.

1. Существенное снижение различных осложнений во время операции и в послеоперационном периоде, а также летальности,

преимущественно отличные и хорошие результаты в отдаленные сроки позволяют рассматривать иссечение малого сальника с антрумрезекцией и гастродуоденоанастомозом с использованием однорядного шва, как наиболее обоснованный метод хирургического лечения ЯБДПК.

2. Способы декомпрессии могут быть широко применены с целью профилактики ранних послеоперационных осложнений, предупреждая развитие в раннем послеоперационном периоде явления гипертензии и эти преимущества и достоинства методики декомпрессии способствуют обратному развитию воспалительных изменений в «зоне интереса», и создаются условия для лучшего заживления.

3. Проведения противоязвенной фармакотерапии и ирадикации *H. pylori* помогло значительно уменьшить ранние после операционные осложнения такие как анастомозит, гастрит, дуоденит и т.д.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Беликов В.В., Артюхов А.С. О совокупности социальных факторов в возникновении, течении и профилактике язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2000. - № 1. - С. 34-36.

2. Белоногов Н.И., Куринный А.В., Смолькина А.В. Профилактика пострезекционных анастомозитов // Материалы научно-практической конференции «Хирургия-2000», Москва, 2000 г., с.46-47.

3. Бутов М.А. Нарушения психоэмоционального статуса, дезадаптация, инфекционный фактор в патогенезе язвенной болезни гастродуоденальной зоны и их коррекция: автореф. дис. - д-ра мед. наук Рязань, 2001. - 36 с.

4. Кузин М.И. Хирургические болезни: учебное пособие // М.: Медицина, 2005. - 628 с.

5. Минушкин О.Н., Аронова О.В. Современный взгляд на проблему эрадикации *Helicobacter pylori*. // Практикующий врач. 2002. - № 1. - С. 52-54.

6. Седов В.М. Хирургические болезни: учебное пособие // СПб М.: Медицина, 2008, Том-I.- 271 с.

7. Kumar S. et al. Prevalence of *Helicobacter pylori* in patients with perforated duodenal ulcer // U Trop. Gastroenterology. 2004. - Vol. 25, N 3. - P 121-124.

8. Yeomans N.D. et al Prevalence and incidence of gastroduodenal ulcers during treatment with vascular protective doses of aspirin Pharmacol Hier 2005. - Vol. 22, N 9. - P. 795-801.