

УДК: 676.342-089.844(091)

Д.М. Кадыров, Ф.Д. Кодиров, Дж. Б. Сафаров, У.М. Амонов, З.В. Табаров, Ш.Ш. Сайдалиев

СЕЛЕКТИВНАЯ ПРОКСИМАЛЬНАЯ ВАГОТОМИЯ И ДУОДЕНОПЛАСТИКА В ХИРУРГИИ РУБЦОВО-ЯЗВЕННЫХ ДУОДЕНОСТЕНОЗОВ

ГУ «Институт гастроэнтерологии» МЗ и СЗН Республики Таджикистан

Кадыров Давронжон Мухамеджанович – д.м.н., старший научный сотрудник, зав. лабораторией желудочно-кишечной патологии и отделения хирургии желудка и кишечника ГУ «Институт гастроэнтерологии»; тел: +(992) 935279940

Цель исследования. Изучение результатов применения дуоденопластики и традиционных дренирующих операций в сочетании с СПВ при рубцово-язвенном дуоденостенозе.

Материалы и методы исследования. Обобщен опыт хирургического лечения 150 больных с рубцово-язвенным дуоденостенозом, которым дополнительно к СПВ для восстановления проходимости ДПК применены дуоденопластика (90 больных) и традиционные дренирующие операции. Возраст больных от 16 до 67 лет. У 31 (20,6%) больного выявлен компенсированный стеноз, у 74 (49,3%) – субкомпенсированный и у 45 (30,1%) – декомпенсированный. С целью определения возможности применения СПВ проводились секреторные тесты, исследовалось сохранение сократительной способности желудка с помощью гастропланиметрии с церукалом.

Результаты исследования и их обсуждение. Определить окончательно возможность и тип пилоросохраняющей операции позволяет интраоперационная ревизия пилородуоденального сегмента. Дуоденопластика и дренирующие желудок операции неравнозначны с позиции восстановления функции гастродуоденального комплекса. Дуоденопластика восстанавливает нормальную анатомию ДПК и сохраняется привратник, создаёт оптимальные условия для полной реабилитации утраченных пищеварительных функций.

Выводы. СПВ с дуоденопластикой – наиболее рациональная технология лечения язвенной болезни, осложненной дуоденостенозом, которая сохраняет функцию привратника и восстанавливает нормальные морфо-функциональные взаимосвязи в гастродуоденальном комплексе.

Ключевые слова: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, рубцово-язвенный дуоденостеноз, дуоденопластика, функциональные результаты.

D.M. Kadyrov, F.D. Kodirov, J.B. Safarov, U.M. Amonov, Z.V. Tabarov, Sh. Saidaliev

SELECTIVE PROXIMAL VAGOTOMY AND DUODENOPLASTY IN SURGERY OF ULCEROUS CICATRICIAL DUODENAL STENOSIS

State Institution “Institute of Gastroenterology”

Kadyrov Davronjon Mukhamedjonovich - Doctor of Medical Sciences, Senior Researcher, Head of the Laboratory of Gastrointestinal Pathology and Department of Gastrointestinal Surgery at the State Institution “Institute of Gastroenterology”; Phone: +(992) 935279940

Aim. To study the usage of duodenoplasty and traditional drainage surgery in a combination with selective proximal vagotomy for ulcerous cicatricial duodenal stenosis.

Materials and methods. Analysis of the common experience treating 150 patients with ulcerous cicatricial duodenal stenosis, which in addition to selective proximal vagotomy for the restoration of the duodenum passage received duodenoplasty (90 patients) and traditional drainage operation. The age of patients ranged from 16 to 67 years. 31 (20,6%) patients had compensated stenosis, 74 (49,3%) patients had sub-compensated and 45(30,1%) patients had decompensated duodenal stenosis. To find out the requirements for the selective proximal vagotomy, secretory test and examination of the stomach contractile ability with cerukal were conducted.

Results and discussion. Intraoperational revision of the pyloric-duodenal segment allows defining the requirements and type of the pyloric preserving operation. From the position of the gastro-duodenal complex function restoration, duodenoplasty and stomach drainage operations are not equivalent Duodenoplasty restores the normal anatomy of the duodenum and preserves pylorus and creates optimal conditions for full rehabilitation of lost digestive functions.

Conclusion. Selective proximal vagotomy is the most rational approach in a treatment of ulcer disease complicated

by duodenal stenosis, which preserves the function of the pylorus and restores normal morphofunctional relations in the gastro-duodenal complex.

Keywords: duodenal ulcerous disease, ulcerous cicatricial duodenal stenosis, functional results.

Актуальность. Разработка и широкое внедрение в практику органосохраняющих операций с ваготомией при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) явились одной из крупных достижений хирургической гастроэнтерологии во второй половине XX века [1, 6]. Они призваны создать наиболее благоприятные местные условия для скорейшего и надежного заживления язвы ДПК без удаления какой-либо части желудка, дать возможность всей пищеварительной системе функционировать в оптимальных физиологических условиях и тем самым обеспечить пациенту полное выздоровление, быструю медицинскую, социальную и трудовую реабилитацию, так же как и высокое качество жизни [1, 7, 12]. Послеоперационная летальность при использовании СПВ и СПВ с дренирующими операциями составила 0,27%, что почти в 10 раз меньше, чем при резекции желудка, выполненной ранее ведущими хирургами клиники [6, 8]. Примерно в 3 – 4 раза снижена частота функциональных расстройств пищеварительной системы, в 7 – 9 раз частота инвалидизаций. Частота рецидивов язвы составила 5% [6, 7, 10, 13].

Применение современных органосохраняющих операций при ЯБДПК требует полного изменения психологии хирургического мышления: хирург не удаляет орган, как при резекции желудка, а пытается ликвидировать осложнение и улучшить нарушенную его функцию с помощью прецизионной хирургической техники на остающемся в организме органе.

Успех органосохраняющего оперативного вмешательства при язвенном стенозе определяется не только адекватностью СПВ, но и в значительной степени характером вмешательства в пилородуоденальной зоне [11, 12]. Традиционно при стенозе СПВ сочеталась с дренирующими желудок операциями типа пилоропластики по Финнею или гастродуоденостомии по Жабуле [2, 7, 10], отрицательные стороны которых связаны с разрушением или шунтированием пилорического сфинктера. Утрата привратникового «механизма» приводит к нежелательным последствиям, именуемых пострезекционными и постваготомическими синдромами. Поэтому на протяжении всей истории желудочной хирургии не прекращались попытки с помощью оперативной техники сохранить или воссоздать

привратниковый «механизм».

Цель исследования. Изучение результатов применения дуоденопластики и традиционных дренирующих операций в сочетании с СПВ при рубцово-язвенном дуоденостенозе.

Материалы и методы исследования. Анализированы результаты применения органосохраняющих операций с ваготомией у 150 больных с рубцово-язвенным дуоденостенозом в возрасте от 16 до 67 лет. Мужчин было 127 (84,6%), женщин – 23 (15,4%). У 90 больных применена селективная проксимальная ваготомия с дуоденопластикой. Группу сравнения составили 60 больных, у которых применена СПВ в сочетании пилородуоденальными дренирующими операциями (ДО). Кислотопродуцирующая функция желудка изучалась с помощью гистамин-инсулинового теста. Моторно-эвакуаторная функция (МЭФ) желудка, состояние анастомоза, двенадцатиперстной кишки и замыкательной функция привратника изучались рентгенологически, эндоскопически и лабораторно. О степени восстановления функции привратникового «механизма» судили по скорости и типа эвакуации из желудка, интенсивности ДГР, частоте и степени демпинг-синдрома. Диагностика дуоденогастрального рефлюкса проводилась путём определения концентрации желчных кислот в базальной порции желудочного сока. Картина рефлюкс-эзофагита оценивалась эндоскопически.

На основании анализа клинической картины, рентгенологического и эндоскопического исследований у 31 (20,6%) больного выявлен компенсированный стеноз, у 74 (49,3%), субкомпенсированный и у 45 (30,1%) декомпенсированный.

Важным этапом в лечении больных является предоперационная подготовка, которая проводилась с учетом морфологической формы дуоденостеноза и степени компенсации МЭФ желудка. При госпитализации на основании клинической картины заболевания и результатов эндоскопического исследования были выявлены следующие морфологические формы стеноза: язвенно-инфильтративная – у 60 (40%) больных, язвенно-рубцовая – у 62 (41,3%), рубцовая – у 28 (18,7%). Проведение комплексной предоперационной подготовки, включающей противоязвенную терапию, коррекцию водно-электролитных и белково-энергетических нарушений, стимуляцию моторно-эвакуаторной

функции желудка, способствовало ликвидации воспаления, заживлению язвы и улучшению резервных возможностей моторно-эвакуаторной функции желудка. Курс лечения продолжается в течение 15 – 21 дня, что во многих случаях позволяет ликвидировать или значительно уменьшить

воспалительную язвенную инфильтрацию, освободить привратник из инфильтрата. О регрессии воспалительного процесса в пилородуоденальной зоне после лечения свидетельствуют интраоперационные данные, представленные в табл. 1.

С целью определения возможности выпол-

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от морфологической формы стеноза

Группы больных	Язвенно-инфильтративная	Язвенно-рубцовая	Рубцовая
I группа (СПВ+ДП) (n=90)	13 (14,7%)	17 (17,1%)	60 (68,2%)
II группа (СПВ+ДО) (n=60)	12 (20%)	12 (20%)	36 (60%)
Итого (n=150)	25 (16,8%)	29 (18,2%)	96 (65%)

Примечание: %-от общего количества между группами

нения СПВ у больных декомпенсированным стенозом исследовалось сохранение сократительной способности желудка с помощью рентгенопланиметрии с церукалом (метоклопрамид), по результатам которой мы выделяем 4 степени декомпенсации МЭФ желудка.

При декомпенсации I и II степени вполне оправдано применение органосохраняющих операций с СПВ, так как риск развития послеоперационных моторно-эвакуаторных нарушений

минимален; при декомпенсации III степени из-за высокого риска развития постваготомического гастростаза применяли ДП или ДО в изолированном виде. Резекция желудка в равной мере может быть рекомендована при декомпенсации III и IV степени. Однако такой выбор зависит еще от тяжести нарушений гомеостаза.

Характер желудочной секреции определяли аспирационно-титрационным методом с гистамин-инсулиновой пробой (табл. 2).

Таблица 2

Типы кислотопродукции в желудке при РЯДС

Тип кислотопродукции	Группы больных	
	I группа (n= 90)	II группа (n=60)
Гипервагальный	27(30%)	22(36,6%)
Смешанный	63(70%)	38(63,4%)
Гуморальный	-	-

Примечание: %-от общего количество между группами

Практически у всех больных РЯДС выявлена повышенная кислотопродукция в желудке, причем по мере нарастания стадии стеноза агрессивность кислотопродукции повышается. Нормохлоргидрический и гипохлоргидрический типы желудочной секреции не встречались. Согласно результатам секреторных тестов, при вагусном типе желудочной секреции или смешанном типе, когда дебит-час стимулированной кислотопродукции не превышает 35 м экв/час, положительном тесте химической ваготомии с атропином и компенсированном и субкомпенсированном состоянии антродуоденальной кислотонейтрализации показана селективная проксимальная ваготомия. При вагусном типе желудочной секреции мы считаем показанным выполнение селективной проксимальной ваготомии. При гуморальном типе желудочной секреции мы

считали возможным выполнение резекции желудка. Выбор метода операции при смешанном I типе желудочной секреции зависит от преобладания вагусного и гуморального её компонентов: при отчетливой ваготонии и умеренно выраженном гуморальном компоненте (МАО до 35 ммоль/час) считаем возможным применение селективной проксимальной ваготомии, а у гиперсекреторов (МАО более 35 ммоль/час), что встречалось редко, отдавалось предпочтение антрумэктомии в сочетании с селективной ваготомией.

При выборе метода дуоденопластики или дренирующей операции мы придерживались топографо-анатомического принципа. К сожалению, рентгенологическое и эндоскопическое исследование в большинстве случаев не позволяет составить точного представления о локализации, морфоло-

гической формы, протяженности стеноза и его отношении к пилорическому сфинктеру. Только интраоперационная ревизия пилорoduodenального сегмента позволяет окончательно определить возможность выполнения и тип дуоденопластики или дренирующей операции.

Основным условием для выполнения дуоденопластики является невовлеченность привратника в рубцово-язвенный процесс и достаточная ширина (не менее 2 см от привратника) супрастенотического отдела луковицы. По отношению к пилорическому сфинктеру мы выделяем следующие локализации стеноза: пилоростеноз (4,8%), луковичный дуоденостеноз с вовлечением в рубцово-язвенный процесс привратника (19,6%), луковичный дуоденостеноз без вовлечения привратника (34,4%) и залуковичный стеноз (41,2%) (табл. 3).

У 122 (81,3%) больных выявили циркулярный (кисетный) стеноз, а у 28 (18,7%) – протяженный (трубчатый) стеноз. К трубчатым мы относим стенозы, протяженность которых составляет 2 – 4 см и более.

Менее протяженные стенозы не затрудняют технику выполнения дуоденопластики, а техника выполнения пластического вмешательства при более протяженных стенозах имеет свои особен-

ности. Выполнение дуоденопластики возможно в случае расположения проксимальной границы рубцового сужения или стенотической рубцово-язвенной инфильтрации на расстоянии не менее 2 см от привратника. Наиболее благоприятным для дуоденопластики является локализация стеноза на уровне выхода из луковицы и в постбульбарном отделе ДПК. Выбор варианта дуоденопластики зависит от анатомо-топографической ситуации. В табл. 4 представлены варианты дуоденопластики и дренирующих желудок операций в рассматриваемых группах больных.

Всем больным выполнены расширяющие варианты дуоденопластики с применением двухрядных узловых швов. Особое внимание уделяли точной адаптации однородных тканей, а при наложении внутреннего ряда швов использовали рассасывающиеся монофиламентные нити на атравматической игле. Мы считаем нецелесообразным иссечение стенозирующей язвы в виду опасности повреждения элементов гепатoduodenальной связки и поджелудочной железы.

На рис.1 представлены этапы выполнения дуоденопластики при постбульбарном дуоденостенозе.

При бульбарных и постбульбарных стенозах с асимметричной рубцово-язвенной деформаци-

Таблица 3

Распределение больных в зависимости от локализации стеноза

Группы больных	Пилоростеноз	Луковичный дуоденостеноз с вовл. приврат.	Луковичный дуоденостеноз без вовл. приврат.	Залуковичный дуоденостеноз
I группа (СПВ+ДП) (n=90)	-	5	28	57
II группа (СПВ+ДО) (n=60)	7	24	25	4
Итого	7(4,8%)	29 (19,6%)	51 (34,4%)	61 (41,2%)

Примечание: %-от общего количество между группами

Таблица 4

Варианты дуоденопластики и дренирующих желудок операций

Варианты операций и группы больных	ДП типа Финнея	Обратн. вар. Финнея	ДП II тип Финнея	ДП с доз. пилоротом.	ДП симметрич. дивертикулах	Бульбодуоденo-анастомоз	Поперечный ГДА	ГДА по Жабуле	ПП по Финнею
I группа (СПВ+ДП) n=90	60	6	5	5	7	7	-	-	-
II группа (СПВ+ДО) n=60	-	-	-	-	-	-	52	2	6
Итого	60	6	5	5	7	7	52	2	6

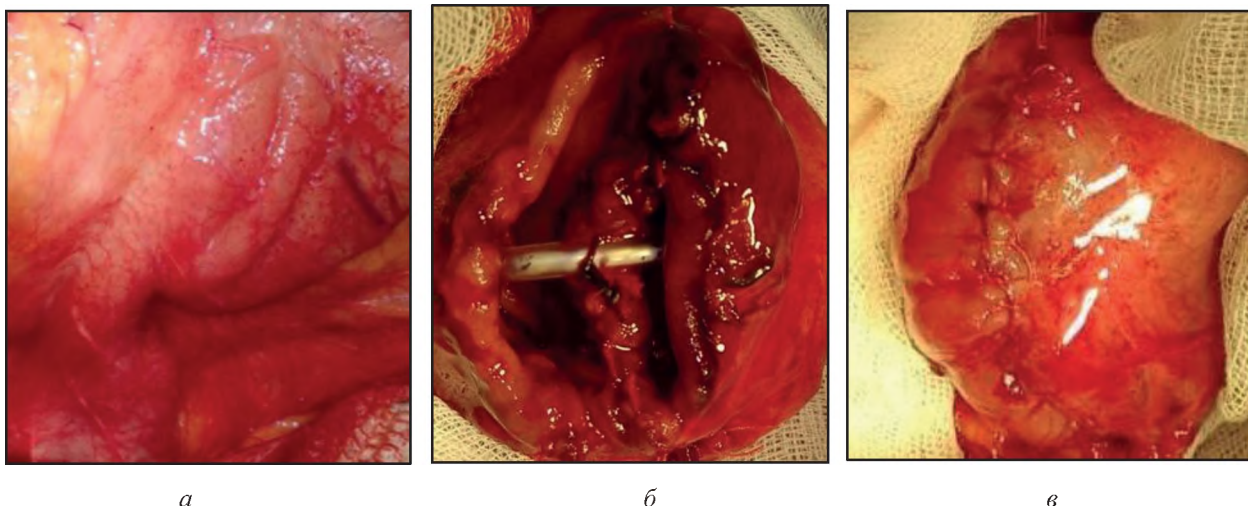


Рисунок 1. Этапы выполнения дуоденопластик при постбульбарном дуоденостенозе:
а. вариант протяженного рубцово-язвенного дуоденостеноза; б. вид подковообразной дуоденотомии;
в. дуоденопластика в завершённом виде.

ей и расположением псевдодивертикула с одной стороны (малой или большой кривизны ДПК) выполнено 70 дуоденопластики типа Финнея в различных вариантах, при симметричной кисетной рубцово-язвенной деформации с двумя псевдодивертикулами со стороны малой и большой кривизны у 7-типа Гейнеке-Микуличу, при луковичном дуоденостенозе с частичным вовлечением привратника у 5 - ДП с дозированной пилоротомией, при постбульбарных кисетных стенозах у 6 выполнена бульбодуоденостомия.

Применение пилорoduоденальных ДО являлось во многом вынужденным вмешательством, когда по топографо-анатомическим и морфологическим критериям не удастся сохранить целостность пилорического сфинктера.

Всем больным интраоперационно производилось назогастральное дренирование и интубацию начальных отделов тощей кишки с целью энтеральной питательной поддержки.

Результаты исследования и их обсуждение.

В раннем послеоперационном периоде отмечены следующие осложнения после СПВ+ДП: кровотечение в брюшную полость (1наблюдение), потребовавшая повторной операции – остановки кровотечения из области мобилизованной левой доли печени; плеврит (1 наблюдение); пневмония (1 наблюдение); моторно-эвакуаторные расстройства желудка (8). После СПВ+ДО наблюдались следующие осложнения: кровотечение в просвет ЖКТ из оставленной язвы ДПК (1 наблюдение), потребовавшее повторной операции – дуоденотомии с прошиванием кровоточащей язвы; моторно-эвакуаторные расстройства желудка (13); тонкокишечная инвагинация вокруг энтерального зонда (1 наблюдение), потребовавшая повторной операции – дезинвагинации.

Как видно из представленных данных, наиболее частым осложнением после СПВ+ДП и СПВ+ДО явилось развитие постваготомического гастростаза, в связи с чем проведен анализ в зависимости от стадии стеноза (табл 5).

Таблица 5

**Частота и тяжесть постваготомического гастростаза после СПВ + ДП и СПВ+ДО
в зависимости от стадии стеноза**

Стадия стеноза	Степень постваготомического гастростаза				Всего ПО гастростаза
	0	I	II	III	
Компенсир. (n=31)	31 (100%)	-	-	-	0
Субкомпенсир. (n=74)	69 (93,2%)	4 (5,5%)	1 (1,3%)	-	5 (6,8%)
Декомпенсир. (n=45)	29 (64,4%)	11 (24,5%)	2 (4,4%)*	3 (6,6%)	16 (35,5%)
Итого	129 (86%)	15 (10%)	3 (2%)	3 (2%)	21 (14%)

Примечание: %-от общего количество между группами

Как видно из данных, представленных в таблице, частота развития послеоперационных моторно-эвакуаторных расстройств желудка после органосохраняющих операций с СПВ зависит от стадии стеноза: при компенсированном стенозе такие расстройства не наблюдались; при субкомпенсированном она составила 6,8%, декомпенсированном – 35,5%. Следует, однако, отметить, что эти расстройства в 15 (10,1%) наблюдениях были I степени и лишь в 6 (4,1%) – II и III степени. Они хорошо поддавались консервативной терапии. Что же касается способа устранения стеноза, то после СПВ+ДП частота послеоперационного гастростаза составила 8,8%, после СПВ+ДО – 21,6%.

Для коррекции моторно-эвакуаторных расстройств II – III степени в ближайшем послеоперационном периоде проводилось консервативное лечение, предусматривавшее продолжение противоязвенной терапии, медикаментозную и электростимуляцию, адекватную декомпрессию желудка, коррекцию водно-электролитных и белковых нарушений. Применение консервативных мероприятий позволило восстановить тонус желудка и удовлетворительную эвакуацию у всех больных через 3 – 4 нед после операции.

В отдаленные сроки (от 1 года до 5 лет) обследовано 70 (77,7%) пациентов после СПВ+ДП и 50 (83,3%) пациентов после СПВ+ДО. Обследование проведено амбулаторно и было комплексным, включавшим рентгенологическое и эндоскопическое исследования, исследование желудочной секреции.

Через 2 недели после операции показатели кислотопродукции снизились: в первой группе БПК – на 82%, СПК – на 76%, во второй группе БПК – на 78%, СПК – на 71%. Частота неполных ваготомий в первой группе составила 5,9%, неадекватных – 1,9%, во второй группе – 6% и 4%.

В более поздних сроках показатели кислотопродукции у больных не имели заметной тенденции к увеличению и через 6 мес. в первой группе БПК была снижена на 80,5%, СПК – на 81% по сравнению с дооперационным уровнем; у больных второй группы: БПК – на 74%, СПК – на 72%. Через 1 год после операции у больных первой и второй группы БПК оказалась сниженной на 78% и 73,5%, СПК – на 71,5% и 69,6% соответственно. В сроках от 3 до 5 лет в первой группе показатели кислотопродукции в желудке не претерпели значительных сдвигов при сравнении их с показателями предыдущего срока наблюдения. Абсолютные показатели кислотообразования в послеоперационном

периоде варьировали в пределах, типичных для здорового человека, с максимумом БПК 3 ммоль/час, СПК – 10 – 12 ммоль/час. Во второй группе в сроках 3 – 5 лет показатели кислотопродукции имели определённую тенденцию к повышению как базальном, так и стимулированном периодах желудочной секреции. Видимо, нарушение моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки после СПВ с ДО способствуют извращению механизма желудочной секреции вследствие частого развития ДГР с последующим развитием щелочного рефлюкс-гастрита.

Эвакуаторную функцию желудка изучали рентгенологически путём дачи стандартного количества сульфата бария. Тип опорожнения желудка также зависит от метода дренирующей операции. Истинное состояние эвакуаторной функции желудка после СПВ+ДО можно достоверно определить в сроки более 12 мес., в течение которых происходит функциональная адаптация анастомоза, желудка и ДПК. После СПВ+ДО в раннем послеоперационном периоде у большинства обследованных отмечался порционно-замедленный тип эвакуации из желудка, а у ряда пациентов отмечалась функциональная задержка эвакуации до 6 – 12 часов, что было связано с исходным нарушением МЭФ желудка вследствие суб- или декомпенсированного стеноза. Результаты рентгенологического изучения моторно-эвакуаторной функции желудка в зависимости от метода дренирующей желудка операции представлены в табл 6.

Таблица 6

Моторно-эвакуаторная функция желудка в зависимости от метода операции

Тип эвакуации	Тип операции	
	СПВ+ДП (п = 70)	СПВ+ДО (п = 50)
Порционно-ритмический	66 (94,4%)	7 (14%)
Порционно-замедленный	2 (2,8%)	5 (10%)
Порционно-ускоренный	2 (2,8%)	29 (58%)
По типу «провала»	—	9 (18%)

Примечание: %-от общего количество между группами

У подавляющего большинства больных (94,2%) после СПВ+ДП регистрирован порционно-ритмический тип эвакуации из желудка, непрерывно-ускоренный – у 2 (2,8%) пациента. Последний был обусловлен неполным восстановлением замыкательной функции привратника.

Эвакуация по порционно-замедленному типу была зарегистрирована у 2 (4%) больных. Она была обусловлена двумя причинами – снижением тонуса и перистальтики желудка, имевшим место ещё до операции вследствие декомпенсированного стеноза, и функциональным дуоденостазом у одного больного и возникшем вновь у другого больного. У пациентов после СПВ+ДО порционно-ритмический тип эвакуации составил 21,3%, порционно-замедленный – 10,7%, порционно-ускоренный – 48,9%, по типу «провала» – 19,1%. Следовательно, разрушение или шунтирование привратника у подавляющего большинства больных способствует ускоренной эвакуации из желудка.

После СПВ+ДО, частота и интенсивность ДГР зависели от вида дренирующей операции и диаметра соустья. Обследование показало, что ГДА по Жабуле и Финне способствует наиболее выраженному нарушению привратникового «механизма». Через 2 – 3 недели после операции ДГР регистрирован у всех оперированных, причем в 91,7% наблюдений он был высокой интенсивности. Через 6–12 мес. частота ДГР составила 91,6%, 3 – 5 лет – 83,5%. Эти данные свидетельствуют о том, что после дренирующих желудок операций барьерный «механизм» привратника практически утрачивается (табл. 7).

После СПВ+ДП через 3 недели частота ДГР

Таблица 7

Частота и интенсивность ДГР в зависимости от метода операции

Метод операции	ДГР и его степень				Всего ДГР
	0	I	II	III	
СПВ+ДП (n=70)	57	9	4	-	13 (16%)
СПВ+ДО (n=50)	9	18	19	4	41 (83,5%)

Примечание: %-от общего количество между группами

составила 82,1%, в том числе ДГР I степени – 17,9%, II степени – 33,9%, III степени – 32,1%. Через 6 – 12 мес. частота ДГР составила 67,3% ДГР I степени регистрирован в 15,2% случаев, II степени – в 35,6%, III степени – в 16,9% случаев. Усиление ДГР в ранние сроки после операции обусловлено комплексом факторов: транзиторным дуоденостазом, парезом пилорического сфинктера и исходными нарушениями МЭФ желудка вследствие суб- и декомпенсированного стеноза.

В сроки до 3 лет ДГР регистрирован в 20% наблюдений в том числе ДГР I степени – 16%, II степени – 4%, III степени – 0. В сроки 5 лет ДГР регистрирован у 16% обследованных, из них ДГР I степени – 12%, II степени – 4%, III степени – 0% обследованных. Уменьшению частоты ДГР способствовало восстановление эвакуаторной функции желудка и ДПК. В этих сроках замыкательная функция привратника полностью восстанавливается у подавляющего большинства больных.

С помощью ЭГДС изучено состояние замыкательной функции привратника и дренирующей желудок операции. В отдаленных сроках после дуоденопластики с сохранением целостности привратника при эндоскопии у 64 (91,4%) больных отмечена состоятельность привратникового «механизма». Что же касается дренирующих операций, при эндоскопии у всех обследованных пациентов отмечено зияние соустья с ДГР различной интенсивности и периодичности.

Результаты эндоскопической оценки слизистой оболочки желудка в зависимости от метода операции представлены в табл. 8.

Как следует из данных, представленных в таблице, после операций, сохраняющих замыкательную функцию привратника, у подавляющего большинства обследованных (88,7%) признаки рефлюкс-гастрита отсутствовали. После операций, шунтирующих или разрушающих привратник, наблюдалась совершенно иная картина: практически

Таблица 8

Частота и распространённость рефлюкс-гастрита в зависимости от метода операции

Метод операции	Рефлюкс-гастрит			
	Отсутствует	очаговый	диффузный	анастомозит
I группа (СПВ+ДП) n=70	68(88,7%)*	6(8,5%)*	2(2,8%)*	-
II группа (СПВ+ДО) n=50	-	39(78%)	11(22%)	17(34%)*

Примечание: %-от общего количество между группами

у всех обследованных наблюдалась картина диффузного (22%) или очагового (78%) рефлюкс-гастрита, а у 1/3 – анастомозита.

После СПВ+ДО, частота демпинг-синдрома составила 12%, в том числе I степени – у 3, II степени – у 3 (табл. 9).

Таблица 9

Частота демпинг-синдрома в зависимости от метода операции

Метод операции	Демпинг-синдром				Всего ДС
	0	I	II	III	
СПВ+ДП (n=70)	70	-	-	-	0
Провокационная проба	67	3	-	-	3 (4,2%)
СПВ+ДО (n=50)	44	3	3	-	6 (12%)
Провокационная проба	38	8	4	-	12 (24%)

Примечание: %-от общего количество между группами

Провокационная проба Фишера с дачей 150 мл концентрированной глюкозы увеличила частоту демпинг-синдрома в два раза. Коррекция демпинг-синдрома осуществлялась с помощью диеты.

После СПВ+ДП демпинг-синдром не наблюдался ни у одного больного. Провокационная проба с концентрированной глюкозой способствовала появлению демпинг-синдрома первой степени лишь у 2 (2,8%) пациентов.

Выводы. Таким образом, СПВ с дуоденопластикой является наиболее рациональной технологией лечения рубцово-язвенных дуоденостенозов бульбарной и постбульбарной локализации, которая восстанавливает нормальные морфофункциональные взаимосвязи в гастродуоденальном комплексе, позволяет значительно снизить число таких функциональных расстройств, как рефлюкс-гастрит, демпинг-синдром и тем самым повышать качество жизни пациентов до популяционной нормы. Пилорусразрушающие и шунтирующие дренирующие желудок операции нарушают функцию привратникового «механизма», что является основной причиной развития функциональных расстройств, нивелирующих положительные результаты СПВ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богопольский П.М. К истории хирургического лечения язвенной болезни / П.М. Богопольский, Н.Н. Крылов, Д.А. Балалыкин., О.В. Бабкин, Д.О. Бабкин // История медицины. - 2015. - Т. 2, № 3. - С. 333-350.
2. Болотов К.С. Результаты органосохраняющих кислоторедуктивных операций при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / К.С. Болотов, О.А. Краснов, В.И. Подолужный, В.В. Павленко, О.В. Оржак // Медицина в Кузбассе. - 2012. - № 2. - С. 53-57.
3. Дидигов М.Т. Способ бульбодуоденопластики при осложненной хронической язве задней стенки ду-

ковицы двенадцатиперстной кишки / М. Т. Дидигов, В. М. Дурлештер, О. Ю. Ключников // Хирургия. – 2014. – № 4. – С. 11-14.

4. Дурлештер В.М. Способ дуоденопластики при декомпенсированном рубцово-язвенном стенозе двенадцатиперстной кишки / В.М. Дурлештер, М.Т. Дидигов // Вестник хирургической гастроэнтерологии. - 2011. - № 4. - С. 66-69.

5. Крылов Н.Н. Перфоративная язва: патоморфоз, коллизии и тренды / Н. Крылов, Д. Винничук // Врач. - 2012. - № 1. - С. 15 - 20.

6. Крылов Н.Н. Вклад клиники факультетской хирургии им. Н.Н. Бурденко 1-го Московского медицинского института им. И.М. Сеченова в разработку органа сберегающих операций с ваготомией для лечения язвенной болезни / Н.Н. Крылов, Е.А. Пятенко // История медицины. - 2016. - Т. 3, № 4. - С. 412-425.

7. Кульчиев А.А. Хирургическое лечение рубцово-язвенного стеноза пилорoduоденального канала / А.А. Кульчиев, А.А. Морозов, С.У. Тедеев, С.М. Галачиев, Д.М. Дзбоев // Вестник хирургической гастроэнтерологии. - 2015. - № 3 - 4. - С. 62-68

8. Курбонов К.М. Органосохраняющие методы операций при перфорации гастродуоденальных язв, сочетающихся пенетрацией и стенозом / К.М. Курбонов, Ф.Ш. Сафаров, М.Г. Хамидов // Вестник Авиценны. - 2010. - №2. - С. 26-29.

9. Лобанков В.М. Язвенная болезнь: концепция лечебной стратегии / В.М. Лобанков // Вестник хирургической гастроэнтерологии. - 2012. - № 3. - С. 41-49.

10. Оноприев В.И. Хирургия язвенной болезни на распутье / В.И. Оноприев, С.Э. Восканян // Кубанский научный медицинский вестник. - 2010. - № 3. - С. 7-16.

11. Репин В.Н. Аспекты диагностики и реконструктивно-восстановительной хирургии функциональных нарушений пищеварительной системы / В.Н. Репин, М.В. Репин., О.С. Гудков., А.С. Ефимушкина, М.С. Артмеладзе, С.Н. Поляков // Пермский медицинский журнал. - 2016. - № 4. - С. 34-42

12. Сайдалиев Ш.Ш. Современные подходы в лечении осложненных гастродуоденальных язв / Ш.Ш.

Сайдалиев, М.М. Мавджудов, Ш.К. Назаров // Здравоохранение Таджикистана. - 2018. - №1. - С. 81-87.

13. Чернов В.Н. Исторические и современные представления о дуоденопластике и ее применении в лечении язвенной болезни / В.Н. Чернов, С.О. Долгарев // Вестник экспериментальной и клинической хирургии - 2011. - Т. 4, № 4. - С. 848-854.

14. Чернов В.Н. Результаты лечения язвенной болезни методом радикальной дуоденопластики / В.Н. Чернов, С.О. Долгарев // Хирургия. - 2013. - № 4. - С. 48-52.

15. Чистохин С.Ю. Клинические и функциональные результаты органосберегающих и экономных операций на желудке с ваготомией / С.Ю. Чистохин, В.Я. Гончар, Блюменкранц, Л.В. Белоцкая, Д.А. Баятакова // Бюллетень ВШЦ СО РАМН. - 2010. - № 3(73). - С. 178-183.

REFERENCES

1. Bogopolskiy P.M. K istorii khirurgicheskogo lecheniya yavzennoy bolezni [To the history of surgical treatment of peptic ulcer]. *Istoriya meditsiny – History of medicine*, 2015, Vol. 2, No. 3, pp. 333-350.

2. Bolotov K. S. Rezultaty organosokhranyayushchikh kislodoreduktivnykh operatsiy pri yavzennoy bolezni dvenadtsatiperstnoy kishki [The results of organ-preserving acid-reducing operations of the duodenal ulcer]. *Meditsina v Kuzbasse – Medicine in Kuzbass*, 2012, No. 2, pp. 53-57.

3. Didigov M. T. Sposob bulboduodenoplastiki pri oslozhennoy khronicheskoy yazve zadney stenki lukovitsy dvenadtsatiperstnoy kishki [Method for bulboduodenoplasty in case of complicated chronic ulcer of the posterior wall of the duodenal bulb]. *Khirurgiya – Surgery*, 2014, No. 4, pp. 11-14.

4. Durlshter V.M. Sposob duodenoplastiki pri de-kompensirovannom rubtsovo-yavzennom stenoze dvenadtsatiperstnoy kishki [Method of duodenoplasty in case of decompensated cicatricial and ulcerative stenosis of the duodenum]. *Vestnik khirurgicheskoy gastroenterologii – Herald of Surgical Gastroenterology*, 2011, No. 4, pp. 66-69.

5. Krylov N. Perforativnaya yazva: patomorfoz, kollizii i trendy [Perforated ulcer: pathomorphism, collisions and trends]. *Vrach – Doctor*, 2012, No. 1, pp. 15 – 20.

6. Krylov N. N. Vklad kliniki fakultetskoй khirurgii im. N.N. Burdenko 1-go Moskovskogo meditsinskogo instituta im. I.M. Sechenova v razrabotku organo sberegayushchikh operatsiy s vagotomiei dlya lecheniya yavzennoy bolezni [The contribution of the Clinic of Surgery named after N.N. Burdenko of the 1st Moscow Medical Institute. named after I.M. Sechenov to the development of organ-preserving operations with vagotomy in the treatment of peptic ulcer]. *Istoriya meditsiny – History of medicine*, 2016, Vol. 3, No. 4, pp. 412-425.

7. Kulchiev A. A. Khirurgicheskoe lechenie rubtsovo-yavzennogo stenoza piloroduodenalnogo kanala [Surgical treatment of cicatricial-ulcerative stenosis of the pylo-

roduodenal canal]. *Vestnik khirurgicheskoy gastroenterologii – Herald of Surgical Gastroenterology*, 2015, No. 3-4, pp. 62-68

8. Kurbonov K. M. Organosokhranyayushchie metody operatsiy pri perforatsii gastroduodenalnykh yazv, sochetayushchikhsya penetratsiei i stenozom [Organ-saving methods of operations during perforation of gastroduodenal ulcers, combined with penetration and stenosis]. *Vestnik Avitsenny – Herald of Avicenna*, 2010, No. 2, pp. 26-29.

9. Lobankov V. M. Yavzennaya bolezni: kontseptsiya lechebnoy strategii [Peptic ulcer: a treatment strategy concept]. *Vestnik khirurgicheskoy gastroenterologii – Herald of Surgical Gastroenterology*, 2012, No. 3, pp. 41-49.

10. Onopriev V. I. KKhirurgiya yavzennoy bolezni na raspute [Ulcer Surgery at the crossroads]. *Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy vestnik – Kuban Scientific Medical Herald*, 2010, No. 3, pp. 7-16.

11. Repin V. N. Aspekty diagnostiki i rekonstruktivno-vosstanovitelnoy khirurgii funktsionalnykh narusheniy pishchevaritelnoy sistemy [Aspects of diagnosis and reconstructive surgery of functional disorders of the digestive system]. *Permskiy meditsinskiy zhurnal – Permian medical journal*, 2016, No. 4, pp. 34-42

12. Saydaliyev Sh. Sh. Sovremennye podkhody v lechenii oslozhennykh gastroduodenalnykh yazv [Modern approaches in the treatment of complicated gastroduodenal ulcers]. *Zdravookhranenie Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2018, No. 1, pp. 81-87.

13. Chernov V.N. Istoricheskie i sovremennye predstavleniya o duodenoplastike i ee primeneniі v lechenii yavzennoy bolezni [Historical and modern ideas about duodenoplasty and its use in the treatment of peptic ulcer]. *Vestnik eksperimentalnoy i klinicheskoy khirurgii – Herald of Experimental and Clinical Surgery*, 2011, Vol. 4, No. 4, pp. 848-854.

14. Chernov V. N. Rezultaty lecheniya yavzennoy bolezni metodom radikalnoy duodenoplastiki [The results of the treatment of peptic ulcer by the method of radical duodenoplasty]. *Khirurgiya – Surgery*, 2013, No. 4, pp. 48-52.

15. Chistokhin S. Yu. Klinicheskie i funktsionalnye rezultaty organosberegayushchikh i ekonomnykh operatsiy na zheludke s vagotomiei [Clinical and functional results of organ-saving and preserving operations on the stomach with vagotomy]. *Byulleten Sibirskogo otdeleniya Rossiyskoy akademii meditsinskikh nauk – Bulletin of the Siberian Branch of the Russian Academy of Medical Sciences*, 2010, No. 3 (73), pp. 178-183.

ХУЛОСА

Д.М.Қодиров, Ф.Д.Қодиров, Ч. Б.Сафаров,
У.М.Амонов, З.В.Табаров, Ш.Ш.Сайдалиев

**ВАГОТОМИЯ ВА ДУОДЕНОПЛАСТИКАИ
СЕЛЕКТИВИИ ПРОКСИМАЛИЙ ЗИМ-**

НИ ЧАРРОҲИИ ДУОДЕНОСТЕНОЗИ ХАДШАЙ-ЗАХМӢ

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши натиҷаҳои истифодаи дуоденопластика ва амалиётҳои анъанавии дренажкунанда дар якҷоягӣ бо ВСП ҳангоми дуоденостенози хадшай-захмӣ.

Мавод ва усули таҳқиқот. Таҷрибаи муолиҷаи чарроҳии 150 бемори гирифтори дуоденостенози хадшай-захмӣ чамъбаст карда шуд, ки ба таври иловагӣ ба ВСП барои барқарор кардани гузароии РДА дуоденопластика (дар мавриди 90 бемор) ва амалиёти анъанавии дренажкунанда ба кор бурда шуд. Синни беморон аз 16 то 67 солро ташкил медод. Зимни 31 (20,6%) бемор тангшавии таллоюфшаванда, дар мавриди 74 (49,3%) мариз зерталлоюфшаванда ва дар 45 (30,1%) пациент бошад, таллоюфнашаванда зоҳир карда шуд. Ба мақсади муайян кардани истифодаи ВСП тестҳои тарашшухӣ гузаронида шуд, ҳифзи қобиляти кашишхӯрандагии меъда тавассути гастропланметрия бо серукал таҳқиқ карда шуд.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокима. Муайян кардани имконияти ниҳой ва навъи амалиётҳои ҳифзкунандаи баввобӣ, ки барои дар дохили амалиёт санҷидани сегменти пилородуоденалӣ имконият фароҳам меоварад. Дуоденопластика ва чарроҳи дренажкунандаи меъда аз мавқеи барқарор кардани функсияи комплекси меъдаву рӯдаи дувоздаҳангушта баробар нестанд. Дуоденопластика анатомияи муътадили РДА барқарор намуда, даҳлезии меъдаро ҳифз мекунад, барои солимгардонии пурраи функсияи гумшудаи хозима шароити мусоид фароҳам меорад.

Хулоса. ВСП бо дуоденопластика зимни муолиҷаи бемориҳои захмӣ, ки оризаи дуоденостеноз мебошад, технологияи нисбатан оқилона ба шумор меравад. Он функсияи даҳлезро ҳифз ва робитаи мутақобилаи муътадили морфофункционалиро дар маҷмӯи меъдаву рӯдаи дувоздаҳангушта барқарор менамояд.

Калимаҳои калидӣ: бемории захмӣ рӯдаи дувоздаҳангушта, дуоденостенози хадшай-захмӣ, дуоденопластика, натиҷаҳои функционалӣ.

УДК: 618.3-06; 618.14-005.1-084

А.Ф. Кубиддинов^{1,2}

ХАРАКТЕР ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ГЕМОДИНАМИКИ БОЛЬШОГО КРУГА И КОМПЛЕКС ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У РОДИЛЬНИЦ С ОСТРОЙ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРИ

¹ ГУ «Республиканский научный центр крови» МЗиСЗН РТ

² ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации» УЗ г. Душанбе

Цель исследования. Улучшение результатов диагностики, лечения и снижение материнской смертности родильниц с острой массивной кровопотерей.

Материалы и методы исследования. В зависимости от тяжести состояния родильниц с ОМК, а также для более детального изучения стадийности нарушения гемостаза, гемодинамики, уровня сознания и состояния ЦГ исследуемые родильницы с ОМК (n=210) условно разделены на 2 группы. Контрольную группу составили 30 практически здоровых женщин (ПЗЖ) репродуктивного возраста, которые условно обозначены как 3 группа.

Результаты исследования и их обсуждение. После приезда РТБ с ЛГ в стационар у родильниц с ОМК в ответ на кровопотерю в основном развивается геморрагический шок, который характеризуется тахикардией, артериальной гипотонией, низкими показателями сердечного выброса, ослаблением сократительной способности сердца и глубокими нарушениями гомеостаза. Выявлено снижение показателей сердечного и ударного объема, процесс характеризовался ослаблением сократительной способности сердца и показатели центральной гемодинамики оказывались в субкомпенсированном функциональном состоянии, при этом происходила централизация кровообращения.

Выводы. После проведения инфузионно-трансфузионной терапии на фоне остановленного кровотечения выявленные изменения приобретали тенденцию к обратному развитию, отмечена нормализация сердечного и ударного индексов, общего периферического сопротивления. После проведения КИТ у родильниц с ОМК выявлено, что этот процесс в динамике оказался эффективным.

Ключевые слова: доноров крови, родильниц, острой массивной кровопотерей, центральная гемодинамика.