 Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

Міністерство охорони здоров’я україни

Дніпропетровська державна медична академія

**Закут Самір Рабах**

УДК: 616.342-002.44-271-089

**СЕЛЕКТИВНА ПРОКСИМАЛЬНА ВАГОТОМІЯ З ГАСТРОПЕКСІЄЮ ПРИ СУБКОМПЕНСОВАНИХ ТА ДЕКОМПЕНСОВАНИХ ВИРАЗКОВИХ ПІЛОРОДУОДЕНАЛЬНИХ СТЕНОЗАХ**

14.01.03 – хірургія

АВТОРЕФЕРАТ

дисертації на здобуття наукового ступеня

кандидата медичних наук

Дніпропетровськ - 2009

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Кримському державному медичному університеті ім. С.І. Георгієвського МОЗ України (м. Сімферополь).

**Науковий керівник:** заслужений діяч науки та техніки України**,**

доктор медичних наук, професор

**Жебровський Віктор Вікторович,**

Кримський державний медичний університет

ім. С.І. Георгієвського МОЗ України,

(м. Сімферополь)**,** завідувач кафедри хірургії №1.

**Офіційні опоненти**:заслужений діяч науки та техніки України**,**

доктор медичних наук, професор

**Березницький Яків Соломонович,**

Дніпропетровська державна медична академія

МОЗ України, завідувач кафедри хірургії №1

та хірургії інтернів;

заслужений діяч науки та техніки України**,**

доктор медичних наук, професор

**Грінцов Олександр Григорович,**

Донецький державний медичний університет

ім. М. Горького МОЗ України**,**

завідувач кафедри хірургічних хвороб

стоматологічного факультету.

Захист відбудеться „\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_2009 р. о \_\_\_ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 08.601.01 при Дніпропетровській державній медичній академії МОЗ України (49027, м. Дніпропетровськ, Жовтнева пл.,4).

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Дніпропетровської державної медичної академії МОЗ України (49044, м. Дніпропетровськ, вул. Дзержинського, 9).

Автореферат розісланий „ \_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2009 р.

Вчений секретар

спеціалізованої вченої ради

доктор медичних наук, професор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ю.Ю. Кобеляцький

Загальна характеристика роботи

**Актуальність теми**. Виразкова хвороба (ВХ) шлунка та дванадцятипалої кишки зустрічається у 6-12 % населення (Я.С. Березницький, 2008; В.Ф. Саєнко, 2004; С.В. Сушков, 2006; J.C.Colindres, 2006).

Виразковий пілородуоденальний стеноз (ВПДС) зустрічається у 10-34% хворих на ускладнену форму ВХ (М.М. Велiгоцький, 2006; М.П. Захараш, 2007; М.І. Кузін, 2001; Ю.М. Панцирєв, 2003; В.Ф. Саєнко, 2006; N. Ozalp, 2005).

Питання про вибір оптимального методу лікування даного ускладнення виразкової хвороби до теперішнього часу залишається актуальним (В.Н. Клименко, 2002; М.Н. Окойомов, 2002;). Більшість хірургів надають перевагу органозберігаючим операціям, однак, резекційні методи лікування суб- та декомпенсованих форм пілородуоденального стенозу все ще використовуються. Значна травматичність резекції шлунка потребує тривалої реабілітації пацієнтів та у 25-35% випадків призводить до розвитку хвороб оперованого шлунка (В.Ф. Саєнко, 2003; Б.Ф. Шевченко, 2005; I. Braghetto, 2002). При цьому летальність складає до 3,9-5% ( М.І.Кузін, 2006; J. Batorti, 2001). Покращення ефективності оперативного лікування хворих на ВПДС є важливою актуальною науково-практичною проблемою.

Крім суто техніко-оперативних аспектів проблеми ВПДС критичний аналіз літературних даних виявляє цілий ряд проблем, вивчених недостатньо повно. Це торкається вивчення метаболізму у даної категорії хворих, процесів перекисного окислення ліпідів, білків, характеру імунних дисфункцій, що відображають ступінь травматичності оперативних втручань при ВПДС. Наукова розробка даних питань буде сприяти підвищенню якості при передопераційній підготовці, оптимізації вибору методу операції.

Найбільш важливі оперативно-технічні та клінічні аспекти проблеми застосування органозберігаючих операцій, у тому числі з корекцією форми шлунка, у хворих із суб- та декомпенсованим ВПДС шляхом застосування гастропексії, не отримавши висвітлення у науковій літературі, стали предметом дослідження.

**Зв’язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертація виконана відповідно з планом науково-дослідної роботи кафедри хірургії № 1 у рамках наукової проблеми Кримського державного медичного університету ім. С.І. Георгієвського „Хірургія виразкової хвороби та хвороб оперованого шлунка” (МОЗ України, № державної реєстрації 01964014106, шифр теми 1.121).

**Мета дослідження.** Покращити результати хірургічного лікування суб- та декомпенсованих форм ВПДС шляхом застосування селективної проксимальної ваготомії (СПВ) з гастропексією у поєднанні з дренуючими операціями на підставі сучасних вимог до передопераційної підготовки хворих.

**Завдання дослідження.**

1. Проаналізувати за даними літератури розповсюдженість, стан діагностичної та лікувальної допомоги хворим із суб- та декомпенсованим стенозом.

2. Удосконалити класифікацію виразкового пілородуоденального стенозу на підставі вивчення скарг, анамнезу та додаткових методів дослідження.

3. Вивчити у порівняльному аспекті ефективність передопераційної підготовки хворих на підставі клініко-лабораторних та інструментальних методів досліджень.

4. Розробити алгоритм вибору методу дренуючої операції, що доповнює селективну проксимальну ваготомію з гастропексією, на підставі ефективності проведеної передопераційної підготовки з урахуванням удосконаленої класифікації ВПДС.

5. Дати оцінку травматичності резекції шлунка та селективної проксимальної ваготомії з гастропексією на підставі вивчення показників тканинного пошкодження – медіаторів запального процесу: інтерлейкіну 6 (ІЛ-6), фактору некрозу пухлини (ФНП-α) та С-реактивного білка (СРБ).

6. Оцінити безпосередні і віддалені результати лікування хворих на ВПДС, які перенесли резекцію шлунка або селективну проксимальну ваготомію з гастропексією, що доповнювалась дренуючими операціями.

*Об’єкт дослідження* **–** методи хірургічного лікування суб- та декомпенсованого виразкового пілородуоденального стенозу.

*Предмет дослідження* - селективна проксимальна ваготомія з гастропексією, що доповнювалась дренуючими операціями при виразкових пілородуоденальних стенозах.

*Методи дослідження* - клінічні, рентгенологічні, ендоскопічні, біохімічні, імунологічні та статистичні.

**Наукова новизна отриманих результатів**. Розроблено новий метод операції у хворих із суб- та декомпенсованими формами ВПДС, в основі якого лежить СПВ, гастропексія з дренуючими операціями та максимально повним збереженням воротаря (Патент України № 27181 «Спосіб хірургічного лікування декомпенсованого дуоденального стенозу» UА 11 27181 А61В 17/00. Заявка u2007 04882 від 03.05.2002. Опубліковано 25.10.2007. Бюл. № 17).

На підставі вивчення показників тканинного ушкодження ІЛ-6, ФНП-α та СРБ отримано нові дані щодо порівняльного ступеня травматичності резекції шлунка (РШ) і СПВ з гастропексією та дренуючими операціями.

Розроблено комплекс профілактики ранніх післяопераційних ускладнень, що включає використання сучасних методів антиоксидантної терапії та препаратів імуномоделюючої дії.

**Практичне значення отриманих результатів.** Проведені клінічні, рентгенологічні, біохімічні та імунологічні дослідження, отримані наукові дані дозволили оптимізувати усі етапи лікування хворих із суб- та декомпенсованими формами ВПДС, що знайшло своє відображення у найближчих та віддалених результатах лікування.

Удосконалено клінічну класифікацію ВПДС, яка дозволяє найбільш обґрунтовано визначити показання до оперативного лікування. Визначено та науково обґрунтовано етапи хірургічної тактики у хворих на ВПДС з урахуванням ризику розвитку післяопераційних ускладнень.

Визначено об'єм, терміни та тривалість передопераційної консервативної терапії, а також розроблено програму профілактики перед- та післяопераційних ускладнень.

Теоретичні положення дисертації використовуються у педагогічному процесі кафедр хірургії №1 та № 2 Кримського державного медичного університету ім. С.І. Георгієвського. Практичні рекомендації впроваджено у лікувальний процес хірургічних відділень Кримської республіканської установи «Клінічна лікарня ім. М.О. Семашка» та Центральної районної лікарні Сімферопольського району.

**Особистий внесок здобувача**. Автором особисто проведено інформаційний пошук, клінічні дослідження 185 оперованих хворих, первинна обробка отриманих результатів та написання статей за цими матеріалами. У 65 (35%) пацієнтів був оперуючим хірургом. Автором запропоновано концепцію програми передопераційної підготовки та післяопераційної профілактики ускладнень у даної категорії хворих. Розроблено новий спосіб операції при суб- та декомпенсованому ВПДС, запропоновано клінічну класифікацію.

Участь співавторів у наукових роботах, опублікованих за темою дисертації, полягала у консультативно-технічній допомозі та участі у лікувально-діагностичному процесі.

**Апробація результатів дисертації.** Основні положення та результати дисертації доповідались на науково-практичній конференції з міжнародною участю «Рани, ранова інфекція, ранні післяопераційні ускладнення в абдомінальній та судинній хірургії”, Київ, 14-15 грудня 2006 р.; на науково-практичній конференції з міжнародною участю «Современные диагностические и лечебные технологии в хирургической гастроэнтерологии», присвяченій 110-річчю Є.І. Захарова, Алушта, 25-27 вересня 2007 р.;на науково-практичній конференції «Актуальные вопросы абдоминальной хирургии», Алушта, 29-30 квітня 2008 р.

**Публікації.** За темоюдисертації опубліковано 11 наукових робіт: 8 статей та 2 тези і 1 деклараційний Патент України. Всі - у спеціалізованих виданнях ВАК України.

**Об'єм та структура дисертації.** Дисертація викладена на 178 сторінках друкованого тексту і включає: вступ, огляд літератури, 5 основних розділів, висновки та практичні рекомендації. Робота ілюстрована 37 рисунками та 23 таблицями. Список використаної літератури містить 371 джерело, з яких 263 роботи вітчизняних та 108 - закордонних авторів.

**ОсновниЙ зміст РОБОТИ**

**Матеріали та методи дослідження.** Дисертаційна робота виконана на клінічному матеріалі 185 хворих, оперованих з приводу виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, ускладненої ВПДС. Період дослідження - з 2000 по 2008 рік. Всі операції виконані у клініці хірургії № 1 КДМУ ім. С.І. Георгієвського. Цей клінічний матеріал розділено на 2 групи: основна група - 65 хворих із суб- та декомпенсованим ВПДС, яким в якості основного лікування було виконано СПВ, що доповнювалась дренуючою шлунок операцією у поєднанні з гастропексію. Чоловіків було 44 (67,7%), жінок - 21 (32,7%). Вік хворих коливався від 18 до 70 років.

Група порівняння - 120 хворих, прооперованих з використанням резекційних методів. З них ретроспективно вивчено результати лікування 74 хворих. Чоловіків було 100 (83,4%), жінок - 20 (16,6%), вік хворих коливався від 17 до 74 років.

При госпіталізації проводилось комплексне клінічне обстеження, яке включало ендоскопічне та рентгенологічне дослідження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, визначення кислотопродукуючої функції шлунка та показників нутритивного статусу, водно-електролітного балансу, загальних ліпідів, первинних продуктів перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) та оцінювався ступінь травматичності методу операції у порівняльному аспекті.

Для оцінки ступеня травматичності в якості показників тканинного пошкодження вивчені концентрації СРБ та медіатори прозапального процесу: ІЛ-6 і ФНП-α. Концентрацію ІЛ-6 і ФНП-α визначали методом твердофазного імуноферментного аналізу. Дослідження проводили в обох групах хворих до операції та у терміни 1-3 та 10-12 доба після неї.

**Результати дослідження та їх обговорення**. Тривалість виразкової хвороби у обстежених хворих та еволюція розвитку у них ВПДС склала від декількох місяців до 42 років. Середня тривалість захворювання - 25 років. Більше 5 років на виразкову хворобу страждали 78% хворих. Маса тіла в усіх хворих зменшилася в середньому на 15,4 ± 2,6 кг.

В основній групі перебіг захворювання у 33 хворих (50,7%) поєднувався з розвитком інших ускладнень ВХ – пенетрацією, кровотечею, перфорацією. Із 33 пацієнтів у 8 (12,3%) в анамнезі були дані за кровотечу, зупинену консервативним шляхом, у 2 з яких (3,0%) дане ускладнення спостерігалось двічі, ушивання перфоративной виразки перенесли 12 хворих (18,5%), причому в одного - перфорація виразки відзначалася двічі; у 13 (20,0%) – мала місце пенетрація виразки в голівку підшлункової залози та гепатодуоденальну зв'язку: у 10 з них (15,4%) - в голівку підшлункової залози, а у 3 (4,6%) - в печінково-дуоденальну зв'язку.

В той же час у 95 (79,1%) хворих зі 120 пацієнтів групи порівняння, крім ВПДС, мали місце інші ускладнення: перенесена у минулому перфорація – у 30 (25%) спостережень; кровотеча, зупинена консервативними заходами, - 11 (9,1%) спостережень; а із 54 (45%) хворих з пенетрацією виразки - у 34 (63%) пацієнтів встановлено пенетрацію в голівку підшлункової залози; у 20 (37%) - в гепатодуоденальну зв'язку, жовчний міхур, печінку.

Ендоскопічне дослідження проведено у всіх пацієнтів обох груп. Виявлено, що у 51 пацієнта виразка при госпіталізації була загоєна. Виразку в ділянці цибулини виявлено у 56 обстежених. У 31 пацієнта вона знайдена у місці стенозу, в ділянці бульбарного відділу дванадцятипалої кишки (ДПК). У 48 хворих огляд виразки був ускладнений через локалізацію її за зоною стенозу. Для діагностики H.pylorі використовували інвазивну методику на основі ендоскопічної біопсії з наступним гістологічним дослідженням біоптата слизової оболонки шлунка.

H.pylori виявлена у 142 (88,2%) хворих. За ступенем засіменіння результати дослідження розподілено так: І ступінь – 103 (72,5%) хворих; ІІ ступінь – 23 (16,2%); ІІІ ступінь – 16 (11,3%) хворих. З огляду на загальноприйняту методику комплекс передопераційної підготовки доповнювали антибактеріальними препаратами протягом 7 діб (омепрозол по 40 мг 2 рази на добу + амоксицилін 500 мг 4 рази на добу + кларитроміцин по 500 мг 2 рази на добу).

Рентгенологічне дослідження дозволило детально характеризувати форму і розмір шлунка, визначити ступінь порушення евакуації його вмісту. Спорожнення шлунка при ВПДС у стадії субкомпенсації у 87 (47,8%) хворих відбувалося протягом 24 годин, у стадії декомпенсації у 95 (52,2%) хворих – понад 24 год.

За даними клінічних і біохімічних досліджень виявлено тяжкі розлади водно-електролітного та білкового балансу. Так, рівень калію у плазмі крові становив у середньому 2,93±0,05 ммоль/л, натрію - 140,9±0,51 ммоль/л, хлору - 84,4±0,77 ммоль/л.При госпіталізації у хворих із субкомпенсованою формою ВПДС мало місце зниження вмісту загального білка до 61,14±0,37г/л, кількості альбумінів – до 28,89±0,29 г/л (альбумін-глобуліновий коефіцієнт склав 0,92±0,01). У хворих з декомпенсованою формою було характерним ще більше зниження білково-синтетичної функції печінки з розвитком гіпопротеїнемії у 20 із 26 хворих. Загальний білок був знижений до 58,98 ±1,04 г/л, альбуміни - до 27,51 ±2,47 г/л, альбумін-глобуліновий коефіцієнт - 0,66 ± 0,01.

Дослідження секреції шлунка при суб- і декомпенсованому ВПДС проведені у 52 хворих в основній та у 98 хворих у групі порівняння. Вивчені показники виявили високу активність базальної секреції. Середні величини годинного напруження секреції та дебіт-година вільної соляної кислоти у 2 рази перевищували норму.

Всім хворим основної групи проводилася передопераційна підготовка, спрямована на ерадикацію Helicobacter pylori, корекцію нутритивних та електролітних змін, а також призначалися антисекреторні препарати. Тривалість даної терапії була не менш 2 тижнів.

Ефективність передопераційної підготовки контролювалася шляхом вивчення результатів езофагогастродуоденоскопії (ЕФГДС) із контролем біопсії слизової оболонки шлунка на Helicobacter pylori, а також вивченням показників нутритивного статусу та вмісту основних електролітів

При ЕФГДС в основній групі виявлено, що після проведення противиразкової та антихелікобактерної терапії виразка повністю загоїлася у 33 хворих (50,7%), у 14 пацієнтів (21,5%) виразка зменшувалася та не перевищувала 5 мм у діаметрі до моменту операції, в інших пацієнтів розміри виразки були уточнені інтраопераційно.

При аналізі результатів повторної біопсії слизової оболонки шлунка на H. рylorі через 2 тижні з моменту проведення антихелікобактерної терапії відзначалась повна ерадикація H. pylori у 119 (83,8%) хворих, і у 23 (16,2%) - виявлено засіменіння Helicobacter pylori, з них засіменіння І ступеня - у 18 (12,7%), ІІ ступеня – у 5 (3,5%) хворих.

Показники нутритивного статусу та вміст основних електролітів у плазмі крові після передопераційної підготовки вивчені в 48 пацієнтів основної групи із суб- і декомпенсованим ВПДС (табл.1).

Таблиця 1

**Показники нутритивного статусу та вміст основних електролітів**

**на 14 добу передопераційної підготовки (n= 48)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показники нутритивного статусу | При госпіталізації | На 14 добу |
| Індекс маси тіла (ІМТ) | 16,9±\_0,18 | 17,1±0,16 |
| Коло плеча (ОП), см | 22,6±0,28 | 22,7±0,27 |
| Лімфоцити крові (ЛФ) Х10 в л | 1,2±0,09 | 1,5±0,06\* |
| К+, ммоль/л | 2,93±0,05 | 3,84±0,05\* |
| Na+ ммоль/л | 140,9±0,51 | 139±0,42 |
| Сl- -ммоль/л | 84,4±0,77 | 94,2±0,67\* |

*Примітка:* \* - р<0,01

До 14 доби практично було ліквідовано дефіцит калію, натрію та хлору. Показники індексу маси тіла і кола плеча не зростали, що цілком природно.

У хворих із субкомпенсованою формою ВПДС у процесі передопераційної підготовки показники білкового обміну значно покращились (загальний білок - 70,78 ±0,54 г/л, альбуміни – 33,07 ±0,33 г/л, альбумін-глобуліновий коефіцієнт – 0,81 ± 0,01).

У хворих з декомпенсованою формою ВПДС у ході передопераційної підготовки відзначено достовірне підвищення загального білка до 70,54 ±0,54 г/л, альбумінів - до 34,68 ±2,17.

На підставі клінічних і морфологічних досліджень, результатів передопераційної підготовки та інтраопераційної ревізії, а також з огляду на місце локалізації стенозу та його морфологічні прояви удосконалено класифікацію виразкового пілородуоденального стенозу з метою вибору методу оперативного втручання (рис.1).

Залежно від ефективності консервативної терапії виділено:

- зворотний ВПДС - наявність у хворого незавершеного виразкового запального процесу з набряком та інфільтрацією, які під впливом проведеної сучасної передопераційної комплексної противиразкової терапії купіруються, що призводить до покращення прохідності пілородуоденального каналу. Прохідність наступила у 142 (76,7%) хворих;

- незворотний ВПДС - перевага продуктивних реакцій сполучної тканини, рубцева трансформація стінки пілородуоденального сегменту аж до його практично повної непрохідності без клінічної відповіді на сучасну передопераційну комплексну противиразкову терапію. Незворотний ВПДС спостерігався у 43 (23,2%) хворих.

**Класифікація ВПДС**

**сполучений**

**За ступенем**

**ЗА ЕФЕКТИВНІСТЮ ТЕРАПІЇ**

**ЗА ЛОКАЛІЗАЦІЄЮ**

**ЗА АНАТОМІЧНОЮ ЛОКАЛІЗАЦІЄЮ**

**ЗА МОРФОЛОГІЄЮ**

**Кровотеча**

**Пенетрація**

**Перфорація**

**Що формується**

**Компенсований**

**Декомпенсований**

**Зворотний процес**

**Незворотний процес**

**На задній стінці**

**На нижній стінці**

**Циркулярно**

**Біля воротаря**

**Цибулина ДПК**

**За цибулиною**

**Рубцевий**

**Запальний**

**Поєднаний**

**Субкомпенсований**

**На передньої стінці**

**На передній стінці**

Рис.1. Класифікація виразкового пілородуоденального стенозу

Залежно від морфологічного стану зони стенозу вони розподіляються:

- рубцева форма - виразка відсутня, а порушення евакуації зумовлене рубцевим звуженням пілородуоденального відділу. Ця форма спостерігалася в основній групі у 39 (60%) хворих, у групі порівняння - у 48 (40%) хворих;

- інфільтративно-запальна форма - стеноз характеризується запальним інфільтратом і набряком навколо виразки, що звужує просвіт пілоричного каналу та викликає порушення евакуації із шлунка. Ця форма спостерігалася в основній групі у 6 (9,2%) хворих, у групі порівняння – у 29 (24,2%) хворих;

- поєднана форма - морфологічні зміни рубцево-виразкового стенозу зумовлені також виразкою із запальними змінами тканин навколо неї, але вже на тлі вираженої рубцевої деформації вихідного відділу шлунка, ця форма спостерігалася у 20 (30,8%) хворих основної групи та у 43 (35,8%) - у групі порівняння.

В залежності від анатомічної локалізації стенозу по відношенню до ДПК:

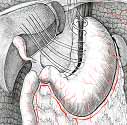
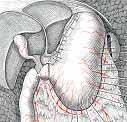
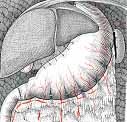
- навколоворотаревий стеноз (у 39 хворих) - це стеноз, що розташовується на 0,5 см проксимально або дистально від воротаря;

- стеноз тіла цибулини ДПК (у 119 хворих). Тіло цибулини займає відстань від цибулини до постбульбарного відділу, досягаючи в нормі 2,5- 3,5 см;

- стеноз постбульбарного відділу - у 27 хворих (локалізується за цибулиною до низхідного відділу ДПК, у нормі він 3,5-4,5 см).

На підставі аналізу клінічних, рентгенологічних, ендоскопічних досліджень, корекції електролітних порушень і білка приймалося рішення про доцільність виконання селективної проксимальної ваготомії, а з метою покращення моторно-евакуаторної функції шлунка та усунення гастроптозу у доповнення до СПВ запропоновано гастропексію.

Суть методу полягає в наступному: після виконання СПВ десерозовану ділянку малої кривизни шлунка ушивали Z-швами, зменшуючи її довжину (рис.2 а), б), в)).

а) б) в)

Рис.2. Етапи операції: а) гофрування малої кривизни, підшивання її до печінково-шлункової зв'язки біля печінки; б) гофрування великої кривизни та підшивання фундоплікаційної манжети до вінцевої зв'язки печінки;

в) остаточний вид операції

Виконували езофагофундоплікацію з наступною її фіксацією до задньої поверхні лівої вінцевої зв'язки печінки в проекції правого краю стравоходу. Малу кривизну пришивають до малого чепця в місці його кріплення до печінки. Протягом від коротких шлункових артерій до проксимального кордону антрального відділу велика кривизна прошивається гофрованими швами по передній та задній стінках, зменшуючи її довжину.

За запропонованим способом оперовано 65 хворих: із субкомпенсованим стенозом - 30 (46,2%), з декомпенсованим - 35 (53,8%). Жінок було 21, чоловіків - 44 (табл.2).

Таблиця 2

**СПВ із гастропексією та дренуючою операцією**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дренуючі операції | Субкомпенсований стеноз | | Декомпенсований стеноз | Всього | | |
| Абс. | % | |
| Пілорозберігаючі операції | | | | | | |
| Дуоденопластика за T. Kennedy | 5 | | 11 | 16 | 24,6 | |
| Циркулярна дуоденальна резекція | 5 | | 6 | 11 | 17,0 | |
| Дуоденопластика за В.І Онопрієвим | 5 | | 1 | 6 | 9,3 | |
| Геміпілоректомія | 4 | | 3 | 7 | 10,7 | |
| Пілороруйнуючі операції | | | | | | |
| Пілоропластика за Фінеєм | 2 | 3 | | 5 | | 7,7 |
| Резекційні операції | | | | | | |
| Пілородуоденальна резекція | 7 | 6 | | 13 | | 20,0 | |
| Антродуоденальна резекція | 2 | 5 | | 7 | | 10,7 | |
| Загальна кількість | 30 | 35 | | 65 | | 100 | |

У всіх прооперованих хворих спостерігалася атонія шлунка через його тривале перебування в розтягнутому стані. СПВ із гастропексією у всіх випадках доповнювалася дренуючими операціями. Вибір дренуючої операції залежав від місця локалізації стенозу, наявності або відсутності запальної інфільтрації. Пілорозберігаючі операції виконано у 40, пілороруйнуючі - у 5, резекцію - у 20 хворих.

Дуоденопластику за T. Kennedy виконано 16 хворим за наступними показаннями: відсутність або мінімальна вираженість запальних змін в ділянці стенозуючої виразки, розташування її на передній або передньо-верхній стінці. Локалізація стенозу не менш 1см від воротаря. Така мінімальна відстань необхідна для технічного виконання операції.

У 6 хворих з низьким післябульбарним стенозом було виконано дуоденопластику за В.І. Онопрієвим.

Циркулярна дуоденальна резекція із збереженням пілоричного жому виконана 11 хворим при наявності виразки на задній стінці або пенетрації з мінімальною запальною зміною в зоні стенозу.

Геміпілоректомію виконано 7 хворим при наявності виразкового стенозу, що втягує край воротаря.

Пілородуоденальна резекція виконувалася при наявності виразкових змін в ділянці воротаря, так як його збереження неможливе. При наявності виражених запальних змін в ділянці воротаря з поширенням процесу вище нього виконували антродуоденальну резекцію.

Інтраопераційні ускладнення виникли у 11 (6,0%) оперованих: в основній групі - у 2 (3%) випадках, а у групі порівняння - у 9 (7,5%) випадках.

Ранні післяопераційні ускладнення, що виникли в обох групах, розподілено на гастральні, екстрагастральні та респіраторні. Після СПВ за запропонованою методикою ускладнення виникли у 10 випадках, що склало 15,3%, а після резекції шлунка - у 29 випадках, що склало 24,1%. Незважаючи на приблизно однаковий відсоток ускладнень, за вагомістю та характером вони незрівняні. Ускладнення після резекції шлунка у двох випадках стали причиною летального наслідку (табл.3).

Таблиця 3

**Ранні післяопераційні ускладнення у порівняльному аспекті**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Ускладнення ваготомії*** | СПВ  з гастропексією | Резекція шлунка |
| I Гастроінтестинальні: |
| Кровотеча із лінії анастомозу | - | 1 |
| Гастростаз (функційний) | 1 | 1 |
| Гастростаз (анастомозит) | 2 | 3 |
| Діарея | 1 | 2 |
| Неспроможність швів анастомозу |  | 1 |
| Неспроможність швів кукси ДПК | - | 1 |
| Всього | 4 (4,6%) | 9(7,5%) |
| II Екстрагастральні**:** |  |  |
| Рання злукова кишкова непрохідність | 1 | 1 |
| Післяопераційний панкреатит | 1 | 2 |
| Кровотеча в черевну порожнину | - | 1 |
| Жовчовий перитоніт | - | 1 |
| Внутрішньочеревні абсцеси | 1 | 2 |
| Нагноєння післяопераційної рани | 1 | 3 |
| Гематома | - | 2 |
| Інфільтрати | - | 2 |
| Тромбофлебіти | 1 | 2 |
| Всього | 5(7,7%) | 16 (13,3%) |
| III Респіраторні**:** |  |  |
| Гостра пневмонія | 1 | 2 |
| Гострий бронхіт | - | 1 |
| Плеврит | 1 | 1 |
| Всього | 2 (3,0%) | 4 (3,3%) |
| Сумарно | 10 (15,3%) | 29 (24,1 %) |

Моторно-евакуаторна функція шлунка у післяопераційному періоді вивчена рентгеноконтрастним методом у 53 хворих в основній групі та у 47 - у групі порівняння.

На 10-12 добу після операції скорочувальна функція шлунка відновилася вже в ранньому післяопераційному періоді, нормальна евакуація барієвої суміші зі шлунка зафіксована у 19 (35,8%) пацієнтів основної групи та у 24 (51,0%) – у групі порівняння. Уповільнена евакуація виявлена у 34 (64,2%) пацієнтів основної групи і у 23 (49,0%) - групи порівняння. Виражені функціональні порушення евакуації зі шлунка виявлені у 3,0% та у 5,4% хворих групи порівняння. Евакуація барієвої суміші у хворих в обох групах не перевищувала 12 годин.

За даними рентгенологічного дослідження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, зробленого у віддалені терміни після операції, незалежно від вихідної стадії стенозу практично у всіх випадках відзначалася нормалізація розмірів, форми, тонусу та перистальтики шлунка. Своєчасна, ритмічна, порційна евакуація вмісту шлунка спостерігалась у 49 хворих, прискорена – у 2, і у 2 хворих мав місце гастростаз у зв'язку з анастомозитом.

Серед різних клінічних проявів у ранньому післяопераційному періоді дисфагія спостерігалася у 5 (7,7%) оперованих. У 7 хворих евакуаторні порушення в ранні терміни після операції мали виражений характер. При аналізі причин порушення евакуації із шлунка відзначено, що гастростаз (протягом 8 і більше діб після операції), що потребував комплексного лікування, спостерігався у 3 хворих в основній групі. Його причинами були анастомозити у 2 (3,0%) і гастростаз функціонального характеру - у 1(1,5%) прооперованого.

В основній групі показники ПОЛ вивчені у 16 хворих із субкомпенсованим стенозом воротаря та у 16 - з декомпенсованим стенозом у хворих у віці від 40 до 45 років із тривалістю виникнення стенозу, що не перевищував 1 місяць. При ВПДС вже до операції мало місце різке зниження загальних ліпідів у плазмі крові (1,94 ± 0,069 мг/мол та 1,82 ± 0,0077мг/мол). Відразу ж після операції вміст загальних ліпідів не змінювався, але вже із другої доби післяопераційного періоду прогресивно збільшувався, становлячи до виписки 3,94 ± 0,03 та 3,40 ± 0,07 мг/мол. У жодного хворого не спостерігали перед випискою зі стаціонару нормальних показників загальних ліпідів.

Зі зміною вмісту загальних ліпідів у плазмі крові корелювали зміни вмісту як первинних, так і вторинних продуктів ПОЛ. У хворих обох форм ВПДС простежувався високий вміст первинних і вторинних продуктів ПОЛ в плазмі крові до операції, а починаючи з 3 доби після операції, відзначалося зниження гідроперекисів у плазмі крові. Аналогічний характер змін простежувався на 5 та 7 добу після операції. Динаміка змін вмісту у плазмі крові вторинних продуктів ПОЛ в основному не змінювалась; проявлялося закономірне зниження Тбк-активних продуктів переоксидації в післяопераційному періоді. Це свідчило про ефективність проведеної антиоксидантної терапії (віт. Є, поліоксідоній). Вміст загальних ліпідів і продуктів ПОЛ в мембранах еритроцитів у хворих з ВПДС до операції та у післяопераційному періоді показав, що зміни здійснювалися в тому ж напрямку, що і у плазмі крові.

Таким чином, у хворих із суб- і декомпенсованими формами ВПДС закономірним є різке зниження загальних ліпідів як у плазмі крові, так і в еритроцитарних мембранах, а також нагромадження в плазмі крові метаболітів - первинних і вторинних продуктів ПОЛ. Під впливом адекватно проведеної операції та проведеної антиоксидантної терапії підвищився рівень загальних ліпідів і знизилась кількість первинних і вторинних продуктів ПОЛ.

При оцінці ступеня травматичності оперативного втручання в якості показників тканинного пошкодження проведено визначення концентрації СРБ та медіаторів запального процесу. Чим більша сумарна травматичність операції, тим більш виражена цитокінова реакція. Вивчення рівня прозапальних цитокінів і білків гострої фази може бути критерієм оцінки факторів ризику ранніх післяопераційних ускладнень.

Всього у порівняльному аспекті показники тканинного пошкодження вивчені у 26 хворих з ВПДС (21 чоловік та 5 жінок). Вік хворих коливався від 32 до 56 років. У 10 пацієнтів виконана РШ та у 16 - СПВ, гастропексія з дренуючими операціями. У 19 хворих спостерігалась субкомпенсована форма ВПДС, у інших пацієнтів - декомпенсована.

При надходженні хворих як із суб-, так і з декомпенсованою формою ВПДС, спостерігалась активація прозапальних цитокинів ІЛ- 6 і ФНП- α. Відразу після операції в обох групах досліджуваних спостерігалось підвищення показників, що відбивають ступінь травматичності. У групі хворих, яким виконано РШ, рівень цитокинів ІЛ- 6 і ФНП- α відразу після операції вірогідно підвищився. Цей феномен свідчив про більш високу травматичність РШ. Ці дані корелювали із клінічними ознаками, які відображали перебіг післяопераційного періоду (температурна реакція, біль в зоні пошкодження). Лабораторні показники ендогенної інтоксикації були мінімальні. До кінця 1 доби після операції відновлювалася перистальтика кишок, що дозволяло починати раннє зондове харчування хворих. Стан хворих після РШ протягом перших 1-2 діб, навіть при не ускладненому перебігу післяопераційного періоду, був більш тяжким, що виражалося інтенсивним больовим синдромом, явищами ендогенної інтоксикації та функціональної непрохідності кишок.

Отримані у ході роботи над дисертацією відомості про концентрацію СРБ і протизапальних цитокинів у крові хворих з ВПДС після СПВ із гастропексією і дренуючою операцією та після РШ свідчать про більш високий ступінь травматичності РШ. Ці дані корелюють із клінічними даними з перебігу раннього післяопераційного періоду, а саме: загальний стан хворого, ступінь прояву ендогенної інтоксикації та функціональної непрохідності кишок.

Віддалені результати оперативного лікування вивчено у 91 хворого: у 54 - після СПВ та у 37- після резекції шлунка (в умовах стаціонару досліджено 55 пацієнтів, а методом анкетування – 36). Вивчення проводилося в терміни від 6 до 12 місяців, від 1 до 3 років і понад 3 роки (табл.4).

Таблиця 4

**Віддалені результати в порівняльному аспекті**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ускладнення** | При СПВ | При резекції |
| Рецидив виразки | 2 | 3 |
| Демпінг-синдром  легкого ступеня  середнього ступеня  тяжкого ступеня | 2  1  -  1 | 5  3  1  1 |
| діарея  легкого ступеня  середнього ступеня  тяжкого ступеня | 2  1  1 | 3  2  -  1 |
| Дуоденогастральний рефлюкс | 0 | 2 |

Оцінка віддалених результатів проводилась за модифікованою класифікацією Vіsіck (1948) (табл.5).

Таблиця 5

**Оцінка віддалених результатів за модифікованою класифікацією Vіsіck (1948)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Результати | СПВ з гастропексією | | Резекція шлунка | |
| Кількість  хворих | % | Кількість  хворих | % |
| Відмінні | 43 | 79,6 | 23 | 62,2 |
| Добрі | 6 | 11,1 | 5 | 13,5 |
| Задовільні | 3 | 5,6 | 4 | 10,8 |
| Погані | 2 | 3,7 | 5 | 13,5 |
| Всього | 54 | 100,0 | 37 | 100,0 |

Відмінні результати операції становили до 79,6% в основній групі та 64,9% - у порівняльній групі: не було ніяких скарг, не дотримувалися дієти, в усіх хворих збільшилася маса тіла на 4-5 кг, тобто вони були практично здоровими.

Добрі результати в першій групі виявлено у 11,1% оперованих, працездатність повністю збережена, дієти не дотримуються. При ретельному дослідженні виявлені незначні функціональні розлади шлунково-кишкового тракту. Демпінг-синдром легкого ступеня, пов'язаний із прийомом молочної або солодкої їжі, встановлено у 1 хворого, явища періодично виникаючої діареї також у 1 оперованого. У двох обстежених відзначали біль в епігастрії при порушенні дієти. Ще у двох періодично з'являлося почуття дискомфорту, що розцінювалося як прояв гастриту. Вказані явища легко корегувалися дієтою та не вимагали медикаментозного лікування. У другій групі відзначалися аналогічні скарги у 5 (13,5%) хворих: демпінг-синдром легкого ступеня - у 3, діарея - 2 обстежених. Таким чином, відмінний і добрий результат отримано після СПВ у 90,7% обстежених, після резекції шлунка - у 75,7 %.

Задовільні результативизнано у 7 обстежених. В основній групі задовільні результати були у 3, а у порівняльній - у 4 обстежених. У даних пацієнтів відзначалися незначно виражені розлади, що вимагало періодичного медикаментозного лікування. Слід зазначити, що у всіх хворих після стаціонарного лікування наступало значне покращення, а потім у терміни від 4 місяців до року знову з'являлися характерні скарги. Змінити місце роботи на більш легку працю був змушений 1 хворий з основної групи і 2 – з групи порівняння.

В основній групі результат операції був розцінений як незадовільний: у 2 пацієнтів діагностовано рецидив виразкової хвороби. У 1 хворого розвинулася тяжка форма діареї, що поєднувалась із демпінг-синдромом. У групі порівняння результати розцінені як погані у 4 хворих, у 3 з яких діагностовано рецидив виразкової хвороби, а у 1 – демпінг-синдром середнього ступеня.

**ВИСНОВКИ**

У дисертації наводиться нове рішення задачі покращення результатів лікування хворих із суб - і декомпенсованими ВПДС шляхом використання сучасних підходів до передопераційної підготовки хворих; удосконаленням методу операції; профілактикою післяопераційних ускладнень.

1. Аналіз літературних даних свідчить, що, незважаючи на успіхи в консервативному лікуванні ВХ, кількість хворих на ВХ, ускладнену стенозом, має тенденцію до збільшення. Достатньо значна кількість хворих (49-59%) підлягає оперативному лікуванню з приводу суб- та декомпенсованого стенозу.

2. Удосконалена класифікація ВПДС є підставою до вибору метода оперативного лікування з урахуванням ефективності консервативного лікування, а також морфо-анатомічних особливостей виразкового процесу, стану моторно-евакуаторної функції шлунка та ДПК, наявністю інших ускладнень виразкової хвороби.

3. Комплексна передопераційна підготовка, спрямована до пригнічення кислотопродукції, ерадикації Н. pylori; усунення запалення та набряку в зоні виразки; покращення моторно-евакуаторної функції шлунка та корекції нутритивних змін дозволяє поширити показання до СПВ із гастропексією і дренуючими операціями у хворих із суб- і декомпенсованим стенозом у 58,5% хворих.

4. На підставі удосконаленої класифікації ВПДС розроблено алгоритм вибору метода дренуючої операції, що дало можливість зберегти функцію воротаря у 61,5 % оперованих хворих, знизити інтраопераційні ускладнення до 3% і виключити летальні наслідки

5. Отримані дані про концентрацію СРБ та прозапальних цитокинів (ФНП-α і ІЛ-6) у крові оперованих хворих із суб- і декомпенсованим стенозом свідчать про більш високий ступінь травматичності резекції шлунка у порівнянні із селективною проксимальною ваготомією у сполученні з гастропексією та дренуючими операціями.

6. Аналіз безпосередніх і віддалених результатів у оперованих хворих із суб- і декомпенсованим стенозом показав перевагу СПВ з гастропексією та дренуючими операціями над резекцією шлунка, що проявилося у досягненні відмінних і гарних результатів лікування у 90,7% порівняно із 75,7% хворих при резекційних методах.

**ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

1. Передопераційна підготовка хворих з пізніми стадіями ВПДС повинна бути індивідуальною, комплексною та патогенетично обґрунтованою, з урахуванням сучасних досягнень гастроентерології та фармакотерапії виразкової хвороби, а також корекцією знайдених у процесі обстеження порушень основних обмінних процесів та імунологічного статусу організму. Зазначену програму лікування доцільно реалізувати в умовах гастроентерологічного стаціонару, а в особливо тяжких випадках - відділенні інтенсивної терапії.

2. Щодо вибору способу та методу оперативного втручання у даного контингенту хворих, необхідно враховувати передопераційні дані езофагогастродуоденоскопії, рентгенологічного дослідження шлунка та дванадцятипалої кишки, вивчення шлункової секреції, шлункової моторики та евакуації і характеру поєднання ускладнень виразкової хвороби, а також морфологічних змін у пілородуоденальній зоні.

3. Можливість виконання пілорозберігаючої операції визначається після проведення ревізії пілородуоденальної зони, що дозволяє оцінити прохідність воротаря, уточнити відстань від воротаря до стенозу, так як мінімальна відстань, необхідна для технічного виконання дуоденопластики, за даними спостережень, повинна бути не менш 1,0 см.

4. Із двох альтернативних методів оперативних втручань, що використовуються з метою лікування хворих із суб- і декомпенсованим ВПДС, перевага повинна надаватися селективній проксимальній ваготомії з гастропексією, доповненою дренуючими операціями або дуоденопластичними втручаннями з максимальним збереженням механізму воротаря та резервуарної функції шлунка, оскільки її перевагою є відносна технічна простота виконання, надійність та менша травматичність.

5. Резекція шлунка зберігає своє значення при ВПДС у сполученні із кровотечею або гігантською виразкою ДПК; при неефективності передопераційної підготовки, а також у тих випадках, коли раніше була виконана органозберігаюча операція.

6. Оперативне лікування хворих на суб- та декомпенсований ВПДС повинне здійснюватися в умовах спеціалізованих стаціонарів хірургічної гастроентерології і виконуватися висококваліфікованою хірургічною бригадою.

**Список опублікованих праць за темою дисертації**

1. Волобуев Н.Н. О выборе способа восстановления желудочно-кишечного пассажа у больных с язвенными пилородуоденальными стенозами в свете непосредственных результатов / Н.Н. Волобуев, Н.В. Воронов, Закут Самир Рабах // Харківська хірургічна школа – 2004. - №3. – С.22-24. (*Автор дисертації особисто виконав обробку матеріалів та методів обстеження та лікування хворих).*
2. Волобуев Н.Н. Ранние послеоперационные осложнения реконструктивной еюногастропластики в хирургии функциональных и сочетанных форм болезней оперированного желудка / Н.Н. Волобуев, Л.В. Голубцова, Закут Самир Рабах // Таврический медико-биологический вестник. -2005. – Т.8. - №4. - С.53-55. *(Пошукувач брав участь в аналізі характеру ранніх післяопераційних ускладнень та написанні присвяченої цьому частині статті).*
3. Волобуев Н.Н. Послеоперационная летальность в хирургии язвенных пилородуоденальных стенозов / Н.Н. Волобуев, Закут Самир Рабах, А.А. Бабанин // Харківська хірургічна школа – 2005. - №2. – С.110- 113. *(Автор особисто проаналізував причини летальних наслідків у хірургії виразкових пілородуоденальних стенозів і зробив висновки, які стали підґрунтям статті).*
4. Волобуев Н.Н. Об оперативно-технических приемах закрытия „трудной культи” двенадцатиперстной кишки в хирургии язвенной болезни / Н.Н.Волобуев, Н.В. Воронов, Закут Самир Рабах // Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения: Труды КГМУ им С.И. Георгиевского.- 2005. – Т.141, ч.5.- С.29-31. *(Здобувач брав участь у аналізі історій хвороб та написанні частини статті).*
5. Волобуев Н.Н. О возможностях расширения селективной проксимальной ваготомии при язвенном пилородуоденальном стенозе в стадии суб- и декомпенсации / Н.Н. Волобуев, Закут Самир Рабах, Н.В. Воронов //Клінічна хірургія. – 2006. - № 4-5. – С.8. *(Дисертант особисто провів статистичну обробку даних історій хвороб та прийняв участь у написанні частини статі, присвяченої профілактиці інтраопераційних ускладнень).*
6. Самир Рабах Закут. Интраоперационные и ранние послеоперационные осложнения в хирургии язвенного пилородуоденального стеноза /Самир Рабах Закут // Клінічна хірургія. – 2006. - №11-12. – С.39.
7. Самир Рабах Закут. Цитохимические показатели нейтрофилов периферической крови больных язвенной болезнью, осложненной суб- и декомпенсированных пилородуоденальным стенозом, при различных методических подходах к оперативному лечению /Самир Рабах Закут // Таврический медико-биологический вестник. – 2007. – Т.10, №4. – С.53-55.
8. Самир Рабах Закут. Селективная проксимальная ваготомия с дуоденопластикой в сочетании с гастропексией у больных с суб- и декомпенсированным язвенным пилородуоденальным стенозом /Самир Рабах Закут, Н.В. Воронов // Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения: Труды КГМУ им С.И. Георгиевского.- 2007. – Т.143, ч.5.- С.227-230. (*Дисертант брав участь в описі і виконанні операцій за методикою гастропексії та аналізі отриманих результатів, безпосередніх та віддалених).*
9. Самир Рабах Закут. Периоперационные и постоперационные осложнения в хирургии суб- и декомпенсированных язвенных пилородуоденальных стенозов /Самир Рабах Закут, Н.Н. Волобуев // Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения: Труды КГМУ им С.И. Георгиевского.- 2008. – Т.144, ч.1.- С.201-204. *(Автор дисертації провів обробку історій хвороб і описав характер інтра- та післяопераційних ускладнень).*
10. Samir Rabah Zakut. The rational approaches to the choice of the operative treatment method in patients with subcompensated and gecompensated ulcerous pyloroduodenal stenosis (UPDS) /Samir Rabah Zakut // Tavrichesky medico-biology news. - 2007. – Т.10, №4. - P.73-75.
11. Патент України на корисну модель № 27181, А61В 17/0. Спосіб хірургічного лікування декомпенсованого дуоденального стенозу /Закут Самір Рабах, Воронов Микола Володимирович. - Заявка u 2007 04882; опубл. 25.10.2007; Бюл №17. (*Брав участь у виконанні понад 90% операцій за запропонованою методикою, виконав їх опис і підготував заявку*).

**АНОТАЦІЯ**

Закут Самір Рабах. Селективна проксимальна ваготомія з гастропексією при субкомпенсованих та декомпенсованих виразкових пілородуоденальних стенозах. - Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.03 - хірургія. -Дніпропетровська державна медична академія, Дніпропетровськ, 2009.

Робота присвячена удосконаленню хірургічного лікування суб- і декомпенсованих форм пілородуоденального стенозу виразкової етіології шляхом розробки методу селективної проксимальної ваготомії з гастропексією, доповненою дренуючими шлунок операціями, а також використанням сучасної передопераційної підготовки. На основі вивчення метаболізму у даної категорії хворих, процесів змін перекисного окислення ліпідів розроблено деференційовану лікувальну тактику з урахуванням ступеня ВПДС і морфологічних особливостей виразкового процесу. У порівняльному аспекті, на основі вивчення маркерів тканинного пошкодження та оцінки безпосередніх і віддалених результатів хірургічного лікування хворих на ускладнений ВПДС, проведено оцінку ступеня травматичності резекції шлунка та СПВ із гастропексією.

Запропоновано концепцію програми передопераційної підготовки хворих із ВПДС, яка включає системну та ентеральну детоксикацію, препарати імуномоделюючої дії, що розширює можливості виконання СПВ та покращує післяопераційні результати і дає змогу запобігти більшості післяопераційних ускладнень. В процесі роботи удосконалена клінічна класифікація ВПДС, яка дозволяє найбільш обґрунтовано визначити показання до оперативного лікування. Розроблено новий спосіб операції, в основі якого лежить СПВ, гастропексія та дренуюча операція із максимально повним збереженням воротаря.

Ключові слова: виразковий суб- і декомпенсований пілородуоденальний стеноз, передопераційна підготовка, селективна проксимальна ваготомія, гастропексія.

**АННОТАЦИЯ**

Закут Самир Рабах. Селективная проксимальная ваготомия с гастропексией при субкомпенсированных и декомпенсированных язвенных пилородуоденальных стенозах. - Рукопись.

Диссертация на соискание научной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03 - хирургия. – Днепропетровская государственная медицинская академия, Днепропетровск, 2009.

Работа посвящена улучшению результатов хирургического лечения суб- и декомпенсированных форм пилородуоденального стеноза язвенной этиологии путем разработки и применения метода селективной проксимальной ваготомии с гастропексией в сочетании с дренирующими операциями, отличающейся наиболее высокими функциональными показателями пищеварения, как в раннем, так и позднем послеоперационном периоде, а также на основе современных подходов к предоперационной подготовке. В работе проведено углубленное изучение метаболизма у данной категории больных, процессов изменений перекисного окисления липидов, разработана дифференцированная лечебная тактика с учетом степени ЯПДС и морфологических особенностей зоны язвенного процесса.

На основании данных изучения морфологической структуры пилородуоденальной зоны и клиники ЯПДС усовершенствована классификация данного осложнения и принципы предоперационной подготовки. Предложен метод операции, в основе которого лежит органосохраняющий принцип, а также коррекция размера желудка и его фиксация. Данный метод способствует улучшению моторно-эвакуаторной функции желудка и устранению гастростаза.

В сравнительном аспекте изучена степень травматичности резекции желудка и предложенного метода путем анализа иммунных дисфункций.

Предоперационная подготовка проводилась на основании углубленного изучения метаболизма. Установлено, что у пациентов с суб- и декомпенсированным стенозом привратника имеет место значительное снижение всех показателей нутритивного статуса, что обусловлено, с одной стороны, нарушением естественного поступления необходимых нутриентов, а с другой - большими потерями воды, электролитов и белка с желудочным соком. Наблюдается патологическая активация ПОЛ с очевидным угнетением активности антиоксидантной системы. В связи с этим для предупреждения осложнений в раннем послеоперационном периоде целесообразно проведение антиоксидантной терапии.

Течение болезни у больных с ЯПДС сопровождается значительной гипоксией на фоне снижения аэробного окисления и роста анаэробного гликолиза. Использование в предоперационном периоде комплексной медикаментозной этиопатогенетически обоснованной, иммунно- модулирующей терапии позволило нормализовать ферментативный дисбаланс и выполнить щадящую органосохраняющую операцию.

Cтепень травматичности операции изучена у 26 больных, 16-ти из которых произведена СПВ с гастропексией и дренирующими операциями, и у 10 - РЖ в модификации Б-2. Группы были сопоставимы по возрасту, полу, массе тела и росту. Для оценки травматичности в качестве маркеров тканевого повреждения определены концентрации СРБ, медиаторов воспалительного процесса - ИЛ-6 и ФНО-α. Исследования проводили до операции, сразу после операции, через сутки, через 2-3 суток после операции и перед выпиской.

Большинство интраоперационных осложнений и осложнений раннего послеоперационного периода следует считать прогнозируемыми. Предложена концепция программы предоперационной и послеоперационной профилактики послеоперационных осложнений у больных, включающая использование современных методов антибактериальной терапии, методов системной и энтеральной детоксикации, а также применения препаратов иммуномоделирующего действия. Разработана клиническая классификация ЯПДС, позволяющая обоснованно определить показания к оперативному лечению; разработан новый способ операции у больных с суб- и декомпенсированным ЯПДС, в основе которого лежит СПВ, гастропексия и дренирующая операция с максимально полным сохранением привратника.

Выбор метода операции при ЯПДС всегда индивидуален и зависит: от морфо-анатомических особенностей язвенного процесса; от показателей желудочной секреции; от состояния моторно-эвакуаторной функции желудка и ДПК; от наличия или отсутствия других осложнений язвенной болезни.

Ключевые слова: язвенный суб- и декомпенсированный пилородуоденальный стеноз, предоперационная подготовка, селективная проксимальная ваготомия, гастропексия.

**ANNOTATION**

Zakout Samir Rabah. Selective proximal vagotomy with gastropexy with subcompensation and decompensation ulcer of pyloroduodenal stenosis.- Manuscript.

Dissertation on the competition of scientific degree of candidate of medical sciences on speciality 14.01.03 - Surgery. - Dnipropetrosk state medical academy, Dnipropetrosk, 2009.

Work was devoted to the improvement of results of surgical treatment of sub- and decompensation forms of pyloroduodenal stenosis of ulcerous etiology by development and application of method of selective proximal-vagotomy with gastropexy and drainage operation of stomach,with application of modern preoperative preparation and rehabilitation of patients in an early post operational period.

To study more deeply on metabolism of patient in this category, the exchange process of lipid peroxide contributed to the development of different treatment tactics corresponding to the stage of ulcer pyloro duodenal stenosis and morphological pecularities of the ulcerative process The principal of preoperational preparation is based on a new classification which was developed from the information obtained from the study of morphological structure of pyloroduodenal area and the clinics of ulcerative pyloro duodenal stenosis Based on the above principles, resection of stomach and selective proximal vagotomy with gastropexy is proposed. This method also have been applied to improve the motor-evacuation function of the stomach and gastrostasis

The usage of modern methods of antibacterial therapy, methods by the systemic and enteral disintoxication, and also applications of preparations of immuno-modulators action; increases the possibilities of using selective proximal vagotomy, and improves post operative results and prevents the post operative complications in works of clinical classification of ulcer pyloro duodenal stenosis ,with grounded to define for operative treatment; the new method of operation was developed at patients with sub- and decompensation ulcer pyloro duodenal stenosis, in basis of which selective proximal vagotomy, gastropexy and drainage operation of stomach lies with the maximally complete saving of pyloric sphincter.

Key words**:** Ulcer with sub-and decompensation pyloroduodenal stenosis, preoperational preparation, with selective proximal vagotomy, gastropeksi.

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ**

|  |  |
| --- | --- |
| ДП | - дуоденопластика |
| ДПК | - дванадцатипала кишка |
| (ЕФГДС) | -Езофагогастродуоденоскопія |
| ІЛ | - інтерлейкін |
| ПОЛ | - перекисне окислення ліпідів |
| РШ | - резекція шлунка |
| СПВ | - селективна проксимальна ваготомія |
| СРБ | - С- реактивний білок |
| ТБК | - тіобарбітурова кислота |
| ФНП-α | - фактор некрозу пухлини |
| ВХ | - виразкова хвороба |
| ВХДПК | - виразкова хвороба дванадцятипалої кишки |
| ВПДС | - виразковий пілородуоденальний стеноз |

1. Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>