2. Диагностика и лечение метаболического синдрома. Российские рекомендации (второй пересмотр) // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2009. – № 8 (6). – Приложение 2.

3. Дильман В. М. Четыре модели медицины. – Л.: Медицина, 1987. – 288 с.

4. Донцов В. И., Крутько В. Н., Подколзин А. А. Фундаментальные механизмы геронпрофилактики. – М.: Биоинформсервис, 2002. – 463 с.

5. Патент на изобретение РФ № 2302198 «Способ определения биологического возраста человека», МПК А61В 5/0476, дата публикации 07.10. 2007.

6. Чернышева Е. Н., Панова Т. Н., Балашов В. И. Изучение взаимосвязи индекса массы тела, артериальной гипертензии, уровня инсулина крови у пациентов с синдромом инсулинорезистентности // Естественные науки. Журнал фундаментальных и прикладных исследований. – Астрахань: изд. АГУ, 2004. – № 8. – С. 102–104.

7. Шабалин В. Н. Руководство по геронтологии: Руководство для системы послевузовского образования врачей. – 2005. – 796 с.

8. Dagenais G. R., Yi Q., Mann J. F., et al. Prognostic impact of body weight and abdominal obesity in women and men with cardiovascular disease // Am. heart. j. – 2005. – V. 149. – P. 54–60.

9. Facchini F. S., Hua N. M., Reaven G. M., Stoohs R. A. Hyperinsulinemia the missing link among oxidative stress and age-related diseases? // Free radical. biol. med. – 2000. – Vol. 29. – P. 1302–1306.

10. Ford E. S., Giles W. H., Dietz W. H. Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: findings from the third national health and nutrition examination survey // Diabetes. – 2002. – № 52 (5). – P. 1210–1214.

11. Pittas A. G., Joseph N. A., Greenberg A. S. Adipocytokines and insulin resistance // J. clin. endocrinol. metab. – 2004. – Vol. 89. – P. 447–452.

12. Weyer C., Funahashi T., Tanaka S., et al. Hypoadiponectinemia in obesity and type 2 diabetes: close association with insulin resistance and hyperinsulinemia // J. clin. endocrinol. metab. – 2001. – № 86. – P. 1930–1935.

Поступила 02.11.2011

В. И. ШАПОШНИКОВ, В. А. АВАКИМЯН, Г. К. КАРИПИДИ

ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет», Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. E-mail: vaavakimyan@yandex.ru, тел. 8 (861) 252-18-88

В работе дан анализ хирургического лечения 1800 больных язвенной болезнью, из которых 258 были повторно оперированы. Наиболее частыми причинами повторных операций были: паллиативные операции, неполные и неадекватные ваготомии, а также малые по объему резекции желудка без ваготомии.

Авторы пришли к выводу, что операциями выбора при лечении осложненной язвенной болезни должны быть радикальные способы лечения: резекция желудка, ваготомия с антрумэктомией и ваготомия с дренирующими желудок операциями. Паллиативные операции должны выполняться только при тяжелых профузных кровотечениях и распространенных гнойных перитонитах.

Ключевые слова: язвенная болезнь, повторные операции.

V. I. SHAPOSHNIKOV, V. A. AVAKIMIAN, G. K. KARIPIDI

SURGICAL RE-OPERATIONS OF PEPTIC ULCER DISEASE

Department of hospital surgery Kuban state medical university, Russia, 350063, Krasnodar, Sedina str. 4. E-mail: vaavakimyan@yandex.ru, tel. 8 (861) 252-18-88

The article presents analysis of surgical treatment of 1800 people with peptic ulcer disease, from which 258 people undergone surgical re-operations. The most frequent causes of these re-operations were: palliative operations; incomplete and inadequate vagotomy; small volume of gastric resection without vagotomy.

The authors concluded that radical methods are optimal for treatment of complicated ulcer disease. There are gastric (stomach) resection, vagotomy with antral ectomy and vagotomy with draining of the stomach. Palliative operations must be carried out only during profuse bleeding and diffuse septic peritonitis.

Key words: peptic ulcer disease, reoperation.

Введение

Несмотря на совершенно необозримое число работ по поводу язвенной болезни, в настоящее время незрела необходимость еще раз вернуться к этой весьма актуальной проблеме.

Все дело в том, что в настоящее время умами практически всех врачей овладела хеликобактерная теория язвенной болезни Маршалла и Уоррена, получивших Нобелевскую премию.

Вместе с тем еще предстоит изучить вопрос об отрицательном влиянии антибиотикотерапии при язвенной

болезни на организм вообще и на микрофлору кишечника в частности (развитие вторичной иммунной недостаточности, дисбактериоза и др.). Несмотря на большое количество противоязвенных препаратов, число больных не уменьшается, а, наоборот, растет. В настоящее время 15% людей в развитых странах в течение жизни страдают язвенной болезнью. Медикаментозная терапия дает малоутешительные результаты. В течение 1 года у леченых больных рецидив язвенной болезни составляет 60–70%, а высеваемость *Helicobacter pylori* достигает исходного уровня уже через 3–6 месяцев.

Повальное увлечение упомянутой теорией привело к тому, что практически отказались от оперативного лечения язвенной болезни в плановом порядке. Количество плановых операций, по данным [2], сократилось за последние 15 лет в 3 раза. Вместе с тем возросло в 2,5 раза число неотложных операций по поводу прободения язвы или кровотечения из неё [3]. Вместе с тем число urgentных осложнений увеличилось в 2,5 раза, во столько же раз увеличилось и число паллиативных операций. Неудивительно, что и число умерших после операции возросло в 3 раза. Возросшее число паллиативных операций повлекло за собой рост числа повторных операций, летальность при которых несравнимо выше, чем после радикальных оперативных вмешательств, выполненных в плановом порядке [4, 9].

Коллективный опыт хирургов [1, 5, 6, 7, 10], занимающихся лечением язвенной болезни, показывает, что летальность после плановых операций редко превышает 1–2%, после urgentных операций по поводу перфоративных язв она составляет 2–8%, а при кровоточащих язвах – 13–15%. Аналогичные цифры летальности получены и после паллиативных операций. Возросшее число летальных исходов после резекции желудка за последние годы имеет двойное происхождение: 1. Резекции желудка стали делать по поводу обострения язвенной болезни, когда хирург сталкивается с пенетрирующими язвами, с большими каллезными язвами, параязвенным отеком; 2. В силу того, что реже стали применяться резекционные способы оперативного пособия, многими хирургами утрачены технические приемы резекции желудка.

Материалы и методы

За 40 лет (с 1970 по 2010 год) в клинике госпитальной хирургии было оперировано 1800 больных по поводу осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Повторно было оперировано 258 пациентов. Методы оперативного пособия были различными и применялись по показаниям: классическая резекция 2/3 желудка, стволовая, селективная и проксимальная селективная ваготомия в сочетании с органосохраняющими и органосберегающими операциями на желудке.

Результаты и их обсуждение

Характер оперативных вмешательств представлен в таблице 1.

Как видно из таблицы 1, резекционные способы лечения язвенной болезни применяются почти в 2,5 раза реже, чем выполняются органосохраняющие операции.

Различные виды ваготомии среди органосберегающих операций применяются менее чем в половине случаев, в то время как паллиативные операции в виде изолированной пилоропластики или так называемой радикальной дуоденопластики применяются более чем в половине случаев (52,6%) или у 947 больных. Хорошо известно, что паллиативные операции дают более 30% рецидивов язвенной болезни [8] и 25% из них требуют повторного вмешательства.

Повторные операции нами были выполнены 258 больным. Причины, приведшие к необходимости повторного оперативного вмешательства по поводу язвенной болезни, представлены в таблице 2.

Как видно из таблицы 2, наибольшее число незаживших и рецидивных язв приходится на такие операции, как зашивание перфоративного отверстия язвы, изолированная дуодено – или пилоропластика, и наименьшее число рецидивов язвы или возникновения пептической язвы анастомоза приходится на более радикальные вмешательства в виде органосохраняющих (пилоропластик и дуоденопластик – 12,4) или органосберегающих операций на желудке в сочетании с различными видами ваготомии (1,5%) и после резекции 2/3 желудка (1,9).

За последние 10 лет число операций в плановом порядке сократилось в 3 раза. Характер операций у повторно оперированных 258 больных по поводу рецидива гастродуоденальных язв представлен в таблице 3.

Как видно из таблицы 3, у 22,1% больных повторные операции носили паллиативный характер: это иссечение язвы при прободении и кровотечениях из неё, изолированные пилоро – и дуоденопластики. Резекция 2/3 желудка была выполнена приблизительно в 1/3 случаев (32,5%). У остальных 46,4%, т. е. практически у половины больных, удалось сохранить весь желудок или большую его часть.

Повторные оперативные вмешательства носили самый разнообразный характер. Выбор метода операции зависел от характера перенесенной ранее операции, патоморфологических изменений в зоне язвы, общего состояния больного и, главным образом, от уровня желудочного кислотовыделения. Желудочную секрецию изучали с помощью усиленного гистаминового теста по Кью (Кю, 1953).

При секреторной недостаточности производили простое иссечение язвы. При нормальном кислотовыделении или при вагусной гиперсекреции считали возможным сохранить весь желудок, прибегая

Таблица 1

Характер первичного оперативного вмешательства у 1800 больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки

Характер первичного оперативного вмешательства	Виды ваготомии			Без ваготомии	Всего
	СтВ	СелВ	СПВ		
Резекция 2/3 желудка				376	376
Антрумэктомия	225	154			379
Дуоденопластика		23	154	228	405
Пилоропластика	104	103	21	59	287
Зашивание перфоративной язвы				201	201
Прошивание кровоточащего сосуда				57	57
Наложение обходного ГЭА	26	43		11	80
Иссечение язвы в плановом порядке				15	15
Итого	355	323	175	947	1800

Причины, приведшие к повторному оперативному вмешательству

Диагноз	Число б-ных	% от 258
Рецидив язвы после её зашивания после прободения	74	28,4
Рецидив после изолированной пилоропластики	33	12,7
Рецидив после изолированной дуоденопластики	76	29,4
Рецидив после ваготомии и дуоденопластики	17	6,5
Рецидивы после ваготомии и пилоропластики	15	5,8
ПЯА после ваготомии и антрумэктомии	4	1,5
ПЯА после резекции 2/3 желудка	5	1,9
ПЯА после наложения обходного ГЭА	8	3,1
ПЯА после обходного ГЭА с ваготомией	7	2,7
Стеноз гастродуодено- или гастроэнтероанастомоза	7	2,7
Диарея после стволовой ваготомии	1	0,4
Демпинг-синдром тяжелой степени	3	1,1
Сочетанные осложнения рецидива язвенной болезни	8	3,8
Итого	258	100,0

Примечание: ПЯА – пептическая язва анастомоза.

Таблица 3

Характер повторных операций при рецидиве язвенной болезни

Характер повторного оперативного вмешательства	Число больных	%%
Резекция 2/3 желудка	84	32,5
Ререзекция желудка	10	3,8
Наддиафрагмальная ваготомия	12	4,6
Ререзекция желудка + поддиафрагмальная ваготомия	6	2,3
Антрумрезекция + селективная ваготомия	34	13,1
Повторная пилоропластика с ваготомией	20	7,7
Редуоденопластика с СПВ	21	8,1
Иссечение язвы в плановом порядке	5	1,9
Повторная пилоропластика без ваготомии	15	5,7
Изолированная редуоденопластика	14	5,3
Повторное иссечение прободной и кровоточащей язвы	27	11,0
Снятие ГЭА+дренирующая операция+ваготомия	4	1,6
Трансформация Бильрот в Бильрот 1	3	1,2
Снятие ГЭА + резекция 2/3 желудка	3	1,2
Всего	258	100,0

к различным видам ваготомии: стволовой, селективной или селективной проксимальной в сочетании с дренирующими желудок операциями. При гиперсекреции в обе фазы пищеварения прибегали к селективной ваготомии и антрумэктомии. При гиперсекреции, обусловленной антральным механизмом, считали возможным и необходимым производить классическую резекцию 2/3 желудка.

После паллиативных операций (191 больной), куда нами отнесены изолированные пилоро- и дуоденопластики, зашивание перфоративного отверстия язвы, наложение обходного ГЭА, повторно оперированы 110 больных, или 57,6%.

Исследование желудочной секреции через две недели после зашивания перфоративной язвы или достижения надежного гемостаза при кровотечении из язвы показало, что у 92% больных имеется гиперсекреция, обусловленная первой фазой пищеварения,

т. е. вагусная. Существенное отличие в продукции кислоты у этих больных по сравнению с лицами, оперированными в плановом порядке, с нашей точки зрения, связано с обострением язвенной болезни. Собственно перфорация язвы и кровотечение из неё и есть, по сути дела, истинное обострение язвенной болезни и связано прежде всего с повышением желудочной секреции.

После различных видов ваготомии в сочетании с пилоро- или дуоденопластикой повторно были оперированы 36 человек, или 14,9% от общего числа повторно оперированных. При анализе причин рецидива язвы у этого контингента больных главными оказались: а) неполная и неадекватная ваготомия, б) неадекватность дренирующей операции, что приводило к недостаточному снижению продукции соляной кислоты, в) гиперпродукция соляной кислоты, как правило, в обе фазы пищеварения.

Наименьшее число рецидивов язвы отмечено после ваготомии в сочетании с антрумэктомией (1,5%) и после резекции 2/3 желудка – 1,9%, и эти данные согласуются с публикациями [5, 6].

Если исключить 56 человек, повторно оперированных в экстренном порядке, то из оставшихся 202 больных, повторно оперированных в плановом порядке, умерло 5 человек, или 2,5%. Из этих 5 больных один погиб от ТЭЛА, второй – от острой сердечной недостаточности, двое – от несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка, еще один больной умер после СПВ в сочетании с сегментарной дуоденопластикой. Все последние трое больных погибли от прогрессирующего перитонита.

Необходимо отметить, что с наибольшими техническими трудностями при выполнении повторных операций хирург сталкивается в тех случаях, когда ранее была выполнена резекция желудка или сегментарная дуоденопластика. В первом случае трудности были связаны с мобилизацией желудка и зоны анастомоза, во втором – с мобилизацией двенадцатиперстной кишки и ушиванием её культи, так как ранее унесенная практически большая часть луковицы двенадцатиперстной кишки резко сокращала расстояние между пилорическим жомом и большим дуоденальным сосочком, что и затрудняет как ушивание культи, так и создание прямого гастродуоденального анастомоза.

Таким образом, опасность использования резекции желудка в неотложной хирургии, связанная с несостоятельностью швов у анемизированных больных и больных с перитонитом, явно преувеличена. Иссечение язвы, гастропластика, пилоропластика или дуоденопластика, как мостовидная, так и сегментарная, тре-

буют наложения швов, которые также могут привести к несостоятельности. Мы согласны с теми хирургами, которые считают, что паллиативная операция должна применяться только в вынужденной ситуации при тяжелых профузных кровотечениях и распространенном гнойном перитоните.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авакимян В. А., Багдасарьян А. С. Патогенез и лечение язвенной болезни. – Краснодар, 2004. – 254 с.
2. Евсеев М. А., Головин Р. А., Ивахов Г. Б. Дистальная резекция желудка в неотложной хирургии гастродуоденальных язв. – М., 2008. – 160 с.
3. Курьегин А. А., Стойко Ю. М., Багненко С. Ф. Неотложная хирургическая гастроэнтерология. – СПб: ВМедА.-Питер, 2001. – 469 с.
4. Майстренко М. А., Мовчан К. Н., Хирургическое лечение язвы двенадцатиперстной кишки. – СПб: «Гиппократ», 2000. – С. 25–36, 51–59, 156–168.
5. Маят В. С., Панцырев Ю. М., Квашнин Ю. К., Гринберг А. А. Резекция желудка и гастрэктомия. – М., 1975. – 380 с.
6. Петров В. П., Бадуров Б. Ш., Хабурзания А. К. Резекция желудка по Ру. – М.: ПИК ВИНТИ, 1998. – 212 с.
7. Русанов А. А. Резекция желудка и чрескожная экстирпация его. – Л.: Медицина, 1962. – 198 с.
8. Чернов В. Н., Чеботарев А. Н., Донсков А. М. Гастроэнтерология. – Ростов-на-Дону, 1997. – 462 с.
9. Черноусов А. Ф., Богопольский П. М., Курбанов Ф. С. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. – М.: «Медицина», 1996. – С. 39–47, 233–242.
10. Юдин С. С. Этюды желудочной хирургии. – М., 1955. – 264 с.

Поступила 29.10.2011

Н. В. ЮДИНА¹, М. В. ПОКРОВСКИЙ², Т. А. ДРОНОВА¹, В. Г. КОЗИЦКАЯ³ Т. О. БОБРОВСКАЯ⁴

КОРРЕКЦИЯ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-КЛИНИЧЕСКАЯ РАБОТА)

¹*Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Курского государственного медицинского университета,
Россия, 305000, г. Курск, ул. К. Маркса, 3;*

²*кафедра фармакологии и фармацевтических дисциплин
Белгородского государственного университета,
Россия, 308015, г. Белгород, ул. Победы, 85;*

³*ГМУ «Курская областная клиническая больница»,
Россия, 305007, г. Курск, ул. Сумская, 45а;*

⁴*НУЗ «Отделенческая больница на станции Курск ОАО «РЖД»,
Россия, 305000, г. Курск, ул. Маяковского, 100. E-mail: natali046@yandex.ru*

В результате проведенных исследований на экспериментальной модели было продемонстрировано, что через десять дней после ежедневного введения N-нитро-L-аргинин-метилового эфира (L-NAME) в дозе 25 мг/кг у самцов белых крыс линии Вистар развиваются нарушение функционирования сосудистого эндотелия, изменение параметров кардиогемодинамики, показателей перекисного окисления липидов (ПОЛ), антиоксидантной системы (АС), уровня С-реактивного белка (СРБ). Эналаприл, лозартан и милдронат в качестве монотерапии, а также в комбинациях, обладая эндотелиопротективным действием, эффективно предотвращали повышение коэффициента эндотелиальной дисфункции (КЭД), снижали артериальное давление, уровень продуктов ПОЛ, СРБ и положительно влияли на результаты проведения функциональных проб при оценке кардиогемодинамики у экспериментальных животных. Наилучшие результаты были получены при использовании комбинации изучаемых препаратов.

Клиническая часть исследования, проведенная на больных с артериальной гипертензией II степени через 2 месяца после применения комбинированной терапии, выявила аналогичные изменения в пробе с реактивной гиперемией (РГ), динамике уровня продуктов ПОЛ, АС, СРБ.