

*На правах рукописи*

**ГАДЖИЕВ Камалутдин Низамутдинович**

**КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ  
ВЫБОРА ОБЪЕМА ЭКСТРЕННОЙ ОПЕРАЦИИ  
ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

Специальность 3.1.9. Хирургия

**АВТОРЕФЕРАТ**  
**диссертации на соискание ученой степени**  
**кандидата медицинских наук**

Астрахань – 2025

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Научный руководитель:**

**Мустафин Роберт Дамерович**, доктор медицинских наук, профессор

**Официальные оппоненты:**

**МАГОМЕДОВ Мухума Магомедович**, доктор медицинских наук, профессор, кафедра хирургии ФПК и ППС с курсом эндоскопической хирургии ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, профессор кафедры

**ПОСТОЛОВ Михаил Петрович**, доктор медицинских наук, кафедра онкологии ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, доцент кафедры

**Ведущая организация:** Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Уфа

Защита состоится «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 года в \_\_\_ часов на заседании совета 21.2.003.01 по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук при ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России (414000, Россия, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России <http://astgmu.ru/>

Автореферат разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 г.

Учёный секретарь  
диссертационного совета  
к.м.н., доцент

Севостьянова Ирина Викторовна

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИССЕРТАЦИИ

**Актуальность темы.** Хирургическое лечение осложненных язв желудка и 12-перстной кишки остается трудной и актуальной задачей современной медицины [В.Т. Ивашкин, 2024; А.Г. Бебуришвили, 2022; А.В. Сажин, 2020; Ш.В. Тимербулатов, 2019; И.И. Затевахин, 2022; Н. Azhari, 2022]. Сочетанные осложнения гастродуоденальных язв встречаются с частотой до 18 % и сопровождаются высокими цифрами послеоперационных осложнений и летальности [А.В. Щеголев, 2022; С.И. Панин, 2024; А. Dadfar, 2020]. Диагностическая и лечебная тактика при таких осложнениях сегодня опирается на общепринятые рекомендации высокого доказательного уровня [С.И. Панин с соавт., 2024]. При этом такое «статусное» оперативное вмешательство, как резекция желудка, даже при осложненных язвах перешла в разряд так называемых «резервных» вмешательств [М.А. Евсеев, 2008; В.А. Марийко, 2019; А.Ф. Черноусов, 2020] и чаще всего выполняется в качестве «операции отчаяния» или по терминологии, употребляемой в онкологии и трансплантологии, в рамках так называемой «спасительной хирургии» (salvage surgery) [И.В. Ребрикова, 2022; С.Э. Восканян, 2020].

Для установления показаний к выбору вида операции, как правило, используются клинические критерии (язвенный анамнез, наличие перитонита и сопутствующей патологии) и интраоперационные данные (размеры и глубина язвенного дефекта и степень деформации пилородуоденального перехода). Из инструментальных критериев, оцениваемых на предоперационном этапе, основными остаются данные фиброгастродуоденоскопии (ФГДС). Роль изучения местного кровотока методом доплерографии до настоящего времени широкого распространения не получила, а работы, посвященные этому исследованию при осложненной язве, единичны [В.Г. Лубянский, 2006; В.Н. Диомидова, 2018]. За последние годы в связи с применением современного

оборудования и инструментария несколько видоизменилась и сама техника выполнения резекции желудка [А.П. Власов, 2020]. Появляется все большее число сторонников миниинвазивных и лапароскопических вариантов данной операции [А.В. Сажин, 2020; В.А. Суворов, 2022; О. Olufajo, 2020]. Вопрос о возвращении резекции желудка в арсенал современной экстренной хирургии становится актуальным не только в отношении выбора показаний к операции, но и в аспекте технического обучения хирургов, занимающихся оказанием экстренной помощи.

### **Степень разработанности темы исследования**

Среди работ по хирургии осложнений язвенной болезни основное место занимают исследования, посвященные прогнозированию исходов осложненных язв [С.И. Панин, 2022; J. Arai, 2021], результатам применения миниинвазивных способов оперативного и эндоскопического лечения [А.В. Сажин, 2020], профилактике язвенных поражений желудка при различной хирургической и нехирургической патологии [В.В. Антонян, 2020], оценке кровоснабжения оперированного желудка и отдаленным функциональным результатам [А.Ф. Черноусов, 2020]. При этом роли и месту резекции желудка при осложненных язвах посвящены единичные исследования [А.П. Власов, 2020; Р.А. Головин, 2009; М.А. Евсеев, 2008].

При значительном количестве исследований, анализирующих возможности ультразвуковых методов исследования, ультразвуковая ангиография и дуплексное сканирование до настоящего времени при острой патологии желудка и 12-перстной кишки широкого распространения не получили [В.П. Диомидова, 2018]. При детальной разработке техники большинства оперативных вмешательств в абдоминальной хирургии ряд технических деталей операции при осложненных «трудных» язвах продолжает оставаться камнем преткновения даже для опытных хирургов [А.П. Власов, 2020, Е. Akin, 2022].

**Цель исследования.** Улучшение результатов хирургического лечения больных осложнениями язвенной болезни путем объективизации показаний к выполнению резекции желудка в условиях неотложной хирургии.

**Задачи исследования:**

1. Проанализировать осложнения и результаты «органосохраняющих» операций и резекций желудка при перфоративной и кровоточащей язве.

2. Оценить возможности ультразвуковой доплерографии (УЗДГ) сосудов гастродуоденального бассейна при планировании объема операции у больных язвенными кровотечениями.

3. Проанализировать технические особенности выполнения резекции желудка в условиях современной экстренной хирургии.

4. Выявить наиболее частые причины отказа от выполнения резекции желудка при формальном наличии показаний к ней.

5. На основе сравнительного анализа результатов резекционных и «органосохраняющих» вмешательств разработать алгоритм выработки показаний к выполнению экстренной резекции желудка.

**Научная новизна**

- На основе комплекса клинико-инструментальных периоперационных критериев сформулирована концепция, рассматривающая резекцию желудка, выполняемую в экстренном порядке при осложнениях язвенной болезни, не в рамках salvage-surgery (или «операции отчаяния»), а в качестве программируемого вмешательства.

- Проанализированы возможности УЗДГ сосудов желудка в качестве дополнительного критерия прогнозирования операционной ситуации.

- Изучены непосредственные и отдаленные результаты отказа от выполнения резекции желудка в условиях неотложной хирургии.

- На основе анализа результатов резекционных и «органосохраняющих» операций объективизирован периоперационный подход к выбору объема оперативного вмешательства при перфоративной и кровоточащей язве желудка и 12-перстной кишки.

- С учетом относительной редкости показаний к выполнению резекции желудка при осложнениях язвенной болезни в условиях современной экстренной хирургии разработан упрощенный алгоритм выбора данной операции, предназначенный для использования хирургами, не обладающими достаточным техническим опытом выполнения этого вмешательства.

### **Теоретическая и практическая значимость работы**

Проанализированы результаты «органосохраняющих» операций и резекций желудка при осложненной язве у 345 больных с оценкой уровня послеоперационных осложнений и летальности. Изучены возможности УЗДГ сосудов гастродуоденального бассейна при планировании объема операции у больных язвенными кровотечениями, продемонстрировано значение выявляемых отклонений от нормальных параметров местного кровообращения для готовности хирургической бригады к принятию решения о необходимости резекционного вмешательства.

Помимо этого, проанализированы технические особенности выполнения резекции желудка в условиях современной экстренной хирургии. Проанализированы основные тактические ошибки, приводящие к отказу от выполнения резекции желудка при формальном наличии показаний к ней, а также результаты вынужденных повторных операций у этой группы пациентов. Разработан алгоритм выбора метода операции, основанный на сочетанной оценке клинко-инструментальных данных, позволяющий объективизировать данный выбор и направленный на улучшение непосредственных и отдаленных результатов экстренных операций при осложненных желудочных и дуоденальных язвах.

## **Методология и методы исследования**

Методологической основой исследования послужило системное использование методов научного познания. Сбор данных и обработка полученных результатов проводились в соответствии с разработанным диссертантом дизайном исследования. В работе были использованы клинические, инструментальные, лабораторные и статистические методы. Исследование соответствует правилам и принципам доказательной медицины.

### **Положения, выносимые на защиту:**

1. Оптимальный выбор объема оперативного вмешательства при прободной и кровоточащей язве желудка и 12-перстной кишки, осуществленный с учетом клинических, инструментальных и интраоперационных данных, способствует снижению уровня тяжелых послеоперационных осложнений.

2. Следует стремиться к переводу резекции желудка из разряда «спасительной хирургии» (salvage surgery) в рамки программируемого вмешательства.

3. Данные УЗДГ в комбинации с ФГДС позволяют на дооперационном этапе прогнозировать необходимость резекционного вмешательства.

4. Наиболее частыми причинами отказа от выполнения резекции при формальном наличии показаний к ней являются распространенный перитонит, гемодинамические нарушения и отсутствие достаточного опыта хирургической бригады.

5. Формализация показаний к резекции желудка при осложненных гастродуоденальных язвах способствует объективизации выбора способа операций и анализа их непосредственных результатов.

### **Степень достоверности и апробация результатов работы**

Достоверность результатов проведенного исследования подтверждается достаточным объемом выполненных исследований, наличием группы сравнения, использованием современных методов статистического анализа.

Материалы диссертации были представлены и обсуждены на Национальной научно-практической конференции с международным участием «Каспий в цифровую эпоху» (Астрахань, 2021), на 102-й Всероссийской научной конференции студентов и молодых ученых (Астрахань, 2021), на VI-й и VII-й Международных научно-практических конференциях Прикаспийских государств «Актуальные вопросы современной медицины» (Астрахань, 2021, 2022). Апробация диссертации проведена на межкафедральной конференции кафедр хирургического профиля ФГБОУ ВО Астраханского ГМУ Минздрава России с участием врачей-хирургов г.Астрахани и области.

#### **Внедрение результатов работы**

Полученные в процессе исследования результаты в форме практических рекомендаций внедрены в работу хирургических отделений ГБУЗ АМОКБ, ЧУЗ «Медико-санитарная часть», ГБУЗ АО «ГКБ № 3 им. С.М. Кирова». Материалы диссертации используются в лекционном материале и на практических занятиях кафедры факультетской хирургии Астраханского ГМУ.

#### **Личный вклад автора**

Автором лично осуществлены сбор клинического материала, статистическая обработка полученных данных, этапы оперативных вмешательств, подготовка научных публикаций.

#### **Связь с планом научных исследований**

Диссертационное исследование осуществлено согласно плану научно-исследовательских работ ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России.

#### **Публикации**

По материалам диссертации опубликовано 7 научных работ, 2 из которых в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК РФ для защиты диссертаций.

#### **Объём и структура диссертации**

Диссертация изложена на 108 страницах, состоит из введения, обзора литературы, главы «Материалы и методы исследования», четырех глав результатов собственных иссле-

дований, заключения, выводов, практических рекомендаций и библиографического указателя.

Список литературы включает 136 источников, из которых 88 работ – отечественных и 48 – иностранных авторов. Работа содержит 17 таблиц, иллюстрирована 21 рисунком и 8 клиническими примерами.

## **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

С 2010 по 2022 гг. нами оперировано 345 пациентов: 223 мужчины и 122 женщины в возрасте от 19 до 83 лет. В связи с язвенным кровотечением оперировано 135 больных, по поводу перфорации – 210 пациентов, из них у 67 человек имелись проявления стеноза выходного отдела желудка либо луковицы 12-перстной кишки.

Критериями включения пациентов в исследование было наличие прободной или кровоточащей язвы желудка или 12-перстной кишки. Критериями исключения стали кровоточащие симптоматические язвы, отказ больного от операции, распространенный перитонит в стадии декомпенсации полиорганной недостаточности, возраст старше 85 лет, подтвержденный рак желудка, отказ больного от участия в исследовании.

Классический «язвенный анамнез» был выявлен у 115 больных с перфорацией и у 69 пациентов с кровотечением, при этом у 60 больных имелась серьезная сопутствующая патология: ишемическая болезнь сердца – у 33 человек, хроническая обструктивная болезнь легких – у 8 больных, цирроз печени – у 6 пациентов, 12 больных находились на хроническом гемодиализе в связи с хронической почечной недостаточностью. 110 человек были госпитализированы в сроки от 6 до 12 часов, 80 – более 24 часов после начала заболевания.

Показания к операции при кровотечении выставляли на основании клинико-эндоскопических данных с использованием классификации Forrest, а также при неэффективности эндоскопического гемостаза. По локализации язвы пациенты были распределены следующим образом: тело желудка – 30,

антральный отдел – 15, пилорический канал – 51, луковица 12-перстной кишки – 139, верхне-горизонтальная часть 12-перстной кишки – 2. У 3 пациентов имелось тотальное и субтотальное поражения луковицы 12-перстной кишки.

Пенетрация язвы выявлена у 47 больных, при этом в 29 случаях язва пенетрировала в головку и тело поджелудочной железы, в 3 эпизодах – в III сегмент печени, в 12 – в печеночно-двенадцатиперстную связку, в 1 – в диафрагму, в 1 – в мышечный слой передней брюшной стенки, в 1 случае – в желудочно-ободочную связку.

В таблице 1 представлены данные о сочетанных осложнениях язвы у оперированных пациентов.

Таблица 1 – Сочетанные осложнения язвы, n = 115 (%)

Вид осложнения	Кровотечение + перфорация	Кровотечение + стеноз	Перфорация + стеноз	Кровотечение + пенетрация	Перфорация + пенетрация
Число пациентов	4 (3,5)	27 (23,5)	37 (32,2)	19 (16,5)	25 (21,7)

Всем больным проведен комплекс исследований в связи с имеющимися протоколами и клиническими рекомендациями.

Помимо общепринятых исследований, у 45 пациентов с остановившимся кровотечением для оценки кровотока в гастродуоденальной и левой желудочной артерии было выполнено УЗДГ вышеназванных сосудов с целью прогнозирования рецидива кровотечения и планирования объема предстоящей операции. Исследование осуществляли на аппарате Logiq (Vivid T8 GA Healthcare) с использованием линейного и конвексного датчиков частотой 3,5–10 МГц в режиме цветного доплеровского картирования.

Операцию считали показанной во всех случаях перфорации язвы, подтвержденной наличием свободного газа на обзорной рентгенограмме, либо (в сомнительных случаях) данными ФГДС. Пациентам с язвенным кровотечением при применении ФГДС выполняли эндоскопический гемостаз. Из 102 пациентов у 55 больных была выполнена аргоноплазменная коагуляция, у 29 человек – клипирование сосуда, у 18 пациентов был применен препарат Гемоблок.

При язвенных кровотечениях в экстренном порядке были оперированы пациенты с кровотечением Ia типа по классификации Forrest и рецидивом кровотечения, возникшем уже в стационаре. В срочном порядке показания к операции выставлялись нами при кровотечении Forrest II a-b при язвах больших размеров и глубины, а также при неэффективном эндоскопическом гемостазе. Виды операций, выполненных при кровоточащих и перфоративных язвах, представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Виды операций в группах больных, n=345 (%)

Осложнения	Количество пациентов	Резекция желудка	«Органосохраняющие» операции
Язвенное кровотечение	135 (39,1)	86 (24,9)	49 (14,2)
Перфорация	210 (60,9)	40 (11,6)	170 (49,3)
Итого:	345 (100)	126 (36,5)	219 (63,5)

Резекция желудка выполнена 126 пациентам, так называемые «органосохраняющие» операции (ушивание перфорации, иссечение язвы, прошивание кровоточащей язвы с упрощенным вариантом селективной желудочной ваготомии в сочетании с гастроэнтероанастомозом) – 219 больным.

Данные о выполненных «органосохраняющих» операциях представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Виды выполненных «органосохраняющих» операций, n=219, (%)

Вид операции	Ушивание перфорации	Ушивание перфорации + ГЭА	Дуоденотомия, прошивание язвы	Дуоденотомия + ГЭА
Число пациентов	61 (27,9)	119 (54,3)	4 (1,8)	35 (16)

В условиях экстренной хирургии при тяжелом состоянии больного, обусловленном большой кровопотерей, перитонитом или декомпенсированной сопутствующей патологией при перфоративной или кровоточащей пилородуоденальной язве, мы отдавали предпочтение не пилородуоденопластике, а «грубому» ушиванию пилоро- или дуоденотомического разреза в продольном направлении с формированием переднего гастроэнтероанастомоза с небольшим брауновским соустьем. У 11 пациентов эта операция была дополнена упрощенным вариантом селективной желудочной ваготомии.

В 6 наблюдениях возникла необходимость выполнения резекции желудка в раннем послеоперационном периоде после «органосохраняющих» операций: в 4 случаях в виду несостоятельности (3 чел.) и кровотечения (1 чел.) после ушивания перфорации, в 1 случае в связи с рецидивом кровотечения после прошивания язвы. 3 пациента были оперированы в связи с кровотечением из язвы анастомоза, которое возникло в отдаленные сроки (от 2 до 9 лет) после ранее выполненных резекций желудка, им выполнена ререзекция желудка по Ру.

Как видно из таблицы, 4 наиболее часто прибегали к выполнению резекции по Гофмейстеру-Финстереру и по Ру. Операции были выполнены из широкого срединного доступа с коррекцией ретракторами М.С. Сигала. При перфорации язвы оценивали возможность и, главным образом, – перспективность ее ушивания. При кровотечении оценивали истинные размеры язвы, наличие пенетрации и возможность

надежного прошивания кровоточащего сосуда. При дуоденальной язве также оценивали необходимость дополнения операции ваготомией и дренирующим вмешательством.

Таблица 4 – Виды резекций желудка при кровоточащих и перфоративных язвах, n=126 (%)

Вид резекции	Вид патологии	
	Кровотечение, n = 87 (69 %)	Перфорация, n = 39 (31 %)
По Гофмейстеру-Финстереру	49 (38,9)	22 (17,5)
По Бальфуру	2 (1,6)	–
По Ру	25 (19,8)	17 (13,5)
По Бильрот-I	9 (7,1)	–
по Финстереру-Пленку	2 (1,6)	–

Помимо общепринятых критериев выбора объема оперативного вмешательства («органосохраняющая» операция либо резекция желудка), у больных с кровотечением учитывали данные доплерографии, а у пациентов, находящихся на лечении гемодиализом, – степень гидратации и кровоточивости тканей. При мобилизации желудка и 12-перстной кишки в 41 случае был использован аппарат Liga Sure, позволяющий практически полностью отказаться от традиционной перевязки сосудов (за исключением ствола левой желудочной артерии), значительно сократить время операции и ряд этапов выполнить практически бескровно (что особенно ценно при выполнении повторных вмешательств, а также у больных с почечной недостаточностью либо портальной гипертензией).

При интраоперационной ревизии перфоративной язвы (особенно – дуоденальной) считали принципиально важным выполнение широкой мобилизации пилородуоденального сегмента с достаточной идентификацией элементов гепатодуоденальной связки. Это позволяло выполнить надежное ушивание перфорации, а также оценить возможность укрытия дуоденальной культи при резекции желудка. Для этой

цели, помимо мобилизации 12-перстной кишки по Кохеру, в 12 случаях нам помогла идентификация общей и собственной печеночной артерий после рассечения брюшины над гепатодуоденальной связкой. В случаях так называемой «трудной культи» 12-перстной кишки, что имело место у 18 пациентов, у 1 из них было использовано превентивное дренирование холедоха, у 1 пациента выполнена резекция по Бальфуру, в 12 случаях применена методика Ру.

При выполнении резекции желудка все препараты отправляли на плановое гистологическое исследование. Все оперативные вмешательства завершали оставлением декомпрессионного зонда в желудке, у 9 больных с распространенным перитонитом выполняли назогастроинтестинальную интубацию.

Все пациенты в послеоперационном периоде получали интенсивное комплексное лечение в отделении реанимации, включающее продленную искусственную вентиляцию легких, инотропную и нутритивную поддержку, антибактериальное и детоксикационное лечение, инфузионную корригирующую терапию, коррекцию метаболизма и сопутствующих патологических синдромов. У всех больных осуществляли динамический клинико-лабораторный мониторинг в связи с имеющимися общепринятыми рекомендациями и стандартами. При отсутствии противопоказаний активизировали пациентов на 3 сутки после операции, пероральное питание начинали после восстановления перистальтики. Дальнейшее лечение проводили в отделении хирургии, где постепенно разрешали расширять режим питания и двигательной активности. При отсутствии осложнений готовили пациентов к выписке в среднем на 12-16 сутки после операции.

Статистическую обработку полученных в ходе исследования количественных данных проводили с помощью программного обеспечения Microsoft Excel 2019 и Statistical Package for Social Sciences (SPSS) версии 26.

Для описания номинальных параметров использовали абсолютные значения и процентные доли. Их сравнения про-

водили при помощи критерия  $\chi^2$  Пирсона, критерия  $\chi^2$  с поправкой Йейтса на непрерывность, точного критерия Фишера. Различия считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Среди 126 пациентов после резекции желудка послеоперационные осложнения III–IV степени по Dindon-Clavier развились у 25 (19,8 %) больных. Несостоятельность культи 12-перстной кишки зарегистрирована у 4 (3,1 %) пациентов. Послеоперационная летальность при экстренной резекции желудка констатирована у 16 (12,8 %) пациентов, в 12 (9,5 %) случаях она была обусловлена клинически значимой сопутствующей патологией. В группе из 219 пациентов, которым были выполнены «органосохраняющие» операции, послеоперационные осложнения III–IV степени зарегистрированы у 45 (20,9 %) больных. Летальный исход наступил в 38 (17,2 %) случаях, причины летальности – нарастание интоксикации на фоне тяжелой хронической патологии. «Классическую» несостоятельность культи 12-перстной кишки с развитием распространенного перитонита мы наблюдали только в 2 случаях, в остальном несостоятельность протекала по типу несформированного желчного свища.

Мы проследили отдаленные результаты у 42 пациентов после резекции желудка и у 38 больных после «органосохраняющих» операций в сроки от 1,5 до 9 лет. Преобладающей патологией после резекции желудка стали гастрит культи желудка (35,7%) и анастомозит (11,9 %). В группе пациентов после «органосохраняющих» операций наиболее часто выявляемым синдромом являлся эрозивный гастрит (31,5%), а при наличии гастроэнтероанастомоза – анастомозит (7,8%). У 3 больных имело место от 2 до 3 эпизодов кровотечения из язвы анастомоза с хорошим эффектом от консервативного лечения. 2 пациента оперированы в связи с рецидивирующим кровотечением из пептической язвы анастомоза, им была выполнена резекция по Ру. В отношении гастроэнтеростомии следует отметить, что данное вмешательство мы предпочли

выполнению сложной дуодено- и пилоропластики в экстренной ситуации при тяжелом состоянии пациентов. У 11 больных эта операция была дополнена упрощенной селективной желудочной ваготомией с сохранением печеночных ветвей блуждающего нерва. При рентгеноскопии желудка, выполненной в отдаленные сроки, у 8 из 12 больных привратник и луковица 12-перстной кишки были значительно деформированы, но контраст проходил 12-перстную кишку. Несмотря на признаки эрозивного гастрита, выявленные при ФГДС, все пациенты чувствовали себя удовлетворительно, 8 из 12 больных получали противоязвенное лечение, а 4 человека такового не получали.

Наряду с анализом ближайших и отдаленных результатов выполненных операций мы изучили и субъективные проблемы, обусловленные отсутствием у хирургов должного опыта выполнения данного вмешательства. Так, в группе из 6 пациентов, перенесших ушивание прободной язвы и прошивание кровотокающего сосуда, возникли осложнения в виде несостоятельности швов 12-перстной кишки. Эти больные были оперированы повторно, выполнена резекция желудка. Проанализировав причины отказа от более радикального вмешательства при первой операции, мы выявили, что в 3 случаях это был перитонит, в 1 эпизоде – геморрагический шок, в 2 наблюдениях – ишемическая болезнь сердца с недавно перенесенным инфарктом миокарда, в 2 случаях – хроническая почечная недостаточность и гемодиализ. При этом определенную роль сыграли и организационные причины: в 4 из 6 случаев больные были оперированы хирургами со стажем менее 10 лет, имевшими личный опыт лишь единичных ассистенций при выполнении резекции желудка. Имевшаяся в 3 случаях недооценка интраоперационной ситуации (глубина язвы с ее пенетрацией в зону гастродуоденальной артерии) привела к выполнению заведомо рискованного простого ушивания язвы. Что касается техники выполненных оперативных вмешательств, следует отметить, что основные этапы операции по смыслу существенных изменений не пре-

терпели, хотя использование дезинтеграторов LigaSure, En Seal и Sony Scission, а также сшивающих аппаратов позволяет несколько упростить технику манипуляций в трудных зонах и тем самым ускорить выполнение вмешательства. Из наиболее часто обсуждавшихся ранее аспектов резекции желудка продолжает привлекать внимание так называемая «трудная дуоденальная культя». Опыт подобных операций сделал нас сторонниками выполнения резекции по Ру, в лечении пациентов с отграниченной несостоятельностью дуоденальной культи мы используем активную аспирацию и препараты группы Соматостатина (Октреотид).

Таблица 5 – Результаты УЗДГ в исследуемых группах

Сосуд и параметр		Группа исследуемых		Значимость различий
		Пациенты (n = 34)	Контроль (n = 20)	
Чревной ствол	Диаметр (мм)	5,5 ± 0,95	5,1 ± 1,1	$\chi^2 = 3,057$ , p = 0,217
	Воб (мл/мин)	790 ± 17,2	620 ± 24,5	$\chi^2 = 7,255$ , p = 0,029
	Индекс резистентности	0,71 ± 0,06	0,68 ± 0,08	$\chi^2 = 0,033$ , p = 0,984
Общая печеночная артерия	Диаметр (мм)	4,5 ± 1,2	3,8 ± 1,4	$\chi^2 = 3,057$ , p = 0,217
	Воб (мл/мин)	350 ± 29,5	295 ± 32,1	$\chi^2 = 6,325$ , p = 0,032
	Индекс резистентности	0,72 ± 0,07	0,70 ± 0,09	$\chi^2 = 3,057$ , p = 0,312

Примечание: \*p = 0,039; \*\*p = 0,044

При кровоточащей язве основой принятия решения об объеме предполагаемой операции остаются клиничко-эндоскопические данные, которые в ряде случаев могут быть дополнены таким неинвазивным и достаточно инфор-

мативным исследованием, как УЗДГ сосудов бассейна чревного ствола. По данным проведенных нами исследований, наиболее информативными критериями при выполнении УЗДГ являются признаки патологических реконструкций в зоне чревного ствола и общей печеночной артерии с наличием турбулентного кровотока. Подобные изменения могут являться свидетельством наличия крупной артериальной ветви непосредственно в самой язве и подводить к мысли о необходимости выполнения резекции желудка.

В наших наблюдениях это положение было подтверждено при выполнении оперативного вмешательства у 7 больных (табл. 5).

С целью объективизации принятия решения и на основании опыта выполнения 98 операций нами был разработан алгоритм выбора методики операции при перфорациях и язвенных кровотечениях, в который вошла оценка как объективных данных, включающих данные интраоперационной ревизии и наличия других осложнений язвенной болезни, так и субъективных критериев, оценивающих комплаентность пациента и опыт оперирующей бригады (табл. 6).

Таблица 6 – Алгоритм принятия решения о выполнении резекции желудка в экстренной ситуации

Критерий	Число баллов
Размеры язвы более 2 см	+1
Пенетрация	+1
Стеноз	+1
Перфорация	+1
Кровотечение	+1
Данные УЗДГ	+1
Осложнения язвы в анамнезе	+1
Опыт бригады	+2
Распространенный перитонит продолжительностью более 24 часов	- 3

При сумме баллов, превышающей 5, либо при наличии более 4 критериев из группы объективных, выполнение резекции желудка считали показанным.

При сумме менее 5 баллов предпочтение в выборе тактики следует отдавать «консервативным» вмешательствам: прошивание язвы в сочетании с гастроэнтероанастомозом и упрощенным вариантом селективной желудочной ваготомии по типу Тейлора.

С целью валидации предложенного алгоритма мы провели его расчет в трех небольших группах пациентов, сопоставимых по исходным данным. Результаты этих вычислений представлены в таблице 7.

Таблица 7 – Значения алгоритма в группах пациентов и течение послеоперационного периода

Число пациентов	Вид операции	Значение алгоритма	Наличие осложнений*	Летальный исход	Релапаротомия	Повторная операция
29	Резекция желудка	$5,5 \pm 1,6$	9	1	1	–
23	«Органо-сохраняющая» операция	$5,6 \pm 1,4$	12**	3	3	2
12	«Органо-сохраняющая» операция	$3,6 \pm 1,8$	5	–	1	–

Примечание: \*Осложнения III–IV степени по Dindon-Clavier; \*\* $p=0,033$

Следует отметить, что в группе пациентов с дуоденальной язвой, которым по ряду субъективных причин резекция

не была выполнена, имело место достоверно большее количество послеоперационных осложнений, 3 из них были оперированы повторно.

Несомненно, данный алгоритм не может служить руководством к действию без учета конкретной клинической ситуации и всех индивидуальных обстоятельств. Однако, учитывая относительную редкость возникновения показаний к резекции желудка в условиях экстренной хирургии, этот алгоритм ориентирован, прежде всего, на использование хирургами, не имеющими достаточного технического опыта выполнения резекционных вмешательств при осложнениях язвенной болезни. В ряде случаев допустима этапная тактика, принятие решения о которой должно осуществляться консилиумом специалистов.

Безусловно, в ситуациях, когда анатомические данные не оставляли оперирующей бригаде шансов для выбора (сочетание пенетрации с перфорацией и кровотечением), проводить какие-либо вычисления считали нецелесообразным, и алгоритм «прерывался». Данный алгоритм позволяет объективизировать принятие решения и в конечном счете рассчитывать на более благоприятное течение послеоперационного периода.

В результате проведенного исследования поставленные задачи были решены.

## **ВЫВОДЫ**

1. При выполнении «органосохраняющих» операций при прободной и кровоточащей язве частота послеоперационных осложнений III–IV степени по Dindon-Clavier составляет 20,9%, а уровень летальности – 17,2%. Уровень осложнений при выполнении резекции желудка в сопоставимых ситуациях составляет 19,8 %, а летальности – 12,8%. Статистические различия между данными группами пациентов получены по количеству релапаротомий: 12,4% в группе «органосохраняющих» вмешательств и 9,2% в группе резекций желудка ( $p < 0,05$ ).

2. В отдаленном послеоперационном периоде после «органосохраняющих» операций наиболее часто выявляемым синдромом является эрозивный гастрит (31,5%), а при наличии гастроэнтероанастомоза – анастомозит (7,8%). После выполнения резекции желудка в сроки от 3 до 9 лет наиболее часто выявляются гастрит культи желудка (35,7%) и анастомозит (11,9%). Достоверные различия получены по количеству пациентов, нуждавшихся в повторных операциях: 12% после «органосохраняющих» вмешательств и 5% после резекций желудка ( $p < 0,05$ ).

3. При выполнении УЗДГ сосудов бассейна чревного ствола выявленное повышение объемной скорости кровотока и выявления турбулентного кровотока у 21 % больных в сочетании с размерами язвы более 2 см может свидетельствовать в пользу необходимости выполнения резекционного вмешательства.

4. Наиболее частыми причинами отказа от выполнения резекции при формальном наличии показаний к ней являются распространенный перитонит (50%), гемодинамические нарушения (50%) и отсутствие достаточного опыта хирургической бригады (67%).

5. Объективизация показаний к резекции желудка при осложненных гастродуоденальных язвах путем применения разработанного нами алгоритма способствует оптимизации выбора способа операций и позволяет рассчитывать на снижение уровня послеоперационных осложнений на 21%. Резекция желудка, выполненная в рамках salvage-surgery («операции отчаяния»), сопровождается достоверно более высоким риском развития послеоперационных осложнений ( $p < 0,05$ ).

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

- При прободной и кровоточащей язве желудка и 12-перстной кишки, если позволяет состояние пациента, в объем предоперационных исследований должна входить УЗДГ сосудов бассейна чревного ствола.

- При наличии большой и глубокой язвы во время оперативного вмешательства целесообразна мобилизация 12-перстной кишки по Кохеру и визуальная идентификация собственной печеночной артерии и холедоха.

- При формальном наличии показаний к резекционному вмешательству у пациента с распространенным перитонитом и нарушениями гемодинамики для выбора метода операции требуется организация консилиума и участие в операции хирурга, владеющего техникой данного вмешательства.

- При наличии противопоказаний к резекции желудка либо при отсутствии достаточного технического опыта оперирующей бригады при осложненной дуоденальной язве в качестве альтернативной операции может быть выполнено ее прошивание (ушивание) с гастроэнтероанастомозом и упрощенным вариантом ваготомии.

- Пороговым значением разработанного нами алгоритма для выбора объема оперативного вмешательства является сумма в 5 баллов. При отсутствии абсолютных противопоказаний у такого пациента должно быть выполнено резекционное вмешательство.

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

1. Гаджиев К. Н., Мустафин Р. Д., Антонян С. В., Молчанова Ю. Р., Малафеев И. А., Антонян А. С. Резекция желудка в условиях экстренной хирургии // Астраханский медицинский журнал. – 2023. – Т. 18, № 4. – С. 19–24.

2. Гаджиев К. Н., Мустафин Р. Д., Кучин Ю. В., Антонян С. В., Малафеев И. А., Ильясов Р. Х., Молчанова Ю. Р. Резекция желудка и органосохраняющие операции при осложнениях язвенной болезни в условиях экстренной хирургии // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2023. – № 18 (3). – С. 242–247.

3. Гаджиев К. Н., Скрижалин В. О., Кирносков П. С. О «взаимоотношениях» плановой и экстренной хирургии язвенной болезни // Вестник хирургической гастроэнтерологии: приложение. – 2015. – С. 37.

4. Гаджиев К. Н., Антонян С. В., Малафеев И. А., Мустафин Р. Д. Резекция желудка в экстренной хирургии // Общероссийский хирургический форум – 2018 с международным участием: сборник материалов (Москва, 03–06 апреля 2018 г.). – М., 2018. – С. 213.

5. Гаджиев К. Н., Ильясов Р. Х., Воробьев С. А., Антонян С. В., Малафеев И. А., Мустафин Р. Д. О тактике хирурга при язвенных кровотечениях «диализных» больных // Общероссийский хирургический форум – 2018 с международным участием: сборник материалов (Москва, 2018 г.). – С. 183.

6. Гаджиев К. Н., Малафеев И. А., Савенков П. А., Мустафин Р. Д. Спонтанная гематома тонкой кишки при антикоагулянтной терапии // Общероссийский хирургический форум – 2018 с международным участием: сборник материалов (Москва, 03–06 апреля 2018 г.). – С. 191.

7. Гаджиев К. Н., Мустафин Р. Д., Антонян С. В., Ильясов Р. Х. Экстренная хирургия гастродуоденальных язв в многопрофильной больнице: тенденции, достижения и проблемы // Материалы Международной конференции Прикаспийских государств. Астрахань, 2019. – С. 25.

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ИР	индекс резистентности
ОПА	общая печеночная артерия
СПВ	селективная проксимальная ваготомия
ТЭЛА	тромбоэмболия легочной артерии
УЗДГ	ультразвуковая доплерография
УЗИ	ультразвуковое исследование
УО-60	«ушиватель органов»
ФГДС	фиброгастродуоденоскопия
ЧС	чревный ствол
ЭКГ	электрокардиограмма

ГАДЖИЕВ Камалутдин Низамудинович

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ  
ВЫБОРА ОБЪЕМА ЭКСТРЕННОЙ ОПЕРАЦИИ  
ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

3.1.9. Хирургия

АВТОРЕФЕРАТ  
диссертации  
на соискание учёной степени  
кандидата медицинских наук

Подписано в печать  
Тираж 100 экз. Заказ №

---

Издательство ФГБОУ ВО «Астраханский государственный  
медицинский университет» Минздрава России  
414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121