

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ «ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

УДК 616.342-002.44-007.271-07-08-089-091.8

**ПРИЗЕНЦОВ АНТОН АЛЕКСАНДРОВИЧ**

**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА  
ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ  
ЯЗВЕННОГО ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОГО СТЕНОЗА**

**14.00.27 - Хирургия**

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

**Гродно, 2004**

Работа выполнена в учреждении образования «Гомельский государственный медицинский университет».

Научный руководитель: кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой хирургических болезней №1 учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет»  
**ЛОБАНКОВ В.М.**

Научный консультант: доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой патологической анатомии с курсом судебно-медицинской экспертизы учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет»  
**ГОЛУБЕВ О.А.**

Официальные оппоненты: член-корреспондент БелАМН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет» **ГАРЕЛИК П.В.**  
доктор медицинских наук, профессор, заместитель главного врача по хирургии учреждения здравоохранения «ВГКБСМП»  
**МАРТОВ Ю.Б.**

Оппонирующая организация: учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования».

Защита состоится 24 декабря 2004 года в 14.00 часов на заседании Совета по защите диссертаций Д 03.17.01 при учреждении образования «Гродненский государственный медицинский университет» по адресу 230015, г. Гродно, ул. Горького, 80, тел.: (0152) 33-33-52.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет».

Автореферат разослан «24» ноября 2004 года

Ученый секретарь Совета по защите диссертаций, доктор медицинских наук, профессор



**О.И. Дубровщик**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы диссертации.** Одной из дискуссионных и до конца нерешенных проблем современной медицины является лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Сложность патогенеза этой патологии и ее осложнений, трудности лечения, частота потери трудоспособности людей молодого и среднего возраста определяют научно-практическую и социальную значимость проблемы. Стеноз наблюдается в среднем у 5-20% больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки [М.И. Кузин, 2001; М.Н. Окоемов, 2001; Г.П. Рычагов и соавт., 2003; J. Batorfi et al., 1993; E. Rubin et al., 1994; M.W. Mulholland, 1996]. За последние десятилетия, несмотря на возросшие возможности консервативного лечения, число операций по поводу осложненной дуоденальной язвы, в том числе и стеноза в странах СНГ заметно не снизилось [В.А. Кубышкин, 1999; П.В. Гарелик и соавт., 1999; Н.М. Кузин и соавт., 1999; А.Ф. Черноусов и соавт., 2000]. Среди всех оперированных по поводу осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки больные со стенозом составляют от 20 до 45%, что некоторые авторы связывают с сокращением объема плановых операций по относительным показаниям [Г.А. Булгаков, 2003; Ю.М. Панцырев и соавт., 2003; W. Mistiaen et al., 1990; J. Makela, 1996]. В настоящее время, по мнению большинства авторов, стеноз любой степени является абсолютным показанием к оперативному лечению (К.Н. Тарун, 1997; Н.И. Батвинков и соавт., 1999; И.Н. Гришин, 1999; М.И. Кузин, 2001; Г.П. Шорох, 2002; Ю.Б. Мартов и соавт., 2003]. При стенозах часто наблюдается несоответствие клинко-рентгенологических признаков и интраоперационных находок [В.С. Помелов, 1997; М.Н. Окоемов, 2001; P. O'Brien, 1998]. Учитывая это, классификация стенозов нуждается в усовершенствовании с позиций патоморфологии. С этой же целью требуют уточнения эндоскопические и рентгенологические критерии диагностики. Требуется определения диагностическая значимость ультразвукового метода. Операция по поводу стеноза зачастую выполняется в период максимального обострения, т.е. когда даже декомпенсированный стеноз скорее является инфильтративным, а не рубцовым. При этом, несмотря на детальную разработку техники операций на желудке и двенадцатиперстной кишке, в послеоперационном периоде нередко наблюдаются осложнения, ухудшающие результаты лечения [В.И. Оноприев, 1998; Г.Г. Мармыш, 2000; Ю.М. Панцырев и соавт., 2003]. Учитывая наличие в настоящее время эффективных парентеральных антисекреторных препара-

тов, необходимо уточнить объем и сроки предоперационного противоязвенного лечения у больных с инфильтрацией в зоне стеноза. Значение вышеизложенной проблемы для клинической практики и существование перечисленных нерешенных вопросов в хирургическом лечении язвенного пилородуоденального стеноза послужили основанием для выполнения данной работы.

**Связь с крупными научными исследованиями.** Работа выполнена в рамках научных исследований учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» по темам: «Хирургические аспекты язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в регионе пострадавшем от аварии на ЧАЭС» (номер госрегистрации в ЦГР НИОКР 20001735 от 17.05.2000 г) и «Исследование патогенетических механизмов формирования осложненных и ассоциированных болезней органов пищеварения» (ГР № 20031601 от 08.07.2003 г).

**Цель исследования.** Улучшение непосредственных результатов хирургического лечения больных язвенным пилородуоденальным стенозом путем совершенствования диагностических критериев и дифференцированного подхода к предоперационной подготовке и хирургической коррекции при различных его формах.

**Задачи исследования.**

1. Изучить клиническую структуру больных с основными формами стеноза и усовершенствовать классификацию данного осложнения дуоденальной язвы с учетом патоморфологических изменений структуры пилородуоденальной зоны.

2. Определить значимость отдельных клинических и инструментальных методов исследования у больных с различными формами стеноза язвенной этиологии и разработать методику их дифференциальной диагностики.

3. Разработать методику ультразвуковой дифференциальной диагностики различных форм язвенного пилородуоденального стеноза.

4. Определить степень риска развития внутрибрюшных послеоперационных осложнений у больных в зависимости от формы язвенного стеноза.

5. Уточнить подходы к хирургическому лечению больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной различными формами стеноза.

**Объект исследования.** Объект исследования - 200 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной стенозом.

**Гипотеза.** Предполагается, что не все больные имеют необратимые патоморфологические изменения зоны стеноза. Даже выраженное сужение пилородуоденальной зоны может быть обусловлено обратимым или час-

тично обратимым процессом - периульцерозной инфильтрацией. В этом случае, как и при любом другом виде инфильтрата, может быть использован консервативный вариант лечения с последующей радикальной органосохраняющей операцией.

**Методология и методы проведенного исследования.** Работа носит клинический характер. Для решения задач и достижения поставленной цели изучены результаты хирургического лечения 200 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной пилородуоденальным стенозом, оперированных в 3-й городской клинической больнице г. Гомеля в период 1991-2002 гг. Учитывались: клиничко-anamnestические данные, результаты инструментальных методов исследования, сроки и характер пред- и послеоперационного лечения, интраоперационные данные, заключения гистологического исследования операционного материала. Используются инструментальные методы исследования: фиброгастродуоденоскопия, рентгеноскопия желудка, ультразвуковое исследование выходного отдела желудка и начальных отделов двенадцатиперстной кишки, гистологическое исследование операционного материала (зоны стеноза). Клинический материал по формам стеноза был разделен на 3 группы. Статистическая обработка данных проводилась в программе Statistica v.6.0 с использованием критерия Стьюдента и непараметрического критерия  $\chi^2$

**Научная новизна и значимость полученных результатов.** Впервые разработана методика ультразвуковой дифференциальной диагностики различных форм язвенного пилородуоденального стеноза, заключающаяся в том, что при выявлении утолщения стенки луковицы двенадцатиперстной кишки в зоне стеноза в виде гипоехогенной инфильтрации более 5 мм диагностируется инфильтративная (инфильтративно-рубцовая) форма, а при толщине менее 5 мм - рубцовая форма.

Определена значимость отдельных клинических, эндоскопических, рентгенологических признаков различных форм язвенного стеноза. Установлено, что наиболее существенными критериями для дифференциальной диагностики инфильтративной и инфильтративно-рубцовой от рубцовой формы стеноза язвенной этиологии являются: характер и длительность клинических проявлений гастростаза, наличие признаков активного язвенного процесса в сочетании с нарушением эвакуаторной функции желудка.

Показано, что в структуре язвенного пилородуоденального стеноза инфильтративная форма составляет 40%, инфильтративно-рубцовая 44%, а рубцовая лишь 16%, что указывает на обратимость или частичную обратимость стеноза у подавляющей части больных.

Доказано, что при хирургическом лечении язвенного пилородуоденального стеноза с наличием инфильтративного компонента частота ранних внутрибрюшных осложнений и летальных исходов существенно выше, чем при хирургическом лечении больных с рубцовой формой стеноза.

Установлено, что проведение предоперационного курса противоязвенной терапии у больных с инфильтративной и инфильтративно-рубцовой формами стеноза позволяет добиться у большинства больных регрессии инфильтративного компонента, увеличить удельный вес органосохраняющих операций, уменьшить частоту ранних внутрибрюшных осложнений и летальных исходов.

**Практическая (экономическая, социальная) значимость полученных результатов.** На основании изучения результатов клинического, эндоскопического, рентгенологического, ультразвукового и гистологического исследований усовершенствована классификация стенозов язвенной этиологии, учитывающая инфильтративную, инфильтративно—рубцовую и рубцовую формы, выделение которых имеет важное значение в выборе оптимальной хирургической тактики.

Показано, что у подавляющей части больных язвенным пилородуоденальным стенозом (84%) имеют место обратимые или частично обратимые инфильтративная и инфильтративно-рубцовая формы стеноза.

Для дифференциальной диагностики различных форм следует использовать комплекс методов, включающий клиническое, эндоскопическое, рентгенологическое, ультразвуковое исследования. При этом клинически для инфильтративной формы характерна манифестация гастростаза при текущем обострении (со средними сроками  $2,3 \pm 0,2$  месяца), для инфильтративно—рубцовой - преходящий или прогрессирующий гастростаз (на протяжении  $12,6 \pm 2,0$  месяца). Рубцовую форму характеризует длительная относительная стабильность проявлений гастростаза (в течение  $19,3 \pm 2,4$  месяца). При фиброгастроуденоскопии и рентгеноскопии наблюдается нарушение эвакуаторной функции желудка в сочетании с признаками активного язвенного процесса. При ультразвуковом исследовании выявляется утолщение стенки луковицы двенадцатиперстной кишки в виде гипозоженной инфильтрации более 5 мм, что является одним из важнейших критериев дифференциальной диагностики.

Показана целесообразность предоперационного противоязвенного лечения у больных с инфильтративной и инфильтративно-рубцовой формами стеноза, что позволяет добиться у большинства больных регрессии инфильтративного компонента, увеличить удельный вес органосохраняющих операций, уменьшить частоту ранних внутрибрюшных осложнений и летальных исходов.

Связанное со снижением частоты ранних послеоперационных осложнений и повторных вмешательств, а также увеличением удельного веса органосохраняющих операций сокращение длительности пребывания больных в реанимационном и хирургическом отделениях позволило в условиях хирургического отделения УЗ «ГГКБ №3» снизить финансовые расходы на лечение данного контингента больных на 81157 белорусских рублей в перерасчете на 1 больного.

Положения диссертационной работы включены в лекционный материал и используются при обучении студентов на кафедре хирургических болезней № 1 учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет».

**Основные положения, выносимые на защиту.**

1. В структуре язвенного пилородуоденального стеноза преобладают инфильтративная и инфильтративно-рубцовая формы (соответственно 40 и 44%), которые имеют тенденцию к обратимости при консервативном лечении. Рубцовая форма составляет лишь 16%, является стойкой, и не подлежит консервативному лечению.

2. Для дифференциальной диагностики инфильтративной и инфильтративно-рубцовой форм от рубцовой формы стеноза язвенной этиологии наиболее клинически значимыми признаками являются характер и длительность проявлений гастростаза. Для инфильтративной формы характерна манифестация гастростаза при текущем обострении (в период  $2,3 \pm 0,2$  месяца), для инфильтративно-рубцовой - преходящий или прогрессирующий гастростаз (на протяжении  $12,6 \pm 2,0$  месяца), для рубцовой - длительная относительная стабильность проявлений гастростаза (в течение  $19,3 \pm 2,4$  месяца). При фиброгастродуоденоскопии и рентгеноскопии для преимущественной инфильтрации в зоне стеноза характерно нарушение эвакуаторной функции желудка в сочетании с признаками активного язвенного процесса.

3. При ультразвуковом исследовании зоны стеноза в случае утолщения стенки луковицы двенадцатиперстной кишки в виде гиоэхогенной инфильтрации более 5 мм диагностируется инфильтративная (инфильтративно-рубцовая) форма, а при толщине менее 5 мм - рубцовая форма.

4. Степень риска развития внутрибрюшных послеоперационных осложнений и послеоперационная летальность выше при инфильтративной и инфильтративно-рубцовой формах язвенного стеноза.

5. Для снижения частоты внутрибрюшных послеоперационных осложнений и послеоперационной летальности, а также для увеличения удельного веса органосохраняющих операций у больных с инфильтратив-

ной и инфильтративно-рубцовой формами стеноза показано проведение интенсивного предоперационного противоязвенного лечения.

**Личный вклад соискателя.** Работа выполнена на кафедре хирургических болезней № 1 учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет». Автором лично проведены планирование, сбор клинического материала, формирование компьютерной базы данных, статистическая обработка материала, анализ и интерпретация полученных результатов, подготовка статей и инструкции на метод по материалам диссертации. С участием автора проводились эндоскопические, рентгенологические, ультразвуковые, гистологические исследования, предоперационная подготовка и послеоперационное ведение более 70 пациентов, произведено более 50 оперативных вмешательств в исследуемой группе больных. Ультразвуковые исследования выполнены совместно с зав. отделением лучевой диагностики УЗ «ГГКБ №3» Ю.П. Шпаковским. Интерпретация данных гистологического исследования осуществлялась совместно с зав. кафедрой патологической анатомии с курсом судебно-медицинской экспертизы учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет», доктором медицинских наук, доцентом О. А. Голубевым.

**Апробация результатов диссертации.** Результаты исследований и основные положения работы были представлены на симпозиуме Европейского Общества хирургов (г. Краков, Польша, 2000); Гомельском областном Обществе хирургов (г. Гомель, 2001, 2002); XII Съезде хирургов Республики Беларусь (г. Минск, 2002); I международной научно-практической конференции «Трансфер технологий в свободных экономических зонах. Тенденции. Теория и практика» (г. Гомель, 2002); научно-практических конференциях Гомельского государственного медицинского института (г. Гомель, 2002, 2003); Всероссийской научно-практической конференции хирургов (г. Саратов, 2003); II Белорусско-Американской научно-практической конференции врачей и 14-й научной сессии Гомельского государственного медицинского университета (Гомель, 2004); 5-м съезде анестезиологов Республики Беларусь (Гомель, 2004).

**Опубликованность результатов.** По теме диссертации опубликовано 18 научных работ с общим количеством страниц 51. Из них в рецензируемых журналах и сборниках - 9, в тезисах докладов съездов, конференций, конгрессов и симпозиумов - 9 (в том числе 4 международных). Единолично опубликовано 6 работ, в 5 публикациях соискатель является первым автором. Утверждена (26.12.2003 г) и опубликована инструкция на метод «Методика ультразвуковой дифференциальной диагностики различных



форм язвенного пилородуоденального стеноза» (регистрационный номер 160-1203). Получено 3 удостоверения на рационализаторские предложения, утверждено 6 актов о внедрении.

**Структура и объем диссертации.** Диссертационная работа написана на русском языке, изложена на 137 страницах машинописного текста и состоит из введения, общей характеристики работы, 6 глав, заключения, практических рекомендаций, списка использованных источников литературы. Основные положения диссертации, исключая таблицы, рисунки и библиографию, изложены на 84 страницах. Список литературы включает 163 работы отечественных и 105 зарубежных авторов. Диссертация иллюстрирована 28 таблицами и 22 рисунками.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

### **Общая характеристика больных**

Работа основана на изучении непосредственных результатов хирургического лечения 200 больных пилородуоденальным стенозом язвенной этиологии (методом сплошной выборки), оперированных в клинике хирургических болезней №1 учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» с 01.01.1991 по 31.12.2002 г. Мужчин было 159 (79,5%), женщин - 41 (20,5%). Средний возраст больных составил  $48,2 \pm 0,9$  года. Лица трудоспособного возраста составили большую часть - 151 больной (75,5%). Сопутствующая патология со стороны других органов и систем выявлена у 62 пациентов (31%). Средняя длительность язвенного анамнеза была  $16,9 \pm 0,7$  года, средняя продолжительность клиники гастростаза  $9,4 \pm 1,1$  месяца. При поступлении компенсированный стеноз выявлен у 58 (29%), субкомпенсированный у 95 (47,5%), декомпенсированный у 47 (23,5%) больных. Для более полной характеристики язвенного стеноза нами предложено выделять 3 основных его формы: инфильтративную, инфильтративно-рубцовую, рубцовую. Указанные формы были выявлены соответственно у 80 (40%), 88 (44%) и 32 (16%) больных. Спектр оперативных вмешательств распределился следующим образом: резецирующие пособия выполнены у 119 (59,5%) больных, органосохраняющие - у 77 (38,5%). При органосохраняющих операциях в качестве дренирующего пособия использовались пилоро- и дуоденопластики. При них менялись следующие варианты дуоденопластики: расширяющая, резецирующая (в т.ч. циркулярная резецирующая) и комбинированная. Одному

больному произведена стволовая ваготомия с антрумэктомией. В 3 случаях ввиду выраженных электролитных расстройств и тяжелой сопутствующей патологии выполнена гастроэнтеростомия с энтероэнтероанастомозом по Брауну. Ранние послеоперационные осложнения развились у 23 пациентов (11,5%), в том числе внутрибрюшные у 13 (6,5%). Релапаротомия выполнялась в 10 случаях (5%). Умерло 5 больных (2,5%).

#### Методы исследования

**Общеклинические и инструментальные методы обследования.** Для выявления характера морфологических изменений в зоне стеноза и их дифференциальной диагностики использовались следующие методы исследования: клинический, фиброгастродуоденоскопия, полипозиционное рентгенологическое исследование желудка, гистологическое исследование операционного материала. Эндоскопическое исследование желудка и начальных отделов двенадцатиперстной кишки выполнялось по общепринятой методике с использованием аппарата OLYMPUS GIF XQ-30. Полипозиционное рентгенологическое исследование желудка проводилось на аппарате РУМ-20М по обычной методике с использованием водной бариевой взвеси. При гистологическом исследовании приготовленные по стандартной методике микротомные срезы толщиной 5 мкм окрашивались по Ван-Гизону.

**Методика ультразвукового исследования выходного отдела желудка и начальных отделов двенадцатиперстной кишки.** Применялись цифровые ультразвуковые аппараты COMBISON 530 и SONOACE 6000. Использовалась модифицированная методика СИ. Пиманова и соавт., 1991, 1997. Оценивались следующие параметры: размеры желудка, степень гастроптоза, толщина стенки желудка и ее послойное строение, активность перистальтики. Особое внимание уделялось изучению непосредственного места сужения, оценивалась его протяженность, наружный и внутренний диаметр, толщина стенки кишки, вовлеченность в процесс близлежащих органов. Исследование выполняли натощак. За 10-15 мин до него больному давали внутрь 600-800 мл дегазированного изотонического раствора хлорида натрия. После этого производили ультразвуковое сканирование пилородуоденальной зоны. Использовали аппараты ультразвуковой диагностики с широким диапазоном рабочей частоты датчиков (3,5-7,5 МГц). Применяли следующие типы датчиков: линейный (7,5 МГц), трансвагинальный конвексный (6,5 МГц), абдоминальный конвексный (3,5 МГц). Паци-

ентов обследовали в двух основных положениях: лежа на спине и правом боку. Для лучшей визуализации применяли положение лежа на левом боку, сидя прямо или с наклоном вперед, стоя. По результатам, полученным при ультразвуковом исследовании желудка и начальных отделов двенадцатиперстной кишки 26.12.2003 г утверждена Министерством Здравоохранения Республики Беларусь инструкция на метод «Методика ультразвуковой дифференциальной диагностики различных форм язвенного пилородуоденального стеноза» (регистрационный номер 160-1203).

**Методы статистической обработки результатов исследования.** Анализ статистической значимости различий между выборками проводился с помощью критерия Стьюдента. Для оценки статистической значимости различий качественных данных использовался непараметрический критерий  $\chi^2$ . Анализ проводился с использованием статистического пакета Statistica v.6.0 и расчетом средних величин, допустимой ошибки и показателей вероятности различий. Оценку статистической значимости показателей считали достоверной при уровне значимости  $p < 0,05$ .

### **Результаты собственных исследований**

#### **Клиническая структура больных с различными формами стеноза.**

При клиническом обследовании выявлено, что для инфильтративной и инфильтративно-рубцовой форм по сравнению с рубцовой характерно наличие признаков активного язвенного процесса, таких как голодные и ночные боли, изжога, тошнота и непроизвольная рвота (во всех случаях  $p < 0,001$ ) в сочетании с нарушением эвакуации из желудка.

Средняя продолжительность клиники гастростаза при инфильтративной форме составила  $2,3 \pm 0,2$  месяца, при инфильтративно—рубцовой  $12,6 \pm 2,0$  месяца, при рубцовой  $19,3 \pm 2,4$  месяца. При инфильтративной форме этот показатель достоверно меньше, чем при инфильтративно-рубцовой и рубцовой формах ( $p < 0,001$ ).

При инфильтративной форме стеноза 76 больных (95%) впервые (в средние сроки  $2,2 \pm 0,2$  месяца) отметили появление симптомов гастростаза с текущим обострением. У 2 больных (2,5%) клинических проявлений гастростаза не было, а еще 2 пациента (2,5%) отметили преходящую клинику на протяжении  $2 \pm 0,5$  месяца.

При инфильтративно-рубцовой форме стеноза 1 больной отрицал какие-либо проявления гастростаза в анамнезе. Впервые в средние сроки  $3,5 \pm 0,4$  месяца отметили появление клиники стенозирования 15 больных

(17,1%). У 30 больных (34,1%) гастростаз носил преходящий характер на протяжении  $12 \pm 2,4$  месяца; при этом перед поступлением в стационар пациенты отмечали очередное появление клиники в ответ на обострение. Прогрессирующие проявления гастростаза в течение  $17,6 \pm 3,1$  месяца были у 38 больных (43,2%). У 4 больных (4,5%) были постоянные проявления гастростаза без четкого прогрессирования в средние сроки  $12 \pm 2,4$  месяца.

При рубцовой форме стеноза 4 больных (12,5%) отрицали клинику гастростаза в анамнезе. У 3 больных (9,4%) клиника стенозирования носила преходящий характер со средними сроками  $12,7 \pm 3,7$  месяца (преходящий тип гастростаза). У 6 пациентов (18,8%) гастростаз был постепенно прогрессирующим в течение  $17,6 \pm 1,9$  месяца (прогрессирующий тип гастростаза). При поступлении в стационар дуоденальная язва у этих больных была в состоянии ремиссии. Постоянный характер гастростаза без четкого утяжеления клиники на протяжении  $21,7 \pm 1,3$  месяца отметили 19 больных (59,4%) (стабильный тип гастростаза).

При инфильтративной форме впервые возникший гастростаз встречается достоверно чаще, чем при других формах (в обоих случаях  $p < 0,01$ ). Инфильтративно-рубцовую форму характеризуют преходящий и прогрессирующий виды гастростаза ( $p < 0,05$ ). Для рубцовой формы более характерен стабильный вид гастростаза ( $p < 0,01$ ).

Таким образом, наиболее существенным критерием для дифференциальной диагностики инфильтративной и инфильтративно-рубцовой форм от рубцовой формы стеноза язвенной этиологии является характер и длительность проявлений гастростаза. Для инфильтративной формы характерна манифестация гастростаза при текущем обострении (со средними сроками  $2,3 \pm 0,2$  месяца), для инфильтративно-рубцовой - преходящий или прогрессирующий гастростаз (на протяжении  $12,6 \pm 2,0$  месяца). Рубцовую форму характеризует длительная относительная стабильность проявлений гастростаза (в течение  $19,3 \pm 2,4$  месяца).

Анализ выявленных на фиброгастродуоденоскопии признаков при различных формах стеноза. Исследование выполнено всем больным. Оценке подлежали следующие признаки: увеличение желудка в размерах, количество содержимого натошак, наличие деформации луковицы двенадцатиперстной кишки, наличие язвенного дефекта, выраженность отека и гиперемии слизистой оболочки, ригидность зоны стеноза и супрастенотического отдела, перестройка слизистой зоны стеноза и супрастенотического отдела, наличие мелкоочечных эрозий и контактной кровоточивости слизистой оболочки. При инфильтративной и инфильтративно-рубцовой

формах достоверно чаще, чем при рубцовой форме, встречались следующие признаки: наличие язвы, отек слизистой, гиперемия слизистой, ригидность зоны стеноза, перестройка слизистой супрастенотического отдела, множественные мелкоочечные эрозии, легкая ранимость и контактная кровоточивость слизистой (во всех случаях  $p < 0,001$ ). Таким образом, для инфильтративной и инфильтративно-рубцовой форм стеноза при фиброгастроуденоскопии характерно сочетание признаков активного язвенного процесса с нарушением эвакуаторной функции желудка.

**Анализ выявленных на рентгеноскопии желудка признаков при различных формах стеноза.** Исследование выполнено 174 больным. Оценке подлежали следующие признаки: задержка эвакуации, увеличение желудка в размерах, характер перистальтики желудка, наличие деформации луковицы двенадцатиперстной кишки, наличие язвенного дефекта, эластичность зоны стеноза и супрастенотического отдела, перестройка слизистой зоны стеноза и супрастенотического отдела, феномен изменения рентгенологической картины в зависимости от заполнения барием, под влиянием дозированной компрессии, при введении фармакологических препаратов (0,1% раствор атропина сульфата). Для инфильтративной и инфильтративно-рубцовой форм стеноза более характерными, чем для рубцовой формы, были следующие признаки: наличие язвы, грубая перестройка слизистой зоны стеноза, снижение эластичности зоны стеноза, изменение рентгенологической картины зоны стеноза, перестройка слизистой супрастенотического отдела (во всех случаях  $p < 0,001$ ). Таким образом, при рентгеноскопии для инфильтративной и инфильтративно-рубцовой форм стеноза характерно наличие признаков активного язвенного процесса в сочетании с нарушением эвакуаторной функции желудка.

**Анализ выявленных на ультразвуковом исследовании выходного отдела желудка и начальных отделов двенадцатиперстной кишки признаков при различных формах стеноза.** Исследование выполнено 11 больным с инфильтративной, 13 с инфильтративно-рубцовой и 14 с рубцовой формами стеноза. В качестве объективного дифференциально-диагностического критерия нами была избрана толщина стенки луковицы двенадцатиперстной кишки в месте наибольшего сужения, определяемая по ширине гипозоногенной инфильтрации стенки. У больных с инфильтративной формой стеноза толщина стенки составила  $6,9 \pm 0,3$  мм (6,0-9,5 мм), при инфильтративно-рубцовой -  $6,1 \pm 0,3$  мм (4,7-8,3 мм), при рубцовой -  $3,1 \pm 0,2$  мм (2,0-4,0 мм). Этот показатель был достоверно больше у больных с инфильтративной и инфильтративно-рубцовой формами, чем у больных с рубцовой формой ( $p < 0,001$ ). При этом из 24 больных с преобладающим

инфильтративным компонентом в зоне стеноза у 22 толщина стенки луковицы двенадцатиперстной кишки превышала 5 мм, и лишь у 2 составила соответственно 4,7 и 4,8 мм. У больных рубцовой формой стеноза толщина стенки луковицы не превышала 4 мм. Для контроля аналогичное исследование выполнено у 14 больных неосложненной дуоденальной язвой и 12 здоровых лиц. Толщина стенки луковицы соответственно составила  $2,9 \pm 0,1$  мм (2,4-3,5 мм) и  $2,7 \pm 1$  мм (2,2-3,4 мм). Эти показатели достоверно меньше, чем при инфильтративной и инфильтративно-рубцовой формах стеноза ( $p < 0,001$ ), однако статистически не отличаются от таковых при рубцовой форме. Исходя из полученных результатов, следует, что при толщине стенки луковицы двенадцатиперстной кишки более 5 мм можно говорить о преимущественно инфильтративной форме стеноза. Чувствительность данного критерия составила 91,7%.

**Гистологическое исследование операционных препаратов.** Изучены микропрепараты 14 больных с инфильтративной, 13 больных с инфильтративно-рубцовой и 10 больных с рубцовой формами язвенного стеноза. Показано, что при инфильтративной форме имеются изменения, характерные для продуктивного воспаления. Отмечены микроэрозии, острые язвы, хронические язвы в стадии обострения. В подслизистом слое определяются скопления макрофагов, лимфоцитов. Скопления фибробластов носят очаговый характер. Там же имеются явления отека и полнокровия сосудов. При инфильтративно-рубцовой форме со стороны слизистой оболочки также наблюдаются микроэрозии, язвы, диффузная лейкоцитарная инфильтрация. Наличие язвенного дефекта сопровождается не только инфильтрацией (макрофагами, лимфоцитами, гистиоцитами), но и признаками развития незрелой соединительной и грануляционной ткани. При рубцовой форме выявлены разрастания зрелой соединительной ткани без выраженных признаков воспаления, имеются изменения нервных окончаний в виде ампутированных нервов.

**Результаты хирургического лечения больных с различными формами стеноза.** Учитывая аналогичные результаты клинических и инструментальных исследований и лечения у больных с инфильтративной и инфильтративно-рубцовой формами стеноза ( $p > 0,05$ ), эти формы стеноза рассматривались вместе. Контрольную группу составили 32 больных с рубцовой формой стеноза. Для оценки эффективности предоперационной коррекции и результатов хирургического лечения все больные с инфильтративной и инфильтративно-рубцовой формами стеноза были разделены на 2 группы. 1-ю группу (83 пациента) составили 43 больных с инфильтра-

тивной и 40 с инфильтративно-рубцовой формой стеноза, оперированных, как правило, до 1995 года, в лечении которых использовались традиционные тактические подходы. При этом основной целью предоперационной подготовки, проводившейся в течение 3-4 дней, была ликвидация водно-электролитных нарушений. Во 2-ю группу (85 пациентов) вошли 37 больных с инфильтративной и 48 больных с инфильтративно-рубцовой формой, оперированных после 1995 года, в предоперационной подготовке которых проводилась целенаправленная терапия антисекреторными препаратами (ранитик, квамател, омепразол). Для купирования периульцерозного инфильтрата применялись антибиотики широкого спектра действия (оксамп, ампиокс). В этой группе больных были получены следующие результаты предоперационной подготовки: полная регрессия клиники обострения и гастростаза за  $13,5 \pm 1,3$  дня наступила у 16 больных (18,8%). Выраженная положительная динамика с купированием обострения, но сохранением симптоматики гастростаза в течение  $12,0 \pm 0,8$  дня наблюдалась у 46 больных (54,1%). Умеренная регрессия клиники с сохранением тех или иных симптомов обострения и гастростаза за  $12,2 \pm 0,6$  дня была у 19 пациентов (22,4%). В 4 случаях (4,7%) эффект от лечения за период  $12,5 \pm 5,9$  отсутствовал. Достоверных различий в сроках лечения при различных исходах не выявлено. В 72,9% случаев (у 62 больных) обострение, а, следовательно, и инфильтративный компонент, купированы в средние сроки  $12,4 \pm 0,7$  дня.

В группе больных, получавших предоперационную противоязвенную терапию, частота органосохраняющих операций была достоверно выше (62,4%), чем в группе больных, получавших только традиционную коррекцию (4,8%) ( $p < 0,001$ ).

Сравнительные результаты хирургического лечения больных язвенным стенозом в зависимости от его формы и тактических подходов представлены в таблице.

Таблица

**Сравнительные результаты хирургического лечения больных  
язвенным стенозом в зависимости от формы и тактических подходов**

Результаты	Форма стеноза			Вероятность ошибки
	Инфильтративная и инфильтративно-рубцовая		Рубцовая (n=32)	
	Получавшие стандартную предоперационную коррекцию (n=83)	Получавшие стандартную коррекцию и противоязвенную терапию (n=85)		
Общее количество осложнений абс./ (%)	12 (14,5%)	8 (9,4%)	3 (9,4%)	p>0,05* p<0,05** p>0,05***
Интраабдоминальные осложнения абс./ (%)	10 (12,0%)	3 (3,5%)	-	p<0,05* p<0,05** p>0,05***
Релапаротомии абс./ (%)	7 (8,4%)	3 (3,5%)	-	p>0,05* p<0,05** p>0,05***
Летальность абс./ (%)	5 (6,0%)	-	-	p<0,01* p<0,05** p>0,05***

Примечание. \* - при сравнении результатов лечения больных с инфильтративной и инфильтративно-рубцовой формами, не получавшими и получавшими противоязвенную терапию. \*\* - при сравнении результатов лечения больных с инфильтративной и инфильтративно-рубцовой формами, не получавших противоязвенную терапию, с таковыми у больных с рубцовой формой. \*\*\* - при сравнении результатов лечения больных с инфильтративной и инфильтративно-рубцовой формами, получавших противоязвенную терапию, с таковыми у больных с рубцовой формой.

Выявлены достоверные отличия в частоте интраабдоминальных осложнений у больных, получавших только традиционное лечение, и получавших дополнительно к нему предоперационную противоязвенную терапию (p<0,05). Летальность в этих группах также достоверно различалась (p<0,01). Частота интраабдоминальных осложнений, релапаротомии и летальности в группе больных с инфильтративной и инфильтративно-рубцовой формами, получавших только стандартную терапию, была достоверно больше, чем у больных с рубцовой формой язвенного стеноза (p<0,05). Результаты лечения больных с инфильтративной и инфильтративно-рубцовой формами, получавших противоязвенную терапию, статистически не отличались от результатов лечения больных с рубцовой формой стеноза.



## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. На основании изучения клинической структуры больных, а также данных инструментального и гистологического исследований усовершенствована классификация язвенного пилородуоденального стеноза. Предложено выделять инфильтративную, инфильтративно-рубцовую и рубцовую его формы. В структуре стенозов преобладают инфильтративная (40%) и инфильтративно-рубцовая (44%) формы, а рубцовая составляет лишь 16%, что указывает на обратимость или частичную обратимость стеноза у подавляющей части больных [1, 6, 11, 15].

2. Наиболее существенными критериями для диагностики инфильтративной и инфильтративно-рубцовой форм стеноза являются: наличие признаков активного язвенного процесса в сочетании с нарушением желудочной эвакуации, характер и длительность проявлений гастростаза. Для инфильтративной формы характерна манифестация гастростаза при текущем обострении (в период  $2,3 \pm 0,2$  месяца), для инфильтративно-рубцовой - преходящий или прогрессирующий гастростаз (на протяжении  $12,6 \pm 2,0$  месяца). Рубцовую форму характеризует длительная относительная стабильность проявлений гастростаза (в течение  $19,3 \pm 2,4$  месяца) [8, 9, 10, 18].

3. При ультразвуковом исследовании зоны стеноза толщина стенки луковицы двенадцатиперстной кишки была достоверно больше у больных с инфильтративной ( $6,9 \pm 0,3$  мм) и инфильтративно-рубцовой ( $6,1 \pm 0,3$  мм) формами, чем у больных с рубцовой формой ( $3,1 \pm 0,2$  мм). При этом в случае преимущественно инфильтративной формы стеноза толщина стенки луковицы двенадцатиперстной кишки в виде ее гипоехогенной инфильтрации составляет 5 мм и более [3, 7, 13, 19].

4. При ретроспективном анализе результатов операций, выполненных на фоне преобладающего инфильтративного компонента стеноза, установлено, что частота ранних внутрибрюшных осложнений достигала 12,0%, частота повторных операций - 8,4%, летальных исходов - 6,0%, что существенно превышало аналогичные показатели у больных, оперированных при рубцовой форме стеноза [2, 17].

5. Выделение с учетом патоморфологических изменений структуры пилородуоденальной зоны инфильтративной и инфильтративно-рубцовой форм стеноза и проведение при них предоперационной противоязвенной терапии позволило в 72,9% случаев добиться регрессии инфильтративного компонента в средние сроки  $12,4 \pm 0,7$  дня. Это обеспечило существенное снижение частоты интраабдоминальных осложнений и летальности (3,5 и 0%) за счет увеличения пропорции органосохраняющих операций до 64,2% [1,4,5,12,14,16].

**ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. При хирургическом лечении больных язвенным пилородуоденальным стенозом необходимо помимо выяснения степени стеноза диагностировать его форму (инфильтративную, инфильтративно-рубцовую, рубцовую).

2. Для дифференциальной диагностики различных форм следует использовать комплекс методов, включающий клиническое, эндоскопическое, рентгенологическое, ультразвуковое исследования. При этом клинически для инфильтративной формы характерна манифестация гастростаза при текущем обострении (со средними сроками  $2,3 \pm 0,2$  месяца), для инфильтративно-рубцовой - преходящий или прогрессирующий гастростаз (на протяжении  $12,6 \pm 2,0$  месяца). Рубцовую форму характеризует длительная относительная стабильность проявлений гастростаза (в течение  $19,3 \pm 2,4$  месяца) При фиброгастродуоденоскопии и рентгеноскопии наблюдается нарушение эвакуаторной функции желудка в сочетании с признаками активного язвенного процесса.

3. Всем больным с целью дифференциальной диагностики показано ультразвуковое исследование выходного отдела желудка и начальных отделов двенадцатиперстной кишки. При этом важнейшим критерием, характеризующим инфильтративный процесс, является утолщение стенки луковицы двенадцатиперстной кишки в зоне стеноза более 5 мм.

4. При выявлении инфильтративной и инфильтративно-рубцовой форм стеноза в стандартную предоперационную подготовку необходимо включать противоязвенную терапию, проведение которой в течение 10-14 дней позволяет у большинства больных добиться полной регрессии инфильтративного компонента, обеспечивая оптимальные условия для проведения хирургического вмешательства.

**СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ РАБОТ**

## Статьи в журналах

1. Призенцов А.А. Дифференцированная хирургическая тактика в лечении язвенного пилородуоденального стеноза // *Здравоохранение-2004.- №2.- С. 24-26.*
2. Призенцов А.А. Дифференцированный подход к лечению стенозов язвенной этиологии // *Синграальная хирургия.-2004.-№1-2 (17-18).-С. 107-111.*
3. Призенцов А.А., Шпаковский Ю.П. Ультразвуковое исследование в дифференциальной диагностике различных форм язвенных стенозов // *Проблемы здоровья и экологии.-2004.-№ 1- С. 108-111.*

## Статьи в рецензируемых сборниках

4. Призенцов А.А., Лобанков В.М., Гугеташвили Т.В. Профилактика постваготомического гастростаза в раннем послеоперационном периоде у больных язвенным пилородуоденальным стенозом // *Актуальные проблемы медицины: Сб. ст. - Вып. 4. - Гомель, 2003. - С. 150-152.*
5. Призенцов А.А., Слизько С.И., Лобанков В.М. Проблема послеоперационных внутрибрюшных осложнений в хирургии язвенных пилородуоденальных стенозов // *Актуальные проблемы медицины: Сб. ст. - Вып. 4.- Гомель, 2003. - С. 194-199.*
6. Лобанков В.М., Призенцов А.А., Слизько С.И. Клинико-морфологическая классификация язвенных пилородуоденальных стенозов // *Актуальные проблемы медицины: Сб. ст. - Вып. 4 - Гомель, 2003. - С 152-153.*
7. Призенцов А.А. Дифференциальная диагностика различных патоморфологических форм язвенных стенозов // *Достижения медицинской науки Беларуси: Сб. ст. - Вып. VIII. - Мн.: ГУ РНМБ, 2003. - С. 130.*
8. Призенцов А.А. Клиническая картина различных форм язвенных пилородуоденальных стенозов // *Материалы II-й Белорусско-Американской научно-практической конференции врачей и 14-й научной сессии Гомельского государственного медицинского университета, посвященных 18-летию Чернобыльской катастрофы: Сб. ст. - Гомель, 2004.- Т.3.-С.61-63.*

9. Призенцов А.А. Инструментальная дифференциальная диагностика различных форм язвенных стенозов // Материалы II-й Белорусско-Американской научно-практической конференции врачей и 14-й научной сессии Гомельского государственного медицинского университета, посвященных 18-летию Чернобыльской катастрофы: Сб. ст. - Гомель, 2004 - Т.3. - С. 58-61.

#### Тезисы

10. Лобанков В.М., Призенцов А.А. Прогностическое значение исследования миоэлектрической активности желудка при язвенных пилородуоденальных стенозах // Материалы I международной научно-практической конференции «Трансфер технологий в свободных экономических зонах. Тенденции. Теория и практика» - Часть 2. - Гомель: ИММС НАНБ, 2002. - С. 254-255.

11. К вопросу о классификации пилородуоденального стеноза / Лобанков В.М., Слизько С.И., Призенцов А.А., Чернов Э.Г. // XII съезд хирургов Республики Беларусь: материалы съезда в двух частях / Под ред. СИ. Леонovichа. Часть 1. - Мн.: БГМУ, 2002. - С 165-166.

12. Призенцов А.А. Современная хирургическая тактика в лечении язвенного пилородуоденального стеноза // Актуальные проблемы медицины: Сб. ст.-Вып. 3. - Гомель, 2002. - С. 186-188.

13. Призенцов А.А., Шпаковский Ю.П. Способ дифференциальной диагностики рубцовых и инфильтративных форм язвенных пилородуоденальных стенозов // Актуальные проблемы медицины: Сб. ст. - Вып. 3. - Гомель, 2002. - С. 188-190.

14. Влияние патоморфологической формы язвенного пилородуоденального стеноза на риск развития ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений / Слизько С.И., Призенцов А.А., Лобанков В.М., Гугешавили Т.В.// Материалы Всероссийской научно-практической конференции хирургов: Сб. ст.- Изд-во Саратовского мед. уни-та, 2003. - С. 24.

15. Модифицированная классификация язвенных пилородуоденальных стенозов / Лобанков В.М., Слизько С.И., Призенцов А.А., Гугешавили Т.В.// Материалы Всероссийской научно-практической конференции хирургов.- Изд-во Саратовского мед. уни-та, 2003. - С. 12.

16. Лобанков В.М., Призенцов А.А. Ведение больных язвенным пилородуоденальным стенозом после органосохраняющих операций // Анесте-

физиологическое обеспечение и интенсивная терапия критических состояний: Тез. докл.: Вып. IV / Под ред. И.Н. Кануса. - Мн.: БелМАПО, 2004. - С. 88-89.

17. Призенцов А.А., Лобанков В.М. Особенности предоперационной подготовки больных с различными формами язвенного стеноза // Анестезиологическое обеспечение и интенсивная терапия критических состояний: Тез. докл.: Вып. IV / Под ред. И.Н. Кануса. - Мн.: БелМАПО, 2004. - С. 126-127.

18. Lobankov V.M., Slizko S.I., Prizentsov A.A. Gastric myoelectrical activity in obstructive peptic ulcer // Przegląd Lekarski. - 2000. - Vol.57. Supl.6. - P. 25.

#### Инструкция на метод

19. Лобанков В.М., Призенцов А.А., Слизько С.И. Методика ультразвуковой дифференциальной диагностики различных форм язвенного пилородуоденального стеноза (инструкция на метод).- Гомель, 2004.- 4 с.

#### Рационализаторские предложения

1. Призенцов А.А., Лобанков В.М., Слизько С.И. Рациональная классификация язвенных пилородуоденальных стенозов // Удостоверение на рац. предложение № 577. Утв. ГоГМИ 28.08.2001.

2. Призенцов А.А., Лобанков В.М., Шпаковский Ю.П. Способ дифференциальной диагностики инфильтративной и рубцовой форм язвенных пилородуоденальных стенозов // Удостоверение на рац. предложение № 590. Утв. ГоГМИ 19.09.2001.

3. Призенцов А.А., Шпаковский Ю.П. Способ ведения протокола ультразвукового исследования выходного отдела желудка и начальных отделов двенадцатиперстной кишки // Удостоверение на рац. предложение № 749. Утв. учреждением образования «Гомельский государственный медицинский университет» 31.05.2004 г.

Прыяццоў Антон Аляксандравіч

**ДЫФЕРЭНЦАВАНАЯ ХІРУРГІЧНАЯ ТАКТЫКА  
ПРЫ РАЗНАСТАЙНЫХ ФОРМАХ ЯЗВАГА  
ПЛАРАДУАДЭНАЛЬНАГА СТЭНОЗУ**

*Ключавыя словы:* язвая хвароба дванаццаціперстнай кішкі, стэноз, ультрагукавая дыягностыка, хірургічнае лячэнне.

*Аб'ект даследавання:* 200 хворых на язвовую хваробу дванаццаціперстнай кішкі, ускладненай пларадуадэнальным стэнозам.

*Мэта працы:* паліпсэніне непасрэдных вынікаў хірургічнага лячэння хворых на язвовы пларадуадэнальны стэноз на падставе дыферэнцаванага падыходу да перадперачыльнай карэкцыі пры разнастайных яго формах.

*Метады даследавання:* клінічны, эндаскапічны, рэнтгеналагічны, ультрагукавы, гісталагічны, статыстычны.

*Атрыманьня вынікі і іх навізна:* паказана, што у структуры язвага пларадуадэнальнага стэноза пераважаюць інфільтратыўная і інфільтратыўна-рубцовая формы, што сведчыць пра зваротнасць і частковую зваротнасць стэноза у пераважнай часткі хворых. Вызначана значнасць асобных клінічных, эндаскапічных, рэнтгеналагічных, ультрагукавых прыкмет для дыферэнцыяльнай дыягностыкі разнастайных форм стэнозу. Упершыню распрацавана метадыка ультрагукавой дыферэнцыяльнай дыягностыкі разнастайных форм стэнозу. Даказана, што пры хірургічным лячэнні стэнозу з наяўнасцю інфільтратыўнага кампанента частата ранніх унутрыбрушных ускладненняў і лятальных зыходаў істотна вышэйшая, чым у хворых з рубцовай формай стэнозу, а правядзенне перадперачыльнага курсу процязвавай тэрапіі дазваляе павялічыць удзельную вагу органазахоўваючых аперацыяў, зменшыць колькасць ранніх унутрыбрушных ускладненняў і лятальных зыходаў.

*Ступень выкарыстання:* выдана інструкцыя на метады «Метадыка ультрагукавой дыферэнцыяльнай дыягностыкі разнастайных форм язвага пларадуадэнальнага стэнозу». Распрацаваны метады выкарыстоўвання ў Гомельскай гарадской клінічнай бальніцы № 3. Атрыманьня ў працы вынікі выкарыстоўваюцца ў навучальным працэсе на кафедры хірургічных хваробаў № 1 Гомельскага дзяржаўнага медыцынскага ўніверсітэта.

*Галіна прымянення:* хірургія, гастрэнтэралогія.

## РЕЗЮМЕ

Призенцов Антон Александрович

**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА  
ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ЯЗВЕННОГО  
ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОГО СТЕНОЗА**

*Ключевые слова:* язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, стеноз, ультразвуковая диагностика, хирургическое лечение.

*Объект исследования:* 200 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной пилородуоденальным стенозом.

*Цель работы:* Улучшение непосредственных результатов хирургического лечения больных язвенным пилородуоденальным стенозом на основании дифференцированного подхода к предоперационной коррекции при различных его формах.

*Методы исследования:* клинический, эндоскопический, рентгенологический, ультразвуковой, гистологический, статистический.

*Полученные результаты и их новизна:* Показано, что в структуре язвенного пилородуоденального стеноза преобладают инфильтративная и инфильтративно-рубцовая формы, что указывает на обратимость или частичную обратимость стеноза у подавляющей части больных. Определена значимость отдельных клинических, эндоскопических, рентгенологических, ультразвуковых признаков для дифференциальной диагностики различных форм стеноза. Впервые разработана методика ультразвуковой дифференциальной диагностики различных форм стеноза. Доказано, что при хирургическом лечении стеноза с наличием инфильтративного компонента частота ранних внутрибрюшных осложнений и летальных исходов существенно выше, чем у больных с рубцовой формой стеноза, а проведение предоперационного курса противоязвенной терапии позволяет увеличить удельный вес органосохраняющих операций, уменьшить частоту ранних внутрибрюшных осложнений и летальных исходов.

*Степень использования:* издана инструкция на метод «Методика ультразвуковой дифференциальной диагностики различных форм язвенного пилородуоденального стеноза». Разработанный метод используется в Гомельской городской клинической больнице №3. Полученные в работе результаты используются в учебном процессе на кафедре хирургических болезней № 1 Гомельского государственного медицинского университета.

*Область применения:* хирургия, гастроэнтерология.

## RESUME

**Prizentsov Anton Aleksandrovich**

**DIFFERENTIATED SURGICAL TACTICS  
IN TREATMENT OF VARIOUS FORMS  
OF ULCEROUS PYLORODUODENAL STENOSIS**

*Key words:* ulcerous disease of duodenum, stenosis, ultrasonic diagnostics, surgical treatment.

*The object of the investigation:* 200 patients suffering from ulcerous disease of duodenum complicated by pyloroduodenal stenosis.

*The aim of investigation,* improving of direct results of surgical treatment of patients with ulcerous pyloroduodenal stenosis on the basis of the differentiated approach to the pre - operational correction in its various forms.

*Methods of the investigation:* clinical, endoscopic, X - ray, ultrasonic, histological, statistical.

*Acquired results and novelty:* It is obvious that the infiltrative and infiltrative-cicatrizate forms are dominant in the structure of ulcerous pyloroduodenal stenosis which indicates the reversibility or partial reversibility of stenosis in the majority of patients. The significance of certain clinical, endoscopic, X-ray, ultrasonic signs for the differential diagnostics of various forms of stenosis has been defined. For the first time the methods of ultrasonic differentiated diagnostics of various forms of stenosis was developed. It has been proven that surgical treatment of stenosis with the presence of infiltrative component the frequency of early intra-abdominal complications are much higher than in patients with the cicatrize form of stenosis, and the pre-operational course of anti-ulcer therapy increases the specific amount of organ-saving operations, decreases the frequency of early intra-abdominal complications and number of lethal outcomes.

*Degree of use:* me guidelines for the method of «Methods of ultrasonic differentiated diagnostics of various forms of ulcerous pyloroduodenal stenosis». The developed method is used in Gomel Citi Clinical Hospital № 3. The results of the work are used in the educational process at the Surgical Diseases Department № 1 of Gomel State Medical University.

*Application area:* Surgery, Gastroenterology.



Научное издание

**Призенцов Антон Александрович**

**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА  
ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ  
ЯЗВЕННОГО ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОГО СТЕНОЗА**

**14.00.27 - Хирургия**

Подписано в печать 22. 11. 2004.  
Формат 60x84 /<sub>16</sub>. Бумага офсетная. Гарнитура «Таймс»  
Усл. печ. л. 1,39. Тираж 100 экз. Заказ № 408

ЛИ № 02330/0133072 от 30. 04. 2004

Отпечатано на ризографе с оригинал-макета заказчика  
в издательско-полиграфическом отделе  
Учреждения образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
246000, г. Гомель, ул. Ланге, 5