

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР**

Диссертационный совет Д.14.12.020

На правах рукописи
УДК: 616.33/.342-002.45-06]-089

КОЙЧУЕВ КАЛЫБАЙ КАПАРОВИЧ

**ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ПАЛЛИАТИВНОЙ И
РАДИКАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ
БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ
ПЕРФОРАЦИЕЙ**

14. 01. 17 – хирургия;
14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

БИШКЕК – 2012

Работа выполнена в Национальном хирургическом центре и Ошской межобластной объединенной клинической больнице.

Научные руководители: доктор медицинских наук, профессор
Мамакеев Канат Мамбетович

доктор медицинских наук
Ашимов Жамалбек Исабекович

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
Кенжаев Мухамеджан Гулямович

доктор медицинских наук
Бокчубаев Эрнис Тентиевич

Ведущая организация: Казахский Национальный медицинский
университет им. С.Д. Асфендиярова.

Защита диссертации состоится « 20 » декабря 2012 года в 14⁰⁰ часов на заседании диссертационного совета Д.14.12.020 при Национальном хирургическом центре Министерства здравоохранения Кыргызской Республики по адресу: 720044, г.Бишкек, ул. И. Абдраимова, 25.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Национального хирургического центра Министерства здравоохранения Кыргызской Республики. (720044, Кыргызская Республика, г.Бишкек, ул. И. Абдраимова 25).

Автореферат разослан « 14 » ноября 2012 года.

**Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук**

Н.Ч. Элеманов

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Актуальность исследований проблемы оптимизации лечебно-диагностической тактики при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки обусловлена, прежде всего, широкой распространенностью ее среди населения. По данным И.И. Дегтерева (2004), М.Н. Жумабаева и соавт. (2007), М.Б. Исакова (2009) распространенность язвенной болезни двенадцатиперстной кишки составляет 5-15%. По данным А.А. Курыгина (2001), Ю.М. Панцырева и соавт. (2003), Э.У. Алыбаева и соавт. (2005) летальность при перфорации язвы составляет 5,8-16,8%.

Выбор метода операции без учета ряда факторов, как особенности организма больных пожилого и старческого возраста, распространенность перитонияльного осложнения при перфорации язвы, резервных возможностей организма больных, является причиной послеоперационной летальности при ЯБ ДПК, осложненной перфорацией [М.М. Мамакеев и соавт., 1999; А.П. Михайлов, 2000; Н.А. Чапаев, 2001; А.В. Яковченко, 2009].

К сожалению, до сих пор не утихает спор вокруг оптимальности выбора метода операции. Приводятся различные аргументы, а результаты хирургического лечения больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией неоднозначны [А.К. Бабалич, 1999; Е.К. Баранская, 2000; А.Е. Борисов, 2002; М.А. Бутов, 2003; А.Б. Ларичев, 2008; Т. Аоки, 2000].

В этом плане, позиция доказательной медицины неоспорима: при обосновании выбора метода операции «вес» каждого факта тем больше, чем строже научная методика исследования, в ходе которого этот факт получен [В.В. Власова, 2001; Т. Гринхальх, 2004; И.И. Дягтерева, 2004; Е.М. Antman et al., 1992; J. Lau et al., 1992].

Связь темы диссертации с научно-исследовательскими работами и программами. Тема инициативная.

Цель исследования. Оценить сравнительную эффективность паллиативной и радикальной хирургической тактики при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией и внести научно обоснованные практические предложения по выбору метода операции больных.

Задачи исследования:

1. Изучить сравнительную результативность паллиативной и радикальной хирургической тактики при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки осложненной перфорацией на основании систематического анализа, мета-анализа и случай-контроля;

2. Изучить сравнительную результативность паллиативной и радикальной хирургической тактики при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией на основании когортного и рандомизированного контролируемого исследования;

3. На основании полученных данных и шкалы уровня доказательности разработать градуированные практические рекомендации по выбору метода операции при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией.

Научная новизна. Впервые на большом клинико-статистическом материале и на базе принципов доказательной медицины изучена сравнительная результативность паллиативной и радикальной хирургической тактики при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки осложненной перфорацией с использованием ряда методик обоснования.

Впервые создана шкала уровня доказательности и на этой базе разработаны градации практических рекомендаций по оптимизации хирургической тактики при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией.

Практическая значимость. На базе методов систематического анализа, мета-анализа, случай-контроль, систематическая ошибка, когортного и рандомизированного контролируемого исследования, качества жизни, показатель наглядности, отношения шансов и относительного риска доказана клиническая целесообразность паллиативного вмешательства при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией, в особенности у лиц преклонного возраста.

Составлена соответствующая шкала доказательности и на этой основе сформированы практические рекомендации по выбору хирургической тактики у больных с язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией.

Экономическая значимость полученных результатов включает возможность получения медико-социального эффекта при использовании обоснованной хирургической тактики у больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией за счет снижения затрат на медикаментозные средства и расходные материалы, сокращения сроков пребывания в стационаре и снижения числа осложнений, летальности и инвалидности.

Основные положения диссертации выносимые на защиту:

1. Оптимальную хирургическую тактику при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией необходимо определять по критериям и показателям доказательной медицины. При этом наиболее приемлемой является мета-аналитическая модель с фиксированными и случайными эффектами, а оптимальным материалом выборки - результаты диссертационных и монографических исследований, которые обладают высокой статистической достоверностью.

2. При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией, до сих пор бесспорным остается постулат о первостепенной необхо-

димости спасения жизни больного и о необходимости переноса возможность радикального излечения от язвенной болезни в специализированные учреждения. Первичная резекция желудка при перфоративной дуоденальной язве должна применяться по крайне строгим показаниям, в особенности у лиц преклонного возраста.

Личный вклад соискателя. Личное участие автора диссертации охватывает все разделы аналитических, общеклинических, специальных и дополнительных методов исследования, оценки результативности различной хирургической тактики, доказательства с позиции доказательной медицины обоснованного их выбора у больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненных перфорацией, непосредственное выполнение, либо участие в операциях, а также оценки результатов хирургического их лечения.

Внедрение в практику. Разработанный комплекс лечебно-диагностических мероприятий и основ доказательной медицины у больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией внедрен в практику Национального хирургического центра, Ошской межобластной объединенной клинической больницы. Основные положения диссертации используются в учебном процессе по кафедре хирургии Кыргызского Государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации.

Апробация результатов работы. Основные положения диссертации доложены на: совместном заседании сотрудников Ошской межобластной объединенной клинической больницы и Южного филиала КГМИПиПК (г.Ош, 2012); заседании экспертной комиссии Диссертационного совета при Национальном хирургическом центре (г.Бишкек, 2012).

Публикации по теме диссертации. По теме диссертации опубликовано в печати 8 научно-практических работ.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, 6 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы. Диссертация изложена на 148 страницах компьютерного текста, иллюстрирована 23 таблицами и 18 рисунками. Библиографический указатель содержит 180 авторов, в том числе 129 - из ближнего и 51 - дальнего зарубежья.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность темы исследования, представлены цели и задачи исследования, изложена научная новизна, практическая значимость и основные положения диссертации, выносимые на защиту.

В главе 1 «Гериатрические аспекты проблемы язвенной болезни и их значения при обосновании хирургической тактики» автором обобщены данные научной литературы о роли доказательной медицины, обоснована необ-

ходимость развития доказательной медицины в республике для продвижения её принципов в практическое здравоохранение, образование и науку. Также детальному анализу подвергнуты данные когортных и рандомизированных групп больных с язвенной болезнью, осложненной перфорацией, а расчеты соотнесены в конечном итоге с удельным весом летальности, послеоперационных осложнений и инвалидности, которые в целом позволили обосновать актуальность данной проблемы.

В главе 2 «Материалы и методы» изложен дизайн исследований. Исследования проведены в несколько взаимосвязанных и последовательных этапа:

I этап. Нами выполнен мета-анализ тематической литературы (262 источников (188 русскоязычных и 74 – иностранных), среди которых 69 диссертаций и 32 монографий). Причем, анализ сопровождался случай-контролем, то есть иллюстративной доказательностью на основе анализа конкретных историй болезней больных с ЯБ ДПК, осложненной перфорацией (n-12).

II этап. Нами выполнены КИ больных с ЯБ ДПК, осложненной перфорацией (n-100). При этом у больных с ЯБ ДПК, осложненной перфорацией выделяли в зависимости от разновидности предпринятой хирургической тактики два контингента больных (n-100): 1) Контингент №1 - больные, у которых реализована паллиативная хирургическая тактика (n-68); 2) Контингент №2 - больные, у которых реализована радикальная хирургическая тактика (n-32).

III этап. Нами выполнены РКИ больных у больных с ЯБ ДПК, осложненной перфорацией на основе выделенного нами главных факторов риска, какими являются: 1) преклонный возраст больных; 2) сроки выполнения операции свыше 12 ч.

IV этап. На основе полученных данных нами выполнен расчет шкалы уровня доказательности и на этой базе разработаны градуированные практические рекомендации по выбору метода операции у больных с ЯБ ДПК, осложненной перфорацией.

Клиническим материалом КИ являются 100 больных с ЯБ ДПК, осложненной перфорацией, оперированных в хирургических отделениях ОМОКБ за период с 2006 по 2010 гг. У 2/3 больных (74%) с ЯБ ДПК, осложненной перфорацией выполнена паллиативное вмешательство в виде простого ушивания перфоративной язвы. У 26 (26%) больных выполнена радикальное оперативное вмешательство в виде первичной резекции желудка.

Клинико-статистический анализ проведен по общепринятой методике. Нами выполнен расчет объема выборки. При простом случайном отборе (РКИ) объем выборки, или выборочной совокупности определяли на основании следующей формулы: $n = \frac{pq}{(E/1,96)^2}$, где n - численность выборочной совокупности (объем, размер выборки), p - частота изучаемого признака в популяции, %,

q - частота альтернативного признака, т.е. его отсутствия (100 -p), %, E - ошибка выборки.

Нами были получены сводные данные по Ошской области. Соблюдая принципы и требования РКИ, мы вновь обратились чуть позже к клинико-статистическим материалам ОМОКБ. При этом отобрали 266 историй болезней, в том числе 100 историй болезни больных с ЯБ ДПК, осложненной перфорацией.

С учетом того, что в наших исследованиях используется количественная характеристика генеральной и выборочной совокупности мы вычислили ошибку репрезентативности.

Итак, путем равновероятностного случайного отбора было получено 100 историй болезней пациентов, которые в период 2005-2009 гг. были прооперированы в хирургических отделениях ОМОКБ и соответствовали критериям включения в исследование.

Клиническое обследование проводилось по общепринятой схеме.

Рентгенологический метод. Прямым признаком перфорации язвы является свободный воздух в под диафрагмальном пространстве в виде «серповидной» полоски, что наблюдался у 30 (30%) больных с перфоративной язвой.

Эндоскопический метод. ФГДС выполняли по общепринятой методике аппаратом фирмы “Olimpus”. Обследовано 32 (32%) больных с ЯБ ДПК, осложненной перфорацией. Все исследования проведены в экстренном порядке.

Шкала SF-36 по оценке КЖ. Структура SF-36 включает следующие шкалы: физическое функционирование (ФФ), характеризующую диапазон сильной физической активности, “ролевая физическая шкала” - влияние физического состояния на оценку роли в жизни; ролевую физическую шкалу (РФ), характеризующую физическую способность человека участвовать в разных сторонах жизни; физическую боль (ФБ), отражающую выраженность болевого синдрома и его влияние на обычную деятельность больного; здоровье в целом (ЗЦ), позволяющую судить об общем состоянии пациента; жизненную энергию (ЖЭ), характеризующую последнюю в противовес усталости; социальное функционирование (СФ), отражающую степень ограничений в социальной жизни; ролевую эмоциональную шкалу (РЭ), позволяющую судить о влиянии эмоционального состояния на осознание роли пациента в жизни, то есть эмоциональную субъективную оценку способности участвовать в разных сторонах жизни; психическое здоровье (ПЗ).

Методы доказательной медицины. Нами использован ряд методов доказательности – КИ, РКИ, мета-анализ, случай-контроль, описание серии случаев.

Мета-анализ. Целью мета-анализа является оценить сравнительную эффективность паллиативной и радикальной хирургической тактики у больных с ЯБ ДПК, осложненной перфорацией, на основе непосредственных и ближай-

ших результатов соответствующих операций, то есть простого ушивания перфоративной язвы и первичной резекции желудка;

Нами предпринята следующая последовательность выполнения мета-анализа:

1) На первом этапе нами сформулирована цель мета-анализа, а также выработаны методы отбора и статистического анализа данных и оценки качества публикаций. При этом мы определились с критериям включения оригинальных исследований в мета-анализ: результаты диссертационных исследований; результаты, отраженные в монографиях; результаты, опубликованные в индексированных научно-периодических изданиях.

2) На втором этапе мы попытались оценить методологическое качество оригинальных исследований, а также сформировать базу данных путем отбора их из включаемых оригинальных исследований. Это важно для целенаправленного анализа по методам Mantel - Haenszel (для модели постоянных эффектов), DerSimonian и Laird (для модели случайных эффектов).

3) На третьем этапе с помощью статистических методов мы попытались учесть сопутствующие факторы, способные повлиять на конечный результат, и провести анализ чувствительности и на этой основе подготовить рекомендации для врачебной практики и дальнейших научных исследований. В нашем примере при ЯБ ДПК, осложненной перфорацией – возраст больных (<60 лет и >60 лет).

Мета-анализ основан, главным образом, на результатах диссертационных (n-69) и монографических работ (n-36). Нами предпринята такая стратегия поиска информации и определения критериев их включения в мета-анализ: наряду с литературными данными зарубежных авторов (включая стран СНГ), использовали материалы научных исследований, проведенных в Кыргызстане (в частности сотрудников хирургических учреждений, клиник и НХЦ); критерием включения того или иного анализа оригинальных исследований является то, что эти исследования, в большинстве случаев, носили характер диссертационных – цельных, методологически выверенных, апробированных.

Нужно отметить, что если с участием того или иного соискателя или специалистов того или иного научного учреждения выполнено несколько исследований, то в мета-анализ мы находим целесообразным включать наиболее поздние работы авторов. На наш взгляд, такой подход решает проблему минимизации случайных и систематических ошибок, связанных с отбором исследований для включения в анализ.

В нашей практике с целью уменьшения статистической ошибки выполнены: 1) целенаправленный отбор больных с ЯБ ДПК, осложненной перфорацией; 2) материалы диссертационных исследований наших коллег по указанным проблемам, в которых приведены основные характеристики больных, сведения о

непосредственных и ближайших клинических исходах, критериях их оценки. Результаты анализа оценивались по классификации А.Н. Visik (1948), в модификации А.А. Гринберга (1985).

Для максимально полного и объективного отбора данных нами использован стандартизованный метод отбора: 1) в основной группе: а - число больных с неблагоприятным исходом; b - число больных с благоприятным исходом; 2) в контрольной группе: с - число больных с неблагоприятным исходом; d - число больных с благоприятным исходом.

Расчеты проводили по формуле: $OШ = (a/b)/(c/d) = (ad)/(bc)$. Результаты представляли в %; $OP = (a/(a+b))/(c/(c+d))$. Результаты представляли в %. Разработаны 4 градации (А, В, С, D), каждой из которых соответствует определенный уровень доказательности данных (система SIGN-50).

Об эффективности лечения мы судили, прежде всего, по документальным (истории болезни, амбулаторные карты пациентов) данным, результатам лабораторных и инструментальных методов исследования, а также динамике регрессии клинических признаков. Результаты исследования подвергались статистической обработке с использованием методов принятых в медицинских исследованиях [Р.Б.Стрелков, 1986]. Достоверным считали при $P < 0,05$.

Паллиативная хирургическая тактика. Из 100 поступивших больных с перфоративными язвами 68 (68%) больным произведено простое ушивание перфоративной язвы или пластическое закрытие перфоративного отверстия. Показаниями для такой паллиативной операции были общее тяжелое состояние больного, наличие разлитого перитонита в токсической или терминальной фазе, наличие непродолжительного язвенного анамнеза.

Радикальная хирургическая тактика. Первичная резекция желудка была выполнена у 32 (32%) больных. При этом у 28 больных выполнена резекция желудка по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финстерера, а у 4 – в модификации Витебского. Показаниями к радикальному хирургическому вмешательству, то есть резекции при перфоративных язвах явились отсутствие разлитого гнойного перитонита, длительный язвенный анамнез, субкомпенсированный или декомпенсированный пилородуоденостеноз, отсутствие противопоказаний со стороны других систем и органов.

В главе 3 «Сравнительная эффективность паллиативной хирургической тактики при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией по результатам систематического анализа, мета-анализа и случай-контроля» изложены результаты систематического анализа (качественный описательный синтез информации) тематической литературы, включающих 262 источников (188 русскоязычных и 74 – иностранных) и мета-анализ (количественный синтез информации) данных, представленных в диссертациях и монографиях (соответственно, 69 и 32). Анализ сопровождается

описанием серии случаев и случай-контроля.

Задачей систематического анализа было описание разброса мнений по статистике заболевания и, главным образом, стратегии применения той или иной хирургической тактики (паллиативная и радикальная) при ЯБ ДПК, осложненной перфорацией.

Нами выполнена выборка данных ряда диссертаций, в материалах которых превалирует та или иная хирургическая тактика. На рис.1. представлены наши результаты по расчету ОШ по данным диссертаций, в материалах которых доминирует паллиативная хирургическая тактика.

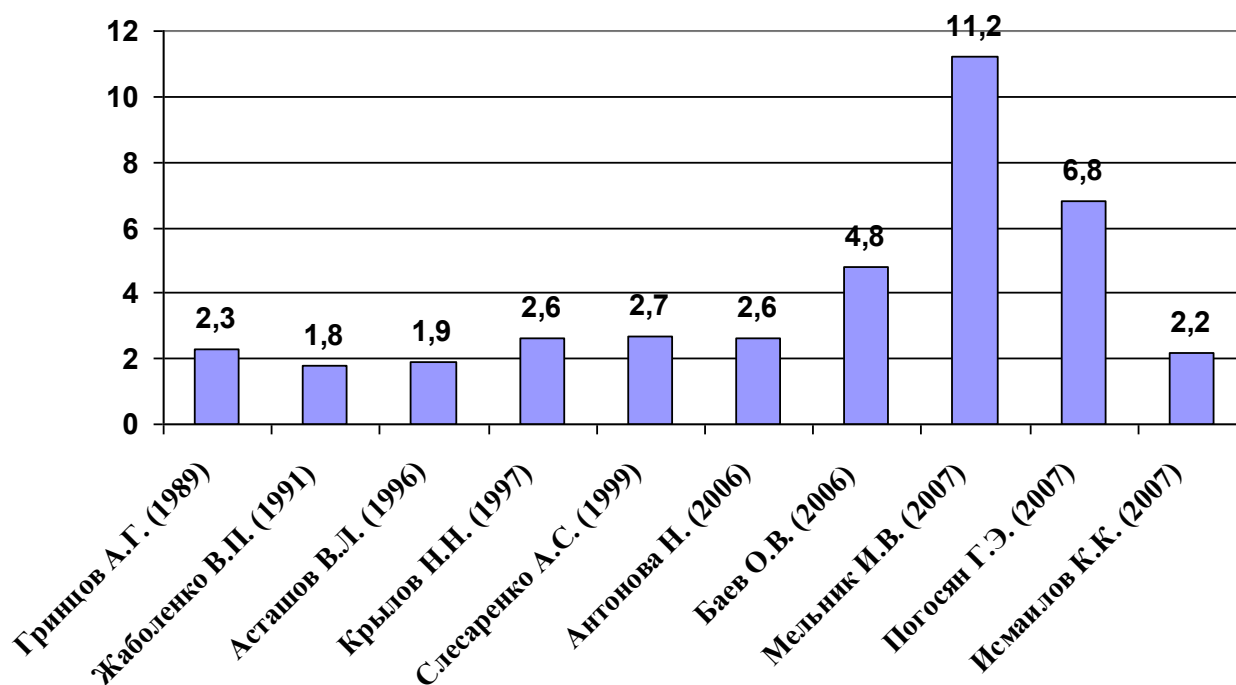


Рис. 1. Показатель ОШ по данным диссертационных исследований

Нужно отметить, что в большинстве случаев (Гринцов А.Г., Жаболенко В.П., Асташов В.Л., Крылов Н.Н., Слесаренко А.С., Антонова Н.) при использовании паллиативной тактики ОШ равняется 1,8-2,6, то есть шансы на благоприятный исход составляет 18-26%. Однако, нельзя игнорировать данные отдельных диссертаций, в числе которых докторские (Мельник И.В., Погосян Г.Э.), в которых ОШ представлен значениями 6,8-11,2.

На рис.2. представлены наши результаты по расчету ОР по данным диссертаций, в материалах которых доминирует паллиативная хирургическая тактика. Наши расчеты показывают, что при игнорировании паллиативной хирургической тактики риск развития неблагоприятного исхода возрастает в среднем на 25%.

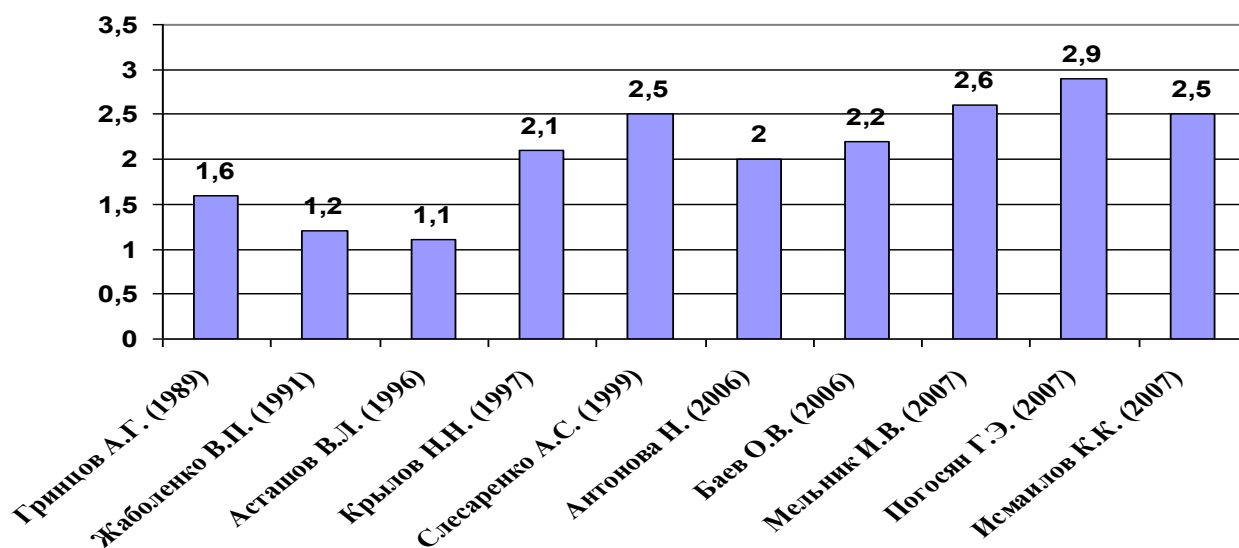


Рис. 2. Показатель ОР по данным диссертационных исследований

Идеальным исходом является возвращение к нормальному или обычному образу жизни в соответствии с возрастом и медицинским состоянием. КЖ связанное со здоровьем является концепцией которая охватывает целый ряд физических и психологических характеристик, оценивающих проблемы в социальном контексте образа жизни.

У больных с ЯБ ДПК, осложненной перфорацией и перенесших паллиативное вмешательство отмечаются нормальные показатели как физического так и психического компонентов здоровья. У них имеет достаточно выраженная социальная и физическая активность. Такая же закономерность отмечается и в отношении не только значимости эмоциональных либо физических проблем в жизнедеятельности больного, но и в целом, в оценке жизнеспособности и здоровья.

Основным проявлением ограничения жизнедеятельности было частое посещение врача, как с диагностической, так и лечебной целью. Средняя частота посещения врача-терапевта и хирурга была 1,5-2,5 раза в год. У больных уже в ближайшие сроки после операции заметно улучшаются показатели КЖ. Наряду со снижением суммарного балла симптомокомплекса КЖ больных нормализовалась уже через $2,4 \pm 0,3$ месяцев.

Таким образом, мета-аналитическая модель с фиксированными и случайными эффектами являются наиболее приемлемой при исследовании сравнительной эффективности паллиативной и радикальной хирургической тактики у больных с ЯБ ДПК, осложненной перфорацией. При этом материалом выборки может быть не столько тематическая литература, сколько результаты диссертационных и монографических работ, как наиболее гомогенные исследования, результаты которых обладают высокой статистической силой.

Мета-анализ показывает, что большинство исследователей (58 из 69 цитируемых диссертантов и 24 из 36 цитируемых автором монографий) подчеркивают, что одним из перспективных путей повышения эффективности хирургического лечения осложненных язв ДПК является дифференцированный подход к выбору способа оперативного вмешательства и условий его выполнения, основанный на дооперационном анализе всех обстоятельств, способствующих неблагоприятному исходу данного вмешательства.

Мета-анализ показывает, что в большинстве случаев при использовании паллиативной тактики ОШ равняется 1,8-2,6, то есть шансы на благоприятный исход составляет 18-26%. При игнорировании паллиативной хирургической тактики риск развития неблагоприятного исхода возрастает в среднем на 25%. В этом плане, паллиативная хирургическая тактика является все же предпочтительной по своей простоте, доступностью, хорошими непосредственными результатами.

Мета-анализ показывает, что преклонный возраст больных, а также запоздалые сроки операции следует рассматривать как основные факторы риска при операции у больных с перфоративной язвой ДПК. Ушивание язвы следует производить из соображения переносимости этой, по сути, жизнеспасительной операции, а активная диспансеризация больных и плановое оздоровление является предпосылкой улучшения результатов хирургического лечения.

Мета-анализ показывает, что у больных перенесших паллиативное вмешательство отмечаются нормальные показатели физического и психического компонентов здоровья и уже в ближайшие сроки после операции показатели КЖ улучшаются, а нормализация их наступает в сроки $2,4 \pm 0,3$ месяцев.

В главе 4 «Сравнительная эффективность радикальной хирургической тактики при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией по результатам систематического анализа, мета-анализа и случай-контроля» изложены результаты оценки эффективности радикальной хирургической тактики.

Нами выполнена выкопировка данных диссертационных исследований, в которых доминирует радикальные вмешательства для мета-анализа распределения факторов риска.

На рис.3. представлены наши результаты по расчету ОШ по данным диссертаций, в материалах которых доминирует паллиативная хирургическая тактика. В ряде диссертации (Кузин Н.М., Пешехонов С.Г., Веселов Ю.Г., Краснов О.А.) при использовании радикальной тактики ОШ равняется 1,8-2,1, то есть шансы на благоприятный исход составляет 18-21%. Между тем, наши кыргызские ученые (Осмоналиев Д.М., Алыбаев Э.У., Бейшеналиев А.С., Сыдыгалиев К.С.), а также Мамедов Р-А. (2006), Яковченко А.В. (2009) свидетельствуют о том, что такой шанс более высокий (25-36%).

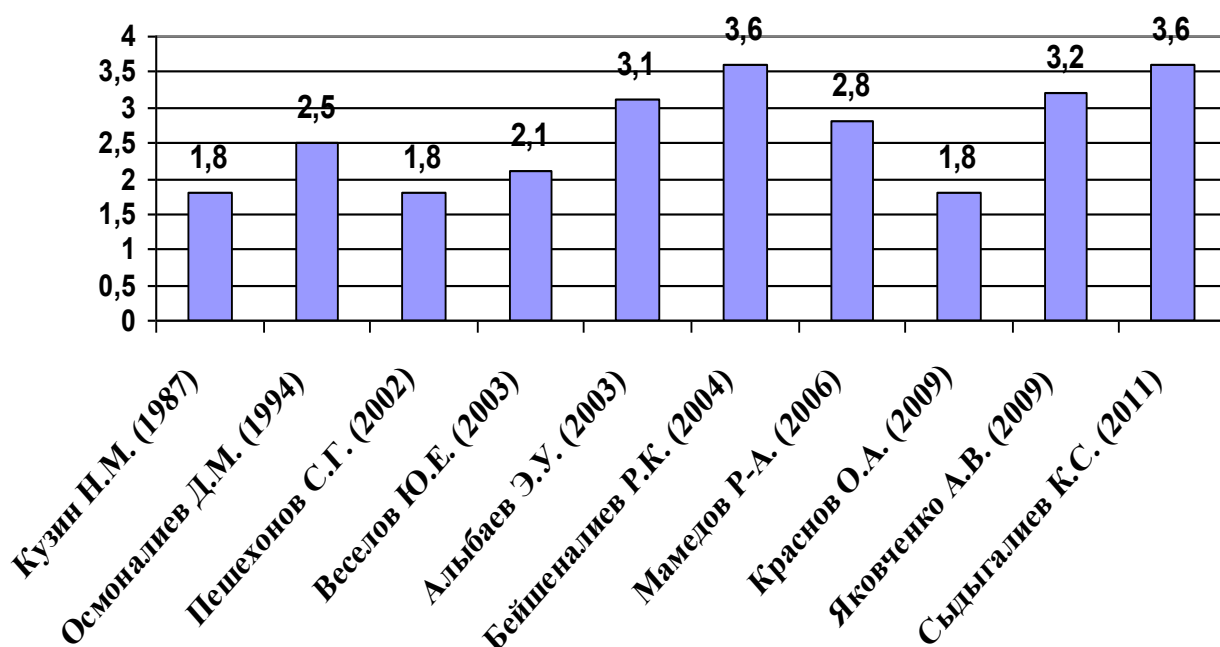


Рис. 3. Показатель ОШ по данным диссертационных исследований

На рис.4. представлены наши результаты по расчету ОР по данным диссертаций, в материалах которых доминирует радикальная хирургическая тактика.

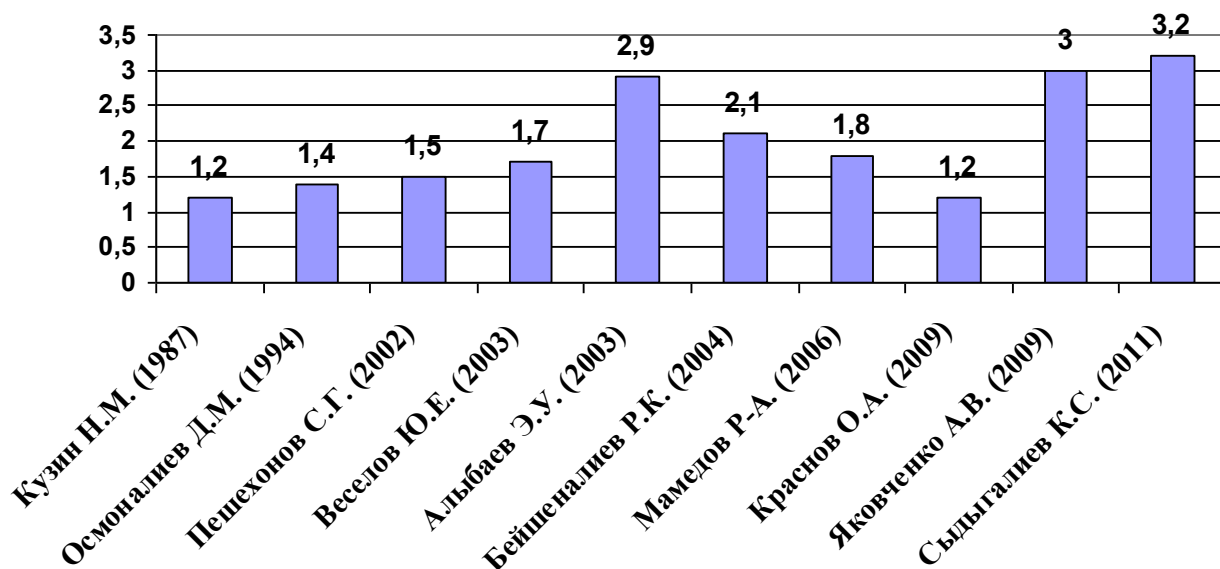


Рис. 4. Показатель ОР по данным диссертационных исследований

Расчеты ОР показывают, что при использовании хирургической тактики риск развития неблагоприятного исхода остается все же достаточно высокой (12-32%), что следует учитывать при планировании хирургического лечения больных с ЯБ ДПК, осложненной перфорацией.

У больных с ЯБ ДПК, осложненной перфорацией и перенесших радикальную операцию отмечаются более низкие показатели как физического так и

психического компонентов здоровья, в сравнении с больными, которым была выполнена паллиативная операция. Более того, у них имеет место более низкий смысл социальная и физическая активность, нежели чем у больных, перенесших паллиативную операцию. Это касается и самооценки жизнеспособности и здоровья.

Средняя частота посещения врачей составила 4,4-8,2 раз в год. Между тем, это в 2-4 раза чаще, чем частота посещения врачей больными, перенесшими паллиативную операцию. У больных уже в ближайшие сроки после операции показатели КЖ незначительно улучшаются спустя 3,1±1,1 месяцев.

Таким образом, мета-анализ показывает, что не следует прибегать к любым попыткам первично радикальных операций, если хирург не обладает достаточным опытом аналогичных вмешательств в плановом порядке. Однако, наиболее бесспорным остается постулат о первостепенной необходимости спасения жизни больного. Необходимо перенести возможность решения проблемы радикального излечения от ЯБ в специализированном учреждении.

Мета-анализ показывает, что первичная резекция желудка при перфоративной дуоденальной язве в связи с достаточно высокой летальностью, риском ранних послеоперационных осложнений и отдаленных пострезекционных расстройств должна применяться по крайне строгим показаниям. В диссертационных исследованиях последних лет превалирует идея о том, что пути улучшения результатов хирургического лечения перфоративных пилородуоденальных язв лежат в более широком применении первично радикальных, но органосохраняющих, операций.

Мета-анализ показывает, что наихудшие результаты радикального хирургического лечения язвенных перфораций наблюдается у больных преклонного возраста. У больных, которым произведена первичная резекция желудка, процент послеоперационных осложнений в два и более раза выше, чем у больных оперированных в плановом порядке. Основной причиной возникновения осложнений (несостоятельность швов, анастомозит, послеоперационный панкреатит, нарушения моторно-эвакуаторной функции) является воспалительные изменения ДПК, желудка и окружающих тканей.

Мета-анализ диссертационных исследований показывает, что при использовании радикальной тактики ОШ равняется 1,8-2,1, то есть шансы на благоприятный исход составляет 18-21%. Между тем, расчеты ОР показывают, что при использовании радикальной хирургической тактики риск развития неблагоприятного исхода остается достаточно высокой (12-32%), что следует учитывать при планировании хирургического лечения больных с ЯБ ДПК, осложненной перфорацией.

Мета-анализ показывает, что нельзя признать удовлетворительными и отдаленные результаты резекции желудка при перфоративных пилородуоденаль-

ных язвах. После резекции желудка у больных, оперированных в срочном порядке по поводу осложненной язвы (перфорация, кровотечения) чаще создаются условия для развития постгастрорезекционных расстройств, частота которых у больных, оперированных по поводу осложненных пилородуоденальных язв, в два раза выше, чем у больных, оперированных в плановом порядке.

Мета-анализ показывает, что после первичной резекции желудка остается высоким процент летальности и инвалидности. У больных с ЯБ ДПК, осложненной перфорацией и перенесших радикальную операцию отмечаются более низкие показатели физического и психического компонентов здоровья, в сравнении с больными, которым была выполнена паллиативная операция. Кроме того, у них показатели КЖ незначительно улучшаются спустя лишь $3,1 \pm 1,1$ месяцев.

В главе 5 «Сравнительная эффективность паллиативной и радикальной хирургической тактики при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией по результатам когортных исследований» изложены результаты паллиативной и радикальной хирургической тактики у больных с ЯБ ДПК, осложненной перфорацией.

Паллиативная хирургическая тактика (простое ушивание перфоративной язвы или ее пластическое закрытие) предпринята у 68 из 100 больных с ЯБ ДПК, осложненной перфорацией. Больные в возрасте <45 лет составили 28 (41%), в возрасте 45-59 лет – 16 (24%). Лица >60 лет составили 24 (25%) больных. У 21 (30,9%) больных длительность язвенного анамнеза составлял 1-3 года, у 27 (39,7%) – 4-10 лет. Больные с длительным язвенным стажем (>10 лет) составили 20 (29,4%) больных.

34 (%) больных поступили в первые 5 ч. С момента наступления осложнения. В пределах 6-12 ч. Были госпитализированы 13 (19,1%) больных, а в пределах 13-24 ч. – 11 (16,2%) больных. У этой группы больных наблюдался диффузный или ограниченный перитонит в реактивной фазе. 10 (14,7%) больных были госпитализированы в сроки свыше 24 ч. У этих больных имело место клиника разлитого перитонита.

У 26% больных были сопутствующие заболевания. У больных с диффузным (n-24) и разлитым гнойным перитонитом (n-8) предоперационная подготовка длилась 1-3 ч. 34 (50%) больных были оперированы в первые 1-1,5 ч. с момента поступления. Хирургический прием заключался в производстве простого ушивания перфоративной язвы по общепринятой методике. У 25 (36,7%) больных прибегали к пластическому закрытию перфоративного отверстия по Опелю-Поликарпову.

В раннем послеоперационном периоде у 16 (23,5%) больных наблюдались осложнения, в том числе с летальным исходом у 2 (2,9%) больных. В поздние сроки после операции (3 года) у 5 (7,5%) из 67 больных, у которых была пред-

принято ушивание перфоративной язвы отмечались различные осложнения.

Таким образом, в послеоперационном периоде поздние осложнения наблюдались у 5 больных, что составляет 7,5%. Летальных исходов не было.

Из 67 больных, у которых была выполнено ушивание перфоративной язвы 34 (50,7%) больных повторно оперированы по абсолютным и относительным показаниям. 28 (82,2%) из 34 больных оперировались в хирургическом отделении ОМОКБ. Во всех случаях повторного вмешательства нами выполнена резекция желудка по Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финистрера.

У больных с ранее ушитой язвой после повторной радикальной операции в послеоперационном периоде осложнения наблюдались у 14 больных, что составляет 41,2%, а летальность наступила у 1 больного, что составляет 2,9%. Число больных, у которых результат лечения (согласно классификации Vizik, 1948) был признан удовлетворительным составил 38 (55,8%) больных. У 24 (35,2%) больных отмечены хорошие результаты, а у 6 (8,8%) больных - отличные.

После операции лишь в ранние послеоперационные сроки клинко-лабораторные показатели выходили за пределы нормальных цифр. К концу недельного срока эти показатели имеют место лишь у 1/3 больных.

Радикальное хирургическое вмешательство в виде первичной резекции желудка при перфоративных дуоденальных язвах было выполнено у 32 (32%) из 100 больных. Больные в возрасте <45 лет составили 16 (50%), в возрасте 45-59 лет – 6 (19%). Лица >60 лет составили 10 (31%) больных.

У 3 (9,4%) больных длительность язвенного анамнеза составлял 1-3 года, у 17 (53,1%) – 4-10 лет. Больные с длительным стажем заболевания (>10 лет) составили 12 (37,5%) больных. 26 (%) больных поступили в первые 5 ч. с момента наступления осложнения. В пределах 6-12 ч. были госпитализированы 5 (15,6%) больных, а в пределах 13-24 ч. – 1 (3,1%) больной. У этой группы больных наблюдался диффузный или ограниченный перитонит в реактивной фазе.

Хирургический прием заключался в производстве резекции желудка в различной модификации. В частности, по Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финистрера – у 26 (81,2%) больных, в модификации Витебского – у 4 (12,5%) больных, а у 2 (6,7%) больных выполнена операция по Бальфуру.

Таким образом, из 32 больных, которым была произведена резекция желудка при перфоративных пилородуоденальных язвах у 15 (46,9%) отмечались различные осложнения в ближайшем послеоперационном периоде.

Общая летальность после резекции по поводу перфоративной пилородуоденальной язвы составила 9,3%, а послеоперационные осложнения – 46,9%. Число больных, у которых результат лечения был признан неудовлетворительным составил 8 (25%) больных и только у 13 (40,6%) больных оценивали свое состояние как хорошее.

Приведенные нами ближайшие и отдаленные результаты применения резекции желудка при перфоративных пилородуоденальных язвах назвать удовлетворительным нельзя. Неподготовленность больных, наличие общего перитонита, сочетание других осложнений ЯБ обусловило возникновение осложнений в раннем послеоперационном периоде у 15 (46,9%) больных.

После операции клинико-лабораторные показатели оставались выше нормальных значений в пределах 5-6 суток. Тенденция к нормализации в недельный срок отмечается лишь у ½ части больных.

Необходимо отметить, что в первые 3 суток у всех оперированных больных имели место нейтрофильный лейкоцитоз, тахикардия и тахипноэ. Гипертермия отмечалась у всех больных лишь в первые сутки после операции, тогда как в последующие сроки гипертермия сохраняется лишь у половины оперированных. Это же касается такого показателя, как гематокритное число.

Таким образом, в раннем послеоперационном периоде при использовании паллиативной хирургической тактики осложнения составляют 23,5%, а летальность - 1,5%. Поздние осложнения составляют 7,5%. У больных с ранее ушитой язвой после повторной радикальной операции в послеоперационном периоде осложнения составляют 41,2%, а летальность - 2,9%.

Удовлетворительные результаты паллиативной операции составили у 55,8%, хорошие – у 35,2%, отличные – у 8,8% больных. После паллиативной операции клинико-лабораторные показатели выходили за пределы нормальных цифр лишь в ранние послеоперационные сроки.

После первичной резекции желудка осложнения в ближайшем послеоперационном периоде наступили у 46,9% больных, а летальность составила 9,3%. Поводом для релапаротомии были несостоятельность швов культи ДПК и гастродуоденальной анастомоза.

Ближайшие и отдаленные результаты применения резекции желудка при перфоративных пилородуоденальных язвах назвать удовлетворительным нельзя. Неудовлетворительные результаты операции были признаны – у 25%, хорошие - 40,6%, удовлетворительные – у 35,4% больных.

После операции клинико-лабораторные показатели оставались выше нормальных значений в пределах 5-6 суток, а тенденция к нормализации в недельный срок отмечается лишь у ½ части больных.

В главе 6 «Сравнительная эффективность паллиативной и радикальной хирургической тактики при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией по результатам рандомизированных исследований изложены результаты паллиативной и радикальной хирургической тактики у больных с ЯБ ДПК, осложненной перфорацией».

Нами, у больных с ЯБ ДПК, осложненной перфорацией (n-100) на основе главного фактора риска, каковым является преклонный возраст больных, выде-

лены две клинические группы: 1) основную группу №1, в которую вошли больные в возрасте >60 лет (n-34); 2) контрольную группу №2, в которую вошли больные в возрасте <60 лет (n-66).

С целью исследования результатов операций (паллиативные и радикальные) в основной группе №1 (n-34) больных были выделены две подгруппы: I А – подгруппу вошли 24 (70,6%) больных в возрасте >60 лет, у которых выполнена паллиативная операция; I Б – подгруппу вошли 10 (29,4%) больных в возрасте >60 лет, у которых выполнена радикальная операция.

У больных >60 лет после паллиативной операции ранние послеоперационные осложнения отмечались у 2 (8,3%) больных, тогда как после радикального вмешательства осложнения развились – у 3 (30%). Причем, у 2 (20%) в ранние сроки и у 1 (10%) больного в поздние сроки после операции (табл. 1).

Таблица 1 - Исход операций в основной группе больных с ЯБ ДПК, осложненной перфорацией

Подгруппы больных	Характер исхода операций		Всего
	Благоприятный	Неблагоприятный	
Подгруппа I А	21 (a)	3 (b)	24
Подгруппа I Б	7 (c)	3 (d)	10

Летальность наблюдалась у 1 (2,9%) больного после паллиативного вмешательства. Инвалидность была отмечена у 2 (2,9%) больных после резекции желудка.

Наши расчеты показали, что у больных основной группы ОШ равнялся 3,0, а ОР – 1,2. Таким образом, у лиц преклонного возраста при использовании паллиативной хирургической тактики шансы на благоприятный исход операции возрастает на 30%, а уровень риска возникновения неблагоприятного исхода в случае использования радикального хирургического вмешательства возрастает на 12%.

В контрольной группе (n-66) также были выделены две подгруппы: II А – подгруппу вошли 44 (66,6%) больных в возрасте <60 лет, у которых выполнена паллиативная операция; II Б – подгруппу вошли 22 (33,4%) больных в возрасте <60 лет, у которых выполнена радикальная операция.

Среди больных в возрасте <60 лет, подвергнутых паллиативной операции в ранние сроки послеоперационного периода осложнения выявлялись у 4 (9,1%) из них. Среди больных, подвергнутых радикальной операции осложнения возникли у 3 (13,6%) больных в поздние послеоперационные сроки. У этой категории больных в ранние послеоперационные сроки осложнения различного рода развились у 11 (50%) больных.

Летальность после паллиативного вмешательства наблюдалась у 1 (1,5%) больного, а после радикального – у 2 (9%) больных. Инвалидность имело место

у 2 (3%) больных после паллиативной операции .

Наши расчеты (табл.2) показали, что у больных контрольной группы ОШ равнялся 7,2, а ОР – 2,1.

Таблица 2 - Исход операций в контрольной группе больных с ЯБ ДПК, осложненной перфорацией

Подгруппы больных	Характер исхода операций		Всего
	Благоприятный	Неблагоприятный	
Подгруппа II А	37 (a)	7 (b)	44
Подгруппа II Б	1 (c)	21 (d)	22

Таким образом, у лиц молодого и среднего возраста при использовании паллиативной хирургической тактики шансы на благоприятный исход операции возрастает на 72%, а уровень риска возникновения неблагоприятного исхода в случае использования радикального хирургического вмешательства возрастает на 21%.

Представляет клинический интерес вопрос об отношении шансов и значений ОР у лиц до и старше 60 лет при принятии у них паллиативной хирургической тактики. Расчеты показали, что при принятии этой тактики ОШ равен 1,3, а ОР – 1,03.

Таким образом, шансы на благоприятный исход составляет у них 13%, а относительный риск составляет 10,3%. Между тем, при принятии у них радикальной хирургической тактики шансы на неблагоприятный исход возрастает в 4 раза, а величина относительного риска возрастает, составляя 28%.

Нами, у больных с ЯБ ДПК, осложненной перфорацией (n-100) на основе другого главного фактора риска, каковым является позднее поступление и, в связи с этим, запоздалая операция (>12 ч.), выделены две клинические группы: 1) основную группу №2, в которую вошли больные, оперированные в сроки >12 ч. (n-22); 2) контрольную группу №2, в которую вошли больные, оперированные в сроки <12 ч. (n-78).

С целью исследования результатов операций (паллиативные и радикальные) в основной группе №2 (n-22) больных были выделены две подгруппы: I А – подгруппу вошли 16 (72,7%) больных, у которых выполнена паллиативная операция; I Б – подгруппу вошли 6 (27,3%) больных, у которых выполнена радикальная операция.

После паллиативной операции ранние послеоперационные осложнения отмечались у 1 (6,25%) больного, в виде прорезывания швов, наложенных на каллезные инфильтрированные края язвы. В то же время, после радикального вмешательства осложнения наступили у 3 (50%) больных. Причем, в ранние сроки – у 2 (33,3%) и в поздние сроки – у 1 (16,7%) больного. В подгруппе I А летальность наблюдалась у 1 (6,25%) больного. Инвалидность была отмечена у

2 (33,3%) больных после резекции желудка.

Наши расчеты (табл.3.) показали, что у больных основной группы №2 ОШ равнялся 15,0, а ОР – 1,8.

Таблица 3 - Исход операций в основной группе №2 больных с ЯБ ДПК, осложненной перфорацией

Подгруппы больных	Характер исхода операций		Всего
	Благоприятный	Неблагоприятный	
Подгруппа I А	15 (a)	1 (b)	16
Подгруппа I Б	3 (c)	3 (d)	6

Таким образом, у больных, оперированных в сроки свыше 12 ч. при использовании паллиативной хирургической тактики шансы на благоприятный исход операции возрастает на 15%, а уровень риска возникновения неблагоприятного исхода в случае использования радикального хирургического вмешательства возрастает на 18%.

В контрольной группе №2 (n-78) также были выделены две подгруппы: II А – подгруппу вошли 52 (66,6%) больных, у которых выполнена паллиативная операция; II Б – подгруппу вошли 26 (34,4%) больных, у которых выполнена радикальная операция.

В ранние сроки послеоперационного периода осложнения выявлялись у 9 (17,3%) больных, подвергнутых паллиативной операции. И так, летальность после радикального вмешательства наступила у 2 (7,6%) больных, а после паллиативного вмешательства - у 1 (1,9%) больного. В подгруппе II А инвалидность имело место у 2-х (7,6%) больных (табл.4).

Таблица 4. - Исход операций в контрольной группе №2 больных с ЯБ ДПК, осложненной перфорацией

Подгруппы больных	Характер исхода операций		Всего
	Благоприятный	Неблагоприятный	
Подгруппа II А	42 (a)	10 (b)	52
Подгруппа II Б	18 (c)	8 (d)	26

Наши расчеты показали, что у больных контрольной группы ОШ равнялся 1,8, а ОР – 1,1. Таким образом, у больных при использовании паллиативной хирургической тактики в сроки <12 ч. шансы на благоприятный исход операции возрастает на 18%, а уровень риска возникновения неблагоприятного исхода в случае использования радикального хирургического вмешательства возрастает на 11%.

Таким образом, РКИ показали, что у больных преклонного возраста после паллиативной операции ранние послеоперационные осложнения отмечались в 8,3% случаев, тогда как после радикального вмешательства – в 30%. Леталь-

ность после паллиативного вмешательства составила 2,9%, инвалидность - 2,9%.

РКИ показали, что у больных преклонного возраста ОШ равнялся 3,0, а ОР – 1,2. Иначе говоря, при использовании паллиативной хирургической тактики шансы на благоприятный исход операции возрастает на 30%, а уровень риска возникновения неблагоприятного исхода в случае использования радикального хирургического вмешательства возрастает на 12%.

РКИ показали, что среди больных преклонного возраста, подвергнутых паллиативной операции в ранние сроки послеоперационного периода осложнения составили 9,1%. Летальность после паллиативного вмешательства составила 1,5%, а после радикального – 9%. Инвалидность после паллиативной операции составила 3%, а после радикального 18%.

РКИ показали, что у больных молодого и среднего возраста ОШ равнялся 7,2, а ОР – 2,1. Или иначе, при использовании паллиативной хирургической тактики шансы на благоприятный исход операции возрастает на 72%, а уровень риска возникновения неблагоприятного исхода в случае использования радикального хирургического вмешательства возрастает на 21%.

РКИ показали, что у лиц до и старше 60 лет при принятии у них паллиативной хирургической тактики ОШ равен 1,3, а ОР – 1,03. Таким образом, шансы на благоприятный исход составляет у них 13%, а относительный риск составляет 10,3%. Между тем, при принятии у них радикальной хирургической тактики шансы на неблагоприятный исход возрастает в 4 раза, а величина относительного риска возрастает, составляя 28%.

После паллиативной операции ранние послеоперационные осложнения у больных, оперированных до 12 ч. составили 6,25%, а после радикального вмешательства - 50%. После паллиативной операции в сроки до 12 ч. летальность составила 6,25%. После первичной резекции желудка инвалидность составила 33,3%.

РКИ показали, что у больных оперированных в сроки свыше 12 ч. ОШ равнялся 15,0, а ОР – 1,8. Таким образом, при использовании паллиативной хирургической тактики шансы на благоприятный исход операции возрастает на 150%, а уровень риска возникновения неблагоприятного исхода в случае использования радикального хирургического вмешательства возрастает на 18%.

РКИ показали, что после паллиативной операции, предпринятой в сроки свыше 12 ч. в ранние сроки послеоперационного периода осложнения составили 17,3%, а после операции, предпринятой в сроки свыше 12 ч. осложнения составили 42,3%. Летальность после радикального вмешательства составила 7,6%, а после паллиативного вмешательства - 1,9%. Инвалидность после радикального вмешательства составила 15,4%. РКИ показали, что

РИК показали, что у больных при использовании паллиативной хирургии-

ческой тактики в сроки <12 ч. ОШ равнялся 1,8, а ОР – 1,1. Таким образом, шансы на благоприятный исход операции возрастает на 18%, а уровень риска возникновения неблагоприятного исхода в случае использования радикального хирургического вмешательства возрастает на 11%.

РКИ показали, что у больных, оперированных в сроки до и позже 12 ч. при принятии у них паллиативной хирургической тактики ОШ равен 2,6, а ОР – 2,2. Иначе говоря, шансы на благоприятный исход составляет у них 26%, а относительный риск составляет 22%. Между тем, при принятии у них радикальной хирургической тактики шансы на неблагоприятный исход возрастает в 7 раза, а величина ОР увеличивается на 38%.

На основании полученных данных можно утверждать, что рекомендации клиницистам о целесообразности проведения паллиативной хирургической тактики при ЯБ ДПК, осложненной перфорацией представляются достаточно убедительными, так как опираются на веские доказательства следующих градаций: А – результаты РКИ с низкой вероятностью систематической ошибки + результаты высококачественных КИ; В - результаты высококачественного мета-анализа + результаты систематического анализа и случай-контроля.

ВЫВОДЫ

1. Оптимальную хирургическую тактику при ЯБ ДПК, осложненной перфорацией необходимо определять по критериям и показателям ДМ. При этом наиболее приемлемой является мета-аналитическая модель с фиксированными и случайными эффектами, а оптимальным материалом выборки должны стать данные диссертационных и монографических работ, как наиболее гомогенные исследования, результаты которых обладают высокой статистической силой.

2. При ЯБ ДПК, осложненной перфорацией, наиболее бесспорным остается постулат о первостепенной необходимости спасения жизни больного и о необходимости переноса возможности радикального излечения от ЯБ в специализированные учреждения. Первичная резекция желудка при перфоративной дуоденальной язве должна применяться по крайне строгим показаниям, в особенности у лиц преклонного возраста.

3. В раннем послеоперационном периоде при использовании паллиативной хирургической тактики осложнения составляют 23,5%, а летальность – 1,5%. После первичной резекции желудка осложнения в ближайшем послеоперационном периоде наступили у 46,9% больных, а летальность составила 9,3%. Удовлетворительные результаты паллиативной операции составляют 55,8%, хорошие – 35,2%, отличные – 8,8%, тогда как неудовлетворительные результаты радикальной операции отмечаются - у 25%, хорошие – у 40,6%, удовлетворительные – у 35,4% больных.

4. У больных, оперированных в сроки до и позже 12 ч. при принятии у них паллиативной хирургической тактики шансы на благоприятный исход составляет у них 26%, а относительный риск составляет 22%. Между тем, при принятии у них радикальной хирургической тактики шансы на неблагоприятный исход возрастает в 7 раза, а величина ОР увеличивается на 38%.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Практические врачи должны стать приверженцами телеологического мышления, предполагающего адекватный ситуационный анализ до принятия своего клинического решения. Следует знать, что оптимальную хирургическую тактику при ЯБ ДПК, осложненной перфорацией необходимо определять на компромиссной основе по критериям и показателям ДМ.

2. Практические врачи и организаторы здравоохранения должны усвоить правила и принципы ДМ, должны знать и применять в своей практике мета-анализ, КИ и РКИ, уметь составлять градуированные практические рекомендации на основании шкалы уровня доказательности. Нужно понимание того, что решение проблемы ЯБ лежит не только в плоскости активизации плановой и экстренной хирургической помощи больным с ЯБ, но и оптимизации хирургической тактики на базе более четкого их обоснования.

3. Практическим врачам следует знать, что при применении паллиативной хирургической тактики шансы на благоприятный исход составляет 18-26%, а при его игнорировании риск неблагоприятного исхода возрастает в среднем на 25%. Следует помнить, что преклонный возраст больных, а также запоздалые сроки операции являются главными факторами риска при операции у больных с перфоративной язвой ДПК. Паллиативную тактику следует применять как можно чаще, так как она является, по сути, жизнеспасительной.

4. Практическим врачам следует знать, что первично радикальную операцию следует проводить по строжайшим показаниям. Есть смысл перенести возможность решения проблемы радикального излечения от ЯБ в специализированные учреждения. Нужно понимание того, что высшей формой клинического мышления является опыт, который является слишком дорогим способом познания, а потому следует учиться на опыте других своих коллег.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. **Койчурев К.К.** Эффективность паллиативной хирургической тактики при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией по результатам систематического анализа и мета-анализа [Текст]: / К.К. Койчурев, Н.А. Мамажусупов // Вестник Южного отделения НАН КР. – Ош, 2011. - №1. - С.91-97.

2. **Койчурев К.К.** Эффективность радикальной хирургической тактики при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией

по результатам систематического анализа и мета-анализа [Текст]: / К.К. Койчуев, Н.А. Мамажусупов // Вестник Южного отделения НАН КР. – Ош, 2011. - №1. - С.98-104.

3. Эффективность активной хирургической тактики при осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (на основе систематического и мета-анализа) [Текст]: / [Н.А. Мамажусупов, К.К. Койчуев, М.Б. Чапыев и др.]. // Вестник КазНМУ. – Алматы, 2011 - №2. - С. 196-200.

4. **Койчуев К.К.** Сравнительная эффективность паллиативной и радикальной хирургической тактики при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией в зависимости от возраста больных [Текст]: / К.К. Койчуев, Н.А. Мамажусупов // Хирургия Кыргызстана. – Бишкек, 2011. - №2. - С.18-21.

5. **Койчуев К.К.** Сравнительная эффективность паллиативной и радикальной хирургической тактики при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией в зависимости от сроков операции [Текст]: / К.К. Койчуев, Н.А. Мамажусупов // Хирургия Кыргызстана. – Бишкек, 2011. - №2. - С.22 -24.

6. **Койчуев К.К.** Эффективность паллиативной хирургической тактики при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией по результатам когортных исследований [Текст] / Медицинские кадры XXI века. – Бишкек, 2011. - №2. – С.47-50.

7. **Койчуев К.К.** Эффективность радикальной хирургической тактики при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией по результатам когортных исследований [Текст] / Медицинские кадры XXI века. – Бишкек, 2011. - №2. – С.50-53.

8. **Койчуев К.К.** Сравнительная эффективность активной и выжидательной хирургической тактики при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением в зависимости от степени кровопотери [Текст] / Медицинские кадры XXI века. – Бишкек, 2011. - №4. – С. 26-30.

Койчуев Калыбай Капаровичтин 14.01.17-хирургия жана 14.02.03 – коомчулуктун ден соолугу жана саламаттыкты сактоо адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты илимий даражасына талапкерликке көрсөтүлгөн «Перфорация менен күчөтүлгөн он эки эли ичегинин жара оорусунун паллиативдүү жана радикалдуу хирургиялык тактикасынын жыйынтыктуулугуна баа берүү» диссертациялык ишине
КОРУТУНДУ

Негизги сөздөр: он эки эли ичегинин жара оорусу (ОЭИ ЖО), перфорация, мета-анализ, когорталык изилдөө, рандомизацияланган көзөмөлдөнүүчү изилдөө, учур-көзөмөл, күчөп кетүүлөр, леталдуулук, паллиативдүү жана радикалдуу хирургиялык тактика.

Изилдөө объектиси: чогуу топтолгон бөлүнгөн перфорация менен

күчөтүлгөн ОЭИ ЖО бар операция болгон 100 оорулуу: №1 негизги топ – 60 жаштан > курактагы 34 оорулуу, көзөмөлдөнүүчү топ – 60 жаштан < курактагы 66 оорулуу; №2 негизги топ – 12 сааттан > мөөнөттө операция болгон 22 оорулуу; №2 көзөмөлдөнүүчү топ – 12 сааттан < мөөнөттө операция болгон 78 оорулуу.

Изилдөө максаты: Перфорация менен күчөтүлгөн ОЭИ ЖО паллиативдүү жана радикалдуу хирургиялык тактикасынын салыштырма натыйжалуулугуна баа берүү жана оорулуулардын операция ыкмасын тандоо боюнча негиздүү практикалык сунуштарды киргизүү.

Изилдөө ыкмалары: Клинико-статистикалык, когорталык жана рандомизацияланган изилдөөлөр, мета-анализ, учур-көзөмөл, негизги (№№1, 2) жана көзөмөлдөнүүчү (№№1,2) топтордо паллиативдүү жана радикалдуу хирургиялык тактиканы колдонуу жыйынтыктарын салыштырып текшерүү.

Алынган жыйынтыктар жана алардын илимий жаңылыгы. Биринчи жолу чоң клинико-статистикалык материалда жана ДМ принциптеринин базасында бир катар негиздөө методикаларын колдонуу менен перфорация менен күчөтүлгөн ОЭИ ЖО паллиативдүү жана радикалдуу хирургиялык тактикасынын салыштырма жыйынтыктуулугу изилденди.

Биринчи жолу далилдүүлүк деңгээлинин шкаласы түзүлдү жана бул базада перфорация менен күчөтүлгөн ОЭИ ЖО хирургиялык тактикасын жакшыртуу боюнча практикалык сунуштардын градациялары иштелип чыкты.

Колдонуу тармагы. Перфорация менен күчөтүлгөн ОЭИ ЖО хирургиясы.

Структура жана библиография. 23 таблица жана 18 сүрөт менен иллюстрацияланган 148 бет. Библиографиялык көрсөткүч 180 авторду камтыйт, анын ичинде 129- жакынкы жана 51-алыскы чет өлкөдөн.

РЕЗЮМЕ

диссертационной работы Койчуева Калыбая Капаровича «Оценка результативности паллиативной и радикальной хирургической тактики при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией», представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальностям 14.01.17-хирургия и 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

Ключевые слова: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК), перфорация, мета-анализ, когортное исследование, рандомизированное контролируемое исследование, случай-контроль, осложнения, летальность, паллиативная и радикальная тактика.

Объект исследования: 100 прооперированных больных с ЯБ ДПК, осложненной перфорацией, разделенных на совокупные группы: основная группа №1 – 34 больных в возрасте >60 лет; контрольная группа – 66 больных

в возрасте <60 лет; основная группа №2 – 22 больных, оперированные в сроки >12 ч.; контрольная группа №2 – 78 больных, оперированные в сроки <12 ч..

Цель исследования: Оценить сравнительную эффективность паллиативной и радикальной хирургической тактики при ЯБ ДПК, осложненной перфорацией и внести обоснованные практические предложения по выбору метода операции больных.

Методы исследования: Клинико-статистические, когортные и рандомизированные исследования, мета-анализ, случай-контроль, сопоставление результатов применения паллиативной и радикальной хирургической тактики в основной (№№1,2) и контрольной (№№1,2) группах.

Полученные результаты и их научная новизна. Впервые на большом клинико-статистическом материале и на базе принципов ДМ изучена сравнительная результативность паллиативной и радикальной хирургической тактики при ЯБ ДПК осложненной перфорацией с использованием ряда методик обоснования.

Впервые создана шкала уровня доказательности и на этой базе разработаны градации практических рекомендаций по оптимизации хирургической тактики при ЯБ ДПК, осложненной перфорацией.

Область применения. Хирургия ЯБ ДПК, осложненной перфорацией.

Структура и библиография. 148 страниц, иллюстрирована 23 таблицами и 18 рисунками. Библиографический указатель содержит 180 авторов, в том числе 129 - из ближнего и 51 - дальнего зарубежья.

SUMMARY

to the dissertation project of Koichuev K.K. “Assessment of effectiveness of palliative and radical surgical tactics when having duodenal ulcer complicated by perforation” that is presented for seeking the academic degree of a candidate of medical sciences on the specialities: 14.01.17 – surgery and 14.02.03 – public health and public health services.

Key words: duodenal ulcer (DU), perforation, meta-analysis, cohort study, randomized controlled research, case-control, complications, lethality, palliative and radical tactics.

Subject of project: 100 operated patients having DU complicated by perforation, separated into cumulative groups: basic group №1- 34 patients at the age of >60 years old; control group -66 patients at the age of <60 years old; basic group №2 – 22 patients operated on time >12; control group №2 – 78 patients operated in time <12.

Purpose of project: To assess the comparative effectiveness of palliative and radical surgical tactics when having DU complicated by perforation and make practical proposals regarding the selection of operation methods.

Methods of study: Clinic-static, cohort and randomized researches, meta-analysis, case-control, comparison of results of application of palliative and radical

surgery tactics in basic (№1 №2) and control (№1 №2) groups.

The results obtained and their scientific originality: For the first time the comparative effectiveness of palliative and radical surgery tactics when having DU complicated by perforation by applying a number of justification methods has been studied on the basis of large clinic-static materials and principles.

For the first time there was established the scale of evidentiary level and based on that the gradations of practical recommendations for optimizing surgery tactics when having DU complicated by perforation have been developed.

Scope of application: Surgery of DU complicated by perforation.

Structure and bibliography: 148 pages illustrated by 23 tables and 18 figures. Bibliographic indicator contains 180 authors including 129 from near and 51 from far abroad.

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

ГЭА	- гастроэнтероанастомоз
ДМ	- доказательная медицина
ДПК	- двенадцатиперстная кишка
КГМА	- Кыргызская государственная медицинская академия
КГМИПиПК	- Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации
КЖ	- качества жизни
КИ	- когортное исследование
ККИ	- контролируемые клинические испытания
КР	- Кыргызская Республика
МИЦ	- медико-информационный центр
НХЦ	- Национальный хирургический центр
ОМОКБ	- Ошская межобластная объединенная клиническая больница
ОР	- относительный риск
ОШ	- отношение шансов
ОшГУ	- Ошский государственный университет
РКИ	- рандомизированные контролируемые исследования
ФЭГДС	- фиброэзофагогастродуоденоскопия
ЯБ	- язвенная болезнь
ЯБ ДПК	- язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки

Подписано к печати 10.11.2012г. Формат бумаги 60x90/16.
Бумага офс. Печать офс. Объем 1,0 п.л. Тираж 120 экз. Заказ 202.

г.Бишкек, ул. Полярная 11, ИЦ «Илим-Басмасы»

