

На правах рукописи

**Постолов
Михаил Петрович**

**ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСНОЙ КИШКИ**

14.01.17 - хирургия

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой
степени кандидата медицинских наук

Волгоград - 2016

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

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор

Панин Станислав Игоревич

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор,
главный научный сотрудник ФГБУ
«Институт хирургии им. А.В. Вишневского»,
генеральный секретарь
Российского общества хирургов

Федоров Андрей Владимирович

доктор медицинских наук, профессор,
профессор кафедры хирургии,
акушерства и гинекологии
ГБОУ ВО Рязанского государственного
медицинского университета
имени академика И.П. Павлова
Министерства Здравоохранения
Российской Федерации

Сажин Вячеслав Петрович

Ведущая организация: ФГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Защита диссертации состоится «___» _____ 2017 г. в ___ часов на заседании диссертационного совета Д.208.008.03 по присуждению ученой степени (доктора) кандидата медицинских наук при ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России по адресу: 400131, г. Волгоград, пл. Павших Борцов, 1.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России (400131, г. Волгоград, пл. Павших Борцов, 1. www.volgmed.ru).

Автореферат разослан «___» _____ 2017 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
доктор медицинских наук, профессор

Вейсгейм Людмила Дмитриевна

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ.

Ежегодно в мире до 4 миллионов человек заболевают язвенной болезнью (Thorsen K. et al. 2013). Осложнения язвенной болезни развиваются у 10 % - 20 % больных с язвенным поражением желудка и двенадцатиперстной кишки (Гостищев В.К. и др. 2009; Ермолов А.С. и др. 2014; Lau JY et al. 2011). Перфорация возникает у 2 % - 14 % пациентов с язвенной болезнью (Ермолов А.С. 2014; Hermansson M et al. 2009; Lau JY et al. 2011).

Летальность при прободной язве (мировая статистика) варьирует в пределах 2,5 % - 27 % (Chan WH. et al. 2000; Blomgren L.G. 2000; Siu W.T. et al. 2002; Søreide K. et al. 2013), и до 70 % летальность в популяции больных с язвенной болезнью, обусловлена именно перфорацией (Bertleff MJ, Lange JF 2010). В Российской Федерации смертность при прободении язвы составляет 1 % - 10,6 % (Ермолов А.С. и др. 2014; Сажин В.П. и др. 2015).

Современные подходы к лечению язвенной болезни двенадцатиперстной кишки позволяют (и этот факт подтверждается исследованиями с наивысшим уровнем доказательности) устранить один из факторов этиопатогенеза язвенной болезни, а именно гиперсекрецию, как при помощи консервативной антисекреторной терапии (Gitlin N. et al. 1987; Poynard T. et al. 1995; Dekkers CPM et al. 1999), так и посредством хирургической денервации желудка за счет выполнения ваготомии (Koo J et al. 1982; Taylor TV et al. 1990). Таким образом, возникает необходимость в уточнении показаний и определении группы больных, которым, несмотря на все современные достижения в фармакотерапии язвенной болезни, необходимо выполнение стволовой ваготомии с пилоропластикой, то есть радикального, а не паллиативного вмешательства.

Вместе с тем, во многих клиниках нашей страны и за рубежом возросла доля миниинвазивных вмешательств, используемых с целью лечения перфоративной язвы (Федоров А.В. и др., 2000; Прудков М.И., 2007; Черкасов М.Ф. и др. 2015; Ермолов А.С. и др. 2014; Сажин В.П. и др. 2015; Совцов С.А. 2015; Di Saverio S. et al.). Однако, по мнению ряда авторов, лапароскопические операции имеют ряд ограничений, сопровождаются высоким риском несостоятельности швов стенки желудка и двенадцатиперстной кишки, и могут быть использованы только у тщательно отобранного контингента больных (Зурнаджьянс В.А. и др., 2013; Bertleff MJ, Lange JF 2010; Critchley AC et al. 2011). Исходя из этого факта, требуется изучение альтернативных малотравматичных методик ушивания прободной язвы, таких, как операции из минидоступа.

Внедрение мининвазивных способов оперирования и бурное развитие фармакотерапии язвенной болезни не могло не трансформировать результаты лечения перфоративной язвы. С учетом этих обстоятельств необходимо заново изучить как непосредственные, так и отдаленные результаты после различных оперативных вмешательств в рамках решения задачи, связанной с выбором оптимального метода хирургического лечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки.

Степень научной разработанности проблемы. Степень научной разработанности проблемы и изученности некоторых важных аспектов хирургического

лечения прободной язвы остается недостаточной. Связано это с тем, что в настоящее время, в значительной степени изменились тактические подходы к лечению перфоративной язвы. Возросло количество пациентов с так называемыми «острыми» язвами. Стали широко использоваться миниинвазивные технологии.

В резолюции XII съезда хирургов России (Ростов-на-Дону, 2015) указывается на необходимость дальнейших разработок в области хирургии осложнённой язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Данное диссертационное исследование является оригинальным и позволяет улучшить результаты лечения группы больных с прободной язвой двенадцатиперстной кишки .

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью настоящего исследования является получение новых данных, касающихся применения оперативных вмешательств по поводу перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки с использованием современных миниинвазивных технологий, позволяющих улучшить результаты лечения.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Изучить изменения в структуре оперативных вмешательств, выполняемых при прободной язве двенадцатиперстной кишки за двадцатилетний период времени.
2. Изучить ближайшие и отдаленные результаты лечения, а также уточнить показания к применению стволовой ваготомии с пилоропластикой у больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки.
3. Провести сравнительную оценку непосредственных результатов минилапаротомного и лапаротомного вариантов ушивания прободной язвы.
4. Изучить отдаленные результаты ушивания прободной язвы двенадцатиперстной кишки из минидоступа с лапароскопической санацией брюшной полости.
5. Проанализировать особенности лечения прободной язвы у больных группы риска по критериям Воеу (1982, 1987).

НАУЧНАЯ НОВИЗНА РАБОТЫ

Применены политехнологичные миниинвазивные вмешательства с использованием лапароскопических и минилапаротомных методик оперирования у пациентов с осложнениями язвенной болезни, в том числе оригинальный способ лечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки (уведомление о приеме и регистрации заявки № 2016139218/062530 от 05.10.2016).

У больных с прободной язвой и высоким риском послеоперационной летальности впервые использована этапная тактика лечения при помощи различных миниинвазивных технологий.

Впервые изучены отдаленные результаты и качество жизни больных после ушивания прободной язвы двенадцатиперстной кишки из минидоступа с лапароскопической санацией брюшной полости.

С учетом современных тактических схем лечения язвенной болезни уточнены показания к выполнению стволовой ваготомии с дренирующей желудок операцией в когорте больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ РАБОТЫ

Обоснованы и сформулированы предложения по более рациональному использованию различных органосохраняющих операций в лечении группы больных с прободной язвой двенадцатиперстной кишки.

На основании оценки результатов применения двухсторонней стволовой ваготомии с пилоропластикой уточнены показания к её выполнению у больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки в свете современных подходов к лечению этой патологии.

Изучение непосредственных и отдаленных результатов ушивания прободной язвы из минидоступа с лапароскопической санации брюшной полости способствует более широкому внедрению предложенного нами подхода к лечению перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ

Одним из основных факторов, влияющим на выбор метода хирургического лечения прободной язвы двенадцатиперстной кишки является степень выраженности рубцово-язвенной деформации и стеноза пилородуоденального перехода.

Ушивание перфоративной язвы из минидоступа в сочетании с лапароскопической санацией брюшной полости может быть выполнено у большинства больных с перфорацией и сопровождается снижением частоты послеоперационных осложнений, в сравнении с лапаротомным вариантом операции.

Выполнение двухсторонней стволовой ваготомии с пилоропластикой показано при прободной язве двенадцатиперстной кишки в случае таких сочетанных осложнений язвенной болезни как: перфорация и рубцовый стеноз пилородуоденальной зоны, перфорация и кровотечение, и при так называемых «зеркальных» язвах.

ВНЕДРЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Результаты диссертационной работы внедрены в практику работы хирургических отделений клиники факультетской хирургии на базах ГУЗ КБ СМП № 7 г. Волгограда, ГУЗ КБ № 4 г. Волгограда.

АПРОБАЦИЯ РАБОТЫ

Основные положения работы доложены на научных конференциях студентов и молодых ученых Волгоградского государственного медицинского университета (ноябрь 2014, апрель 2015), на Волгоградском областном обществе хирургов (январь 2015), XVIII съезде общества эндоскопических хирургов России (Москва, 2015), XII съезде хирургов России (Ростов-на-Дону, 2015).

ПУБЛИКАЦИИ

По материалам диссертации опубликовано 5 работ, из них 3 в изданиях, рецензируемых ВАК, разработано и издано учебное пособие.

ОБЪЕМ И СТРУКТУРА ДИССЕРТАЦИИ

Диссертация состоит из введения, обзора литературы, характеристики клинического материала и методов исследования, двух глав, посвященных результатам собственных исследований, заключения, выводов и практических рекомендаций. Работа изложена на 156 страницах машинописи, иллюстрирована 17 таблицами, 26 рисунками, 3 выписками из историй болезни, 1 приложением. Библиографический указатель содержит 208 источников, из них 110 отечественных и 98 зарубежных авторов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В настоящей работе рассматриваются результаты лечения 456 больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки. Из них были оперированы 452 пациента.

Анализ генеральной совокупности показал, что в 240 случаях выполнена стволовая ваготомия с пилоропластикой, ушивание перфорации из минидоступа с лапароскопической санацией брюшной полости произведено 149 больным, у 56 пациентов выполнено лапаротомное ушивание перфорации с санацией брюшной полости и в 7 случаях проводились другие оперативные вмешательства (Таблица № 1).

Таблица № 1

Распределение больных с ПЯДК по виду произведенного оперативного вмешательства.

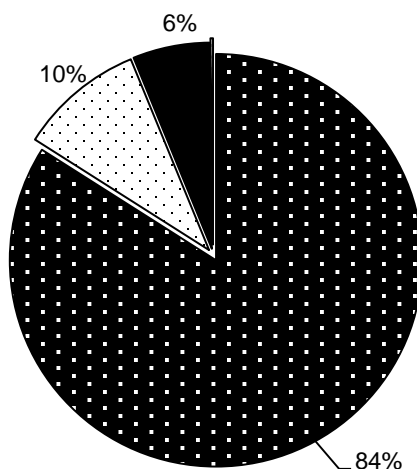
| Вид оперативного вмешательства | Количество больных % (n) |
|---|--------------------------|
| Стволовая ваготомия с пилоропластикой | 53 % (n=240) |
| Ушивание перфорации из минидоступа с лапароскопической санацией брюшной полости | 33 % (n=149) |
| Лапаротомное ушивание перфорации с санацией брюшной полости | 12 % (n=56) |
| Другие оперативные вмешательства | 2 % (n=7) |
| Всего | 100 % (n=452) |

Большинство прооперированных пациентов 78 % (n=352) были трудоспособного возраста, что отражает экономическую значимость этой проблемы. Средний возраст больных составил $38 \pm 2,3$ лет. Соотношение мужчин и женщин 6:1 (384 и 68 соответственно).

Время поступления больных в стационар после начала болевого синдрома варьировало. Большая часть пациентов (77 % (n=344)) обращалась за медицинской помощью в первые 6 - 12 часов с момента начала заболевания.

Из 452 больных, оперированных по поводу перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки, последняя в 84 % случаев (n=380) располагалась на передне-верхней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки. У 9,8 % (n=44) больных перфоративное отверстие располагалось на верхней стенке луковицы

двенадцатиперстной кишки, в 6 % (n=27) на передней стенке привратника и в одном наблюдении (0,2 %) на задней стенке луковицы ДПК (Рисунок № 1).



- Передне-верхняя стенка луковицы ДПК 84 % (n=380)
- Верхняя стенка луковицы ДПК 9,8 % (n=44)
- Передняя стенка на привратнике 6 % (n=27)
- Задняя стенка луковицы ДПК 0,2 % (n=1)

Рисунок № 1. Распределение больных по расположению перфоративного отверстия язвы двенадцатиперстной кишки.

Двусторонняя поддиафрагмальная ваготомия с одним из видов дренирующей желудок операции произведена 240 больным с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки. В большинстве клинических наблюдений (98,4 % (n=236)) методом выбора при дренировании желудка была пилоропластика по Джадду. В одном наблюдении, при перфорации язвы задней стенки, выполнено наложение гастроэнтероанастомоза. У одного больного в качестве дренирующей желудок операции выполнена пилоропластика по Гейнеке-Микуличу. У одного пациента перфорация язвы передней стенки двенадцатиперстной кишки осложнилась пенетрацией в малый сальник и желудок, в данном случае в качестве оперативного пособия была выполнена пилоропластика по Джабулей. У одного больного была выполнена двусторонняя поддиафрагмальная стволовая ваготомия без пилоропластики, перфоративное отверстие было ушито узловыми швами.

В 149 наблюдениях произведено ушивание перфорации из минидоступа с лапароскопической санацией брюшной полости.

Мы применяли следующие способы ушивания перфоративного отверстия из минидоступа: ушивание двухрядным швом в 48 % наблюдений (n=71), ушивание однорядным швом с фиксацией пряди сальника в 34 % случаев (n=53), ушивание однорядным швом в 18 % наблюдений (n=26). В качестве шовного материала использовали рассасывающиеся атравматичные нити «polysorb 3-0».

Для выбора метода оперативного лечения у больных с ПЯДК мы применяли шкалу стратификации риска летальности Воеу (1982, 1987). Согласно этой шкале, оценивали три диагностических критерия: длительность перфорации

(более 24 часов), выраженность сопутствующей патологии и наличие шока (снижение уровня систолического давления ниже 100 мм. рт. ст.) при поступлении в стационар. При отсутствии вышеуказанных факторов, вероятность летального исхода составляет 0 %, при наличии одного из них – 10 %. Вероятность летального исхода прогрессивно возрастает по мере увеличения количества факторов риска: до 45,5 % при сочетании двух, и до 97 % при сочетании всех трех (Voeu J. 1987).

Отдаленные результаты оценивали на основании критериев Visick (1948), которые до настоящего время продолжают применяться в широкой клинической практике (Каприн А.Д. и др. 2014; Kassegne I. et al. 2012; Carboni F. Et al. 2005). На основании данных критериев, мы разделяли больных на пять групп. При этом, группы 1, 2 и 3у (удовлетворительные) расценивали как отличные, хорошие и удовлетворительные соответственно. Категории больных 3н (неудовлетворительные) и 4, расценивали как неудовлетворительные. У этих больных состояние здоровья после перенесенного оперативного вмешательства существенно не улучшилось.

Для оценки общего качества жизни мы использовали неспецифический опросник общего типа 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), предложенный Бостонским институтом здоровья (1992). Русскоязычная версия опросника была создана исследователями Межнародного центра исследования качества жизни (МЦИКЖ, г. Санкт-Петербург) в 1998 г. Методика позволяет оценить КЖ с помощью 8 шкал, характеризующих физическое, психологическое и социальное функционирование, при этом более высокие значения шкал соответствуют более высокому уровню КЖ.

Специфическое качество жизни оценивали с использованием гастроинтестинального индекса качества жизни (GIQLI (1995)). Данный индекс определяется при помощи анкеты, включающей в себя 36 вопросов. Для каждого из них есть пять вариантов ответов. Наиболее утвердительный из них (например, «все время») оценивается в 4 бала, а наименее утвердительный (например, «никогда») оценивается в 0 баллов. Гастроинтестинальный индекс качества жизни представляет из себя сумму всех баллов.

Кроме того, нами были оценены результаты клинических, лабораторных, неинвазивных и инвазивных инструментальных методов исследования у больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки.

Клиническое обследование больных на момент поступления в стационар заключалась в сборе жалоб и анамнеза заболевания, проведении объективного исследования больного с пальпацией и перкуссией живота, определении печеночной тупости, выявляли наличие или отсутствие перитонеальных симптомов.

Лабораторная диагностика заключалась в исследовании общего анализа крови и мочи, определении группы крови и резус-фактора, а также биохимических показателей крови, таких как: уровень мочевины, креатинина, а также коагулограммы перед оперативным вмешательством.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости проводилось специалистами ультразвуковой диагностики с использованием аппаратов

Aloka-SSD500 и Aloka-SSD2000 с датчиками 3,5 и 5 мГц. Ультрасонография органов брюшной полости произведена лишь у 14,8 % (n=67) больных, что объясняется двумя причинами. Во-первых, большая часть пациентов с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки поступает в стационар в вечерние и ночные часы, когда выполнение УЗИ невозможно в связи отсутствием круглосуточной службы. Во-вторых, ультразвуковое исследование органов брюшной полости не является специфичным методом диагностики перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки.

При оценке отдаленных результатов хирургического лечения и качества жизни, ультразвуковое исследование органов брюшной полости выполнено 52 больным. При этом изучали состояние послеоперационного рубца и определяли косвенные признаки развития спаечного процесса в этой области.

Рентгенологические исследования выполняли по стандартным методикам в рентгеновском кабинете (обзорная рентгенография органов брюшной полости при поступлении больного в стационар, и, в последующем, с жидким барием для оценки моторно-эвакуационной функции желудка и 12-перстной кишки).

Обзорную рентгенографию органов брюшной полости с захватом диафрагмы выполняли всем пациентам с подозрением на перфоративную язву, при этом свободный газ в брюшной полости выявлен в 83 % (n=375) случаев, что сопоставимо с литературными данными. При необходимости (у 11 % больных (n=50)) нами также применялась пневмогастрография, которая заключается в том, что после проведения фиброгастроскопии, выполняется повторная рентгенография органов брюшной полости. Свободный газ под куполом диафрагмы выявлен у всех пациентов. Таким образом, этот метод может быть использован для постановки диагноза в сложных клинических наблюдениях или при неинформативности других методов исследования.

Мы также применяли рентгенологическое исследование органов брюшной полости в послеоперационном периоде при развитии у больных клиники гастростаза с целью определения выраженности последнего и возможного выявления его причин.

Рентгеноконтрастное исследование желудка с жидким барием выполнили 52 пациентам для оценки моторно-эвакуационной функции желудка и 12-перстной кишки.

Для оценки выраженности изменений пилородуоденальной зоны у больных с ПЯДК применяем ЭГДС с 2000 года. При выполнении срочной эзофагогастродуоденоскопии детально обследовали пилородуоденальную зону с оценкой проходимости пилорического канала, а также определяли наличие или отсутствие рубцовой деформации, которая является одним из признаков перенесенного ранее обострения язвенной болезни. При наличии стеноза, определяли степень нарушения проходимости пилорического канала в зависимости от величины его просвета по классификации, разработанной на кафедре факультетской хирургии ВолгГМУ (Акинчиц А.Н., 2001г.). При диаметре пилорического канала 15 мм и более – проходимость не нарушена, при диаметре 10-14 мм – I степень нарушения эвакуации, при диаметре от 5 до 9 мм – вторая степень

нарушения проходимости, если же диаметр менее 5 мм – III степень Эндоскопические исследования проводили на базе отделения эндоскопии ГУЗ КБ СМП №7 г. Волгограда с использованием аппаратов выполняли «Olympus» и «Pentax» с торцевой оптикой.

Предоперационно выполнили ЭГДС 201 больному. Из них, у 83,6 % больных (n=168) диаметр пилородуоденального перехода составил 15 мм и более (нарушений эвакуации из желудка не отмечено). У 14,9 % (n=30) пациентов диаметр пилородуоденального перехода составил 10-14 мм, что свидетельствует о I степени нарушения эвакуации из желудка и формирующемся стенозе. В 1,5 % наблюдений (3 пациента) диаметр пилородуоденального перехода был равен 5-9 мм что соответствует субкомпенсированному стенозу привратника. В когорте пациентов с ПЯДК, которым выполнили предоперационное ЭГДС диаметра привратника менее 5 мм отмечено не было.

При анализе отдаленных результатов и качества жизни оценивали зону ранее выполненного оперативного вмешательства (n=52), для выявления патологического сужения (стеноза) пилородуоденального перехода и рецидива язвенной болезни после операции.

Диссертационная работа была выполнена в дизайне одноцентрового когортного исследования, что соответствует второму уровню доказательности согласно Оксфордской градации (2009). Степень надежности предложенных практических рекомендаций соответствует В-уровню (Оксфордская градация, 2009).

В работе использованы методы сплошного и несплошного статистического наблюдения. Формирование исследуемых групп осуществляли методом случайной выборки, придерживаясь в комплектовании принципов однородности представленного материала. Расчеты произведены на персональном компьютере IBM PC с помощью программы Excel 2013 с использованием сравнения средних величин и расчетом критериев Стьюдента и Фишера, которые используются при нормальном распределении анализируемых данных. Различия в показателях считали статистически достоверным при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Хронологический анализ структуры оперативных вмешательств выявил тенденцию к уменьшению числа госпитализированных и оперированных пациентов. С 1994 по 2003 гг. было выполнено 62 % (n=281) оперативных вмешательств, а в период с 2004 г. прооперированы 38 % (n=171) больных.

При оценке структуры оперативных вмешательств, мы отметили значительное снижение числа больных, которым по поводу перфоративной язвы выполнялась стволовая ваготомия с 87 % (n=209) за период с 1994 по 2003 гг., до 13 % (n=31) за период с 2004 по 2013 гг., что совпадает с общемировой тенденцией.

В тоже время абсолютный прирост доли малоинвазивных вмешательств составил 50 %: с 25 % за период с 1994 по 2003 гг., до 75 % (n=113) за период с 2004 по 2013 гг.

Одним из факторов в пользу выполнения стволовой ваготомии при перфорации язвы считается низкая комплаентность больного (Нишанов М.Ф., Нишанов Ф.Н., Отакузиев А.З. и др., 2015; Курыгин А.А., 2009), ставящая под сомнение проведение регулярных курсов противоязвенной терапии пациентом в послеоперационном периоде, и повышающая риск развития рецидивной язвенной болезни. При изучении отдаленных результатов различных видов оперативных вмешательств, применяемых при перфорации язвы, нами было отмечено, что подавляющее число больных (85 % (n=178)) характеризуется низкой комплаентностью и низким социальным статусом. Следовательно, данный критерий не может учитываться при выборе метода оперативного вмешательства.

Отказом от ушивания перфоративного отверстия из минидоступа с лапароскопической санацией брюшной полости в пользу применения стволовой ваготомии считаем размер перфоративного отверстия более 10 мм, основываясь на данных литературы (0,7 % (n=3)); расположение перфоративного отверстия непосредственно на привратнике (3,7 % (n=17)), так как наложение швов в данной области может привести к грубой деформации выходного отдела желудка с последующим развитием стеноза. При оценке степени стеноза пилородуоденального перехода, необходимо дифференцировать язвенный отек этой зоны от рубцового сужения, возникшего на фоне многократных обострений язвенной болезни. Также противопоказанием для выполнения минидоступных вмешательств при ПЯДК мы считаем наличие сочетанных осложнений в пилородуоденальной зоне, которые выявляются у 13 % пациентов (n=59) с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки.

С целью определения эффективности ваготомии с пилоропластикой у больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки, нами была проведена оценка ближайших и отдаленных результатов данного оперативного вмешательства. Вместе с тем мы изучили общее и специфическое качество жизни этих пациентов в различные сроки после перенесенной операции.

Общая частота встречаемости послеоперационных осложнений составила 22 % (n=53 из 240). При этом релапаротомию выполнили 3 пациентам. Одной больной в ближайшем послеоперационном периоде в связи с продолжающимся кровотечением из язвы луковицы задней стенки двенадцатиперстной кишки, одному больному на 6 сутки после операции в связи с рецидивом язвенного кровотечения и одному больному на 10 сутки в связи с развитием декомпенсированного стеноза выполнили резекцию желудка.

Постваготомическая диарея отмечена в 4 % (n=10), при этом у 6 больных она была легкой степени тяжести, у 3 - средней степени тяжести и у 1 больного - тяжелой формы. Независимо от степени тяжести диареи, во всех случаях это осложнение хорошо поддается лечению ганглиоблокатором бензогексонием. У 8 % (n=20) больных развился демпинг-синдром, только у 1,2 % (n=3) из них это осложнение достигло средней степени тяжести. У одного больного было отмечено снижение потенции. Умерли четверо больных (один от прогрессирующей полиорганной недостаточности, вызванной перитонитом; трое от геморрагического шока, развившегося в результате продолжающегося язвенного кровоте-

чения), что составило 1,7 % от общего числа пациентов (n=240), перенесших стволовую ваготомию с пилоропластикой. Средний койко-день составил $10,4 \pm 3,2$ дня.

У 11 % (n=28) больных, перенесших стволовую ваготомию с пилоропластикой по Джадду, в раннем послеоперационном периоде развился гастростаз, что сопоставимо с результатами других исследователей (Полоус Ю.М., 1991; Зайцев В.Т., 1992; Белоконев В.И., 1998; Курьгин А.А., 2006), согласно которым частота этого осложнения в раннем послеоперационном периоде, варьирует от 0,8 % до 40,1 %.

Мы провели многофакторный дисперсионный анализ, позволяющий проверить влияние нескольких факторов на вероятность развития гастростаза у пациентов, перенесших стволовую ваготомию с пилоропластикой при ПЯДК. В качестве параметров исследования, (исходя из собственных наблюдений и данных литературы), были выбраны: возраст, длительность и характер заболевания, перенесенные в прошлом осложнения язвенной болезни, характер перистальтики, общее состояние больного, степень питания, качество шовного материала, вид используемого шва. Последний показал, что к факторам риска развития моторно-эвакуаторных осложнений после стволовой ваготомии относятся: анамнез язвенной болезни более 5 лет, перфорация на фоне сочетанного стеноза привратника, применение в ходе пилоропластики непрерывного шва, использование капронового шовного материала. С большей долей вероятности послеоперационный гастростаз возникнет у больных пониженного питания, в возрасте старше 60 лет.

Больным с вышеописанными факторами риска развития гастростаза, рекомендуем превентивное проведение комплекса мер, направленных на профилактику развития этого осложнения: тщательное соблюдение техники выполнения операции; применение современного рассасывающегося шовного материала с целью уменьшения воспалительных процессов в зоне анастомоза; предупреждение развития нарушений эвакуации из желудка при помощи проведения во время операции ниппельного зонда в тощую кишку для раннего энтерального питания.

Отдаленные результаты и качество жизни изучены нами у 41,7 % (n=100) пациентов, перенесших стволовую ваготомию с пилоропластикой при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки. Сроки наблюдения составили от 4 до 20 лет. Столь значительная разница во времени, прошедшем с момента операции, вызвана необходимостью расширения горизонта наблюдения в связи с высокой горизонтальной мобильностью больных, которая не позволила нам набрать достаточное количество респондентов, оперированных в течение последних 5 лет.

Возраст больных варьировал от 42 до 94 лет и в среднем составил $57,8 \pm 2,3$ лет.

Из 100 отобранных путем простой случайной выборки пациентов, 73 % (n=73) уехали за пределы региона или поменяли адрес места жительства, 21 % (n=21) согласились участвовать в исследовании, 2 % (n=2) категорически отка-

зались от какого-либо сотрудничества, 4 % (n=4) больных, пожилого и старческого возраста умерли от причин, не связанных с перенесенной операцией. Все вышеизложенное подчеркивает необходимость дальнейших исследований в этом направлении.

Первичная оценка отдаленных результатов лечения показала, что у 17 обследованных имели место отличные или хорошие результаты лечения. Неудовлетворительные результаты отмечены в 4 случаях.

У трех больных неудовлетворительные результаты вызваны рецидивом язвенной болезни, у одного пациента формированием безоара с развитием клиники высокой кишечной непроходимости, по поводу чего он был оперирован повторно.

При амбулаторном обследовании больных с рецидивом язвенной болезни, включающем в себя выполнение гастроскопии и общеклинических исследований, было выявлено, что у всех троих респондентов имел место дуоденогастральный рефлюкс. Перечисленные морфофункциональные изменения, по видимому, и явились причиной рецидива язвенной болезни.

Оценка качества жизни, проведенная при помощи формы SF-36 (1992), у больных, перенесших стволовую ваготомию с пилоропластикой, показала, что наилучшие результаты отмечались по шкалам, характеризующим физическое и социальное функционирование. По всем остальным критериям нами были получены посредственные результаты, которые могут быть объяснены возрастом респондентов ($59,6 \pm 3,2$ лет) и большим количеством сопутствующих заболеваний (Рисунок №2, стр.14).

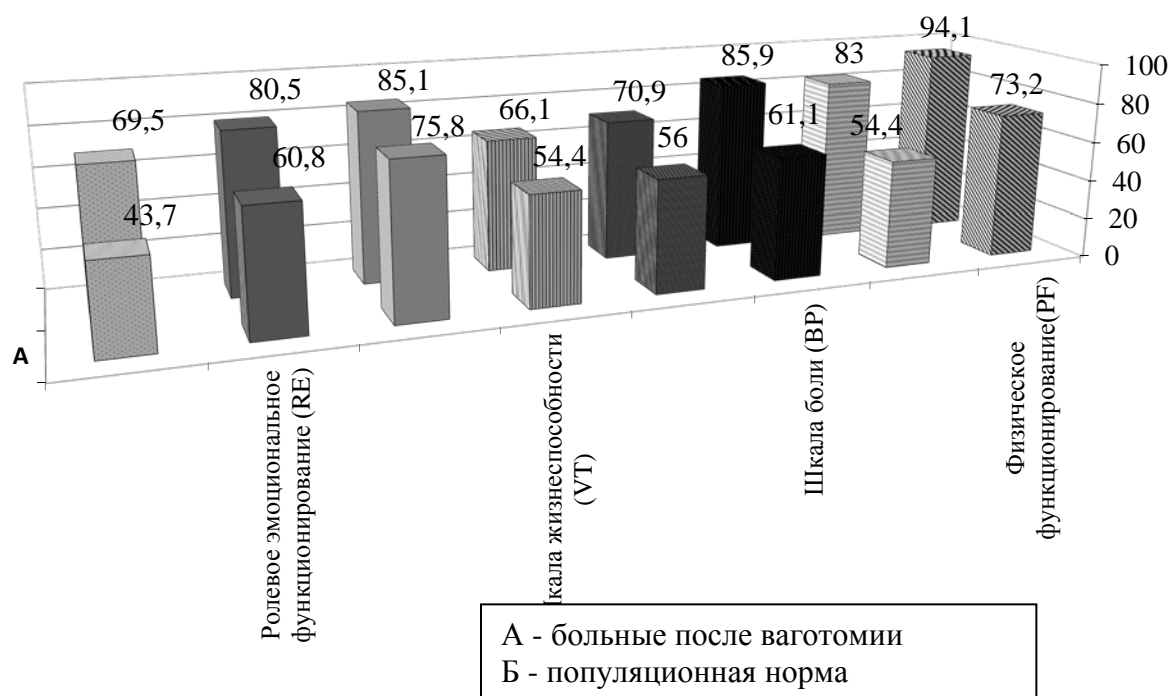


Рисунок №2. Распределение больных, перенесших стволовую ваготомию с пилоропластикой при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки по показателям общего качества жизни.

На основании шкал нами были определены комплексные показатели качества жизни у больных, перенесших стволовую ваготомию с пилоропластикой при ПЯДК.

Физический компонент здоровья (РН), включающий шкалы: физическое функционирование, ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, интенсивность боли, общее состояние здоровья, в среднем равнялся $45,2 \pm 1,24$ баллам.

Психологический компонент здоровья (МН), включающий шкалы: психическое здоровье, ролевое функционирование, обусловленное функциональным состоянием, социальное функционирование, жизненная активность, составил $43,7 \pm 1,1$ баллов. Низкий балл может быть объяснен низким уровнем жизни пациентов, отсутствием постоянного места работы, досуга.

При оценке специфического качества жизни с использованием шкалы GIQLI (1995), мы выявили, что его среднее значение у больных после стволовой ваготомии с дренирующей желудок операцией составило 87 баллов. Стоит отметить, что полученное значение на 39 баллов ниже среднестатистического показателя здорового человека и на 3,5 балла ниже индекса специфического качества жизни, определенного нами у больных, перенесших ушивание перфоративного отверстия ДПК из минидоступа с лапароскопической санацией брюшной полости. Прежде всего, это связано с наличием хронических заболеваний ЖКТ, снижающих специфическое качество жизни. При этом, наиболее распространенными жалобами респондентов являлись: «чувство переполненности и «бурления» в животе», повышенное газообразование, наличие жидкого стула на протяжении двух и более недель.

Проведенные в нашей клинике исследования показали, что на протяжении последних десяти лет степень внедрения в практику миниинвазивных вмешательств при прободной язве составила 72 %.

Связано это, во многом, с интенсивным развитием видеохирургических технологий в urgentной хирургической практике, позволяющих значительно сократить общую агрессивность оперативного вмешательства.

Одним из таких вмешательств является политехнологичное ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки из минидоступа с лапароскопической санацией брюшной полости. Данная операция является альтернативой лапароскопическим методикам оперирования, применяемым при ПЯДК в моноварианте, так как последние зачастую не всегда возможны.

Всего нами выполнено 149 ушиваний ПЯДК из минидоступа с лапароскопической санацией брюшной полости.

Мы подходили дифференцированно к выбору метода этой операции, основываясь на данных ЭГДС и диагностической лапароскопии.

Показанием к ушиванию перфоративного отверстия из минидоступа служило отсутствие других сочетанных осложнений язвенной болезни (стеноз, пенетрация, кровотечение, малигнизация).

Для определения точности, специфичности и чувствительности эндоскопического исследования при перфоративной язве путем простой случайной выборки нами были отобраны 200 больных с направительным диагнозом перфоративная язва.

При выполнении ЭГДС ложноотрицательные результаты были получены в 1 % (n=2) случаев, ложноположительные в 3 % (n=6) случаев. Соответственно чувствительность метода в плане вероятности выявления ПЯДК составила 99 %, специфичность – 97 %, точность – 98 %. При этом, чувствительность данных ЭГДС в плане верификации сочетанных осложнений составляет 99 %, специфичность 97 %, точность 98 %.

Для определения информативности диагностической лапароскопии в диагностике прободной язвы, путем простой случайной выборки нами были отобраны 100 больных с подозрением на перфорацию язвы.

При выполнении диагностической лапароскопии ложноотрицательные результаты были получены в 4 % (n=4) случаев, ложноположительные в 1 % (n=1) случаев. Таким образом, чувствительность данного метода исследования составляет 96 %, специфичность - 99 %, точность - 95 %.

Необходимо отметить особую важность диагностической лапароскопии при выборе оптимального метода хирургического лечения прободной язвы двенадцатиперстной кишки. Параметрами, определяющими вид оперативного вмешательства являются размер перфоративного отверстия и характер перитонита. Так, при перфорации более 1 см. в диаметре (учитывая высокую вероятность стенозирования пилородуоденального сегмента в результате рубцевания язвы, а также основываясь на данных литературы), мы отказывались от выполнения ушивания из минидоступа и отдавали предпочтение стволовой ваготомии с пилоропластикой.

При распространенном гнойном перитоните малоинвазивные технологии были использованы в ограниченном количестве наблюдений, так как возможность адекватной санации брюшной полости лапароскопическим методом затруднительна и требует дальнейших целенаправленных исследований.

Одной из задач данной исследовательской работы было определение эффективности ушивания перфоративного отверстия двенадцатиперстной кишки из минидоступа с лапароскопической санацией брюшной полости. Для выполнения поставленной задачи нами был проведен сравнительный анализ традиционных лапаротомных операций и минидоступных вмешательств путем сопоставления двух групп больных.

Основная группа включала 149 пациентов, оперированных миниинвазивно. Группа сравнения состояла из 30 больных, перенесших лапаротомные вмешательства. Стратификационный характер количественного распределения пациентов обусловлен тем, что в нашей клинике миниинвазивное лечение перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки является операцией выбора при данной патологии, и подобный характер распределения соответствует соотношению количества выполняемых «традиционных» и миниинвазивных операций.

Основная группа и группа сравнения были сопоставимы по возрасту и гендерному составу. Сопутствующую патологию, которая была представлена сердечно-сосудистыми заболеваниями и хроническими неспецифическими заболеваниями легких, имели 16 % больных (n=23) в основной группе, и 16,6 % (n=5) – в группе сравнения.

Возраст пациентов в основной группе колебался от 16 до 88 лет и в среднем составил $39 + 2,8$ года, в группе сравнения средний возраст составил $35,5 + 3,8$ лет. Основную массу пациентов с прободной язвой составили люди молодого и зрелого возраста, что определяет социальную значимость лечения данной категории больных.

Перитонит, местный или распространенный осложнял течение заболевания у всех больных. В 91,6 % больные поступали в стационар с распространенным перитонитом. Вместе с тем, распространенность перитонита не влияла на непосредственные результаты оперативных вмешательств (различия не достоверны, $F=2.235$ $p>0,05$).

Наряду с этим, очевидно возрастающее число летальных исходов в зависимости от характера перитонита. Гнойный выпот значительно ухудшает послеоперационный прогноз, в плане частоты встречаемости послеоперационных осложнений и вероятности летального исхода ($F=2,714$; $P<0.05$)

При сравнительном анализе групп больных, перенесших лапаротомное и малотравматичное ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки, было отмечено, что продолжительность послеоперационного периода составила $11,9 + 1,2$ сут., и $12,5 + 1$ сут. в основной группе и группе сравнения соответственно. Необходимо отметить, что пациенты основной группы чувствовали себя удовлетворительно и были готовы к выписке на 6-7 день после операции. Однако, длительность госпитализации была обусловлена необходимостью проведения этиотропной противоязвенной терапии, а также продиктована современными стандартами лечения больных.

При выполнении миниинвазивных вмешательств, количество послеоперационных осложнений, было значительно меньше, чем при лапаротомных вмешательствах (6,7 % и 20 % соответственно; $F=2,019$, $p<0,05$). Этот показатель достигнут во многом благодаря снижению числа раневых осложнений, возникающих после операций, проведенных на фоне гнойного перитонита (Таблица №2, стр.17).

Таблица №2

Сравнительная оценка применения миниинвазивных и лапаротомных операций у пациентов с перфоративной язвой.

| Параметры сравнения | Основная группа (n=149) | Группа сравнения (n=30) | Уровень значимости (p) |
|---|-------------------------|-------------------------|------------------------|
| Выполнение плана операции | 99,3 % (n=148) | 100 % (n=30) | --- |
| Частота конверсии к лапаротомии | 0,67 % (n=1) | --- | --- |
| Длительность операции | 59,1 ± 2,7 мин. | 66,3 ± 2,4 мин. | t*-5,1, p <0,05 |
| Продолжительность послеоперационного периода в сутках | 11,9 ± 1,2 сут | 12,5 ± 1 сут. | t*-0,4, p <0,05 |
| Летальность | 0,67 % (n=1) | 3,3 % (n=1) | F**-0,989, p>0,05 |
| Частота возникновения послеоперационных осложнений | 8 % (n=5) | 20 % (n=6) | F**-2,019, p<0,05 |

*t - критерий Стьюдента, **F - критерий Фишера

Для изучения отдаленных результатов и качества жизни путем простой случайной выборки были отобраны 109 больных, что составило 73,2 % от общего количества пациентов, перенесших ушивание перфорации из минидоступа. Изучались такие показатели, как наличие морфологических изменений в зоне операции, частота рецидивов язвенной болезни после перенесенного оперативного вмешательства. Сроки наблюдения составили от 1 до 14 лет.

Из 109 отобранных пациентов, 61 % (n=66) уехали за пределы региона или поменяли адрес места жительства, 30 % (n=32) согласились участвовать в исследовании, 7 % (n=8) категорически отказались от какого-либо сотрудничества, 2 % (n=2) больных пожилого и старческого возраста умерли от причин, не связанных с перенесенной операцией.

При анализе полученных результатов нами установлено, что отличные или хорошие результаты лечения, отмечены у 24 обследованных. Неудовлетворительные результаты во всех случаях были обусловлены рецидивом язвообразования и отмечены у 8 респондентов. Двое больных были повторно оперированы по поводу рецидивной перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки.

Сравнительно высокая частота рецидивов язвенной болезни двенадцатиперстной кишки была, возможно, связана с неудовлетворительной приверженностью пациентов к фармакотерапии.

Низкий комплаенс больных обусловлен и отсутствием диспансерного наблюдения, и сложностью проведения практически пожизненной дорогостоя-

щей фармакотерапии. В подобной ситуации гарантированная возможность ликвидации не только осложнения, но и собственно болезни, наводит на мысль о существовании, по крайней мере, в настоящее время, социальных показаний к первично – радикальным операциям при перфоративной язве.

У всех обследованных амбулаторно больных (n=33), выявлена обсемененность *H. Pylori*. По данным ФГДС, язвенных дефектов в зоне пилородуоденального перехода, не было выявлено ни у одного пациента, однако, у 33 % (n=11) респондентов имела место рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки.

Наличие рубцовой деформации в области пилородуоденального сегмента может быть обусловлено, как перенесенным ранее оперативным вмешательством, так и возможными повторными эпизодами обострения язвенной болезни.

В ходе контрастного рентгенологического исследования МЭФ, нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта у этих больных выявлено не было. Скорость и характер эвакуации контрастного вещества не отличались от нормы.

В ходе изучения качества жизни больных, перенесших ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки из минидоступа с лапароскопической санацией брюшной полости (на основании шкалы SF-36 (1992)), отмечено, что превосходное качество жизни отмечалось по шкалам, характеризующим физическое функционирование (PF), ролевое физическое функционирование (RP), шкале социального функционирования (SF), эмоциональное социальное функционирование (RE), шкале боли (BP).

При этом ни один из опрошенных пациентов не был трудоустроен официально и не имел постоянного источника дохода. Следовательно, отсутствие необходимости ежедневного выполнения определенного объема физической нагрузки привело к таким высоким показателям по данным критериям.

Самые низкие показатели были получены по критериям: шкала жизнеспособности (VT) и общее состояние здоровья (GH) (Рисунок №3, стр.19).

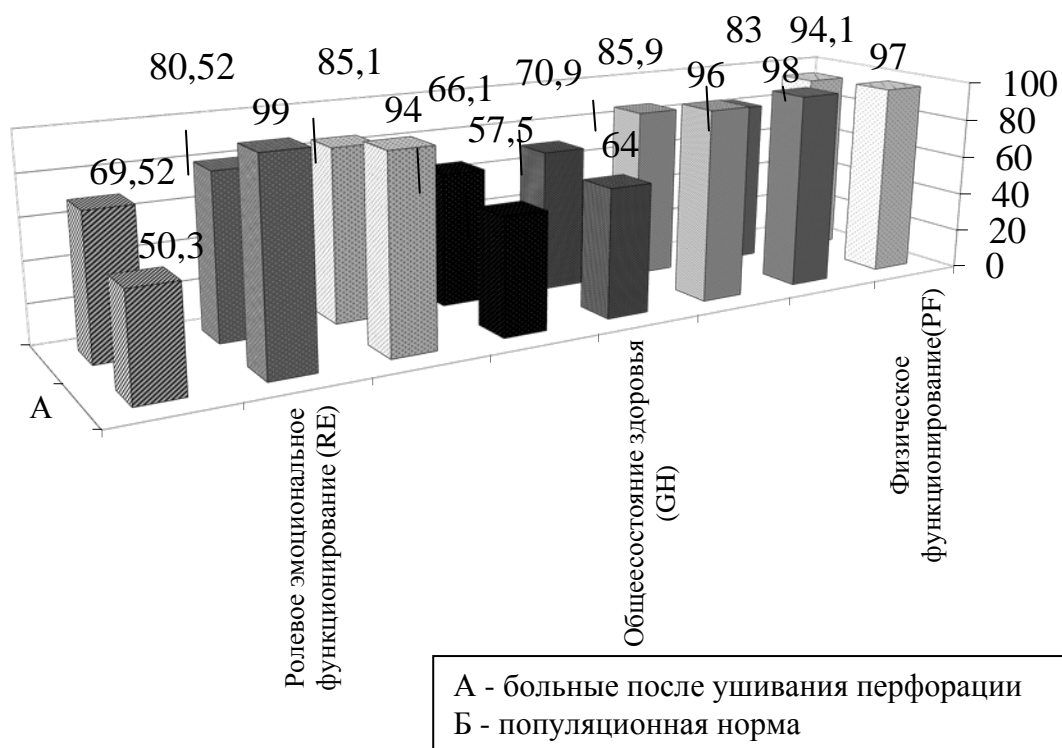


Рисунок №3. Распределение больных, перенесших ушивание перфоративного отверстия двенадцатиперстной кишки из минидоступа с лапароскопической санацией брюшной полости. по показателям общего качества жизни.

Такие комплексные показатели здоровья, как физический компонент здоровья (PH) и психологический компонент здоровья (MH) равнялись $58 \pm 1,49$ и $50 \pm 2,45$ баллам соответственно. Такие посредственные показатели могут быть объяснены низким уровнем жизни пациентов, отсутствием постоянного места работы, досуга.

Изучение специфического качества жизни после операции ушивания перфорации из минидоступа показало, что среднее значение, рассчитанное на основании шкалы GIQLI (1995), составило 90,3 балла. При этом, наиболее распространенными жалобами являлись «чувство переполненности в животе» и «ограничение потребления различных продуктов назначенной врачом диетой».

Одной из задач диссертационной работы была оптимизация лечения больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки, относящихся к группе риска. Достаточно широкий разброс показателей общей летальности при прободной язве (по данным литературы, в пределах от 1 % до 30 %), обусловлен неоднородностью пациентов, среди которых имеются как больные без факторов риска, так и пациенты с высокой вероятностью летального исхода.

Поэтому для получения клинически значимых выводов, представляется целесообразным подходить к изучению этого вопроса путем разделения участников исследования на группы с примерно одинаковой вероятностью исхода лечения по известным прогностическим факторам (так называемая стратификация, от лат. stratum — слой, пласт).

Особенно важным, по нашему мнению, является изучение когорты прогностически неблагоприятных пациентов. Связано это, прежде всего, с тем, что от числа больных с высокой вероятностью неблагоприятного исхода зависят цифры общей летальности.

Кроме того, взгляды на лечение пациентов с прободной язвой, относящихся к группе риска, достаточно противоречивы и целенаправленное изучение этого вопроса позволит предложить новые подходы к улучшению результатов лечения больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки.

Возможность применения миниинвазивных технологий у прогностически неблагоприятных пациентов с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки также требует уточнения.

В настоящее время для распределения больных с перфорацией язвы на группы в зависимости от вероятного исхода лечения, используется 12 различных, так называемых, диагностических шкал: the Boey score (Boey J. 1982, 1987), the Hacettepe score (Altaca G et al. 1992), the Jabalpur score (Mishra A et al. 2003), шкалы прободной язвы - PULP (Møller MH et al. 2011) и POMPP (Menekse E. et al. 2015), диагностические критерии Thorsen (Thorsen K. et al. 2014) и другие.

Многие из них требуют оценки достаточно большого количества переменных, поэтому в широкой клинической практике, как у нас в стране, так и за рубежом, наибольшее распространение получили критерии Boey (1982,1987). Согласно Boey J. (1987), использование этих прогностических критериев позволяет достоверно определить исход лечения у 93,8 % больных с прободной язвой.

Исследования последнего десятилетия также указывают на отчетливую корреляцию между количеством факторов риска по шкале Boey и летальным исходом.

Путем анализа простой случайной выборки из 205 больных (сплошная статистическая выборка 56 больных с лапаротомным ушиванием перфорации и 149 пациентов, оперированных из минидоступа), оперированных в клинике факультетской хирургии ВолгГМУ, было выявлено, что к группе прогностически неблагоприятных пациентов относится 19 % (n=40) больных, которым были выполнено 18 лапаротомных и 22 минидоступных операций (Рисунок №4, стр.21).

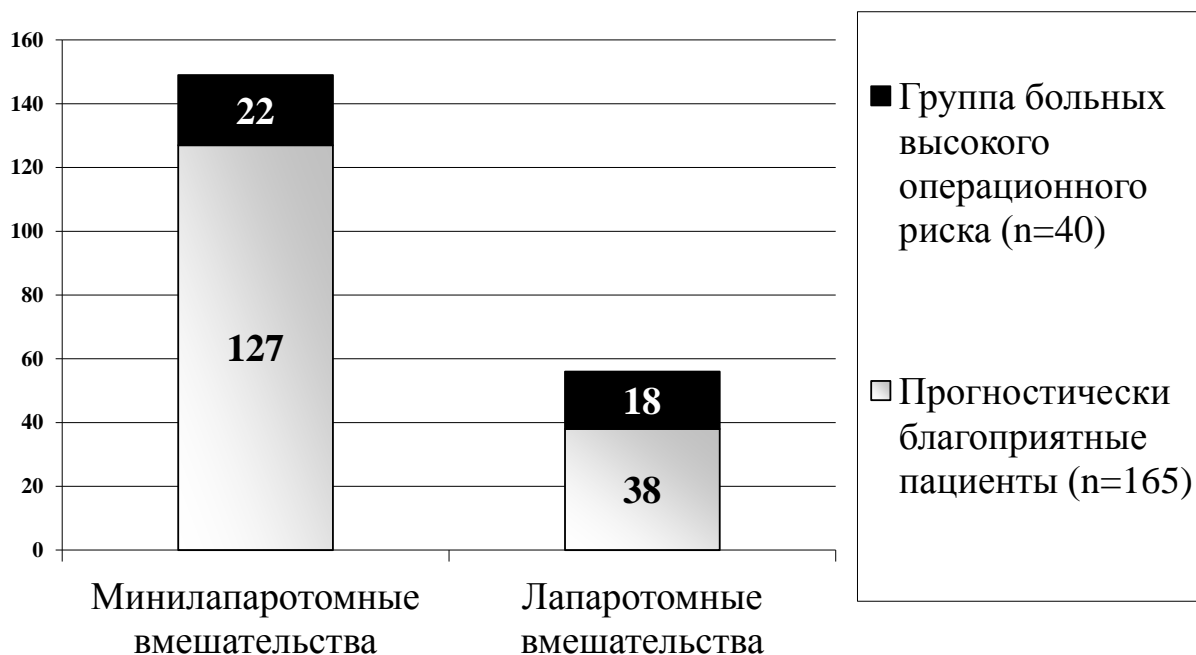


Рисунок №4. Характер оперативных вмешательств, выполненных больным группы высокого и крайне высокого операционного риска.

В группу высокого послеоперационного риска (2 балла по шкале Воеу (1982, 1987), риск послеоперационной летальности 45,5 %) были включены 18 % пациентов (n=38). К группе крайне высокого риска (3 балла по шкале Воеу (1982, 1987), риск послеоперационной летальности 97 %) относились двое больных (1 %) (Таблица №3).

Таблица №3

Эффективность критериев Воеу в прогнозировании исходов лечения больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки

| Количество баллов | Число больных | Число операций | Прогнозируемая летальность | Умерло больных |
|-------------------|------------------|----------------|----------------------------|--------------------|
| 0 баллов | 44,4 % (n=91) | 91 | 0 % | 0 % (n=0) |
| 1 балл | 36 % (n=74) | 74 | 10 % | 5,4 % (n=4 из 74) |
| 2 балла | 18,6 % (n=38) | 41* | 45,5 % | 15,8 % (n=6 из 38) |
| 3 балла | 1 % (n=2) | 3* | 97 % | 50 % (n=1 из 2) |

* - различие в числе пациентов и количестве оперативных вмешательств обусловлено этапным использованием миниинвазивных технологий.

В подгруппе из 38 больных, с оценкой 2 балла по шкале Воеу, 23 пациента были прооперированы при помощи миниинвазивных технологий (ушивание перфорации из минидоступа с лапароскопической санацией брюшной полости), а 15 больных перенесли лапаротомное вмешательство. Причем у ряда больных из этой подгруппы малоинвазивные вмешательства были использованы этапно. В связи с явлениями не разрешившегося перитонита на 3-и сутки мы выполняли релапароскопию с повторной санацией брюшной полости и оценкой состояния зоны ушитого перфоративного отверстия.

Среди пациентов, перенесших ушивание прободной язвы из минилапаротомного доступа (23 человек), летальных исходов не было. В то же время, из 15 человек, оперированных лапаротомно, умерли 6 пациентов.

В подгруппе с крайне высоким риском развития летального исхода (3 балла по шкале Воеу (1982,1987)), один пациент был прооперирован лапаротомно (пациент умер в ближайшем послеоперационном периоде). В другом клиническом наблюдении первичное вмешательство целенаправленно было выполнено из минилапаротомного доступа без лапароскопии, так как состояние больного до операции оценивалось как крайне тяжелое и выполнение широкой лапаротомии, а также оперирование в условиях напряженного пневмоперитонеума были крайне нежелательны в этой клинической ситуации. В последующем были использованы этапные навигационные пункционные вмешательства по поводу отграниченных жидкостных скоплений в брюшной полости. Пациент выписан.

Проведенный анализ показал, что в целом летальность при прободной язве составила 3,8 % (17 из 456 больных), в группе риска - 17,5 % (умерли 7 из 40 пациентов), в то время как прогнозируемая летальность у этих больных (основанная на оценке критериев Воеу) варьировала в пределах 45,5 % - 100 %.

Анализ причин летальных исходов (ретроспективный анализ 11 историй болезни) показал, что в четырех случаях причиной смерти стал острый инфаркт миокарда, который развился в послеоперационном периоде; в двух наблюдениях при патологоанатомическом исследовании выявлена тромбоэмболия ветвей легочной артерии; в двух - причиной смерти стала прогрессирующая полиорганная недостаточность, вызванная тяжелой соматической патологией пациента; в двух наблюдениях к летальному исходу привела острая сердечно-сосудистая недостаточность; и одна больная умерла от геморрагического шока, возникшего на фоне продолжающегося кровотечения из язвы 12-перстной кишки (Рисунок №5, стр.23).

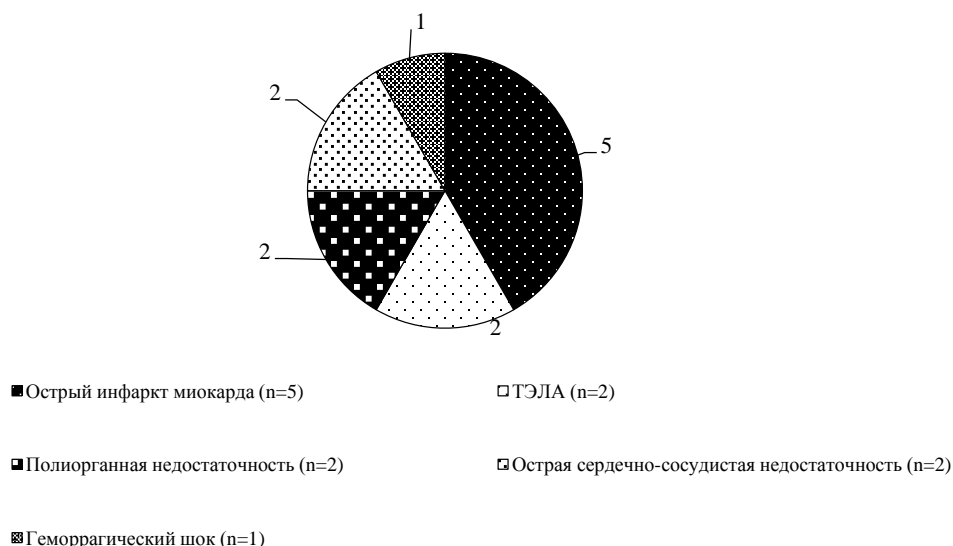


Рисунок №5. Структура причин летальности у больных, перенесших ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки.

Таким образом, основной причиной смерти послужили инфаркт миокарда (n=5), тромбоэмболия легочной артерии (n=2), острая сердечно-сосудистая недостаточность (n=2). Подавляющее большинство осложнений были обусловлены длительным постельным режимом, поздней активизацией пациента, что предопределяет необходимость более широкого внедрения минилапаротомных операций у больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки, относящихся к группе риска. Кроме того, в этой группе больных возможно использовать этапное лечение с применением минилапаротомных технологий во время основного этапа операции с последующими лапароскопическими или навигационными пункционными вмешательствами при третичном перитоните или при локализованных послеоперационных гнойно-воспалительных образованиях в брюшной полости.

ВЫВОДЫ.

1. Хронологический анализ показывает, что в настоящее время наиболее распространенным вмешательством при прободной язве двенадцатиперстной кишки является ушивание перфорации из минидоступа с лапароскопической санацией брюшной полости. Показания к выполнению стволовой ваготомии с дренирующей желудок операцией имеются у 13 % больных при сочетанных осложнениях язвенной болезни, таких как: перфоративная язва на фоне рубцового стеноза пилородуоденального перехода, перфорация и кровотечение, а также при перфорации «зеркальных» язв двенадцатиперстной кишки.

2. Наиболее частым ранним послеоперационным осложнением после двухсторонней стволовой ваготомии с дренирующей желудок операцией является гастростаз, который отмечен у 11 % больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки. Рецидив язвенной болезни после двухсторонней стволовой ваготомии выявлен в 14 % наблюдений.

3. Ближайший послеоперационный период после ушивания перфорации язвы из минидоступа по сравнению с больными, перенесшими лапаротомное вмешательство, характеризуется снижением частоты развития послеоперационных осложнений, с 20 % до 8 % наблюдений.

4. Первичная оценка отдаленных результатов и качества жизни показывает, что при активно-дифференцированной тактике лечения результаты стволовой ваготомии и ушивания перфорации (соответственно радикальных и паллиативных вмешательств) сопоставимы и необходимы дальнейшие исследования в этом направлении.

5. Пациенты группы риска по критериям Воеу (1982, 1987) составляют пятую часть больных, перенесших операцию ушивания прободной язвы, и исходы их лечения требуют отдельного целенаправленного изучения. Для улучшения результатов их лечения необходимо более активно применять минилапаротомные операции, а также этапно использовать минилапаротомные, лапароскопических и навигационные пункционных миниинвазивные технологии.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.

1. При выборе варианта хирургического лечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки помимо клинико-анамнестических данных необходимо учитывать характер и степень рубцово-язвенных изменений пилородуоденальной области.

2. Перед оперативным вмешательством по поводу прободной язвы двенадцатиперстной кишки всем больным необходимо выполнить эзофагогастродуоденоскопию.

3. Ушивание перфорации из минидоступа с лапароскопической санацией брюшной полости может быть выполнено у большинства пациентов с прободной язвой двенадцатиперстной кишки.

4. Стволовая ваготомия с пилоропластикой показана при прободной язве двенадцатиперстной кишки в случае таких сочетанных осложнений язвенной болезни как: перфорация и рубцовый стеноз пилородуоденальной зоны, перфорация и кровотечение и так называемых «зеркальных» язвах двенадцатиперстной кишки.

5. У больных с прободной язвой и высокой степенью операционного риска с целью коррекции послеоперационных интраабдоминальных осложнений возможно этапное использование миниинвазивных вмешательств.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ.

- 1) Выбор оптимального метода хирургического лечения прободной язвы двенадцатиперстной кишки// Альманах института хирургии имени А.С. Вишневого. —Москва, 2015. (соавт. А.Г. Бебуришвили, С.И. Панин, Д.В. Михайлов, Д.А. Кувшинов, С.С. Нестеров, Л.В. Шарашкина).
- 2) Малоинвазивные вмешательства при прободной язве// Альманах института хирургии имени А.С. Вишневого. —Москва, 2015. (соавт. А.Г. Бебуришвили, С.И. Панин, Д.В. Михайлов, С.С. Нестеров, Л.В. Шарашкина).
- 3) Возможности консервативного лечения прободной язвы// Хирургия.—Москва, 2016.—С.69 (соавт. А.Г. Бебуришвили, С.И. Панин, Д.В. Михайлов).
- 4) Синдром Бувере. Клиническое наблюдение эндоскопически ассистированной мини-лапаротомной операции//Вестник Волгоградского Государственного медицинского университета. —Волгоград, 2016. —С.62 (соавт. А.Г. Бебуришвили, С.И. Панин, А.В. Савицкая).
- 5) Метрологические аспекты в системах семиотики и диагностики острой хирургической патологии органов брюшной полости: системный подход к семиотике и диагностике в неотложной абдоминальной хирургии// Вестник Волгоградского Государственного медицинского университета. —Волгоград, 2016.—С.58 (соавт. А.Г. Бебуришвили, С.И. Панин, Ю.П. Муха, С.А. Безбородов, А.В. Савицкая).
- 6) Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки. Учебное пособие. Волгоград, 2016. (соавт. А.Г. Бебуришвили, С.И. Панин, Н.Ш. Бурчуладзе).

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРИЕМЕ И РЕГИСТРАЦИИ ЗАЯВКИ.

1. Способ лечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки (положительное решение о выдаче патента на изобретение № 2016139218/062530 от 05.10.2016).