

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
Волгоградский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

На правах рукописи

ПОСТОЛОВ МИХАИЛ ПЕТРОВИЧ

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

14.01.17 - хирургия

диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, доцент
Панин Станислав Игоревич

ВОЛГОГРАД –2016

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений	4
Введение	5
Глава 1. Обзор литературы	10
1.1. Современные подходы к диагностике и хирургическому лечению больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки	10
1.2. Миниинвазивные технологии в лечении больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки	20
Глава 2. Материал и методы исследования	30
2.1 Характеристика клинических наблюдений.....	30
2.2 Характеристика методов исследования.....	38
Глава 3. Стволовая ваготомия в лечении перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки	45
3.1 Хронологический анализ изменений в структуре оперативных вмешательств при прободной язве двенадцатиперстной кишки	45
3.2 Непосредственные результаты двухсторонней стволовой ваготомии с дренирующей желудок операцией при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки.....	51
3.3 Отдаленные результаты и качество жизни больных после стволовой ваготомии с пилоропластикой.....	57
Глава 4. Результаты ушивания прободной язвы двенадцатиперстной кишки из минидоступа с лапароскопической санацией брюшной полости	71
4.1 Сравнительная оценка непосредственных результатов минилапаротомного и лапаротомного вариантов ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки.....	71

4.2 Отдаленные результаты и качество жизни больных, перенесших ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки из минидоступа с лапароскопической санацией брюшной полости	83
3.3 Особенности лечения прободной язвы у больных с высоким риском послеоперационной летальности (по критериям Воеу).....	94
Заключение	109
Выводы	125
Практические рекомендации	127
Список литературы	128
Список публикаций	150
Приложение	151

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- АД – артериальное давление;
- ВолгГМУ – Волгоградский Государственный медицинский университет;
- ГБ – гипертоническая болезнь;
- ГУЗ КБ СМП – Государственное учреждение здравоохранения, клиническая больница скорой медицинской помощи;
- ДПК – двенадцатиперстная кишка;
- ЖКТ – желудочнокишечный тракт;
- ИПП – ингибиторы протонной помпы;
- КЖ – качество жизни;
- КТ – компьютерная томография;
- МЦИКЖ – международный центр исследования качества жизни;
- МЭФ – моторно-эвакуаторная функция;
- ПЯ – прободная язва;
- ПЯДК – перфоративная язва двенадцатиперстной кишки;
- СПВ – селективная проксимальная ваготомия;
- ТЭЛА – тромбоэмболия легочной артерии;
- УЗИ – ультразвуковое исследование;
- ЧДД – частота дыхательных движений;
- ЭГДС – эзофагогастродуоденоскопия;
- ЯБ – язвенная болезнь;
- ЯБДК – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

ВВЕДЕНИЕ

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 % летальности, в популяции больных с язвенной болезнью, обусловлены 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 гиперсекрецию как один из факторов этиопатогенеза язвенной болезни с помощью консервативной терапии (Gitlin N. et al. 1987; Poynard T. et al. 1995; Dekkers CPM et al. 1999) или посредством хирургической денервации желудка за счет выполнения ваготомии (Коо J et al. 1982; Taylor TV et al. 1990). В связи с этим 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; Ермолов А.С. и др. 2014; Сажин В.П. и др. 2015; Совцов С.А. 2015; Черкасов М.Ф. и др. 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, требуется изучение альтернативных малотравматичных методов ушивания прободной язвы, таких, как вмешательства 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 мининвазивные 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 больных с прободной язвой двенадцатиперстной кишки.

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ 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.

В соответствии с поставленной целью сформулированы 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 перфорацией язвы, 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 с применением 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. Обоснованы и сформулированы предложения по более рациональному использованию различных органосохраняющих операций в лечении 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, влияющих на выбор метода хирургического лечения прободной язвы двенадцатиперстной кишки является степень выраженности рубцово-язвенной деформации и стеноза пилородуоденального перехода.

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

Выполнение двухсторонней стволовой ваготомии с пилоропластикой показано при прободной язве двенадцатиперстной кишки показано при сочетании таких 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), XVIII съезде общества эндоскопических хирургов России (Москва, 2015), XII съезде хирургов России (Ростов-на-Дону, 2015).

Приоритетные справки Российского агентства по патентам и товарным знакам на изобретения и полезные устройства:

1. Способ лечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки (уведомление о приеме и регистрации заявки № 2016139218/062530 от 05.10.2016).

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 211 источников, из них 113 отечественных и 98 зарубежных авторов.

ГЛАВА 1

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1 Современные подходы к диагностике и хирургическому лечению больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки.

На протяжении последних 10 лет наблюдается снижение заболеваемости язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки во всем мире (Лемешко З.А., Пиманов С.И., 2011; Ермолов А.С. и др. 2014; Lau J.Y. et al., 2011; Dutta A.K., et al., 2012; Lassen A., Hallas J., Schaffalitzky, 2006; Wang Y.R., Richter J.E., Dempsey D.T., 2010). Вместе с тем, ежегодно в мире язвенной болезнью вновь заболевает около 4 миллионов человек (Zelickson M.S., Bronder C.M., Johnson V.L., 2011). Осложненные формы язвенной болезни составляют от 10% до 20% (Яблонский П.К., Мовчан К.Н., Соколович Е.Г., 2013; Bertleff M.J., Lange J.F., 2010).

Снижение заболеваемости язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, отчасти можно объяснить широким применением ингибиторов протонной помпы, а также внедрением схем эрадикационной терапии.

Несмотря на все достижения современной фармакологии, распространенность перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки не снижается, а некоторых регионах, наоборот, возрастает (Зайцев О.В., 2011; Canoy D.S., Hart A.R., Todd C.J., 2002; Lassen A., Hallas J., Schaffalitzky 2006; Arveen S., Jagdish S., Kadambari D., 2009; Wysocki A., Budzynski P., Kulawik J., 2011; Thorsen K., Søreide J.A., Kvaløy J.T., 2013).

Кроме того, многие авторы отмечают изменение этиологической структуры ЯБДК. Так, роль *H. pylori* в развитии данного заболевания снижается, в то время как значение нестероидных противовоспалительных препаратов (Musumba C., Jorgensen A., Sutton L., 2012; Gisbert J.P., Legido J., Garc'ia-Sanz I., 2004), а также селективных ингибиторов циклооксигеназы-2 (Christensen S., Riis A., Nørgaard M., et al., 2007) неуклонно растет.

В увеличивающейся по численности среде наркоманов, курение крэка (кристаллического кокаина) также провоцирует развитие ПЯ. У этой категории больных патогенез развития язвы определяется выраженной ишемией гастродуоденальной слизистой, поэтому в терапии таких язв антисекреторные препараты оказываются малоэффективными, а радикальные операции с применением ваготомии нецелесообразны (Крылов Н., Винничук Д., 2012).

Значительная часть больных ПЯ курят (более 70–80 %) и употребляют алкоголь (около 30 %). Поэтому, некоторые авторы считают, что предупредить ПЯ проще борьбой с курением, нежели проведением эрадикации *H. pylori* (Крылов Н., Винничук Д., 2012).

Как уже было сказано выше, снижение заболеваемости язвенной болезнью не повлекло за собой уменьшения количества осложненных ее форм (Гостищев В.К., Евсеев М.А., Головин Р.А., 2005; Тимербулатов В.М., Мехдиев Д.И., Фаязов Р.Р., 2015; Lassen A., Hallas J., Schaffalitzky, 2006; Wang Y.R., Richter J.E., Dempsey D.T., 2010; Hermansson M. et al., 2009; Wysocki A. et al., 2011). Так в 2013 году от осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки умерли 301 000 больных (GBD, 2014). При этом 70 % летальных исходов приходилось на перфоративную язву (Bertleff M.J., Lange J.F., 2011).

Ряд авторов отмечает, что на протяжении последних 10 лет заболеваемость ПЯДК не снижается и сохраняется в мировом масштабе на уровне 3,8 – 14 человек на 100 000 (Thorsen K., Søreide J.A., Kvaløy J.T., 2013).

Большая часть пациентов, поступающих в стационар с ПЯДК являются пожилыми людьми с выраженной сопутствующей патологией и высоким операционно-анестезиологическим риском (Дряженков И.Г., Аленкин А.Г., Быков А.С., 2013; Sarosi G.A. Jr. et al., 2005). Показатели послеоперационной летальности у больных с ПЯДК достигают 25 % (Лобанков В.М., 2007; Møller M.H. et al., 2011; Nakano A. et al., 2008; Towfigh S. et al., 2002).

Столь высокие цифры летальности, отчасти, могут быть объяснены трудностями в диагностике данного заболевания. Некоторые авторы отмечают,

что симптомы и проявления перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки могут быть запоздалыми, стертыми и неспецифичными, особенно у иммунокомпрометированных пациентов и у лиц, принимающих стероидные гормональные препараты (Lui F.Y., Davis K.A., 2010). Также довольно распространена так называемая «прикрытая перфорация», характерная для острых язв. В этом случае быстрая обтурация прободного отверстия препятствует поступлению газа и жидкости в брюшную полость, минимизируя клинические проявления перфорации (Lui F.Y., Davis K.A., 2010).

Так или иначе, по данным мировой литературы, прямые проявления и симптомы перфорации не выявляются у 10–20 % больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки (Курбонов К.М. и др. 2012; Кульчиев А.А., 2015; Grassi R. et al., 2004).

Классические проявления перфоративной язвы, такие, как «кинжальная» боль в области эпигастрия, сопровождающаяся клиникой развивающегося перитонита наблюдается только у 2/3 больных с ПЯДК (Белобородов В.А., Генич Е.В., Антонов В.Н., 2011; Крылов Н., Винничук Д., 2012; Захаров Д.В. 2015; Никитин Н.А., 2015; Suriya S., Kasatpibal N., Kunaviktikul W., et al., 2011; Thorsen K., Glomsaker T.B. von Meer A., et al., 2011). Вместе с тем, лишь у трети больных с ПЯДК имелись проявления язвенной болезни до перфорации (Bertleff M.J., Lange J.F., 2010).

В настоящее время для диагностики перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки применяются как инструментальные, так и лабораторные методы исследования.

Обзорная рентгенография органов брюшной полости, направленная на определение наличия свободного газа под правым куполом диафрагмы, в ряде случаев не может служить достоверным критерием диагностики перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки (Chen C.H., Yang C.C., Yeh Y.H., 2001). Это связано с тем, что у 35–40 % больных с перфоративной язвой имеется периульцерозный спаечный процесс и (или) облитерация надпеченочного

поддиафрагмального пространства (Крылов Н., Винничук Д., 2012; Малков И.С., 2015; Щербатенко М. К., Береснева Э. А., 1977). В связи с указанным обстоятельством, при обзорной рентгеноскопии органов брюшной полости свободный газ может быть выявлен лишь у 30-85 % больных с перфорацией язвы. (Bertleff M.J., Lange J.F., 2010; Grassi R. et al., 2004).

Обзорная рентгенография органов брюшной полости в настоящее время вытесняется более современными методами диагностики, такими, как компьютерная томография. Последняя позволяет обнаружить свободный газ в брюшной полости у 70-98 % больных (Grassi R. et al., 2004; Furukawa A. et al., 2005; Yeung K.W. et al., 2004; Плешков В.Г., 2015).

Применение КТ в широкой медицинской практике позволило чаще выявлять ПЯДК на этапе неинвазивного диагностического поиска. Наиболее характерными симптомами данного патологического состояния при КТ являются: наличие свободной жидкости или свободного газа в брюшной полости, утолщение стенок кишечника, истекание перорального контраста в свободную брюшную полость.

Стоит отметить, что до 12 % больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки могут иметь нормальную КТ-картину органов брюшной полости. Однако выполнение КТ органов брюшной полости с пероральным контрастированием желудочно-кишечного тракта позволяет повысить эффективность компьютерной томографии в диагностике перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки (Malhotra A.K. et al., 2000).

Несмотря на все преимущества компьютерной томографии перед обзорной рентгенографией органов брюшной полости в диагностике ПЯДК, применение ее ограничено. Связано это с рядом факторов. Так, при пероральном контрастировании применяются водорастворимые йодсодержащие препараты, индивидуальная непереносимость которых вынуждает отказываться от использования этого метода у ряда больных. Кроме того, многие больницы скорой медицинской помощи в Российской Федерации

не имеют возможности выполнять исследования на компьютерном томографе с контрастным усилением круглосуточно.

В последние годы выполнение эзофагогастродуоденографии является одним из наиболее распространенных методов исследования в диагностике перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки. При наличии ПЯДК, эндоскопическая картина может варьировать и характеризоваться: визуализацией глубокого язвенного дефекта с перфоративным отверстием в центре (до 70 % случаев); визуализацией формирования пузырьков газа в области перфоративного отверстия (до 53,3 % случаев); невозможностью адекватного растяжения луковицы двенадцатиперстной кишки при инсуффляции воздуха (до 40 % случаев); визуализацией экссудата, покрывающего область язвенного дефекта (до 60 % случаев) (Брегель А.И., Пинский С.Б., Олейников И.Ю., 2001; Шендрик А.Ю., 2012; Сажин В.П. и др., 2015; Хасанов А.Г., 2015; Chia-Li Lin., Yung-Hsiang Yeh., Chi-Chieh Yang., 2003).

Выполнение ультразвукового исследования органов брюшной полости при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки, находит на современном этапе все более широкое применение. Во многом это связано с развитием и постоянным улучшением разрешающих возможностей современных аппаратов ультразвуковой диагностики (Лемешко З.А., Пиманов С.И., 1997; Сажин В.П. и др., 2015; Бомбизо В.А. и др., 2015; Kuzmich S., Harvey C.J., Fascia D.T., et al., 2012; Minardos I., Ziogana D., Hristopoulos H., 2006).

Перфорация язвы полого органа характеризуется наличием как прямых, так и косвенных ультразвуковых признаков. Определение таких косвенных ультразвуковых стигм, как пневмоперитонеум или отграниченное скопление газа рядом с печенью, особенно в сочетании с утолщением стенки двенадцатиперстной кишки или антрального отдела желудка, является важным этапом диагностики ПЯДК. Патогномоничный ультразвуковой симптом перфорации - перерыв наружного контура стенки органа в области язвенного

дефекта, который заполнен высокоэхогенным содержимым и располагается именно в зоне утолщения. Язвенный дефект при УЗИ наиболее часто выглядит в виде конуса или неправильного конусовидного образования «рыбьего глаза» (Сажин В.П. и др., 2015; Yoschizumi T., Ikeda T., Ohta S., 2001).

Тем не менее, роль ультразвукового исследования в диагностике перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки ограничена. Связано это, в первую очередь с тем, что большая часть больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки поступает в вечерние и ночные часы (Крылов Н., Винничук Д., 2012), когда выполнение УЗИ невозможно в связи отсутствием круглосуточной службы функциональной диагностики во многих больницах скорой медицинской помощи в нашей стране.

Лабораторные изменения, определяемые при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки являются неспецифичными, хотя лейкоцитоз, метаболический ацидоз и повышение уровня амилазы крови могут быть ассоциированы с ПЯДК (Мондор Г. 1939; Крылов Н., Винничук Д., 2012; Fakhry S., 2001).

При сохранении сомнений в диагнозе перфоративной язвы и перитонита выполняется лапароскопия.

Лапароскопия в трудных диагностических случаях может быть выполнена в экстренном порядке и, при подтверждении диагноза, перфоративное отверстие должно быть устранено.

Основным методом лечения при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки по сей день остается хирургический. При ПЯДК возможны три принципиально разных подхода – ушивание перфоративного отверстия, ваготомия с одним из видов дренирующей желудка операции и резекция желудка.

В настоящее время при перфоративных пилородуоденальных язвах не существует «идеального» хирургического вмешательства, вопросы хирургической тактики остаются спорными и продолжают обсуждаться в

периодической печати и на форумах хирургов (Гарелик П.В. и др., 2014; Гостищев В.К., Евсеев М.А., Головин Р.А., 2009; Малков И.С., 2012; Ярцев П.А. и др. 2015; Столяров С.И., 2015; Lui F.Y., Davis K.A., 2010; Millat V., Fingerhut A., Borie F., 2010).

В резолюции Всероссийского съезда хирургов рекомендовано выполнять органосохраняющие операции при лечении осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (XII съезд хирургов России (Ростов, 2015)).

В настоящее время в большинстве общехирургических стационаров РФ широкое распространение получила операция ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки (Гостищев В.К., Евсеев М.А., Головин Р.А., 2005; Ермолов А.С. и др., 2014; Сажин В.П., 2015).

Несмотря на хорошие непосредственные результаты лечения, многие хирурги относятся к ушиванию перфоративного отверстия как к сугубо паллиативной операции (Thorsen K. et al. 2014), так как частота рецидива язвенной болезни после ушивания перфораций еще 15 лет назад достигала 75 % (Неймарк И.И., 1998; Сацукевич В. Н., 2001).

Однако, доказательство этиологической роли *Helicobacter pylori* (Hр) в патогенезе ЯБ (Marshall B.J., Warren J.R., 1984), а также прогресс в синтезе антисекреторных препаратов, диктуют необходимость изменений взглядов хирургического сообщества на выбор метода лечения больных с ПЯДК. Появление в последнее время современных противоязвенных препаратов позволило в большинстве наблюдений считать операцией выбора ушивание перфоративного отверстия с последующей консервативной терапией ЯБ (Поташев Л.В. и др., 1999; Тимербулатов Ф. Б. и др., 1999; Джумабеков Д.Н., 2015; Lau W.Y. et al., 1996; Lago S.A., 2002).

Ушивание перфоративной язвы является простой и малотравматичной операцией, доступной в выполнении начинающему хирургу. Данный вид вмешательства не имеет альтернативы при разлитом гнойном перитоните, тем более осложненном полиорганной недостаточностью, и у больных ПЯДК с

тяжелой сопутствующей патологией (Бабкин О.В. и др., 2003; Ермолаев Ю.Д., 2003; Ермолов А.С. и др., 2003; Курбанов Ф.С., Балогланов Д.А., Сушко А.Н. и др., 2011; Кукош М.В. и др., 2012; Поташов Л.В., 2005; Карипиди Г.К., Авакимян В.А., Авакимян С.В., 2014). Показаниями для ушивания ПЯДК являются: а) наличие “немой” язвы при диаметре перфоративного отверстия не более 0,5 см; б) при давности перфорации свыше 12 часов при наличии распространенного перитонита (Сажин В.П., 2015).

Однако, по данным Гостищева В.К., привлекательная идея хирургической ликвидации перфоративной язвы с последующей медикаментозной терапией в условиях российской действительности трудновыполнима. Связано это, прежде всего, с невероятно низкой приверженностью к лечению (комплаенса) российских пациентов (Гостищев В.К., Евсеев М.А., Головин Р.А., 2005). Кроме того, около 90% больных с осложненной язвенной болезнью не могут позволить себе адекватную фармакотерапию, соблюдение диеты и режима (Афендулов С.А., Журавлев Г.Ю., Краснолуцкий Н.А., 2005; Шишов Д.Ю. и др., 2012; Трухалев В.А., Гомозов В.И., 2013; Циммерман Я.С., 2013).

Очередным этапом в хирургии язвенной болезни стало применение стволовой и селективной ваготомии. Накопленный большой опыт ее применения в плановой хирургии язвенной болезни ДПК показал высокую эффективность операции (Гринберг А.А., Нестеренко Ю.А., 1995; Черноусов А.Ф. и др., 1996; Курыгин А.А. и др., 2006; Федоров А.В. и др., 2000; Кузин Н.М. и др., 2001; Панцырев Ю.М. и др., 2003, Herrington J.L., Davidson J., Shumway S.J., 1986; Richard H. Turnage et al., 2003).

В 80-е годы XX века преобладающим было мнение о необходимости хирургического лечения, в том числе и неосложненной язвенной болезни. Считалось, что операция должна производиться своевременно в плановом порядке, она должна быть направлена на профилактику развития осложнений, идти впереди них. Хирурги того времени надеялись, что увеличение удельного веса оперативных вмешательств, в частности стволовой и селективной

ваготомии, производимых по относительным показаниям в плановом порядке, позволит снизить число больных с осложненной язвенной болезнью (Крылов Н., Винничук Д., 2012).

В наши дни удельный вес выполняемых ваготомий в хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки значительно снизился. Так, по данным Крылова Н., только 0,3 % хирургов выполняют ваготомию регулярно, а 60 % полностью отказались от ее применения (Крылов Н., Винничук Д., 2012; Бабкин Д.О., Крылов Н.Н., Бабкин О.В., 2015). Одной из причин является возможность адекватного снижения желудочной секреции с помощью хорошо организованного консервативного лечения. В 90-х годах прошлого столетия это были блокаторы H-2 гистаминовых рецепторов, а позднее ингибиторы протонной помпы (ИПП), левовращающие изомеры которых по своей эффективности зачастую не уступают оперативным методикам снижения секреции желудка (Мухин А.С., 2015; Bose A.C. et al., 2007; Bertleff M.J. et al., 2009).

Показаниями для иссечения перфоративной язвы с пилоропластикой и ваготомией в настоящее время являются: а) наличие перфоративного отверстия более 0,5 см в диаметре, б) перфорация хронической язвы с локализацией в двенадцатиперстной кишке или в пилородуоденальной зоне, в) язвы, осложненные пилородуоденальным стенозом или пенетрацией (Сажин В.П., 2015 г.).

Однако, наряду с объективными преимуществами, ваготомия имеет и ряд недостатков. Так, стволовая ваготомия, как наиболее распространенное вмешательство при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки, сопровождается большим числом постваготомических осложнений. По данным Антонова О.Н., после стволовой ваготомии демпинг-синдром наблюдался в 5–20 % наблюдений, диарея – в 10–30 % и развитие холестаза и холелитиаза – у 0,8–1,7 % больных (Чернооков А.И., Наумов Б.А., Яковченко А.В. и др. 2010; Антонов О.Н., Рыбальченко А.В., 2013; Василенко Л.И., 2015; Hoffman J.,

Jensen H-E., Christiansen J. et al., 1989; Hoffman J., Olesen A., Jensen H.E., 1987; Macintyre I.M.C., Millar A., Smith A.N. et al., 1990; Johnston G.W., Spencer EFA., Wilkinson A.J. et al., 1991; Jordan PH Jr., Thornby J., 1994).

Наиболее радикальным способом операций при перфоративной язве считается резекция желудка, положительной стороной которой является низкая частота рецидива заболевания. Однако эта операция сопровождается большим количеством послеоперационных осложнений, высокой летальностью и развитием постгастрорезекционных синдромов (Никитин Н.А. и др. 2015; Жерлов Г.К. и др., 2001; Панцирев Ю.М., 2003; Поташов Л.В., Семенов Д.Ю. 2005; Вачев А.Н., Козлов А.А., Сухачев П.А. и др., 2011; Мухин А.С., Отдельнов Л.А. 2015; von Holstein C., Graffner H., Oscarson J., 1987; Meisner S., Jorgensen L.N., Jensen H.E., 1988; Santoro R., Mancini P., Carboni F., 2014; Kassegne I., Sewa E.V., Kanassoua K.K., 2016).

Согласно национальным клиническим рекомендациям по лечению прободной язвы (Сажин В.П., 2015), резекция желудка при перфоративной язве может быть выполнена при стенозе привратника, подозрении на малигнизацию язвы, пенетрации язвы, сопутствующем желудочно-кишечном кровотечении; наличии перфоративного отверстия более 0,5 см в диаметре, е) множественных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки, ж) повторной перфорации (Сажин В.П., 2015).

1.2 Миниинвазивные технологии в лечении больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки.

Длительное время в качестве оперативного доступа в основном применялась традиционная лапаротомия, так как лапароскопические вмешательства при перфоративных язвах не всегда возможны, технически сложны и дороги (Панцырев Ю.М. и др., 2003; Совцов С.А. и др., 2001; Гуляев А.А. и др., 2002; Бронштейн П.Г., Могильников С.В., Семенчева О.В. и др., 2007; Wan-Yee Lau, Ka-Lau Leung, Kwok-Hung Kwong et al., 1996).

В настоящее время широкое распространение получили два основных вида малоинвазивного оперативного лечения: видеолапароскопическое и сочетание лапароскопии с минилапаротомным доступом (Тимербулатов В.М., 1999; Асатиани Г.А. 2002; Прудков М.И., 2007; Ягудин М.К. и др. 2013; Чернявский С.С., Фаев А.А., Мугатасимов И.Г. и др. 2014; Совцов С.А., 2015; Погосян А.А., 2015; Lagoо S.A., 2003).

Обе методики применяются в лечении перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки в различных комбинациях: лапароскопическое ушивание перфоративного отверстия и санация брюшной полости в моноварианте; лапароскопическая стволовая ваготомия с пилоропластикой из минидоступа; ушивание перфорации из минидоступа с лапароскопической санацией брюшной полости; лапароскопическая селективная проксимальная ваготомия с ушиванием перфоративного отверстия.

По мнению Сажина В.П. (2015), Siu W.T. (2002), Hisham Aljohary (2013), лапароскопическое ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки имеет ряд преимуществ перед традиционными операциями (Сажин В.П. и др., 2015; Siu W.T. et al. 2002; Hisham Aljohary et al., 2013). К ним можно отнести: хорошую визуализацию «зоны интереса», доступную благодаря внедрению современных оптических систем и световолоконной оптики и создающую возможность для обнаружения перфоративного отверстия минимального размера. Свободную доступность всех отделов брюшной полости,

позволяющую провести хорошую санацию, особенно при малом периоде времени, прошедшем с начала заболевания. Свобода выбора методик ушивания язвенного дефекта с применением интра-, экстракорпорального узла, использованием нитей, не требующих узлообразования.

Преимуществами данной методики оперирования являются более ранние сроки активизации пациентов и восстановления функции желудочно-кишечного тракта, уменьшение длительности пребывания пациентов в стационаре, снижение сроков временной нетрудоспособности, объемов медикаментозной терапии, достижение хорошего косметического эффекта (Крылов Н., Винничук Д., 2012; Машкин А.М. и др. 2012; Лубянский В.Г., Омаров Н.Б., 2013; Сажин И.В. и др. 2014; Совцов С.А., 2015; Крылов Н.Н., Бабкин О.В., Бабкин Д.О., 2015; Siu W.T. et al. 2002; Lau H., 2004).

Использование лапароскопических методик оперирования позволяет, прежде всего, значительно снизить частоту раневых осложнений (2-5 % при лапароскопических операциях и 10-12 % при лапаротомных вмешательствах) (Минкович П.В., 2008; Крылов Н., Винничук Д., 2012; Сажин И.В. и др. 2014; Seelig MH, Seelig SK, Behr C et al., 2003; Naesgaard JM, Edwin B, Reiertsen O. Et al. 1999), что, в свою очередь, уменьшает вероятность возникновения вентральных грыж в послеоперационном периоде.

Вместе с тем, выполнение лапароскопических вмешательств возможно не у всех пациентов. Необходима тщательная селекция больных перед выполнением лапароскопического ушивания перфоративной язвы (Lau WY, 2002).

Отбор пациентов для лапароскопического ушивания может быть осуществлен на основании различных шкал оценки риска летальности у больных с ПЯДК (Сажин В.П., Федоров А.В., Жаболенко В.П., 1999; Омаров Н.Б., Лубянский В.Г., 2013; Розанов В.Е., Кильдяшов А.В., Сторожилов В.А. и др., 2014; Мугатасимов И.Г., Баранов А.И. 2014; Thorsen K. et al. 2013, 2014; Menekse E. et al., 2015). Одной из них является шкала риска послеоперационной

летальности Voeu (1982, 1987) (Voeu J, Wong J, 1982, 1987). Она включает в себя такие критерии, как явления шока при поступлении пациента в стационар, наличие тяжелой сопутствующей патологии и длительность перфорации более 24 часов. Безопасным для выполнения лапароскопического ушивания перфоративного отверстия считается выявление не более одного фактора риска (Синенченко Г.И. и др., 2007; Баранов А.И., 2010; Совцов С.А. и др., 2015; Lunevicius R, Morkevicius M, 2005; Katkhouda N, Mavor E, Mason RJ et al., 1999).

Кроме того, некоторые авторы считают противопоказанием для проведения данного оперативного вмешательства возраст больного старше 70 лет и размер перфорации более 10 мм (Крылов Н., Винничук Д., 2012; Романов В.Е., и др. 2015; Богопольский П.М., Крылов Н.Н., Балалыкин Д.А., 2015; Lunevicius R, Morkevicius M, 2005; Lee FY, Leung KL, Lai PB, 2001).

Одним из недостатков лапароскопического ушивания ПЯДК является значительное удлинение времени вмешательства, что, в свою очередь, приводит к увеличению расходов стационара и повышает риск операции у пациентов с нестабильной гемодинамикой (Крылов Н., Винничук Д., 2012; Ермолов А.С., 2015; Lau WY, 2002; Lunevicius R., Morkevicius M., 2005; Millat B., Fingerhut A., Borie F. Et al., 2000; Katkhouda N., Mavor E., Mason R.J. et al., 1999; Bergamaschi R., Marvik R., Johnsen G. et al., 1999; So J.B., Kum C.K., Fernandes M.L. et al., 1996; Lau W.Y., Leung K.L., Kwong K.H. et al., 1996).

Однако, после освоения методики и выхода на плато обучающей кривой, продолжительность лапароскопического и лапаротомного способов ушивания перфоративной язвы сравнивается (Lau H, 2004).

Закрытие перфорации является самым ответственным моментом и, вместе с этапом санации брюшной полости, обуславливает большую продолжительность лапароскопических операций по сравнению с открытыми вмешательствами. Выбор способа закрытия язвенного дефекта зависит от морфологических характеристик отверстия.

Если при лапароскопии обнаруживается язвенный дефект с ригидными, немобильными краями, то следует выполнять фиксацию пряди сальника к язвенному дефекту без его непосредственного ушивания, так как это может привести к увеличению размеров последнего в результате прорезывания швов (Тагиров М.Р. и др. 2013; Сажин И.В. и др. 2014; Сажин В.П. и др., 2015; Кадиров К.М., Журавлев Г.Ю., 2015).

Для «свежей» перфорации с мягкими подвижными краями целесообразно выполнять простое ушивание отверстия с возможным укреплением линии швов прядью сальника (Сажин И.В. и др. 2014; Сажин В.П. и др., 2015; Bertleff M.J., 2010).

По данным Bertleff, в мировой практике в 66 % наблюдений выполняется закрытие язвенного дефекта прядью сальника, в 24 % производится ушивание перфорации и укрепление линии швов сальником, и только в 10 % случаев встречается простое ушивание язвы (Bertleff et al., 2010).

При выборе метода формирования узла большинство авторов отдает предпочтение интракорпоральному шву, так как последний обладает меньшей вероятностью прорезывания через инфильтрированные ткани язвенного дефекта (Сажин В.П. и др., 2015; Palanivelu S., Jani K., Senthilnathan P., 2007).

Значительно уменьшить длительность операции позволяют бесшовные методики. Приверженцы данных способов отмечают их преимущества в лечении инфильтрированных язв, когда вероятность прорезывания шва особенно велика. Наиболее распространенной является фиксация пряди сальника при помощи фибринового клея (Антонов О.Н., Рыбальченко А.В., 2013; Чудаков К.И., Алексеев А.В., Васильченко М.И., 2015; Lau W.Y. et al., 1996).

Заслуживает внимания способ применения биодеградирующей губки для тампонады перфорационного отверстия (Lau W.Y., Leung K.L., Kwong K.H., 1996). По мнению Bertleff, данный метод способен нивелировать проблему

размеров перфоративного отверстия как противопоказания для лапароскопического ушивания ПЯДК (Bertleff M. et al. 2009).

Несмотря на преимущества бесшовных технологий и уменьшение операционного времени, вопрос безопасности данных методов остается открытым. Многие авторы обращают внимание на большую частоту развития послеоперационных осложнений, в особенности негерметичности укрытого язвенного дефекта (Lau H., 2004; Bertleff et al., 2010). Так, по данным Siu W.T., последняя наблюдается в 16 % наблюдений (Siu W.T. et al., 2002).

По мнению ряда авторов, частота повторных операций после лапароскопического ушивания ПЯДК значительно выше, чем при открытых вмешательствах (3,7 % и 1,6 % соответственно по данным Lau и соавторов; 5,3 % и 2,1 % соответственно по данным Lunevicius и соавторов). Наиболее частой причиной, требующей повторного вмешательства, является несостоятельность ушитой перфорации (Каримов Ш.И., и др. 2015; Lunevicius R., Morkevicius M., 2005; Lau H., 2004). Частота встречаемости данного осложнения, по данным различных авторов, составляет от 2 % до 10,5 % (Сажин И.В. и др., 2014; Salomone Di Saverio et al., 2014; Bertleff et al., 2010).

Однако, по данным тех же авторов, послеоперационная летальность при лапароскопическом ушивании ПЯДК, значительно ниже по сравнению с открытыми вмешательствами: 4,8 % и 0,2 % соответственно по данным Lau и 3,9 % и 11,0 % по данным Lunevicius (Lau H. et al., 2004; Lunevicius R., Morkevicius M., 2005). По данным Сажина И.В., послеоперационная летальность при подобных вмешательствах составляет 6,3 % (Сажин И.В. и др., 2014).

Лапароскопическое ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки имеет высокий риск конверсии (10 % - 20 %), а также большую вероятность несостоятельности швов кишечной стенки в послеоперационном периоде (Lau H., 2004; Siu W.T., Leong H.T., Law B.K., et al., 2002; Bertleff M.J.,

Halm J.A., Bemelman W.A., et al., 2009), что определяет необходимость поиска других малоинвазивных вариантов лечения данного осложнения.

Наиболее распространенными причинами для конверсии являются большой размер перфоративного отверстия и невозможность визуализации перфорации (Lunevicius R., Morkevicius M., 2005). Также отмечено, что явления шока при поступлении пациента в стационар повышают риск конверсии к лапаротомии с 8 % в общей популяции до 50 % (Lagoo S., McMahon R.L., Kakihara M., et al., 2002).

Было предложено множество оригинальных методик, направленных на улучшение результатов лапароскопического лечения ПЯДК. Так, Подшивалов В.Ю. предлагает выполнять ушивание дефекта в ДПК путем эндоскопического наложения скобочного шва с последующей герметизацией линии швов «заплатой» из фибрин-коллагеновой субстанции «Тахокомб» (2003г.), для чего применяются запатентованные в РФ устройство для наложения скобочного шва и инструмент для аппликации «заплат» из фибрин-коллагеновых субстанций (Подшивалов В.Ю., 2005; Шуркалин Б.К., 2006).

Перспективным является метод эндоскопической обтурации перфоративного отверстия двенадцатиперстной кишки пряжей большого сальника. В.П. Сажин, П.Г. Бронштейн (2007) рекомендуют выполнять ЭГДС с введением через перфорационное отверстие биопсийных щипцов, при помощи которых происходит захват и тракция петли сальника в просвет ДПК. На заключительном этапе производят фиксацию сальника эндогерниостеплером к стенке желудка и ДПК (Бронштейн П.Г. и др., 2007).

Благодаря современным достижениям фарминдустрии, разработкам принципиально новых биологических клеев, новым направлением в хирургической практике стало применение различных фибриновых пленок, таких как TisseI, ТахоКомб, фибриновый клей (Ахаладзе К.К., 2001; Сажин В.П., Бронштейн П.Г., 2015). Несомненным преимуществом данного метода является предотвращение развития пилородуоденального стеноза. Но

даже в настоящее время, количество таких операций ничтожно мало по сравнению с частотой применения лапароскопического ушивания перфоративной язвы или ушивания прободного отверстия из минилапаротомного доступа. Связано это, прежде всего, с большим количеством послеоперационных осложнений, основным из которых является несостоятельность укрытого перфоративного дефекта, которая, по данным некоторых авторов, достигает 16 % (Siu W.T. et al., 2002). Во-вторых, вышеописанные бесшовные технологии требуют наличия дорогостоящего медицинского оборудования и расходных материалов и, кроме того, специально подготовленной хирургической бригады.

Благодаря широким техническим возможностям эндохирургии, в наши дни успешно выполняются различные варианты ваготомии в миниинвазивном исполнении.

Видеолапароскопическое вмешательство, состоящее из лапароскопической ваготомии в сочетании с пилоропластикой из минидоступа, обладает радикальностью «традиционной» операции, но имеет все преимущества малотравматичных методик. Однако она не лишена тех осложнений, которые встречаются и при открытой операции, самым частым из которых является гастростаз (Слесаренко С.С., Агапов В. В., Коссович М. А. 1997; Антонов О.Н., Рыбальченко А.В., 2013). Вместе с тем, количество произведенных подобных вмешательств крайне мало, что создает объективные сложности для оценки отдаленных результатов этой методики.

Ряд авторов успешно выполняет лапароскопическую селективную проксимальную ваготомию с ушиванием перфоративного отверстия. Однако, наряду с преимуществами, СПВ имеет ряд недостатков. Так, рецидив язвенной болезни колеблется от 15 % до 30 %, возникает ряд других патологических состояний: рефлюкс-эзофагит, диспептический синдром, гастростаз, гиперсекреторный гастродуоденит (Щеголев А.А., Титков Б.Е., 2004).

Дальнейшие модификации данной операции, наряду с совершенствованием медицинской техники, привели к возможности выполнения СПВ аппаратным способом, а также методом криодеструкции. Однако, эти методики не нашли широкого распространения в связи с необходимостью приобретения дорогостоящей аппаратуры и специальной подготовки хирургической бригады (Панцырев Ю.М., 2003, Гринберг А.А. с соавт.1999).

Имеются сообщения об успешно выполненной химической денервации кислотопродуцирующей зоны желудка (в частности, раствором этилового спирта), что позволяет значительно упростить операцию и сократить ее продолжительность (Панцырев Ю.М. и др. 2003; Лобанков В.М., 2011). При оценке отдаленных результатов у 87,8 % больных последние оценены как отличные и хорошие (Краснов О.А. и др. 2006; Кошель А.П., 2015).

Одним из наиболее доступных методов малотравматичного лечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки со стороны экономических затрат и простоты выполнения, является ушивание перфоративного отверстия из минидоступа с лапароскопической санацией брюшной полости. Стоит отметить, что наибольшее распространение вышеописанный метод лечения ПЯДК получил в России только в отдельных клиниках.

Абдулаев Э.Г., Совцов С.А., Шулутко А.М., Сажин В.П. (2007) считают несомненным преимуществом данной методики тот факт, что обеспечивается достаточная степень зрительного контроля зоны хирургического вмешательства. Кроме того, средняя глубина абдоминальной раны позволяет использовать классические приемы для завязывания узлов, что значительно сокращает продолжительность операции (Шулутко А.М., Данилов А.И., Буров К.В., 2005; Абдуллаев Э.Г., Бабышин В.В., 2007; Совцов С.А. и др., 2007).

Вместе с тем, вмешательства, выполненные из минилапаротомного доступа, лишены недостатков «традиционного» доступа. Так, в лапаротомии при ушивании перфоративной язвы бóльшая часть времени уходит не на

основной этап операции, а на сам доступ и последующее ушивание раны (Тимербулатов В.М. и соавт. 1999г.). Тяжесть послеоперационного периода во многом зависит не от объема оперативного вмешательства, а от выраженности болевого синдрома, связанного с оперативным доступом.

Однако, наряду с преимуществами, метод ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки из минидоступа с лапароскопической санацией брюшной полости имеет ряд ограничений, к ним относится перфорация язвы, осложненная распространенным фибринозно-гнойным перитонитом с массивными плотными наложениями фибрина, выраженным парезом кишечника, необходимость гастроинтестинальной интубации; сочетанные осложнения язвенной болезни; выраженная сердечно-легочная недостаточность (Совцов С.А., 2015).

Существуют различные варианты ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки из минидоступа. Некоторые авторы отдают предпочтение однорядному шву с фиксацией пряди сальника к линии швов, объясняя это меньшей вероятностью формирования пилородуоденального стеноза (Абдуллаев Э.Г., Бабышин В.В., 2007). Другие хирурги ушивают перфоративный дефект двухрядным швом с перитонизацией последнего прядью сальника или пластиной «тахокомб» (Совцов С.А., 2015).

По данным различных авторов частота осложнений при ушивании ПЯДК из минидоступа составляет от 5 % до 7,7 % (Абдуллаев Э.Г., Бабышин В.В., 2007; Гольденфарб П.Р., 2009; Совцов С.А., 2015). Встречаются такие осложнения, как несостоятельность ушитого перфоративного отверстия и формирование внутрибрюшных абсцессов в послеоперационном периоде как следствие неадекватной санации брюшной полости.

Вопросы, посвященные изучению отдаленных результатов и качества жизни больных, перенесших операцию ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки из минидоступа с лапароскопической санацией

брюшной полости освещены в доступной медицинской литературе недостаточно и требуют дальнейшего изучения.

Таким образом, проведенный анализ литературных данных показывает, что необходимо определить 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.

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. Поэтому, 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.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Характеристика клинических наблюдений.

За двадцатилетний период времени (1994-2013 годы) в клинике факультетской хирургии Волгоградского Государственного Медицинского Университета на лечении находились 456 больных с прободной язвой двенадцатиперстной кишки. Из них были прооперированы 452 пациента. Четверо больных не были оперированы. У троих пациентов диагноз прободной язвы не был установлен и факт перфорации выявлен на аутопсии, а в одном случае больной, поступивший в стационар в крайне тяжелом состоянии умер на этапе предоперационной подготовки.

Большинство пациентов 78 % (n=352) составляли люди трудоспособного возраста, что отражает экономическую значимость этой проблемы. Средний возраст больных составил $38 \pm 2,3$ лет. (Рисунок № 1).

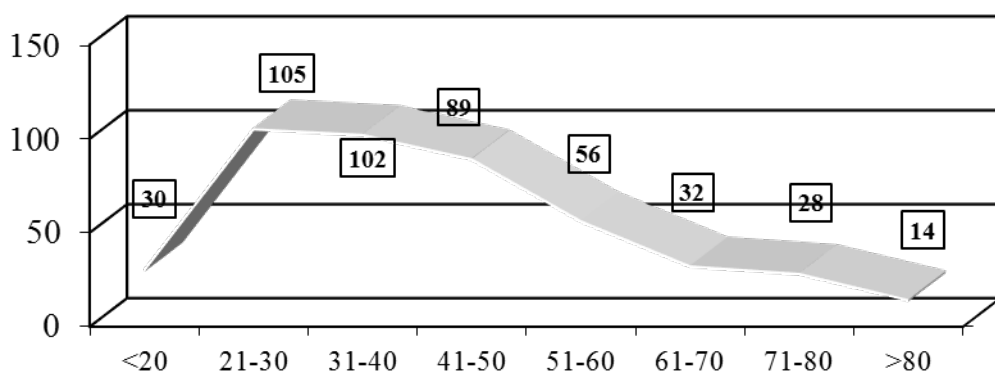


Рисунок № 1. Распределение больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки по возрасту.

Соотношение мужчин и женщин составило 6:1 (384 и 68 соответственно), что отражает структуру заболеваемости язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (Рисунок №2).

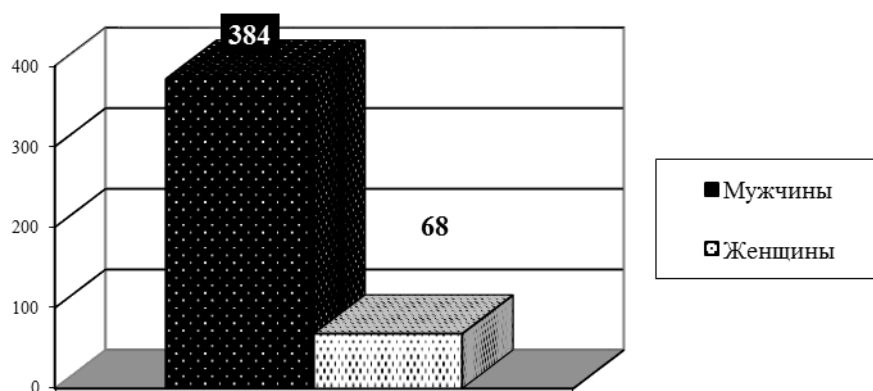


Рисунок №2. Распределение больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки по полу.

Большая часть больных (77 % (n=344)) обратились за медицинской помощью в первые 6 - 12 часов с момента начала заболевания (Рисунок № 3).

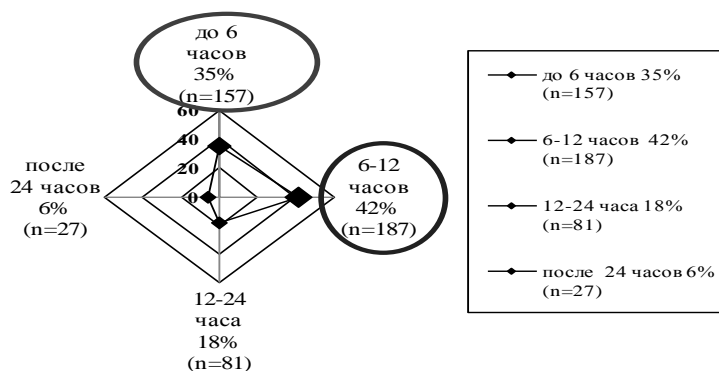


Рисунок № 3. Распределение больных по времени обращения за медицинской помощью.

При этом, практически у всех больных с перфоративной язвой имелись те или иные формы перитонита. Мы использовали в своей работе классификацию перитонита, предложенную В.С. Савельевым и соавт. (1993). Примерно у половины больных (48,8 %, n=220) имел место распространенный серозно-фибринозный перитонит (Рисунок № 4).

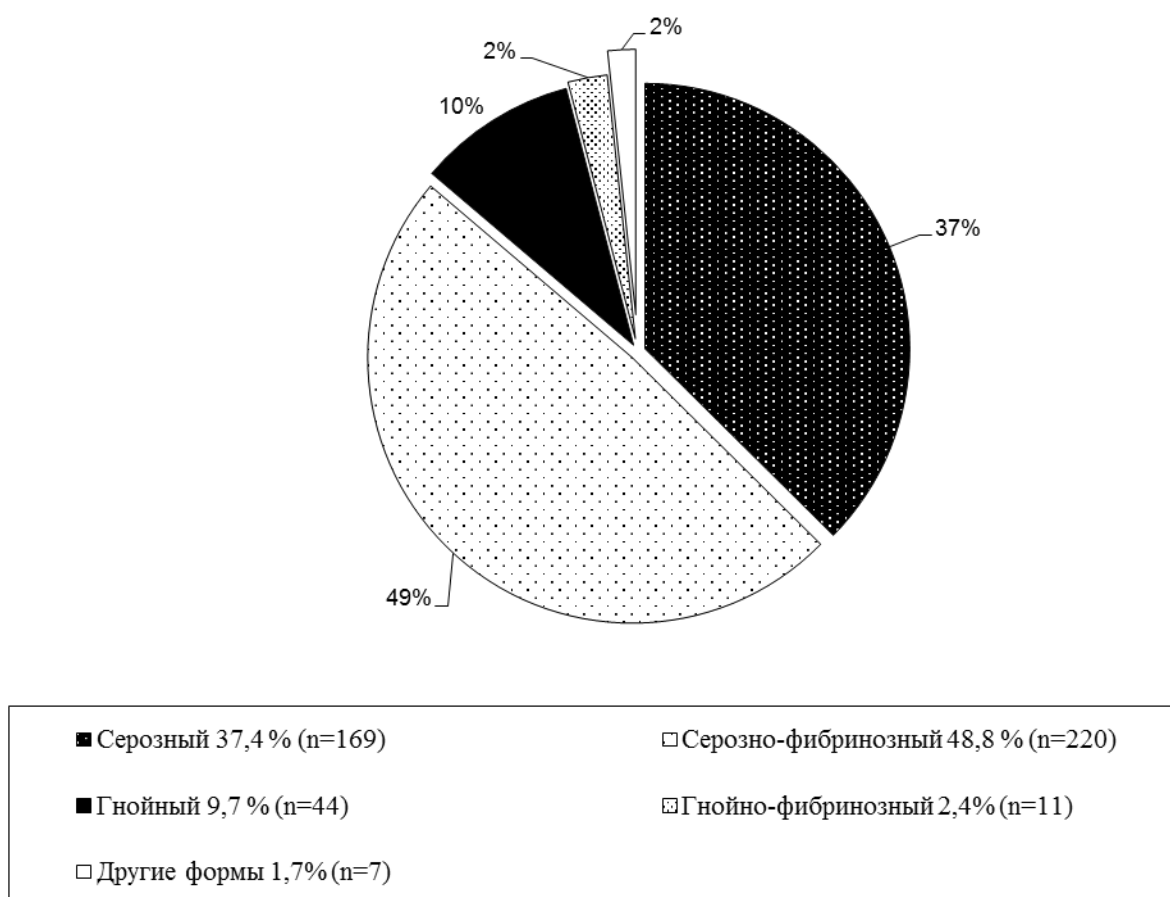
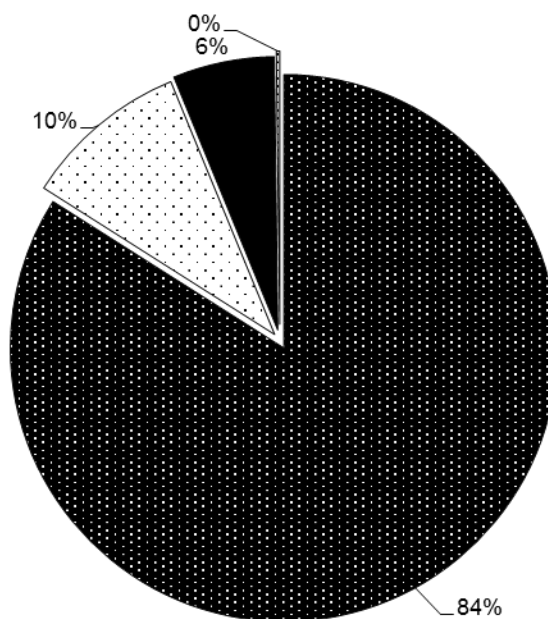


Рисунок № 4. Распределение больных по характеру перитонита.

Из 452 больных, оперированных по поводу перфоративной язвы, 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 № 5, стр.33).



■	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 № 5. Локализация перфоративного отверстия язвы двенадцатиперстной кишки.

Анализ генеральной совокупности показал, что при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки 240 пациентам 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, в 7 случаях проводились другие оперативные вмешательства. (Таблица № 1, стр.34).

Характер оперативного вмешательства у больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки.

Вид оперативного вмешательства	Количество больных
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 (лапароскопическое ушивание перфорации, пилоропластика без ваготомии)	2 % (n=7)

Как видно из представленной таблицы, 240 больным с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки произведена стволовая ваготомия с ушиванием перфорации и дренирующей желудок операцией. В большинстве клинических наблюдений (98,4 % (n=236)), при дренировании желудка отдавали предпочтение пилоропластике 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 Джабуле. У одного больного была выполнена двухсторонняя поддиафрагмальная стволовая

ваготомия без пилоропластики, перфоративное отверстие было ушито узловыми швами. (Рисунок № 6).



Рисунок № 6. Распределение больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки по характеру дренирующей желудок операции при стволовой ваготомии.

В 149 наблюдениях произведено ушивание перфорации из минидоступа с лапароскопической санацией брюшной полости. Техника операции заключается в следующем: во время лапароскопии, сразу после выполнения обзора брюшной полости и определения места перфорации мы переходили к санации брюшной полости. После лаважа брюшной полости устанавливаются дренажи в области, труднодоступные во время минидоступного этапа операции (в малый таз и по боковым каналам). Установка дренажей до этапа выполнения минилапаротомного доступа позволяет отказаться от выполнения повторной лапароскопии после ушивания перфорации и сократить продолжительность операции. После установки дренажей определяется проекция прободного

отверстия на переднюю брюшную стенку. После чего завершали лапароскопический этап операции и переходили к минилапаротомному этапу.

В намеченном месте вскрывали брюшную полость разрезом длиной 4-5 см. На минилапаротомном этапе уточняли локализацию перфоративного отверстия, выполняли ушивание последнего узловыми швами. Операцию заканчивали постановкой улавливающего дренажа диаметром 10 мм к месту ушитой перфорации.

Мы применяли следующие способы ушивания перфоративного отверстия из минидоступа: ушивание двухрядным швом в 48 % случаев (n=71), ушивание однорядным швом с фиксацией пряди сальника в 34 % случаев (n=53), ушивание однорядным швом в 18 % случаев (n=26) (рисунок № 7). В качестве шовного материала использовали рассасывающиеся атравматичные нити «polysorb 3-0».

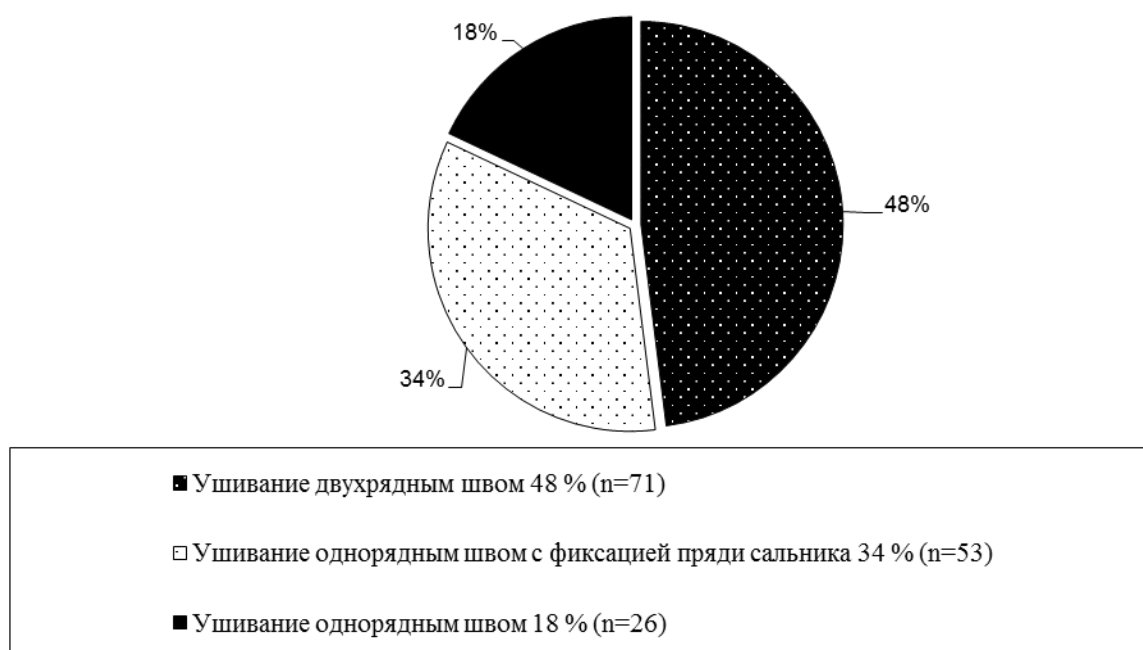


Рисунок № 7. Распределение больных по способу ушивания перфоративного отверстия двенадцатиперстной кишки из минидоступа.

С целью обезболивания в послеоперационном периоде пациентам назначались наркотические и ненаркотические анальгетики. До начала

энтерального питания проводилась инфузионная терапия. Назначение антибактериальных препаратов осуществлялось эмпирически. Наиболее часто использовалась комбинация цефалоспоринов II - III поколения и метронидазола. Применялись парентеральные пути введения антибиотиков: внутривенный и внутримышечный. В послеоперационном периоде с целью подавления желудочной секреции назначали парентеральное введение ингибиторов протонной помпы.

При перфоративной язве двенадцатиперстной кишки 56 больным было выполнено ушивание перфорации из «традиционного» лапаротомного доступа.

После верхнесрединной лапаротомии ушивали перфоративное отверстие узловыми швами, после чего выполняли лаваж и дренирование брюшной полости. Количество устанавливаемых дренажей зависело от характера и распространенности перитонита. В послеоперационном периоде терапевтическое сопровождение у больных с лапаротомным и малоинвазивным доступами было сопоставимо.

2.2. Характеристика методов исследования.

Для выбора метода оперативного лечения больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки мы применяем шкалу стратификации риска летальности Воеу (1982, 1987). Эта шкала является специфичной для больных с ПЯДК и определяет степень риска вероятного исхода лечения у каждого конкретного пациента на основании следующих факторов: длительность перфорации до поступления в стационар, наличие тяжелой сопутствующей патологии, явления шока при поступлении в стационар. Длительность перфорации более 24 часов, выраженная сопутствующая патология и снижение артериального давления ниже 100/60 при госпитализации являются прогностически неблагоприятными факторами летального исхода. Каждый из них оценивается в один балл. Зависимость степени риска неблагоприятного исхода от суммы баллов представлена в таблице № 2, стр. 38.

Таблица № 2

Зависимость риска неблагоприятного исхода у больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки от суммы баллов по шкале Воеу (1982, 1987).

Вероятность летального исхода	Сумма баллов
0 %	0 баллов
10 %	1 балл
45,5 %	2 балла
97 %	3 балла

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) (Таблица № 3, стр. 39).

При изучении качества жизни мы изучали три основных компонента, каждый из которых был определен с помощью специальных анкет: функциональные способности респондента – возможность осуществлять повседневную деятельность, социальную, интеллектуальную, эмоциональную функции, достигать экономической обеспеченности. Восприятие – субъективное восприятие респондентом собственного общего состояния здоровья, уровня благополучия, удовлетворенности жизнью. Симптомы и их последствия – данные категории являются следствием основного или сопутствующих заболеваний, изменяются или исчезают в результате лечения, оперативного вмешательства.

Таблица № 3

Критерии оценки отдаленных результатов у больных, оперированных по поводу перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки (по Visick (1948)).

Результат	Показатель
Степень 1 (отличные)	Отсутствие симптомов
Степень 2 (хорошие)	Умеренные проявления болезни, устранимые диетой и режимом
Степень 3у (удовлетворительные)	Умеренные проявления болезни, не устранимые режимом и диетой, но не влияющие на качество жизни респондента
Степень 3н (неудовлетворительные)	Умеренные проявления болезни, не устранимые режимом и диетой, влияющие на качество жизни респондента

Степень 4 (неудовлетворительные)	Состояние после оперативного лечения 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 Межнационального 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 балла, а наименее утвердительный (например, «никогда») оценивается в 0 баллов. Гастроинтестинальный индекс качества жизни представляет из себя сумму всех баллов. Для соматически здорового человека этот индекс равняется 125,8 баллам.

Нами проводился ретроспективный анализ историй болезни, при котором обращалось внимание на время поступления пациента в стационар от начала болевого синдрома, данные лабораторных и инструментальных методов исследований, выполненных до оперативного вмешательства. Изучалась визуальная картина, описанная в протоколе лечебно-санационной лапароскопии и в протоколе операции, особое внимание уделяли описанию расположения и размеров перфоративного отверстия. Регистрировали общую продолжительность операции. В послеоперационном периоде оценивали количество проведенных койко-дней, а также наличие или отсутствие послеоперационных осложнений.

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, определение 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. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости произведено 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. Поэтому, при наличии других методов исследования и верифицированном диагнозе ПЯДК, мы переходили к выполнению лапароскопии.

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.

Для оценки выраженности изменений пилородуоденальной зоны у больных с ПЯДК применяем ЭГДС с 2000 года. При выполнении срочной эзофагогастродуоденоскопии (n=201) 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 (Таблица №4).

Таблица №4

Распределение больных с ПЯДК по степени выраженности нарушения эвакуации из желудка (по данным ЭГДС).

Степень выраженности нарушения проходимости	Число больных (абсолютное, n)	Число больных (%)
Нет признаков нарушения проходимости	168	83,6
I степень (диаметр 10-14 мм)	30	14,9
II степень (диаметр 5-9 мм)	3	1,5
III степень (диаметр менее 5 мм)	-	-
Всего	201	100

Отдаленные результаты и качество жизни после операций по поводу прободной язвы двенадцатиперстной кишки изучены у 46 % (n=209) больных.

При оценке отдаленных результатов и качества жизни, проводили клиническое обследование пациента, особое внимание уделялось состоянию послеоперационного рубца, выявляли наличие или отсутствие симптомов послеоперационной вентральной грыжи.

Лабораторная диагностика заключалась в общем анализе крови, мочи, определении таких показателей, как мочевины, креатинин, общий белок, амилаза, билирубин, трансаминазы, коагулограмма крови.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости выполнено 52 больным. При этом изучали состояние послеоперационного рубца и определяли косвенные признаки развития спаечного процесса в этой области.

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

Фиброгастродуоденоскопию выполнили 52 больным. Эндоскопические исследования проводили на базе отделения эндоскопии ГУЗ КБ СМП №7 г. Волгограда аппаратами «Olympus» и «Pentax» с торцевой оптикой. При выполнении ЭГДС оценивали зону ранее выполненного оперативного вмешательства. Целью обследования являлось выявление патологического сужения (стеноза) пилородуоденального перехода и рецидива язвенной болезни после операции. Органических стенозов выходного отдела желудка выявлено не было. Рецидив язвенной болезни отмечен в 14 % после стволовой ваготомии с пилоропластикой и в 24,6 % после ушивания перфорации из минидоступа.

Диссертационная работа была выполнена в дизайне одноцентрового когортного исследования с ограниченной внешней валидностью, 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. Различие в показателях считали статистически достоверным при $p < 0,05$.

ГЛАВА 3

СТВОЛОВАЯ ВАГОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

3.1 Хронологический анализ изменений в структуре оперативных вмешательств, выполняемых при прободной язве двенадцатиперстной кишки.

В клинике факультетской хирургии Волгоградского Государственного Медицинского Университета за период с 1994 по 2014 гг. выполнено 452 оперативных вмешательства у больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки.

При ретроспективном сравнительном анализе нами было отмечено, что этот двадцатилетний промежуток времени условно может быть разделен на два десятилетних периода (Рисунок №8).

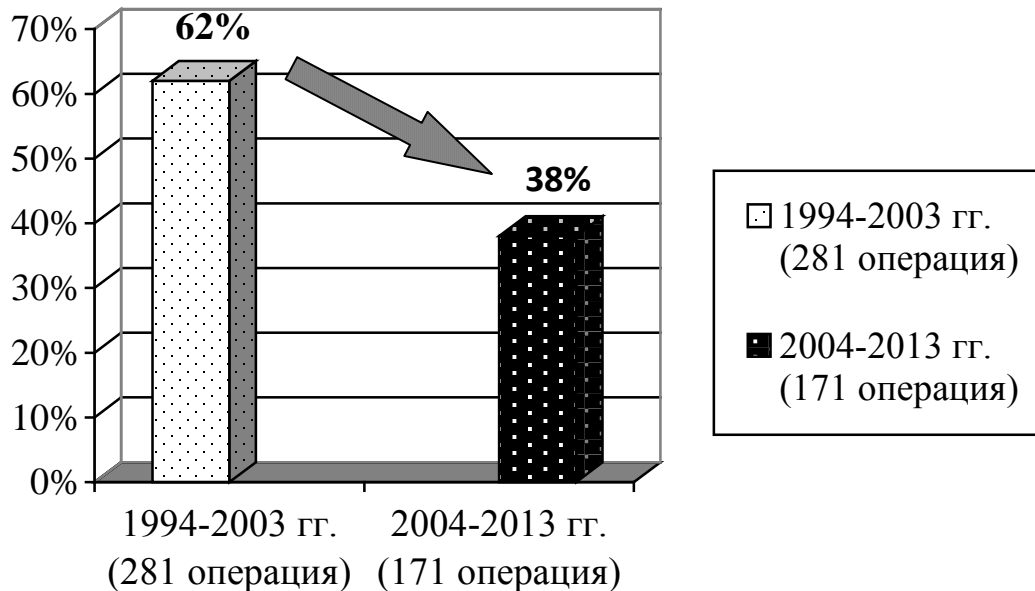


Рисунок №8. Распределение операций, выполненных при ПЯДК в Клинике факультетской хирургии ВолгГМУ по годам.

Во время первого периода, включающего в себя годы с 1994 по 2003, выполнено 62 % (n=281) операций, в то время, как на протяжении второго периода с 2004 по 2014 гг. произведено всего 38 % (n=171) оперативных вмешательств.

Тенденция к снижению числа больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки наблюдается не только в нашей клинике. Так, по данным некоторых отечественных авторов (Ермолов А.С. и др. 2014), за период с 1993 по 2012гг. произошло значительное уменьшение числа больных с впервые выявленной ПЯДК, что, в свою очередь, привело к снижению доли данной нозологии в структуре острых хирургических заболеваний с 4,4 % до 2,9 %.

Уменьшение заболеваемости перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки отмечают и иностранные авторы. По материалам Lassen (2006) с 1993 года этот показатель снизился с 14 до 8 случаев на 100000 населения.

При ретроспективном анализе историй болезни нами отмечено, что за двадцатилетний период времени структура оперативных вмешательств, выполняемых в Клинике факультетской хирургии ВолгГМУ, претерпела значительные изменения.

Во время первого периода с 1994 по 2003, 87 % (n=209) пациентов с ПЯДК выполнены ваготомии с дренирующими желудок операциями, в то время, как на протяжении второго периода с 2004 по 2014 гг. произведено всего 13 % (n=31) подобных вмешательств (Рисунок №9, стр. 47).

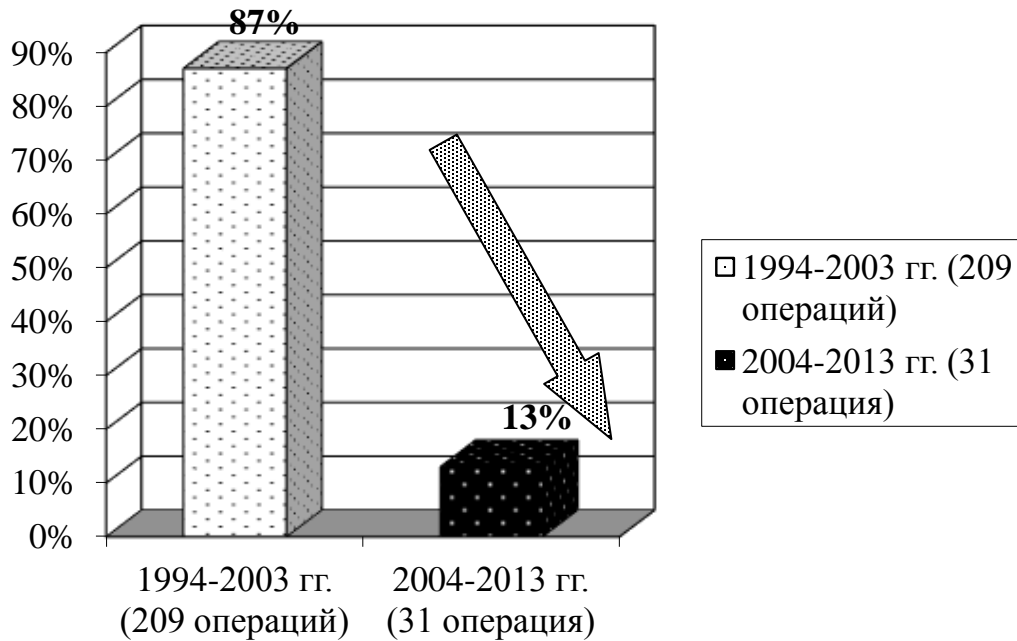


Рисунок №9. Распределение больных с ПЯДК, которым выполнена стволовая ваготомия с дренирующей желудок операцией.

Данная тенденция объясняется развитием фарминдустрии с возможностью проведения больным, при необходимости, длительной антисекреторной терапии. В настоящее время также широкое распространение получили эндовидеохирургические миниинвазивные методики оперирования, позволяющие значительно сократить время операции, уменьшить операционную травму, не уступающие по своим результатам традиционным лапаротомным вмешательствам.

Все вышесказанное привело к ограничению роли стволовой ваготомии в хирургическом лечении больных с перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки, значительному сужению показаний для ее применения.

В клинике факультетской хирургии ВолгГМУ на протяжении последних 10 лет наиболее распространенным оперативным вмешательством при ПЯДК

является ушивание перфорации из минидоступа с лапароскопической санацией брюшной полости (Рисунок №10).

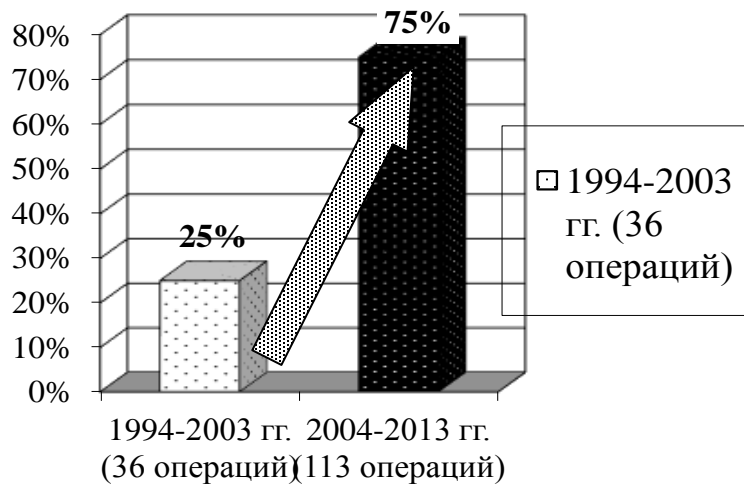


Рисунок №10. Распределение числа больных с ПЯДК, которым выполнено ушивание перфорации из минидоступа с лапароскопической санацией брюшной полости.

Вместе с тем, эта операция может быть выполнена не у всех больных. Противопоказания к выполнению данного вмешательства описаны в главе 4.

При ПЯДК отказ от выполнения миниинвазивного ушивания перфоративной язвы в пользу выполнения стволовой ваготомии мы принимаем на основании клинико-anamnestических данных, результатах фиброгастродуоденоскопии и диагностической лапароскопии. Так, при поступлении больного с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки в стационар, при сборе анамнеза особое внимание уделяем наличию или отсутствию предыдущих эпизодов обострения язвенной болезни, так как последние с большой степенью вероятности оставляют морфологические изменения в пилородуоденальной зоне. 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.

Во время выполнения фиброгастродуоденоскопии, тщательно осматривается зона пилородуоденального перехода для выявления сочетанных осложнений язвенной болезни, таких как стеноз, пенетрация или кровотечение. При этом, необходимо дифференцировать сужение и деформацию пилородуоденального перехода, вызванные язвенным отеком от органического рубцового сужения, возникшего на фоне многократных обострений язвенной болезни. Для интраманипуляционного (во время выполнения ЭГДС) опеределения степени стеноза пилородуоденального перехода мы пользуемся классификацией, разработанной на базе клиники факультетской хирургии ВолгГМУ (Глава 2, стр.48). Считаем, что при диаметре 15 мм и более – проходимость зоны пилородуоденального перехода не нарушена. Из 201 больного с ПЯДК, которым выполнили срочное ЭГДС перед операцией 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. Окончательный выбор метода оперативного вмешательства определяется во время диагностической лапароскопии, выполняемой всем пациентам с установленным диагнозом перфоративной язвы ДПК.

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. Также противопоказанием для выполнения минидоступных вмешательств при ПЯДК мы считаем наличие сочетанных осложнений в пилородуоденальной зоне, которые, на основании материалов, полученных на базе клиники факультетской хирургии ВолгГМУ, имеются у 13 % пациентов (n=59) с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки (Таблица №5).

Таблица №5

Распределение больных по характеру сочетанных осложнений при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки.

Характер сочетанного осложнения	Число больных
Множественные язвы пилородуоденальной зоны	55,9 % (n=33)
Кровотечение	18,7 % (n=11)
Стеноз привратника	22,0 % (n=13)
Два и более осложнений	3,4 % (n=2)
Всего	100 % (n=59)

3.2 Непосредственные результаты применения двухсторонней стволовой ваготомии с дренирующей желудок операцией при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки.

Учитывая, что ваготомию очень часто сочетают с различными дренирующими желудок операциями, большинство осложнений раннего и отдаленного послеоперационного периодов могут быть такими же, как и при выполнении классической резекции желудка, гастроэнтероанастомоза и т.д. Однако, сама ваготомия может вызывать осложнения, характерные для этого вида хирургического вмешательства, и во многом определять реабилитационные показатели этого вида лечения язвенной болезни (Шалимов А.А., Саенко В.Ф. 1986; Кузин М.И., 2001; Курыгин А.А., 2006).

Стволовая ваготомия с иссечением перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки и дренирующей желудок операцией была выполнена 240 больным. Пилоропластику по Джадду использовали в 98,4 % (n=236) наблюдениях, по Финнею-у одного больного, по Гейнеке-Микуличу- у двух (0,8 %) больных, наложение гастроэнтероанастомоза выполнено у одного пациента. 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 выходного отдела желудка. Ему 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 кровотечения), что составило 1,7 % от общего количества 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 соответствует данным других исследователей (Полоус Ю.М., 1991; Зайцев В.Т., 1992; Белоконев В.И., 1998; Курыгин А.А., 2006), согласно которым частота гастростаза в раннем послеоперационном периоде, варьирует от 0,8 % до 40,1 %.

В основе этого осложнения лежат как функциональные причины, связанные с пересечением блуждающих нервов и операционной травмой, так и механические, связанные с наличием воспалительных явлений в области анастомоза или пилоропластики.

Мы попытались провести прогнозирование риска развития гастростаза у пациентов перенесших стволовую ваготомию с пилоропластикой при ПЯДК. В качестве параметров исследования основываясь на литературных данных 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.

Длительность и характер заболевания, перенесенные в прошлом осложнения язвенной болезни, являются важными анамнестическими критериями, необходимым для оценки возможности развития гастростаза, так как инфильтративно-спаечные процессы в зоне операции, а также наличие

стеноза выходного отдела желудка, нарушающие гастродуоденальный пассаж пищи часто приводят к развитию механического гастростаза.

Пожилой возраст больного и зачастую сопутствующая вялая перистальтика с нарушением тонуса желудка являются распространенными причинами развития функционального гастростаза в раннем послеоперационном периоде.

Качество шовного материала и вид используемого шва играют важную роль в развитии воспалительных изменений в области пилородуоденального перехода, что, в свою очередь, может явиться причиной механического гастростаза.

Мы не учитывали пол больных, так как преобладающее большинство исследуемых составляли мужчины (соотношение мужчин и женщин составило 6:1).

Раздельно был проведен многофакторный дисперсионный анализ факторов развития гастростаза у больных с длительностью заболевания менее и более 5 лет, так как по данным Л.В. Шарашкиной (2002), на протяжении этого периода времени неоднократные рецидивы язвенной болезни с большой долей вероятности приводят к выраженным морфологическим изменениям в пилородуоденальной зоне.

Для этого путем простой случайной выборки нами были отобраны 60 историй болезни пациентов с ПЯДК с длительностью заболевания менее 5 лет, которым была выполнена стволовая ваготомия с пилоропластикой по Джадду (Таблица №6, стр.54-55); а также 60 историй болезни пациентов с ПЯДК с длительностью заболевания более 5 лет, которым была выполнена стволовая ваготомия с пилоропластикой по Джадду (Таблица №7, стр.55-56).

Многофакторный дисперсионный анализ факторов развития гастростаза у больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки и длительностью заболевания менее 5 лет.

Возраст (в годах)	до 30	31-40	41-50	51-60	> 60	Всего
Число больных	13	13	16	11	7	60
ЯБДК	0	0	0	0	0	0
Мест.серозн.перитонит	0,08	0	0,06	0	0	0,14
Распр.серозн.перитонит	0,08	0	0	0,09	0	0,17
Распр.сероз-фибр.перит.	0,08	0,23	0,25	0,09	0	0,65
Распр.серозн.перитонит	0	0,15	0	0	0	0,15
Распр.сероз-фибр.перит.	0	0	0,06	0	0	0,06
Степень питания						
- пониженная	0,08	0,23	0,06	0,18	0,14	0,69
- удовлетвор.	0,38	0,3	0,31	0,18	0,14	1,31
- повышенная	0	0,08	0	0	0	0,08
Сост.тяжелое	0,08	0,15	0,12	0,09	0	0,59
Сост.удовлетворительное	0,08	0,08	0,12	0,09	0	0,37
Шовный материал						
- капрон	0,7	0,08	0,31	0,36	0,14	1,59
- полисорб	0	0,46	0,06	0	0	0,52
- кетгут	0	0,08	0	0	0,14	0,22
Вид шва						
- узловый	0,23	0,23	0,25	0,18	0	0,89
- непрерывный	0,3	0,38	0,19	0,18	0,29	1,34
ФГС						
- перистальтика бурная	0,15	0,15	0,06	0,18	0	0,54
- перистальтика обычная	0,08	0	0	0,09	0,43	0,6
- пилородуоденальный стеноз	0	0	0	0,09	0	0,09

Математическое ожидание	3,85	3,98	2,71	2,7	2,4	
-------------------------	------	------	------	-----	-----	--

Таблица №7

Многофакторный дисперсионный анализ факторов развития гастростаза у больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки и длительностью заболевания более 5 лет.

Возраст (в годах)	до 30	31-40	41-50	51-60	> 60	Всего
Число больных	13	13	16	11	7	60
ЯБДК	0,08	0	0,06	0,09	0,14	0,37
Местн.серозн.перитонит	0	0	0	0	0	0
Распр.серозн.перитонит	0	0	0	0	0	0
Распр.сер-фибр.перит.	0,08	0,08	0,13	0,09	0,14	0,52
Распр.серозн.перитонит	0	0	0,06	0	0	0,06
Распр.сероз-фибр.перит.	0	0	0	0	0	0
Состояние						
- тяжелое	0,15	0,08	0,06	0,09	0	0,38
- удовлетворительное	0,3	0,08	0,38	0,36	0,43	1,55
Степень питания						
- пониженная	0,23	0,08	0,19	0,27	0,57	1,34
- удовлетв.	0,23	0,25	0,38	0,18	0,14	1,18
- повышенная	0	0	0,06	0,18	0,14	0,38
Шовный материал						
- капрон	0,46	0,33	0,31	0,54	0,57	2,21
- полисорб	0	0	0,31	0	0,14	0,45
- кетгут	0	0	0	0,09	0,14	0,23
Вид шва						
- узловый	0,3	0,08	0,19	0,36	0,29	1,22
- непрерывный	0,15	0,25	0,44	0,27	0,57	1,68
ФГС						

- перистальтика бурная	0,3	0,08	0,19	0,27	0,14	0,98
- перистальтика обычная	0	0,3	0,13	0,18	0	0,61
- пилородуоденальный стеноз	0,15	0	0,25	0,18	0,29	0,87
Математическое ожидание	3,82	2,65	4,58	4,6	5,68	

Проведённый анализ 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 большой долей вероятности послеоперационный гастростаз возникнет у больных пониженного питания, в возрасте старше 60 лет.

Помимо вышеописанных факторов риска развития гастростаза, осложнения, наблюдаемые во время операции, а также неудовлетворительные отдаленные результаты, как правило, связаны с погрешностями в технике операции, грубыми манипуляциями и в некоторой степени с индивидуальными топографо-анатомическими вариациями блуждающих нервов.

Поэтому, больным группы риска по вероятности развития послеоперационного гастростаза целесообразно превентивное проведение комплекса мер, направленных на профилактику развития специфических послеоперационных осложнений и включающих в себя: тщательное соблюдение техники выполнения операции; для уменьшения воспалительных процессов в зоне анастомоза применение современного рассасывающегося шовного материала; предупреждение развития нарушений эвакуации из желудка при помощи проведение во время операции ниппельного зонда в тощую кишку для раннего энтерального питания.

3.3 Отдаленные результаты и качество жизни больных после стволовой ваготомии с пилоропластикой.

Попытки оценить отдаленные результаты органосохраняющих операций при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки проводились еще в Советском Союзе. Отличными и хорошими отдаленные результаты признаны у 91,3 % больных (Дуденко Г.И., Зыбин В.М., 1987). Однако, эти цифры включают в себя пациентов, оперированных в плановом порядке, по относительным показаниям. Вместе с тем, современные возможности фармакотерапии заставляют нас пересмотреть подходы к послеоперационному ведению данных пациентов, что, в свою очередь, может повлиять на отдаленные результаты и уровень качества жизни в отдаленном периоде. Вместе с тем, работ, направленных на изучение качества жизни больных, перенесших ваготомию с пилоропластикой при ПЯДК, на протяжении последних 10-15 лет практически не проводилось, что ещё раз подчеркивает актуальность настоящего исследования.

Отдаленные результаты и качество жизни отслежены нами у 41,7 % (n=100) пациентов, перенесших стволовую ваготомию с пилоропластикой при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки. Больные были отобраны путем простой случайной выборки. Отдаленные результаты хирургического лечения оценивали при помощи шкалы Visick (1948), общее качество жизни респондентов изучалось с использованием формы SF-36 (1992), специфическое качество жизни оценивали на основании индекса GIQLI (1995).

Опрос проходил в форме анкетирования. Сроки наблюдения составили от 4 до 20 лет со времени перенесенной операции.

Из 100 отобранных пациентов 73 % (n=73) уехали за пределы региона или поменяли адрес места жительства, 21 % (n=21) согласились участвовать в исследовании, 2 % (n=2) категорически отказались от какого-либо

сотрудничества, 4 % (n=4) больных, пожилого и старческого возраста умерли от причин, не связанных с перенесенной операцией. (Таблица №8).

Таблица №8

Распределение больных, перенесших стволовую ваготомию с пилоропластикой при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки при оценке отдаленных результатов.

Результат	Количество больных
Поменяли адрес жительства	73 % (n=73)
Приняли участие в исследовании	21 % (n=21)
Отказались от сотрудничества	2 % (n=2)
Умерли	4 % (n=4)
Всего	100 % (n=100)

При анализе анкет опрошенных респондентов было выявлено, что в 20 случаях согласились принять участие в исследовании мужчины и только в одном случае женщина.

Возраст больных варьировал от 42 до 94 лет и в среднем составил 57,8 лет (Рисунок №11).

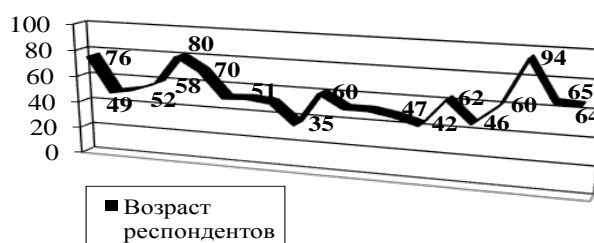


Рисунок №11. Распределение респондентов, перенесших ваготомию с пилоропластикой при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки по возрасту.

Стоит отметить, что только трое из опрошенных больных принимали курсы противоязвенной терапии регулярно. Остальные (n=18) отказались от самостоятельного приема ингибиторов протонной помпы, регулярного посещения гастроэнтеролога в поликлинике по месту жительства (Рисунок №12). Большинство мотивировало все вышеперечисленное отсутствием неприятных ощущений в верхних отделах живота, отсутствием свободного времени.

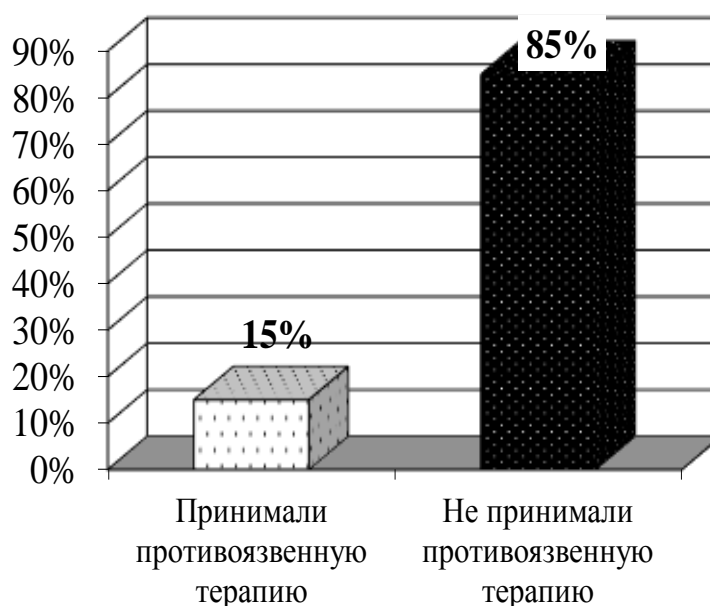


Рисунок №12. COMPLIANCE больных, перенесших стволовую ваготомию с пилоропластикой при ПЯДК.

Данные, полученные при изучении отдаленных результатов у больных, перенесших стволовую ваготомию с пилоропластикой при ПЯДК представлены на рисунке №13, стр.60.

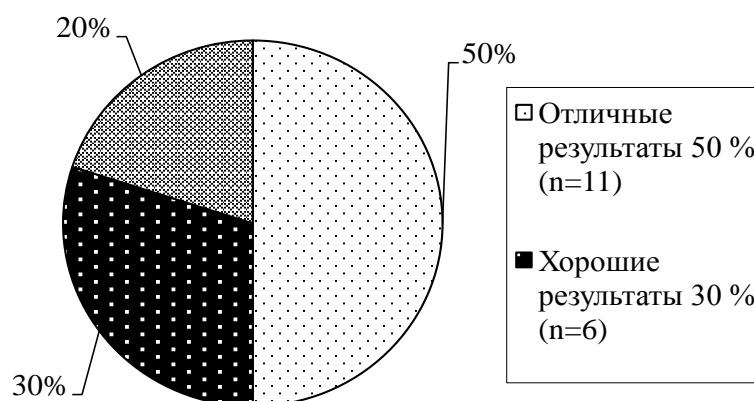


Рисунок №13. Отдаленные результаты операции стволовой ваготомии с пилоропластикой при ПЯДК.

Нами было отмечено, что у 17 обследованных имели место отличные или хорошие результаты лечения (по шкале Visick (1948)). Неудовлетворительные результаты наблюдались у четырех человек (Таблица №9).

Таблица №9

Причины неудовлетворительных отдаленных результатов у лиц, перенесших стволовую ваготомию с пилоропластикой при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки.

Причина неудовлетворительного результата лечения	Количество больных
Рецидив язвенной болезни	n=3
Образование фитобезоара	n=1
Всего	n=4

Как видно из представленной таблицы, все пациенты с неудовлетворительными отдаленными результатами имели органический субстрат, который являлся причиной неудовлетворительного психического и физического состояния больных, и который требовал повторной госпитализации и повторной операции у одного больного.

Рецидив язвенной болезни является одной из наиболее частых причин неудовлетворительных отдаленных результатов после ваготомии. К настоящему времени проведено множество исследований, изучающих причины рецидива язвы после различных видов ваготомии. Выявлено, что лучшие результаты достигаются при операциях, сочетающих ваготомию с антрумэктомией, а неудовлетворительные результаты, наиболее часто, наблюдаются при изолированной стволовой ваготомии или при селективной проксимальной ваготомии (Балогланов Д.А., 2010; Гарелик П.В. и др. 2014).

В группе опрошенных пациентов, трое больных отмечали рецидив язвенной болезни после перенесенной операции, требующие обращения в стационар за медицинской помощью.

Основной причиной рецидива язвенной болезни являются технические погрешности при первичной ваготомии, неполное пересечение желудочных ветвей блуждающих нервов, иннервирующих кислотопродуцирующую зону и неправильное определение показаний к дренирующим операциям. В отдаленные сроки причину рецидива установить не всегда удается.

В ходе амбулаторного обследования вышеописанных больных, включающего в себя выполнение гастроскопии и общеклинических исследований было выявлено, что у всех троих респондентов имел место дуоденогастральный рефлюкс, что, возможно, и явились причиной рецидива язвенной болезни.

У одного больного в результате нарушения эвакуаторной функции желудка сформировался безоар. Данное клиническое наблюдение описано ниже.

Пациент Р., 52 лет поступил в третье хирургическое отделение ГУЗ КБ СМП №7 в срочном порядке 12.03.15. с направительным диагнозом острая спаечная кишечная непроходимость.

При поступлении предъявлял жалобы на схваткообразные боли в животе, рвоту, сухость во рту. Из анамнеза выяснено, что заболел остро, три дня назад, когда после приема пищи появились вышеописанные жалобы. Самостоятельно не лечился, вызвал карету СМП, которой был доставлен в ГУЗ КБ СМП №7. В 2010 году перенес стволовую ваготомию с пилоропластикой по поводу перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки.

Состояние при поступлении оценивалось как среднетяжелое. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот симметричный, подвздут, участвует в акте дыхания; при пальпации мягкий, болезненный в верхних отделах живота и по правому фланку. Перитонеальных явлений не выявлено. Выслушиваются единичные кишечные шумы.

Выполнена ЭГДС. Интраманипуляционно: в нижней трети желудка определяется инородное тело (безоар?) размерами до 100*80 мм, зеленого цвета, плотное, при эндопальпации не фрагментируется. Привратник разрушен пилоропластикой. Заключение: очаговый поверхностный эзофагит. Недостаточность кардии. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы? Поверхностный гастрит. Безоар желудка. Состояние после пилоропластики. Эрозивный бульбит.

При рентгенологическом исследовании желудка и тонкой кишки, выполненном 12.03.15 в выходном отделе желудка выявлен дефект наполнения округлой формы. Заключение: инородное тело выходного отдела желудка (безоар?). Непроходимость тонкой кишки на уровне перехода тощей в подвздошную (инородное тело).

Проводилась консервативная терапия (инфузионная терапия, стимуляция кишечника, очистительные клизмы), динамическое наблюдение.

Состояние с незначительной положительной динамикой: после клизмы был стул, отошли газы, живот опал.

*Поставлен диагноз: безоар желудка? Иностранное тело тонкой кишки?
Принято решение о выполнении оперативного вмешательства.*

*17.03.15. выполнена операция: лапаротомия, удаление безоара желудка.
Адгезиолизис.*

*Интраоперационно: выполнена верхнесрединная лапаротомия. Выпота в брюшной полости нет. Печень обычных размеров, цвета, гладкая, блестящая. Антральный отдел желудка увеличен в объеме, серозная оболочка его не изменена. При пальпации в просвете желудка определяется объемное образование, размерами 8*9 см, при дальнейшей ревизии выявлено, что имеется дилатация тощей кишки до 5-6 см. На границе тощей и подвздошной кишки имеется второе объемное образование, размерами 4*5 см, перекрывающий просвет тонкой кишки; дистальнее петли тонкой кишки спаившиеся.*

*На границе антрального отдела и тела желудка выполнена гастротомия длиной 8 см в поперечном направлении. Через гастротомическое отверстие извлечен первый безоар размерами 8*9 см (Рисунок №14). Второй безоар возвращен в желудок и тоже извлечен через гастротомическое отверстие. Размер последнего 4*5 см. Оба безоара мягкоэластические. Поверхность черного цвета, на разрезе желтого цвета. Отправлены на гистологическое исследование. Получено гистологическое заключение: безоар желудка, тонкой кишки.*



Рисунок №14. Б bezoар желудка, сформировавшийся после перенесенной ранее стволовой ваготомии.

В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная, инфузионная терапия, выполнялись перевязки. Послеоперационный период осложнился внутрибольничной левосторонней пневмонией. Получал левофлоксацин на протяжении 7 суток.

Заживление ран происходило первичным натяжением. Швы сняты на 8 сутки после операции. На момент выписки жалоб не предъявлял. Выписан через 17 суток после перенесенного оперативного вмешательства в удовлетворительном состоянии.

Кроме приведенных выше наблюдений, случаев органической патологии, снижающей качество жизни респондентов и требующей хирургической коррекции не выявлено. Грубой деформации желудка, рубцовых сужений анастомозов после выполнения дренирующей операции в отдаленном послеоперационном периоде мы не наблюдали.

Следует также отметить, что более тщательное определение показаний к ваготомии в сочетании с дренирующими операциями, дальнейшее техническое

совершенствование методов ваготомии, позволит свести операционный риск до минимума и улучшить показатели медицинской и социальной реабилитации.

Для оценки результативности проведенного хирургического лечения предлагается использовать данные, полученные при анализе отдаленных результатов той или иной операции. Однако, зачастую отходит на второй план то, что для каждого конкретного больного не меньшее значение имеет ощущение жизненного благополучия в физическом, психическом и социальном аспектах помимо позитивных клинических и лабораторных изменений. Все вышеперечисленные аспекты можно оценить при изучении качества жизни пациента. Кроме того, качество жизни является интегральным показателем, характеризующим глубоко и многопланово различные стороны функционирования больного.

Оценка общего качества жизни у пациентов, перенесших стволовую ваготомию с пилоропластикой при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки нами проводилась с использованием опросника SF-36. Подробная информация об этой методике описана в главе 4.

При анализе полученных результатов было отмечено, 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 (средний возраст $59,6 \pm 3,2$ лет), большим количеством сопутствующих заболеваний, которые также снижают качество жизни у опрошенных пациентов. (Рисунок №15, стр.66).

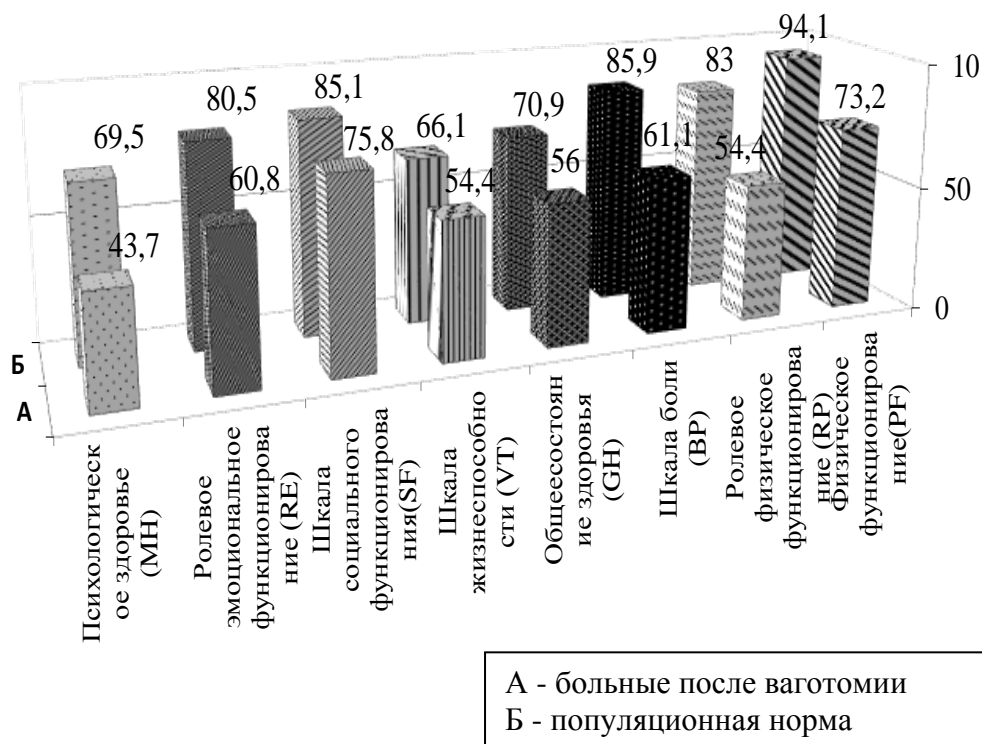


Рисунок №15. Распределение показателей общего качества жизни у больных, перенесших стволовую ваготомию с пилоропластикой при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки.

Шкалы сгруппированы в два показателя: физический компонент здоровья и психологический компонент здоровья.

1. Физический компонент здоровья (PH)

Составляющие шкалы: физическое функционирование, рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием, интенсивность боли, общее состояние здоровья. У пациентов, перенесших стволовую ваготомию с пилоропластикой при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки показатель физического компонента здоровья в среднем равнялся $45,2 \pm 1,24$ баллам.

2. Психологический компонент здоровья (MH)

Составляющие шкалы: психическое здоровье, ролевое функционирование, обусловленное функциональным состоянием, социальное функционирование, жизненная активность.

Показатель психологического здоровья составил $43,7 \pm 1,1$ баллов (Рисунок №16).

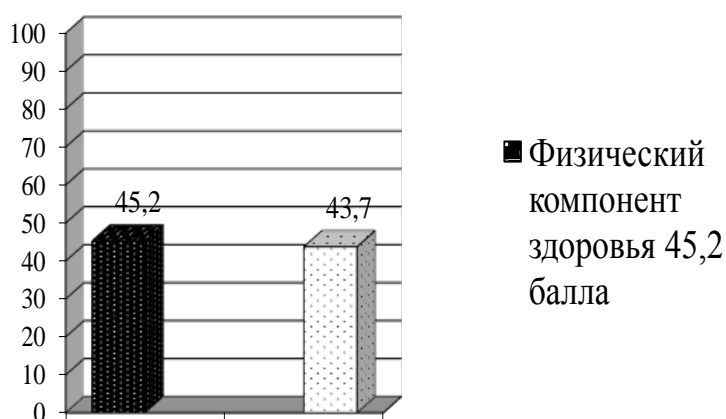


Рисунок №16. Характеристика комплексных показателей качества жизни у больных, перенесших операцию стволовой ваготомии с пилоропластикой при перфоративной язве двенадцатиперстной кишке.

Специфическое качество жизни оценивали с использованием гастроинтестинального индекса качества жизни GIQLI (Eyrasch E., Williams J.I., Wood-Dauphinee S. et al., 1995).

Данный индекс определялся нами при помощи анкеты, включающей в себя 36 вопросов. Для каждого из них есть пять вариантов ответов. Наиболее утвердительный из них (например, «все время») оценивался в 4 балла, а

наименее утвердительный (например, «никогда») оценивался в 0 баллов. Гастроинтестинальный индекс качества жизни представляет из себя сумму всех баллов, которая ранжирует от 0 до 176 баллов.

Вопросы, включенные в опросник, характеризуют не только органоспецифичные проявления, но также и общие изменения состояния здоровья, возникающие после вмешательств на желудочно-кишечном тракте.

Группой европейских исследователей был проведен опрос здоровых индивидуумов с использованием шкалы GIQLI (1995). Полученные результаты показали, что у среднестатистического обывателя, который никогда не обращался за медицинской помощью в стационар, значения индекса, в среднем, составляют 125,8 баллов.

Попытка изучения специфического качества жизни была произведена нами у 41,7 % (n=100) пациентов, перенесших стволовую ваготомию с пилоропластикой при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки.

Полученные результаты показали, что среднее значение, рассчитанное на основании шкалы GIQLI (1995), составило 87 баллов (Рисунок №17, стр.69). 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 возрастом респондентов (в среднем, $57,8 \pm 3,2$ лет) и наличием хронических заболеваний ЖКТ, снижающих специфическое качество жизни.

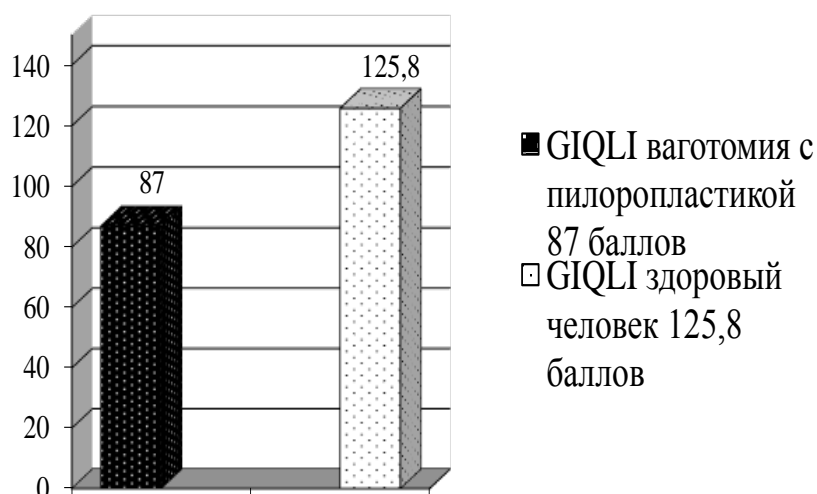


Рисунок №17. Специфическое качество жизни у больных, перенесших стволовую ваготомию с пилоропластикой при ПЯДК.

При этом, наиболее распространенной жалобой являлась: «чувство переполненности в животе». Другими причинами, ухудшающими качество жизни были: повышенное газообразование, чувство «бурления» в животе, наличие жидкого стула на протяжении двух и более недель.

Резюме. Таким образом, результаты данной главы позволяют предположить, что стволовая ваготомия с пилоропластикой у больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки должна выполняться по строгим показаниям, а именно при наличии сочетанных осложнений язвенной болезни, таких, как кровотечение, пенетрация или стеноз пилородуоденального перехода.

Общая частота встречаемости послеоперационных осложнений после стволовой ваготомии с пилоропластикой выполненной у больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки составила 22 %. При этом,

превалирующим осложнением являлся гастростаз, который наблюдался у 11 % пациентов.

Проведённый многофакторный дисперсионный анализ факторов риска развития моторно-эвакуаторных осложнений после стволовой ваготомии показал, что к последним относятся: анамнез язвенной болезни более 5 лет, перфорация на фоне сочетанного стеноза привратника, применение в ходе пилоропластики непрерывного шва, использование капронового шовного материала. С большой долей вероятности послеоперационный гастростаз возникнет у больных пониженного питания, в возрасте старше 60 лет.

При оценке отдаленных результатов операции стволовой ваготомии с пилоропластикой, выполненной у больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки, нами было отмечено, что у 80 % (n=17) обследованных имели место отличные или хорошие результаты лечения (по шкале Visick (1948)).

Наиболее частой причиной неудовлетворительных отдаленных результатов является рецидив язвенной болезни.

В результате математической оценки качества жизни респондентов получены значения физического компонента здоровья равного $45,2 \pm 1,24$ баллам, и психического компонента здоровья равного $43,7 \pm 1,1$ баллам.

При оценке специфического качества жизни было получено среднее значение, равное 87 баллам, что на 39 баллов ниже показателя, оцененного у здоровых респондентов.

ГЛАВА 4.

Оценка результатов применения операции ушивания прободной язвы двенадцатиперстной кишки из минидоступа с лапароскопической санацией брюшной полости.

4.1 Сравнительная оценка непосредственных результатов минилапаротомного и лапаротомного вариантов ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки.

В клинике факультетской хирургии ВолгГМУ лапароскопические и минилапаротомные операции при осложненном течении ЯБДК выполняем с 1994 года.

Всего нами выполнено 154 миниинвазивных операций у пациентов с прободной язвой двенадцатиперстной кишки. В 5 случаях выполнено лапароскопическое ушивание прободного отверстия, а в 149 наблюдениях произведено ушивание перфорации из минидоступа с лапароскопической санацией брюшной полости.

При ПЯДК решение о возможности миниинвазивного ушивания перфоративной язвы мы принимали на основании клинических, инструментальных и анамнестических данных.

Благоприятными для выполнения ушивания перфорации из минидоступа мы считали следующие клиничко-анамнестические данные: впервые выявленная язвенная болезнь; отсутствие указаний на длительное и осложненное течение язвенной болезни.

Окончательное решение о применении того или иного оперативного вмешательства мы принимали только после инструментального обследования больного, включавшего ЭГДС у всех пациентов с подозрением на перфоративную язву и диагностическую лапароскопию при подтверждении диагноза.

Показанием к ушиванию перфоративного отверстия из минидоступа служили следующие данные ЭГДС: отсутствие других сочетанных осложнений язвенной болезни (стеноз, пенетрация, кровотечение, малигнизация).

Для определения точности, чувствительности и специфичности эндоскопического исследования при прободной язве путем простой случайной выборки нами были отобраны 200 больных с направительным диагнозом ПЯДК, которым была выполнена ЭГДС.

Под чувствительностью метода диагностики мы подразумевали его вероятность выявления заболевания у больных людей; под специфичностью отсутствие ошибочных (ложноположительных) результатов. При выполнении ЭГДС ложноотрицательные результаты были получены в 1 % (n=2) случаев, ложноположительные в 3 % (n=6) случаев.

Точность характеризует долю правильных результатов теста. Определяется как доля истинных результатов среди всех обследованных по следующей формуле:

Точность = (истинно положительные + истинно отрицательные) / (все больные + все здоровые).

При этом, чувствительность данных ЭГДС в плане верификации сочетанных осложнений составляет 99 %, специфичность 97 %, точность 98 %.

Таким образом, ЭГДС может быть рекомендована в качестве основного диагностического метода для верификации сочетанных осложнений язвенной болезни.

В качестве завершающего этапа диагностического поиска, позволяющего уточнить диагноз и определить тактику лечения, мы выполняем диагностическую лапароскопию. При помощи данного метода исследования, возможно: уточнить локализацию перфоративной язвы; определить размер перфоративного отверстия; выявить характер и распространенность перитонита.

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.

Чувствительность данного метода исследования составляет 96 %, специфичность - 99 %, точность - 95 %.

При выборе операции, мы учитываем размер перфоративного отверстия и характер перитонита. 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 и пилоропластике. Также необходимо отметить, что при распространенном гнойном перитоните малоинвазивные технологии были использованы в ограниченном количестве наблюдений, так как возможность адекватной санации брюшной полости лапароскопическим методом затруднительна. Даже тщательное интраоперационное промывание брюшной полости не позволяет провести полную санацию, так как между складками брюшины и петлями кишечника остается патогенная микрофлора (Шалимов А.А. и др., 1981; Мильков Б. О. и др., 1985; Шуркалин Б.К. и др., 1997; Ермолов А.С. и др. 2014). Вместе с тем, доля пациентов с распространенным гнойным перитонитом составила 14 % (n=21). И наши результаты показывают, что сочетание лапароскопического лаважа брюшной полости и санации зоны, предлежащей непосредственно к перфорации из минидоступа, позволяет вполне адекватно санировать брюшную полость. Из 21 пациента с распространенным гнойным перитонитом необходимость повторной лапароскопической санации (которая и была удовлетворительно завершена)

возникла только у 1 пациента на вторые сутки, что составило 4,8 % (пациент выздоровел).

Сразу после выполнения обзора брюшной полости и определения места перфорации мы переходили к санации брюшной полости. В первую очередь, удаляли желудочное содержимое и перитонеальный выпот при помощи электроотсоса из над- и подпеченочного пространства, поддиафрагмального пространства слева, малого таза. Затем, при помощи аквапуратора устанавливали в брюшную полость раствор антисептика и удаляли жидкость. После лаважа брюшной полости мы сразу устанавливали дренажи в области, недоступные при минидоступном этапе операции (в малый таз, и по левому боковому каналу). Подобная последовательность манипуляций избавляла нас от необходимости выполнения контрольной лапароскопии после ушивания прободной язвы из минидоступа. Продолжительность лапароскопического этапа колебалась от 5 до 25 мин. и составила в среднем $15,2 \pm 6,1$ мин. После установки дренажей определяли проекцию прободного отверстия на переднюю брюшную стенку. После чего завершали лапароскопический этап операции и переходили к минилапаротомному этапу. В намеченном месте вскрывали брюшную полость. Предпочтение отдавали паракостальному минидоступу, т.к. при этом проекция операционной раны совпадает с направлением пилородуоденального перехода, что облегчает выполнение манипуляций в стесненных условиях минилапаротомии (Рисунок № 18).



Рисунок №18. Паракостальный минидоступ при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки.

При анатомических особенностях (увеличенная печень, астеническое или гиперстеническое телосложение пациента) выполняли трансректальный, верхнесрединный или параректальный минидоступ (Рисунок № 19 и Рисунок № 20).

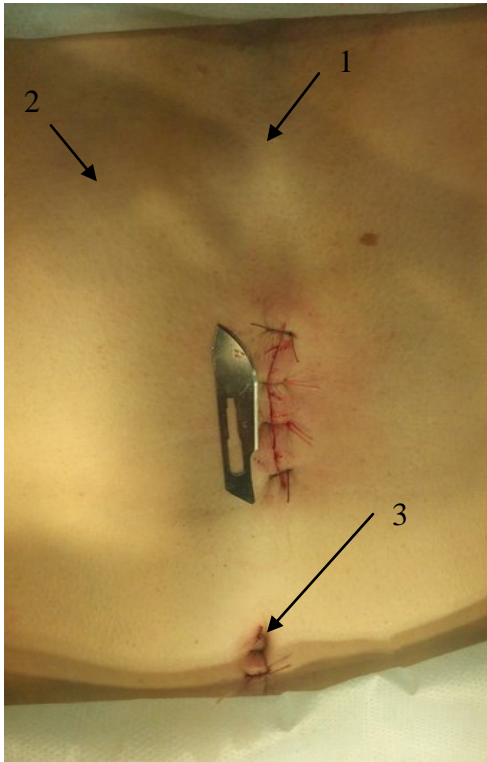


Рисунок №19. Верхнесрединный минидоступ при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки у больного с гепатомегалией. (1-мечевидный отросток; 2-реберная дуга; 3-пупочное кольцо)



Рисунок №20. Трансректальный минидоступ при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки у больного с астеническим телосложением.

Необходимо отметить, что комбинированное малоинвазивное ушивание прободной язвы из минидоступа выполняли практически все хирурги клиники, независимо от имеющейся категории, что говорит о широкой доступности данной техники оперирования. Предшествующего опыта таких вмешательств ни у кого из них не было, но все имели опыт выполнения основных urgentных вмешательств.

Продолжительность малоинвазивного ушивания перфоративной язвы варьировала от 20 до 160 мин. Разница в продолжительности между ушиванием перфорации из минидоступа и из лапаротомного доступа существенно не различалась. Средняя длительность операции составила $59,7 \pm 2,7$ мин. Лапаротомная операция была несколько продолжительнее - $66,3 \pm 2,4$ мин.

С целью определения эффективности ушивания перфоративного отверстия двенадцатиперстной кишки из минидоступа с лапароскопической санацией брюшной полости, был проведен сравнительный анализ традиционных лапаротомных операций и минидоступных операций.

Для сравнительной оценки эффективности применения минилапаротомных методик оперирования при прободной язве нами были сформированы основная группа и группа сравнения.

В основную группу входила выборка, включающая 149 пациентов, оперированных миниинвазивно.

В группе сравнения было выполнено 30 лапаротомных вмешательств (таблица №10, стр.77). 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 при ПЯДК.

Основные характеристики пациентов с прободной язвой в основной группе и группе сравнения.

Параметры сравнения	Группа	
	Основная	Сравнения
Число больных	100 % (n=149)	100 % (n=30)
Средний возраст в группе	39 ± 2,8 лет	35,5 ± 3,8 лет
Мужчины	88 % (n=131)	90 % (n=27)
Женщины	12 % (n=18)	10 % (n=3)
Сопутствующая патология	16 % (n=23)	16,6 % (n=5)

Как видно из представленной таблицы, основная группа и группа сравнения сопоставимы по возрасту, 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.

Для выбора методики оперативного лечения ПЯДК в клинике факультетской хирургии мы применяли шкалу стратификации риска Воеу (1982, 1987) (Таблица №11, стр.78).

Стоит отметить, что имеется некоторое различие по степени операционного риска между группами больных, перенесших лапаротомную операцию и миниинвазивное лечение, определенного на основании критериев Воеу (1982, 1987), включающих в себя такие факторы, как, тяжелую

сопутствующую патологию, длительность перфорации более 24 часов и явления шока перед операцией.

Так, в группе миниинвазивных операций у 58,14 % (n=86) больных отсутствовал риск периоперационной летальности (0 баллов по шкале Воеу (1982, 1987)); у 27,4 % (n=41) составлял 10 % (1 балл по шкале Воеу (1982, 1987)); у 13,8 % (n= 21) составлял 45,5 % (2 балла по шкале Воеу (1982, 1987)); у 0,66 % (n=1) составлял 97 % (3 балла по шкале Воеу (1982, 1987)). В группе лапаротомных операций у 17,6 % (n=5) больных риск периоперационной летальности отсутствовал (0 баллов по шкале Воеу (1982, 1987)); у 42,5 % (n=13) составлял 10 % (1 балл по шкале Воеу (1982, 1987)); у 36,6 % (n=11) составлял 45,5 % (2 балла по шкале Воеу (1982, 1987)); у 3,3 % (n=1) составлял 100 % (3 балла по шкале Воеу (1982, 1987)) (Таблица №12).

Таблица №12

Распределение больных с ПЯДК по вероятности риска послеоперационной летальности, определенной на основании критериев Воеу (1982, 1987)

Степень риска послеоперационной летальности	У больных, оперированных лапаротомно	У больных, оперированных мининвазивно
0% (0 баллов по шкале Воеу (1982, 1987))	17,6 % (n=5)	58,14 % (n=86)
10% (1 балл по шкале Воеу (1982, 1987))	42,5 % (n=13)	27,4 % (n=41)
45,5% (2 балла по шкале Воеу (1982, 1987))	36,6 % (n= 11)	13,8 % (n= 21)
97% (3 балла по шкале Воеу (1982, 1987))	3,3 % (n= 1)	0,66 % (n=1)
Всего	100 % (n=30)	100 % (n=149)

Превалирование лапаротомных вмешательств у больных с оценкой в 2 - 3 балла по шкале Воеу (1982, 1987) связано с настороженным отношением хирургов к миниинвазивным операциям, выполняемым на фоне разлитого гнойного перитонита, так как возможность адекватной санации брюшной полости встречает ряд трудностей, описанных выше. Однако, в последнее время, мы стали более широко использовать малотравматичные методики оперирования у больных группы риска (более подробно этот вопрос освещен в подглаве 4.3).

У всех пациентов основной группы и группы сравнения имел место перитонит, в большинстве наблюдений – распространенный серозно-фибринозный (Таблица №13).

Таблица №13

Распределение больных по характеру перитонита при ПЯ в основной группе и группе сравнения.

Характер перитонита	Группа	
	Основная	Сравнения
Местный	11 % (n=16)	---
Распространённый	89 % (n=133)	100 % (n=30)
В том числе:		
- серозный	38,1%(n=57)	6,7%(n=2)
- серозно-фибринозный	49,8%(n=74)	76,7%(n=23)
- гнойный	12,1%(n=18)	16,6%(n=5)
Всего	100% (n=149)	100%(n=30)

Нами был проведен анализ зависимости риска неблагоприятного исхода (определяемого по шкале Воеу (1982, 1987)) от распространенности и характера перитонита (Таблица №14, стр.80). Учитывая приведенные данные, следует отметить, что сама по себе распространенность перитонита при серозно-фибринозном характере экссудата не влияла на непосредственные результаты оперативных вмешательств (различия недостоверны, $F=2.235$; $p>0,05$), 91,6 %

больных поступали в стационар с распространенным перитонитом. С другой стороны, очевидно возрастающее число летальных исходов в зависимости от характера экссудата. Так, гнойный выпот значительно ухудшает послеоперационный прогноз ($F=2,714$; $P<0.05$).

Таблица №14

Распределение больных с ПЯДК по распространенности и характеру перитонита.

Риск Характер перитонита	0 баллов по шкале Воеу (1982,1987)	1 бал по шкале Воеу (1982,1987)	2 бала по шкале Воеу (1982,1987)	3 бала по шкале Воеу (1982,1987)	Итого
Местный					
В том числе:					
-серозный	-	-	2,1 % (n=4)	-	2,1 % (n=4)
-серозно- фибринозный	-	4,2 % (n=8)	2,1 % (n=4)	-	6,3 % (n=12)
-гнойный	-	-	-	-	-
Распростране нный					
В том числе:					
-серозный	-	13,4 % (n=24)	-	-	13,4 % (n=24)
-серозно- фибринозный	31,3 % (n=56)	15 % (n=26)	6,3 % (n=11)	2,1 % (n=4)	54,7 % (n=97)
-гнойный	-	12,9 % (n=23)	10,6 % (n=19)	-	23,5 % (n=42)
Всего	31,3 % (n=56)	45,5 % (n=81)	21,1 % (n=38)	2,1 % (n=4)	100 % (n=179)

Сравнительный анализ результатов миниинвазивного (основная группа) и лапаротомного способов (группа сравнения) ушивания ПЯДК представлен в таблице №15.

Таблица №15

Сравнительная оценка применения различных операций у пациентов с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки.

Параметры сравнения	Основная группа	Группа сравнения	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	6,7 % (n=10)	20 % (n=6)	F-2,019 p<0,05

Как видно из представленной таблицы, основная и контрольная группы сопоставимы по большинству показателей сравнения. Продолжительность послеоперационного периода составила $11,9 \pm 1,2$ сут, и $12,5 \pm 1$ сут в основной и группе сравнения соответственно. Необходимо заметить, что по хирургическому статусу 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 терапии язвенной болезни, а также продиктована современными стандартами ведения больных. С первых суток назначали антисекреторные и антихеликобактерные препараты.

При выполнении миниинвазивных технологий нами отмечено значительно меньшее количество послеоперационных осложнений (8 % и 20 % в основной и контрольной группе соответственно). Этот показатель, достигнут во многом благодаря снижению раневых осложнений, возникающих после операций, проведенных на фоне гнойного перитонита.

Отсутствие широкой лапаротомии благоприятно сказывается на динамике ближайшего послеоперационного периода. Больные отмечают меньшую выраженность болевого синдрома, что способствует ранней активизации пациента и снижению вероятности присоединения респираторных осложнений. Большинство больных уже к концу первых суток вставали и перемещались по палате.

4.2 Отдаленные результаты и качество жизни больных, перенесших ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки из минидоступа с лапароскопической санацией брюшной полости.

Для определения эффективности применения миниинвазивных технологий в лечении перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки мы отслеживали отдаленные результаты и оценивали качество жизни у пациентов, перенесших ушивание ПЯДК с лапароскопической санацией брюшной полости.

Для определения отдаленных результатов хирургического лечения мы применяли шкалу Visick (1948). Данная шкала, до настоящего времени, получила наибольшее распространение в оценке отдаленных результатов операций, выполненных на органах ЖКТ и в сочетании с оценкой общего и специфического качества жизни позволяет оценить эффективность оперативного вмешательства в лечении конкретного заболевания. Также мы применяли стандартные методики обследования: ЭГДС, ультрасонографию органов брюшной полости и рентгенологическое исследование моторно-эвакуаторной функции желудка.

Попытка изучения отдаленных результатов операции ушивания перфорации из минидоступа была произведена нами у 73,2 % (n=109) пациентов. В ходе исследования изучались такие показатели, как наличие морфологических изменений в зоне операции, частота рецидивов язвенной болезни после перенесенного оперативного вмешательства. Больные были отобраны путем простой случайной выборки. Сроки наблюдения составили от 1 до 14 лет.

В ходе изучения отдаленных результатов минилапаротомного ушивания прободной язвы было отмечено, что подавляющее большинство (91 %, n=99) больных характеризуется низким социально-экономическим уровнем, высокой горизонтальной мобильностью и низким комплаенсом.

Под социальным уровнем, согласно определению Семечкина Н.И. (2003), мы понимаем стиль и образ жизни индивида, а также капитал. Так, только 9 % (n=10) больных имели высшее образование и постоянное место работы, большинство опрошенных злоупотребляли алкоголем (Рисунок № 21).

Горизонтальная мобильность (Семечкин Н.И., 2003) означает переход человека в социальную группу, находящуюся на том же иерархическом уровне, что и предыдущая, например, переезд из одного города в другой, смена работы при переводе на приблизительно равнозначную должность.

Комплаентность означает приверженность лечению, другими словами - степень соответствия между поведением пациента и рекомендациями, полученными от врача.

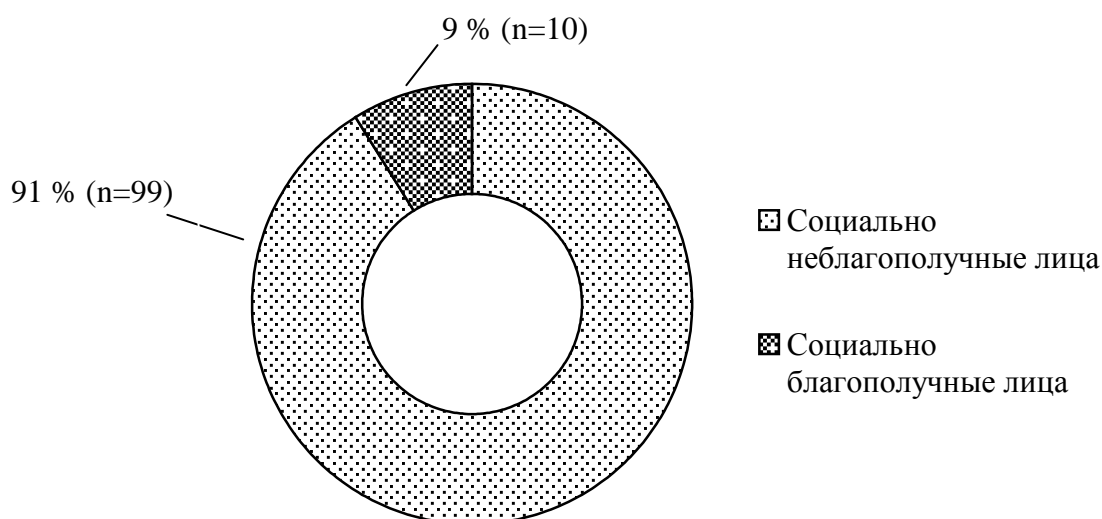


Рисунок №21. Социальная характеристика пациентов, перенесших операцию ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки из минидоступа.

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 (Рисунок №22).

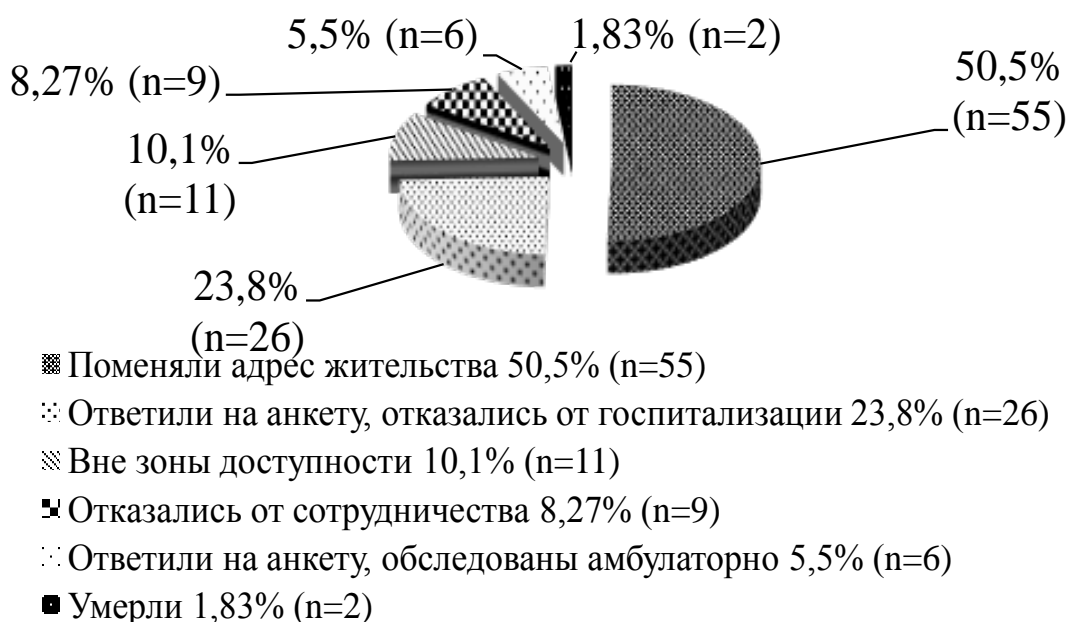


Рисунок №22. Распределение больных при оценке отдаленных результатов миниинвазивного лечения ПЯДК.

Нами было отмечено, что у 75,4 % (n=24) обследованных пациентов, имели место отличные или хорошие результаты лечения (по классификации Visick (1948)). У этих больных симптомы язвенной болезни отсутствовали, либо полностью устранялись соблюдением диеты.

Неудовлетворительные результаты составили 24,6 % (n=8). Все они вызваны рецидивами язвообразования. Двое больных (6,25 %) были повторно оперированы по поводу рецидивной перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки.

Один из них отказался от амбулаторного обследования, не смог предоставить выписок из стационара, поэтому, причина рецидива заболевания осталась неизвестной.

Второй пациент обращался в поликлинику за два месяца до повторной перфорации язвы двенадцатиперстной кишки. Была выполнена ЭГДС, поставлен диагноз: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, обострение, назначена противоязвенная, эрадикационная терапия. От выполнения назначений врача поликлиники больной отказался.

Амбулаторное обследование пациентов начинали с выполнения фиброгастродуоденоскопии, так как последняя является объективным диагностическим методом, позволяющим в совокупности с клиническими данными оценить результаты оперативных вмешательств на желудке и в ряде случаев выявить причины их неудовлетворительных исходов.

По данным ЭГДС обсемененность *H. pylori* выявлена у всех больных. Язвенных дефектов в зоне пилородуоденального перехода, не было выявлено ни у одного пациента, однако, у 33 % (n=11) обследованных больных имела место рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Наличие рубцовой деформации в области пилородуоденального перехода может быть обусловлено, как и перенесенным ранее оперативным вмешательством, так и возможными повторными эпизодами обострения язвенной болезни.

Состояние моторно-эвакуаторной функции желудка является одним из критериев не только выбора оптимального метода хирургического лечения, но и объективной оценки результатов операций при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Именно поэтому для изучения отдаленных результатов ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки из минидоступа мы выполняли рентгенологическое исследование моторно-эвакуаторной функции желудка.

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.

Из пациентов, согласившихся участвовать в исследовании, после перенесенного оперативного вмешательства ни один больной не проходил регулярного обследования и курсов противоязвенной терапии. Стационарную медицинскую помощь по поводу язвенной болезни получали 6,25 % (n=2) больных. Повторные хирургические вмешательства также были выполнены в 6,25 % (n=2) случаев.

Сравнительно высокая частота рецидивов язвенной болезни двенадцатиперстной кишки была, возможно, связана с неудовлетворительной приверженностью пациентов к фармакотерапии. Низкий комплаинс больных обусловлен и отсутствием диспансерного наблюдения, и сложностью проведения практически пожизненной дорогостоящей фармакотерапии. В подобной ситуации гарантированная возможность ликвидации не только осложнения, но и собственно болезни, наводит на мысль о выполнении таким больным стволовой ваготомии с пилоропластикой.

Все пациенты после выписки из стационара были временно нетрудоспособны в пределах одного месяца. Длительности временной нетрудоспособности более 1 месяца не отмечено.

Также перед нами стояла задача оценить качество жизни у этих больных.

Оценка общего качества жизни проводилась на основе вопросника SF-36 (1992). Данная анкета позволяет оценить КЖ по ряду основных критериев: психологическое здоровье, физическое функционирование, ролевое физическое функционирование, шкала боли, общее состояние здоровья, шкала жизнеспособности, шкала социального функционирования, ролевое эмоциональное функционирование.

Для всех шкал при полном отсутствии ограничений или нарушений здоровья максимальное значение равно 100 баллам. Чем выше показатель по каждой шкале, тем лучше было КЖ по этому параметру.

Данные, полученные при оценке качества жизни у пациентов, перенесших ушивание перфоративного отверстия двенадцатиперстной кишки

из минидоступа с лапароскопической санацией брюшной полости, при помощи опросника SF-36 (1992), представлены в таблице №16.

Таблица №16

Результаты оценки КЖ у больных, перенесших ушивание ПЯДК с лапароскопической санацией БП.

Показатель	Физическое функционирование (PF)	Роль физическое функционирование (RP)	Шкала боли (BP)	Общее состояние здоровья (GH)	Шкала жизнеспособности (VT)	Шкала социального функционирования (SF)	Роль эмоциональное функционирование (RE)	Психологическое здоровье (MH)
Среднее значение (баллы)	97	98	96	64	57,5	94	99	50.3
Популяционная норма (баллы)	94,1	83	85,9	70,9	66,1	85,1	80,5	69,5

Уровень психологического комфорта пациента (наличие депрессии, тревоги), общий показатель положительных эмоций оценивали при помощи показателя «психологическое здоровье — (MH)», среднее значение которого равняется 50,3 баллам. Чем выше показатель, тем больше времени пациенты чувствовали себя спокойными, умиротворенными в течение последнего месяца. Низкие показатели свидетельствуют о наличии депрессивных, тревожных состояний, психологическом неблагополучии.

Физическая активность анкетированного, включающая такие параметры, как самообслуживание, ходьбу, подъем по лестнице, переноску тяжестей, а также выполнение значительных физических нагрузок, оценивалась нами с

помощью показателя «физическое функционирование — (PF)», который, в среднем, составил 97 баллов. Чем выше показатель, тем больший объем повседневной физической нагрузки, по мнению исследуемого, он может выполнить. Низкие показатели по этой шкале, как правило, свидетельствуют о том, что физическая активность значительно ограничена состоянием здоровья.

Оценка степени влияния физических проблем на нормальную жизнедеятельность при помощи показателя «ролевое физическое функционирование — (RP)» показала, что у группы больных, перенесших ушивание перфоративного отверстия из минидоступа с лапароскопической санацией брюшной полости, последний равен 98 баллам. Этот критерий отражает степень ограничения выполнения обычной деятельности здоровьем пациента, то есть характеризует степень ограничения выполнения работы или повседневных обязанностей теми проблемами, которые связаны со здоровьем. Низкие цифры данного показателя свидетельствуют о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием здоровья. Чем выше показатель, тем меньше, по мнению респондента или пациента, проблемы со здоровьем ограничивают их повседневную деятельность.

Интенсивность болевого синдрома, возможность влияния последнего в течение последнего месяца на способность заниматься обычной деятельностью, включая работу по дому и вне его, оценивали показателем «шкала боли — (BP)». Чем выше показатель, тем меньше, по мнению респондента или пациента, болевых ощущений они испытывали. Низкие значения шкалы свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивает физическую активность исследуемых. У опрошенных респондентов данный показатель в среднем составлял 96 баллов, что свидетельствует о малой травматичности оперативного доступа.

Для объективной оценки состояния здоровья респондента в настоящий момент времени, прогнозирования перспективы лечения мы применяли

показатель «общее состояние здоровья — (GH)», среднее значение которого равняется 64 баллам.

Оценка утомляемости респондентов, определение уровня их жизненной активности при помощи показателя «шкала жизнеспособности — (VT)» показала, что средние значения данного критерия находятся на уровне 57,5 баллов. Низкий показатель может свидетельствовать об утомлении исследуемых, снижении их жизненной активности.

Уровень социальной активности респондента (с друзьями, семьей, соседями, в коллективе) и степень удовлетворенности анкетированного последним отражается показателем «шкала социального функционирования — (SF)», который равен 94 баллам. Степень ограничения социальной активности за последний месяц ухудшением здоровья проявляется в снижении баллов данного показателя.

Ограничение выполнения работы или другой обычной повседневной деятельности эмоциональным состоянием респондента оценивали шкалой «ролевое эмоциональное функционирование — (RE)», средние значения которой составили 99 баллов. Данный параметр определяет большие затраты времени на выполнение обычной работы, уменьшение объема последней, снижение ее качества. Чем выше показатель, тем лучше эмоциональное состояние респондента и меньше ограничение его повседневной активности.

Как видно, выше представленная таблица весьма разнородна. В ней представлены данные, характеризующие качество жизни как превосходное по ряду показателей, и, вместе с тем, довольно посредственные данные по другим критериям.

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).

К сожалению, 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). Эти данные, по-видимому, обусловлены снижением жизненной активности респондентов, а также выраженными депрессивными настроениями, широко распространенными среди опрошенных пациентов.

Результаты, полученные при опросе больных, перенесших ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки из минидоступа с лапароскопической санацией брюшной полости представлены на рисунке №23.

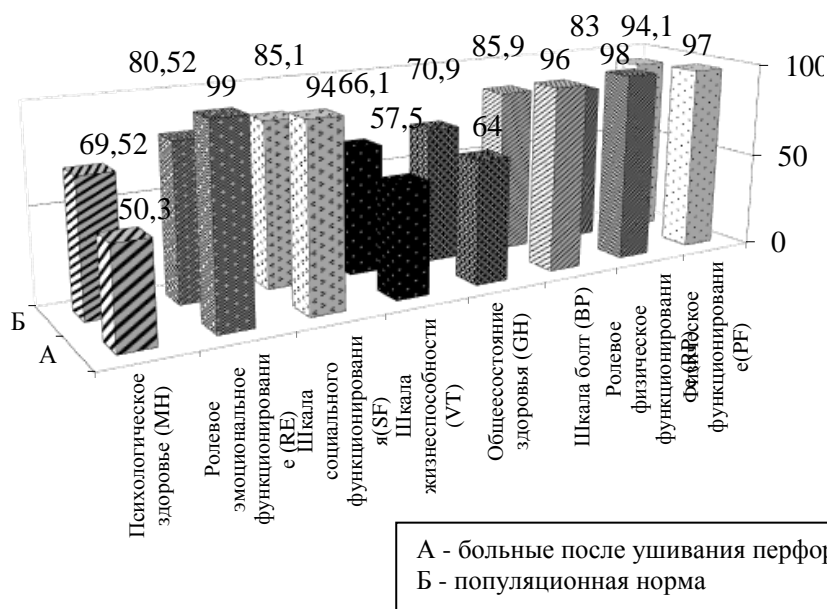


Рисунок №23. Распределение показателей общего качества жизни у больных, перенесших ушивание перфоративного отверстия двенадцатиперстной кишки из минидоступа с лапароскопической санацией брюшной полости.

Шкалы группируются в два показателя: физический компонент здоровья и психологический компонент здоровья.

1. Физический компонент здоровья (Physical health – PH).

Составляющие шкалы: физическое функционирование, ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, интенсивность боли, общее состояние здоровья. У пациентов, оперированных при помощи миниинвазивных политехнологий, показатель физического компонента здоровья в среднем равнялся $58 \pm 1,49$ баллам.

2. Психологический компонент здоровья (Mental health – MH).

Составляющие шкалы: психическое здоровье, ролевое функционирование, обусловленное функциональным состоянием, социальное функционирование, жизненная активность.

Показатель психологического здоровья составил $50 \pm 2,45$ баллов. Низкий балл может быть объяснен низким уровнем жизни пациентов, отсутствием постоянного места работы, досуга (Рисунок №24).

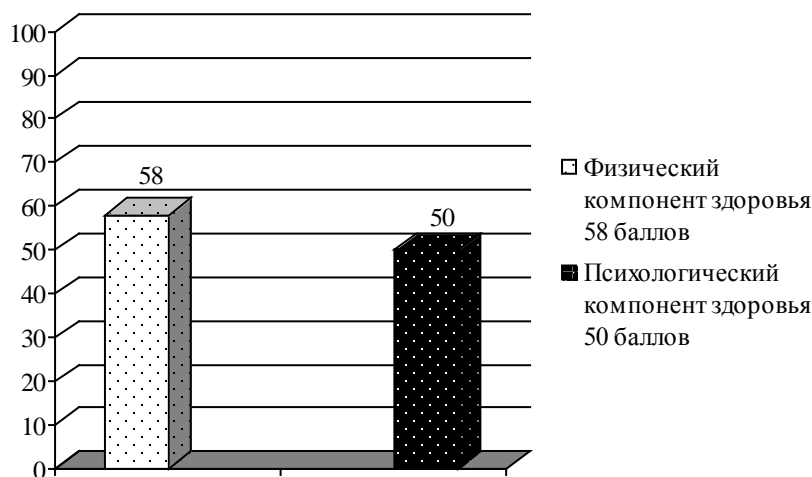


Рисунок №24. Характеристика комплексных показателей качества жизни у больных, перенесших операцию ушивания перфоративного отверстия двенадцатиперстной кишки из минидоступа с лапароскопической санацией брюшной полости.

Специфическое качество жизни оценивали с использованием гастроинтестинального индекса качества жизни GIQLI (E. Eyrasch, J.I. Williams, S. Wood-Dauphinee et al., 1995).

Методика использования данного индекса для определения качества жизни подробно описана в главе №3.

Мы изучили специфическое качество жизни после операции ушивания перфорации из минидоступа у 73,2 % (n=109) пациентов.

Полученные результаты показали, что среднее значение, рассчитанное на основании шкалы GIQLI (1995), составило 90,3 балла (Рисунок №25). При этом, наиболее распространенными жалобами являлись «чувство переполненности в животе» и «ограничение потребления различных продуктов назначенной врачом диетой».

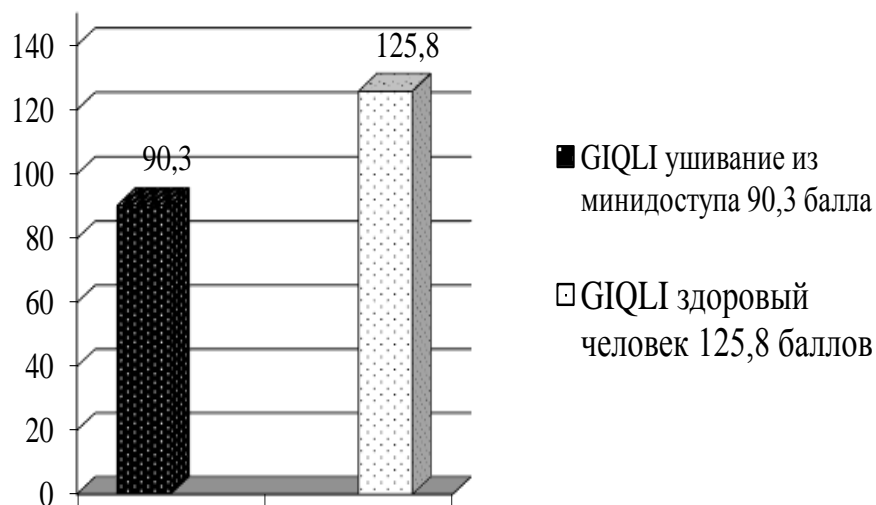


Рисунок №25. Специфическое качество жизни у больных, перенесших стволовую ваготомию с пилоропластикой при ПЯДК.

4.3 Особенности лечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки у больных группы риска.

По данным доступных источников литературы, отмечается широкий разброс цифр общей летальности при прободной язве (в пределах от 1 % до 30 %), который, по нашему мнению, 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 прогностически 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 количества больных с высокой вероятностью неблагоприятного исхода, зависят цифры общей летальности. Кроме того, целенаправленное изучение этого вопроса позволит предложить новые подходы по улучшению результатов лечения больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки.

В целом, применение миниинвазивных технологий у прогностически неблагоприятных пациентов с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки также требует уточнения.

Согласно Thorsen K. et al. (2013, 2014) и Menekse E. et al. (2015) для распределения больных с перфорацией язвы на группы, в зависимости от вероятного исхода лечения, используются 12 различных, так называемых, диагностических шкал: классификация физического здоровья пациента по ASA (1963), критерии Воеу (1982, 1987), Мангеймский индекс перитонита (1987, 1992), шкала прободной язвы PULP (2011), критерии Thorsen (Thorsen K. et al.

2014), оценка тяжести состояния пациента по АРАСНЕ II и другие (Thorsen K, et al, 2013; Thorsen K, et al, 2014; Menekse, E., et al. 2015).

Специфичными для пациентов с прободной язвой являются следующие формализованные шкалы: 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), а также диагностические критерии Thorsen (Thorsen K. et al. 2014) (Thorsen K, et al, 2014; Menekse, E., et al. 2015). Некоторые из них требуют оценки достаточно большого количества переменных, поэтому в широкой клинической практике, как у нас в стране (Мугатасимов И.Г., Баранов А.И. 2014), так и за рубежом (Lohsiriwat V et al. 2009; Buck DL et al. 2012) наибольшее распространение получили критерии Boey (Lohsiriwat V. Et al, 2009; Buck D. Et al. 2011; Мугатасимов И.Г и др., 2014). Согласно Boey J. (1987), использование этих прогностических критериев позволяет достоверно определить исход лечения у 93,8 % больных с прободной язвой (Boey J., 1987).

Для выбора метода оперативного лечения больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки мы применяем шкалу стратификации риска летальности Boey (1982, 1987). Распределение пациентов, перенесших минилапаротомное и «традиционное» ушивания прободной язвы (205 пациентов: сплошная статистическая выборка 56 больных с лапаротомным ушиванием перфорации и 149 пациентов, оперированных из минидоступа), на подгруппы с учетом количества баллов по шкале Boey, представлено в таблице №17, стр.96.

Эффективность критериев Бойе (1982, 1987) 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*	100 %	50 % (n=1 из 2)

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

Как видно из представленной таблицы, в настоящем исследовании насчитывается 40 пациентов из группы риска, что составляет 19 % от всех больных, оперированных как традиционным способом, так и при помощи малотравматичных технологий.

В группу высокого послеоперационного риска входит 38 (18 %) пациентов (2 балла по шкале Воеу (1982, 1987), риск послеоперационной летальности 45,5 %); 15 из них были оперированы лапаротомно, а в 23 наблюдениях произведено ушивание перфорации из минидоступа.

К группе крайне высокого риска (3 балла по шкале Воеу (1982, 1987), риск послеоперационной летальности 97 %) относились двое больных (1 %). Один из них был оперирован лапаротомно, а второму выполнено ушивание перфоративного отверстия из минидоступа (Рисунок №25, стр.97).

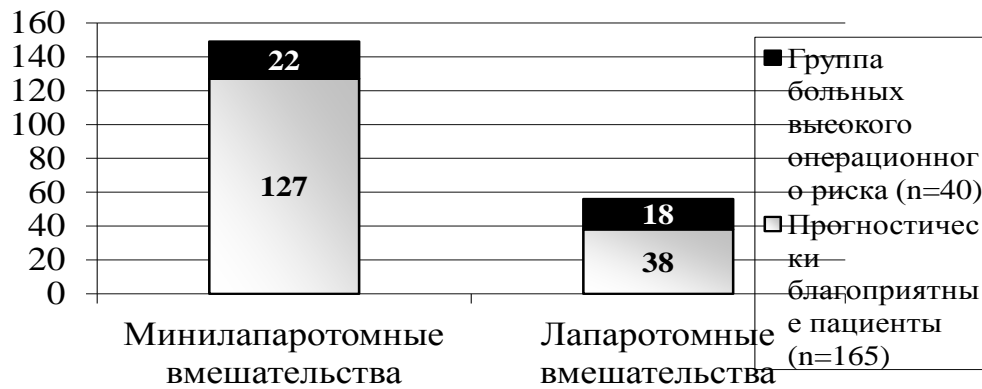


Рисунок №25. Характеристика оперативных вмешательств, выполненных у больных группы высокого и крайне высокого риска послеоперационной летальности.

Среди больных группы риска было 21 мужчин и 19 женщин. Средний возраст прогностически неблагоприятных пациентов составил $59 + 2,8$ лет.

Как видно из таблицы №17, летальность в группе риска по нашим данным составила 17,5 % (умерло 7 из 40 пациентов), в то время как прогнозируемая летальность у этих больных (основанная на оценке критериев Воеу) варьировала в пределах 45,5 % - 100 %.

Исследования последнего десятилетия (Bucher P. et al. 2007; Lohsiriwat V et al. 2009; Thorsen K. et al. 2013) также указывают на отчетливую корреляцию между количеством факторов риска по шкале Воеу и летальным исходом, хотя и отмечают неточности между показателями прогнозируемой и реальной летальности (Bucher P. et al., 2007; Lohsiriwat V. et al., 2009; Thorsen K. et al., 2013). В частности, Lohsiriwat V et al. (2009), оценивая пятилетний опыт использования диагностических критериев Воеу, отмечает, что в серии случаев из 152 пациентов реальная летальность при двух баллах по Воеу (1982, 1987) составила 33 %, а при трех баллах – 38 % (Lohsiriwat V. et al., 2009). Однако,

несмотря на эти существенные расхождения между прогнозируемой и реальной летальностью, вероятность неблагоприятного исхода лечения в группе риска в десятки раз больше, чем у больных с отсутствием или наличие одного фактора риска Воеу (1982, 1987) (Lohsiriwat V. et al., 2009).

Нами был проведен ретроспективный анализ историй болезни 11 умерших пациентов. Одному больному было выполнено ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки из минидоступа с лапароскопической санацией брюшной полости, остальные 10 пациентов были оперированы лапаротомно. При этом особое внимание обращали на возраст больного, степень операционного риска, определяемого по шкале Воеу (1982, 1987), послеоперационные осложнения и причину смерти.

Было выявлено, что 9 % больных (n=1) имели крайне высокий риск послеоперационной летальности (три балла по шкале Воеу (1982, 1987), риск послеоперационной летальности 97 %); 54,5 % (n=6) больных относились к группе пациентов с высоким послеоперационным риском (два балла по шкале Воеу (1982, 1987), риск послеоперационной летальности 45,5 %); 36,5 % (n=4) больных имели умеренный риск послеоперационной летальности (один балл по шкале Воеу (1982, 1987), риск послеоперационной летальности 10 %).

Подход, основанный на стратификации пациентов по группам риска, может способствовать выбору наиболее подходящего лечения в конкретной клинической ситуации. Вместе с тем, взгляды на лечение пациентов с прободной язвой, относящихся к группе риска достаточно противоречивы. Так, Воеу J. (1987) указывал на тот факт, что при наличии двух факторов риска предпочтительной операцией является ушивание перфоративного отверстия. Стволовая ваготомия с дренирующей желудок операцией, в этой ситуации, может быть использована только при сочетанном стенозе и/или кровотечении (Воеу J. et al., 1987).

При наличии же у пациентов всех трех факторов риска Воеу, кроме ушивания, можно попытаться применить консервативное лечение перфорации

по методу Taylor (Taylor H. 1946, 1956), что и было реализовано на практике (Alizadeh N. et al. 1997; Bucher P. et al. 2007), у больных с непомерно высоким анестезиологическим риском (Taylor H., 1946; Taylor H., Warren R., 1956; Alizadeh N., 1997; Lohsiriwat V., Prapasrivorakul S., Lohsiriwat D., 2009). Однако, результаты такого подхода можно признать не совсем удовлетворительными, так как консервативное лечение не всегда позволяет добиться прикрытия перфорации, а летальность в этих клинических сериях достигала 68 % (Alizadeh N., 1997; Lohsiriwat V., Prapasrivorakul S., Lohsiriwat D., 2009). В случае самопроизвольного закрытия перфоративного отверстия, на фоне консервативного лечения и отграничения воспалительного экссудата в брюшной полости, эти локальные интраабдоминальные жидкостные скопления могут быть дренированы с использованием ультразвуковой навигации (Hanumanthappa M.V. et al. 2012).

Оценка причин летальных исходов (ретроспективный анализ 11 историй болезни) выявила, 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 №26, стр.100).

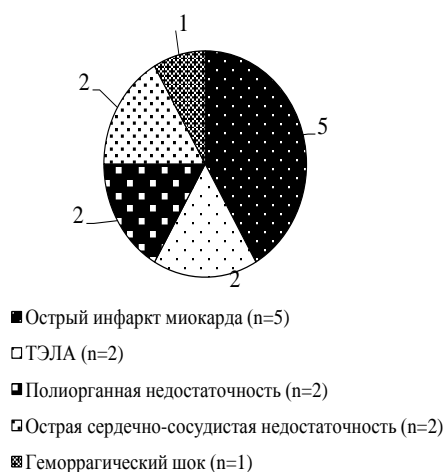


Рисунок №26. Структура летальности больных, перенесших ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки.

Таким образом, наиболее частой причиной смерти послужили острый инфаркт миокарда (n=5), тромбоэмболия легочной артерии (n=2) и острая сердечно-сосудистая недостаточность (n=2). Большинство из них, как правило, возникает в результате неадекватной антиагрегантной и антикоагулянтной терапии, длительного постельного режима, поздней активизации пациента.

Существуют различные мнения относительно целесообразности применения минилапаротомных и лапароскопических методик у пациентов с высоким и крайне высоким риском послеоперационной летальности. Некоторые авторы считают, что малотравматичные вмешательства следует выполнять только у пациентов, риск послеоперационной летальности которых оценивался в 0 или 1 балл по шкале Voeu (1982, 1987) (Lunevicius, 2005; Bertleff, 2010).

В клинике факультетской хирургии ВолгГМУ у 22 больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки с высокой и крайне высокой степенью послеоперационного риска мы с успехом применяем миниинвазивные

оперативные вмешательства. В качестве примера приводим опыт этапного лечения пациента с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки.

Больной К., 77 лет история болезни № 12356 поступил в ГУЗ КБ СМП №7 г. Волгограда в срочном порядке 9.05.15 в 5:30. При поступлении жаловался на интенсивные боли в верхних отделах живота. Из анамнеза выяснено, что заболел остро: проснулся от резких болей в эпигастрии, которые появились 28 часов назад. Самостоятельно не лечился, вызвал карету СМП, которой доставлен в стационар. Язвенный анамнез отрицает. Диагноз сопутствующий: Гипертоническая болезнь 3, риск 4. Перенесенный ОНМК (2005 г. с явлениями дизартрии).

Состояние больного при поступлении оценивалось как тяжелое. Пульс ритмичный, слабого наполнения. АД-80/40 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не вздут, при пальпации напряжен, болезненный во всех отделах. Печеночная тупость не определяется.

При обзорной рентгенографии органов брюшной полости обнаружен свободный газ. Принято решение о выполнении срочной операции. При ЭГДС выявлена язва до 20 мм в диаметре, располагающаяся на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки.

Учитывая тяжесть состояния больного (три бала по шкале Боеу, вероятность летального исхода 97 %), высокий риск длительного наложения пневмоперитонеума, объем оперативного вмешательства решено ограничить ушиванием перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки из минидоступа, санацией предлежащих отделов брюшной полости и дренированием подпеченочного пространства. После краткой предоперационной подготовки, 9.05.15 в 7:30 в правом подреберье произведена паракостальная минилапаротомия длиной 5 см. Интраоперационно визуализировано перфоративное отверстие в области луковицы двенадцатиперстной кишки диаметром 5 мм. В подпеченочном пространстве, над правой долей печени

мутный выпот с примесью желудочного содержимого. Выпот аспирирован электроотсосом.

Перфоративное отверстие прошито тремя узловыми швами нитью Polysorb 3-0 однорядно. При затягивании узлов, края язвы сблизилась без натяжения. Линия швов укреплена свободно лежащей прядью большого сальника. Доступные отделы брюшной полости промыты раствором фурациллина.

Диагноз после операции: перфоративная язва двенадцатиперстной кишки, гнойный перитонит.

Продолжительность операции составила 50 минут. После операции больной был переведен в отделение реанимации, где проводилась интенсивная консервативная терапия в объеме инотропной поддержки артериального давления, инфузионной, антибактериальной, противоязвенной терапии (внутривенные инфузии ингибиторов протонной помпы).

*В послеоперационном периоде при УЗИ от 12.05.15, в поддиафрагмальном пространстве слева лоцирован анэхогенный участок 91*40мм с гиперэхогенными включениями. При контрольных ультразвуковых исследованиях выявлено увеличение образования в размерах до 122*66*70 мм.*

Больному была продолжена консервативная терапия, произведена ротация антибиотиков.

*Однако, учитывая отрицательную динамику (стойкую гипертермию, увеличение объемного образования в размерах), 28.05.15 под контролем ультразвука произведена пункция этого образования. Эвакуировано 150 мл жидкости соломенного цвета с фибрином, которая отправлена на бактериологическое исследование. Последнее показало, что жидкость стерильна. В динамике, при повторном УЗИ от 2.06.15 анэхогенное образование уменьшилось до 83*50 мм.*

На фоне проводимой консервативной терапии состояние пациента улучшилось, при динамическом УЗИ размеры образования уменьшились до

*23*15 мм. Больной был выписан из стационара 4.06.15 в удовлетворительном состоянии. Срок госпитализации составил 26 суток.*

Таким образом, как показывает данное клиническое наблюдение, даже у пациентов с крайне высоким риском послеоперационной летальности, обусловленным длительностью перфорации, гнойным перитонитом и тяжелой сопутствующей патологией, с успехом могут быть применены мининвазивные операции.

Применение «традиционных» лапаротомных операций в запущенных случаях не всегда оправдано, так как объем операции на фоне истощения резервов больного может оказаться слишком большим. Приводим следующее клиническое наблюдение.

Пациент Х., 59 лет, история болезни № 19256 поступил в х/о1 ГУЗКБСМП №7 в срочном порядке 6.10.15 в 18:10 с диагнозом абсцесс печени, подпеченочный абсцесс, интоксикация, сепсис?

При поступлении предъявлял жалобы на боли в эпигастрии, правом подреберье, слабость, отсутствие аппетита, одышку, сухость во рту.

Из анамнеза было выяснено, что больным себя считал на протяжении месяца, когда стал отмечать боли в эпигастрии. За медицинской помощью не обращался. За две недели до поступления стал отмечать гноестечение из пупка. В поликлинике по месту жительства выполнялись перевязки. В день поступления в стационар в поликлинике произведено ультразвуковое исследование органов брюшной полости, на котором выявлены абсцессы брюшной полости. Направлен в ГУЗКБСМП №7.

Общее состояние при поступлении оценивалось как тяжелое. Кожные покровы бледные с мраморным оттенком. В легких дыхание везикулярное, ослаблено. Прослушиваются единичные хрипы. ЧДД 23 в минуту. Пульс 130 ударов в минуту, слабого наполнения. АД 90/60. Сердечные тоны приглушены. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот симметричный, не вздут. При пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии и правом подреберье.

Перитонеальных явлений нет. Печень болезненная при пальпации, нижний край на 10 см ниже края реберной дуги.

При поступлении в анализы обращала на себя внимание повышение уровня глюкозы крови до 13,9 ммоль/л.

*При УЗИ: печень 165:128 мм. В S VIII гипэхогенное образование размерами 98*48 мм с гиперэхогенными включениями. Подпеченочно лоцировано образование размерами 258*205*210 мм с перегородками и жидкостным содержимым.*

В срочном порядке выполнена ЭГДС. Интраманипуляционно: луковица двенадцатиперстной кишки отечна, гиперемирована, по передней стенке язва до 13 мм, глубиной до 5 мм, дно некротическое, не кровоточит. Из язвы в большом количестве поступает сливкообразный гной.

Заключение: смешанный гастрит. Поверхностный бульбит. Язва луковицы двенадцатиперстной кишки. Перфорация.

Принято решение о выполнении срочной операции.

Выполнена лапаротомия 6.10.15 в 21:00- 22:20. Вскрыт абсцесс в правом поддиафрагмальном пространстве, содержащий до 400 мл зловонного сливкообразного гноя и абсцесс в подпеченочном пространстве, содержащий 600 мл сливкообразного гноя. При дальнейшей ревизии в области привратника желудка, луковицы двенадцатиперстной кишки стенки отечны, багрового цвета. Четко визуализировать перфоративное отверстие не представляется возможным. Выполнена интраоперационная ЭГДС. Выявлено перфоративное отверстие, располагающееся по передней стенке двенадцатиперстной кишки на расстоянии 2 см от привратника диаметром 6 мм. Перфорация ушита узловыми швами. При дальнейшей ревизии в малом тазу выявлен абсцесс, содержащий 100 мл сливкообразного гноя. Абсцесс вскрыт, промыт растворами антисептиков. Другой патологии в брюшной полости не выявлено. Операция закончена дренированием и тампонированием брюшной полости.

Диагноз после операции: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Перфоративная язва. Абсцессы поддиафрагмального и подпеченочного пространства. Абсцесс малого таза. Сепсис. Инфекционно-токсический шок 3 ст. Полиорганная недостаточность.

В послеоперационном периоде больной находился в отделении анестезиологии-реанимации на продленной искусственной вентиляции легких, где проводилась интенсивная консервативная терапия: инфузионная, антибактериальная терапия; инотропная поддержка артериального давления, противоязвенная терапия. На фоне прогрессирования полиорганной недостаточности состояние больного прогрессивно ухудшалось. 7.10.15 в 10:00 наступила остановка сердечной деятельности. Реанимационные мероприятия оказались неэффективными. В 10:40 зарегистрирована биологическая смерть больного.

В данном случае предопределяющим фактором для неблагоприятного исхода явилось позднее обращение пациента за медицинской помощью, неадекватная оценка общего состояния больного на поликлиническом этапе. В приемном покое хирургического отделения перед нами предстал больной в крайне тяжелом состоянии, с декомпенсацией углеводного обмена, вызванного септическим шоком. Широкий «традиционным» доступ явился слишком большой операционной травмой для данного пациента.

Минимально инвазивные вмешательства, выполненные этапно и направленные на стабилизацию состояния пациента путем дренирования септических очагов, возможно, смогли бы изменить ход течения заболевания у данного конкретного больного.

Для лечения больных с ПЯДК, относящихся к группе риска, нами был разработан способ лечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки (получена приоритетная справка на патент на изобретение №2016139218), включающий ушивание перфоративного отверстия из минилапаротомного доступа с последующими пункционными навигационными вмешательствами

под ультразвуковым контролем, отличающийся тем, что, по результатам сбора анамнеза и клинического обследования, при: длительности перфорации более 24 часов, наличии сопутствующих заболеваний и уровне систолического артериального давления ниже 100 миллиметров ртутного столба принимают решение об оперативном вмешательстве в объеме ушивания перфоративного отверстия из минилапаротомного доступа, для этого на границе правой подреберной области и собственно надчревной области, на 2 сантиметра ниже правой реберной дуги выполняют минилапаротомный разрез передней брюшной стенки длиной 4 – 5 сантиметра и производят ревизию подлежащих органов брюшной полости – если диаметр перфоративного отверстия двенадцатиперстной кишки не превышает 1 сантиметр то перфоративное отверстие ушивают отдельными узловыми швами рассасывающейся нитью, отступя от видимого края перфоративного отверстия 1 сантиметр со стороны серозной оболочки двенадцатиперстной кишки, с дополнительной фиксацией к линии швов пряди большого сальника, после чего при помощи электроотсоса удаляют воспалительный экссудат из доступных отделов брюшной полости, подпеченочное пространство saniруют раствором гипохлорита натрия, и затем осушивают марлевой салфеткой, к месту ушитой перфорации во всех случаях производят установку улавливающего дренажа внутренним диаметром не менее 5 миллиметров и послойно ушивают минилапаротомную рану, на 3–ие и 5–ые сутки послеоперационного периода больному выполняется ультразвуковое исследование органов брюшной полости конвексным ультразвуковым датчиком частотой 3,5 МГц: при выявлении, в ходе ультразвукового исследования, в брюшной полости анэхогенного образования, производится его локация и пункция через переднюю брюшную стенку под ультразвуковым контролем при помощи иглы Хиба (G22), при выполнении ультразвукового исследования на 8-ые и 10-ые сутки послеоперационного периода и отсутствии анэхогенных образований в брюшной полости больного выписывают из стационара, критериями благоприятного исхода лечения

являются улучшение общего состояния больного, заживление послеоперационной раны на 7 - 8-ые сутки, уровень лейкоцитов крови не превышающий $8,6 \times 10^9$ единиц на литр, ультразвуковым критерием выздоровления является отсутствие анэхогенного образования в брюшной полости.

Таким образом, как проведенная нами поисковая работа, так и собственный опыт применения миниинвазивных вмешательств при ПЯДК, показывают возможность этапного лечения больных группы риска с использованием минилапаротомных технологий, для закрытия (ушивания) перфоративного отверстия и, в последующем, лапароскопических или навигационных пункционных вмешательств при третичном перитоните и при локализованных гнойно-воспалительных образованиях в брюшной полости.

Резюме.

Таким образом, на основании полученных данных мы смогли сделать ряд выводов.

Ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки из минидоступа в сочетании с лапароскопической санацией брюшной полости, выполненное по показаниям, является эффективным методом лечения данной нозологии.

После применения данного способа оперирования были получены хорошие ближайшие результаты, по ряду показателей превосходящие результаты «традиционного» лапаротомного лечения.

Анализ отдаленных результатов показал, что у большинства больных последние оцениваются как отличные и хорошие, неудовлетворительные результаты получены в 24,6 % (n=8) случаев. Все они вызваны рецидивами язвообразования.

При исследовании качества жизни пациентов были отмечены важные социальные особенности данной категории больных, такие как низкий уровень жизни, высокая горизонтальная мобильность и низкий комплаенс.

В результате математической оценки качества жизни респондентов получены значения физического компонента здоровья равного $58 \pm 1,49$ баллам, и психического компонента здоровья равного $50 \pm 2,45$ баллам. При этом, физическое и эмоциональное ролевое функционирование не оказывали особого влияния на качество жизни у данных пациентов, а наиболее важными критериями были шкала жизнеспособности и общее состояние здоровья респондентов.

Очевидно, что сравнительная первичная оценка отдаленных результатов и качества жизни, показывающая, что при активно-дифференцированной тактике лечения результаты стволовой ваготомии и ушивания перфорации (соответственно радикальных и паллиативных вмешательств) сопоставимы диктует необходимость дальнейших исследований в этом направлении.

Прогностически неблагоприятные пациенты, с высокой вероятностью летального исхода, составляют примерно пятую часть больных, перенесших операцию ушивания прободной язвы, и исходы их лечения требуют дополнительных многоцентровых исследований.

Для улучшения результатов лечения больных этой группы помимо «традиционных» лапаротомных вмешательств необходимо, более активно применять минилапаротомные операции, а также этапное использовать минилапаротомные, лапароскопические и навигационные пункционные миниинвазивные технологии. Среди больных, включенных в исследование, в рамках миниинвазивной хирургии оперировано 55 % (n=22 из 40) пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на снижение заболеваемости язвенной болезнью, наблюдаемое во всем мире на протяжении последних лет, частота осложненных форм этого патологического состояния остается неизменной, а в некоторых странах наоборот возрастает.

Изменение этиологической структуры язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (за счет уменьшения роли *H. Pylori* и увеличения количества НПВС - ассоциированных язв), разработка и широкое внедрение современных противоязвенных препаратов, вынуждают пересмотреть подходы к лечению данной нозологии.

Основным методом лечения такого осложнения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, как перфорация, по сей день является хирургический. Однако, структура и вид оперативных вмешательств, выполняемых при ПЯДК, значительно изменились благодаря внедрению миниинвазивных вмешательств.

Одной из задач диссертационной работы является хронологический анализ структуры и количества оперативных вмешательств, выполняемых при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки.

В течение последнего двадцатилетнего периода (с 1994 по 2013 гг.) на одной из клинических баз кафедры факультетской хирургии Волгоградского Государственного Медицинского Университета на лечении находились 456 больных с прободной язвой двенадцатиперстной кишки. Из них было прооперировано 452 (99,2 %) пациента.

Анализ генеральной совокупности показал, что стволовая ваготомия с пилоропластикой была произведена в 53 % (n=240) наблюдений. Перфоративная язва ушита из минидоступа с лапароскопической санацией брюшной полости в 33 % (n=149). Ушивание выполнено из лапаротомного доступа в 12 % (n=56) случаев. Другие вмешательства (лапароскопическое

ушивание перфорации, иссечение прободной язвы) выполнены у 2 % (n=7) больных.

Нами отмечена тенденция к уменьшению количества госпитализированных и оперированных пациентов. С 1994 по 2003 гг. было выполнено 62 % (n=281) оперативных вмешательств, а в период с 2004 г. прооперировано 38 % (n=171) больных.

При оценке структуры оперативных вмешательств, мы отметили значительное снижение количества выполняемых стволовых ваготомий с 87 % (n=209), до 13 % (n=31), что совпадает с общемировой тенденцией.

В тоже время, абсолютный прирост доли малоинвазивных вмешательств составил 50 %: с 25 % до 75 % (n=113) во второй декаде.

В настоящее время показания к выполнению стволовой ваготомии с дренирующей желудок операцией имеются у 13 % больных и обусловлены сочетанными осложнениями язвенной болезни, такими, как: перфоративная язва на фоне рубцового стеноза пилородуоденального перехода, перфорация и кровотечение, а также при перфорации «зеркальных» язв двенадцатиперстной кишки.

Одним из факторов в пользу выполнения стволовой ваготомии с пилоропластикой перед ушиванием перфоративной язвы является низкая комплаентность больного, ставящая под сомнение проведение регулярных курсов противоязвенной терапии пациентом в послеоперационном периоде, и повышающая риск развития рецидивной язвенной болезни.

Так, только 15 % больных, перенесших ваготомию с пилоропластикой, наблюдались у гастроэнтеролога в амбулаторных условиях и принимали курсы противоязвенной терапии регулярно. Остальные 85 % отказались от самостоятельного приема ингибиторов протонной помпы, посещения гастроэнтеролога в поликлинике по месту жительства. Большинство мотивировало все вышеперечисленное отсутствием неприятных ощущений в верхних отделах живота или же нехваткой свободного времени.

При оценке степени стеноза пилородуоденального перехода, необходимо дифференцировать отечно-воспалительную деформацию, обусловленную обострением язвенной болезни, от зоны рубцового сужения, возникшего на фоне многократных обострений язвенной болезни.

Для интраманипуляционного (во время выполнения ЭГДС) определения степени стеноза пилородуоденального перехода мы пользуемся классификацией, разработанной на базе клиники факультетской хирургии ВолгГМУ.

При диаметре 15 мм и более – проходимость не нарушена, диаметре 10-14 мм – I степень сужения, диаметр от 5 до 9 мм – вторая степень, если же диаметр менее 5 мм – III степень. Считали, что при нарушении проходимости II-III степени показано выполнение стволовой ваготомии с одним из видов дренирующей желудок операции.

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

Оценка непосредственных результатов показала, что средний койко-день составил 10,4 дня. Общая частота встречаемости послеоперационных осложнений равна 15 % (n=36). Для диареи 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 поддавалось лечению ганглиоблокатором бензогексонием. У одного больного было отмечено снижение потенции.

Одним из специфических осложнений при выполнении хирургической деиннервации желудка является гастростаз. При стволовой ваготомии с пилоропластикой, выполненной в клинике факультетской хирургии ВолгГМУ,

у больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки частота всех форм гастростаза (как функционального, так и механического) составила 11 %.

Мы попытались провести прогнозирование вероятности 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.

Проведённый дисперсионный анализ 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 большой долей вероятности послеоперационный гастростаз возникнет у больных пониженного питания, в возрасте старше 60 лет.

Пациентам с вышеописанными факторами риска развития гастростаза, рекомендуем превентивное проведение комплекса мер, направленных на профилактику развития этого осложнения и включающего в себя: 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 отслежены 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 со времени перенесенной операции. Возраст больных варьировал от 42 до 94 лет и в среднем составил $57,8 \pm 2,3$ лет.

Отдаленные результаты после ваготомии с пилоропластикой оценивали при помощи шкалы Visick (1948), общее качество жизни респондентов изучалось с использованием формы SF-36 (1992), специфическое с использованием индекса GIQLI (1995).

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 отказались от какого-либо сотрудничества, 4 % (n=4) больных, пожилого и старческого возраста умерли от причин, не связанных с перенесенной операцией.

При анализе полученных результатов, нами было отмечено, что у 17 обследованных имели место отличные или хорошие результаты лечения (по шкале Visick (1948)). Неудовлетворительные результаты отмечались в четырех случаях и во всех наблюдениях были вызваны органическим субстратом, требующим повторной госпитализации и повторной операции у одного больного.

Так, у трех больных неудовлетворительные результаты вызваны рецидивом язвенной болезни, а у одного пациента формированием безоара с развитием клиники нарушения эвакуации из желудка и 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 в сочетании с умеренным антральным стазом. Перечисленные морфофункциональные изменения, по-видимому, и явились причиной рецидива язвенной болезни.

Оценка общего качества жизни, проведенная при помощи формы SF-36 (1992), у больных, перенесших стволовую ваготомию с пилоропластикой при ПЯДК, 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.

На основании шкал нами были определены комплексные показатели качества жизни у больных, перенесших операцию стволовой ваготомии с пилоропластикой при ПЯДК.

1. Физический компонент здоровья (РН).

Составляющие шкалы: физическое функционирование, ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, интенсивность боли, общее состояние здоровья. У пациентов, перенесших стволовую ваготомию с пилоропластикой при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки показатель физического компонента здоровья в среднем равнялся $45,2 \pm 1,24$ баллам.

2. Психологический компонент здоровья (МН).

Составляющие шкалы: психическое здоровье, ролевое функционирование, обусловленное функциональным состоянием, социальное функционирование, жизненная активность.

Показатель психологического здоровья составил $43,7 \pm 1,1$ баллов.

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 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, достоверность 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 и пилоропластике. 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 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 при ПЯДК.

Основная группа и группа сравнения были сопоставимы по возрасту и гендерному составу, что было доказано при помощи Т критерия Стьюдента.

Перитонит, местный или распространенный, наблюдался у всех больных, оперированных по поводу перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки в клинике факультетской хирургии ВолгГМУ. В большинстве случаев, мы встречали распространенный серозно-фибринозный перитонит.

Было выявлено, что 91,6 % больных поступали в стационар с распространенным перитонитом. Однако сама по себе распространенность перитонита не влияла на непосредственные результаты оперативных вмешательств (различия недостоверны, $F=2.235$ $p>0,05$). Вместе с тем, 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 они были сопоставимы по большинству показателей сравнения. Продолжительность послеоперационного периода составила $11,9 \pm 1,2$ сут., и $12,5 \pm 1$ сут. в основной и группе сравнения соответственно. Необходимо заметить, что по хирургическому статусу 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 терапии язвенной болезни, а также продиктована современными стандартами ведения больных.

При выполнении миниинвазивных вмешательств, количество послеоперационных осложнений, возникающих в послеоперационном периоде, было значительно меньше, чем при лапаротомных вмешательствах (8 % и 20 % соответственно; $F=1,736$, $p<0,05$). Этот показатель, достигнут, во многом, благодаря снижению раневых осложнений, возникающих после операций, проведенных на фоне гнойного перитонита.

С целью определения эффективности применения миниинвазивных технологий в лечении перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки, нами были изучены отдаленные результаты и качество жизни у пациентов, перенесших ушивание ПЯДК с лапароскопической санацией брюшной полости.

Для осуществления вышеставленной задачи, мы применяли шкалу Visick (1948), а также стандартные методики обследования: ЭГДС, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и рентгенологическое исследование моторно-эвакуаторной функции желудка.

Для обследования 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.

Отличные или хорошие результаты лечения, то есть симптомы язвенной болезни отсутствовали, либо полностью устранялись соблюдением диеты, (по классификации Visick (1948)), отмечены у 75,4 % (n=24) обследованных.

Неудовлетворительные результаты, во всех случаях вызванные рецидивами язвообразования, составили 24,6 % (n=8). Двое больных (6,25 %) 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 дорогостоящей 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 ПЯДК.

У всех обследованных амбулаторно больных (100 % (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 и 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.

Изучение качества жизни больных, перенесших ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки из минидоступа с лапароскопической санацией брюшной полости (на основании шкалы SF-36 (1992)), показало, 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).

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.

Мы изучили специфическое качество жизни после операции ушивания перфорации из минидоступа у 73,2 % (n=109) пациентов.

Полученные результаты показали, 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 цифр 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 количества 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 по улучшению результатов лечения больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки.

Также необходимо отметить, что применение миниинвазивных технологий у прогностически неблагоприятных пациентов с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки 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 Воеу 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 Воеу и летальным исходом.

Согласно Воеу (1982, 1987), необходимо оценивать три диагностических критерия: длительность перфорации (более 24 часов), выраженность сопутствующей патологии, наличие шока (снижение уровня систолического давления ниже 100 мм. рт. ст.) при поступлении в стационар. При отсутствии вышеуказанных факторов риска, вероятность летального исхода составляет 0 %, при наличии одного – 10 %. Риск летального исхода прогрессивно возрастает по мере увеличения количества факторов риска: до 45,5 % при сочетании двух, и до 100 %, у больных со всеми тремя факторами риска (Воеу J. 1987).

Путем анализа простой случайной выборки из 205 больных, оперированных в клинике факультетской хирургии ВолгГМУ, по поводу ПЯДК были выявлено, что к группе прогностически неблагоприятных пациентов относится 19 % (n=40) больных.

В группу высокого послеоперационного риска (2 бала по шкале Воеу (1982, 1987), риск послеоперационной летальности 45,5 %) были включены 18 % пациентов (n=38). К группе крайне высокого риска (3 бала по шкале Воеу (1982, 1987), риск послеоперационной летальности 97 %) относились двое больных (1 %).

В подгруппе из 38 больных, с оценкой 2 балла по шкале Воеу, 21 пациента были прооперированы при помощи миниинвазивных технологий (ушивание перфорации из минидоступа с лапароскопической санацией брюшной полости), а 17 больных перенесли лапаротомное вмешательство. Причем у трех больных из этой подгруппы малоинвазивные вмешательства были использованы этапно. В связи с явлениями не разрешившегося

перитонита на 3-и сутки была выполнена релапароскопия с повторной санацией брюшной полости и оценкой состояния зоны ушитого перфоративного отверстия.

Среди пациентов, перенесших ушивание прободной язвы из минилапаротомного доступа (22 человека), летальных исходов не было. В то же время, из 18 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 только 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 был выписан из стационара.

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 %.

Оценка причин летальных исходов (ретроспективный анализ 11 историй болезни) выявила, что в пяти 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.

Таким образом, в большинстве случаев причиной смерти послужили острый инфаркт миокарда (n=5), тромбоэмболия легочной артерии (n=2) и острая сердечно-сосудистая недостаточность (n=2), которые, как правило, возникают в результате неадекватной антиагрегантной и антикоагулянтной терапии, длительного постельного режима, поздней активизации пациента, что связано с особенностями лапаротомного доступа.

В целом, проведенная поисковая часть работы показывает необходимость более активного применения минилапаротомных операций у больных с прободной язвой, относящихся к группе риска, а также возможность этапного лечения с использованием минилапаротомных технологий, и, в последующем, лапароскопических или навигационных пункционных вмешательств при третичном перитоните и при локализованных гнойно-воспалительных образованиях в брюшной полости.

Таким образом, наше исследование доказывает, что необходим активно-дифференцированный подход к выбору метода оперативного лечения больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки. При этом необходимо учитывать, как наличие сочетанных осложнений язвенной болезни, так и факторы риска, отягощающих послеоперационный прогноз.

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 7 % 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-anamнестических данных необходимо учитывать характер рубцовоязвенных 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 ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдуллаев Э.Г. и др. Использование эндовидеохирургии и малоинвазивных методов в лечении перфоративных гастродуоденальных язв. Эндоскоп хир 2001; 3: 8—10.
2. Абдуллаев Э.Г., Бабышин В.В. Метод комбинированного ушивания прободных язв двенадцатиперстной кишки. Альманах клинической медицины 2007; 16:7-8.
3. Абдуллаев Э.Г., Левчук А.Л., Бабышин В.В и др. Метод комбинированного ушивания прободных язв двенадцатиперстной кишки. Альманах института хирургии имени А.В. Вишневского, Москва, 2015г.
4. Авакимян В.А., Карипиди Г.К., Дидигов М.Т. и др. Тактика хирурга при urgentных осложнениях язвенной болезни. Кубанский научный медицинский вестник 2013; 3:8-12.
5. Антонов О.Н., Александров А.В., Негребова М.М., Рыбальченко А.В. Влияние способа хирургического лечения у больных с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки на результаты в отдаленном периоде. Материалы III съезда хирургов юга России с международным участием 18-20 сентября 2013г. с.89-90.
6. Антонов О.Н., Рыбальченко А.В. Эволюция хирургического лечения перфоративных пилородуоденальных язв. Анналы хирургии 2013; 2:22-28.
7. Афендулов С.А., Журавлев Г.Ю., Краснолуцкий Н.А. Лечение прободной язвы. М., 2005, 166 с.
8. Бабкин Д.О., Крылов Н.Н., Бабкин О.В. Результаты операции ушивания перфоративной язвы. Альманах института хирургии имени А.В. Вишневского, Москва, 2015г.
9. Балогланов Д.А. Хирургическое лечение перфоративных язв двенадцатиперстной кишки. Хирургия №11, 2010, с.76-78.

10. Бебуришвили А.Г. и др. Лечение перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки с применением малоинвазивных технологий. III конгресс московских хирургов «Неотложная и специализированная хирургическая помощь», 14—15 мая 2009 г. Тезисы докладов. М 2009; 49—50.
11. Белобородов В.А., Генич Е.В., Антонов В.Н. Осложненные формы язвенной болезни и оценка качества послеоперационной жизни больных. Сибирский медицинский журнал. Иркутск. 2011; 2-101:17-21.
12. Богопольский П.М., Крылов Н.Н., Балалыкин Д.А. Некоторые исторические аспекты хирургического лечения язвенной болезни в России. Альманах хирургии имени А.В. Вишневского, Москва, 2015г.
13. Бомбизо В.А., Булдаков П.Н., Гонтарев И.Н. и др. Эффективность применения лапароскопии в комплексном лечении больных прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки. Альманах хирургии имени А.В. Вишневского, Москва, 2015г.
14. Брегель А.И., Пинский С.Б., Олейников И.Ю. Значение эндоскопии в диагностике и лечении острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Сибирский медицинский журнал (Иркутск). 2001; 3-21:63-66.
15. Бронштейн П.Г., Могильников С.В., Семенчева О.В. и др. Метод лапароскопического лечения прободных язв с использованием металлических клипс. Вестник новых медицинских технологий 2007; 2-14:103-104.
16. Бронштейн П.Г., Сажин В.П., Шляхова М.А. и др. Механический шов в хирургии перфоративной язвы. Хирургия 2007; 9: 23—25.
17. Василенко Л.И. Усовершенствованная методика пилородуодено- и дуоденопластики при перфоративных и стенозирующих пилородуоденальных язвах. Альманах института хирургии имени А.В. Вишневского, Москва, 2015г.

18. Вачев А.Н., Козлов А.А., Сухачев П.А. и др. Морфологическое обоснование объема иссекаемой ткани при операции по поводу перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки. Хирургия №2, 2011, с.21-24.
19. Гарелик П.В., Дубровщик О.И., Довнар И.С. и др. Перфоративные гастродуоденальные язвы: взгляд на проблему выбора метода оперативного лечения. Новости хирургии 2014; 3:321-325.
20. Гольденфарб П.Р. Опыт использования малоинвазивных способов ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки. 2009; Сибирское медицинское обозрение; Выпуск № 4 / том 58.
21. Гостищев В.К., Евсеев М.А., Головин Р.А. Перфоративные гастродуоденальные язвы: взгляд на проблему. Рус мед журн 2005; 13:25.
22. Гостищев В.К., Евсеев М.А., Головин Р.А. Радикальные оперативные вмешательства в лечении больных с перфоративными гастродуоденальными язвами. Хирургия №3, 2009, с.10-16.
23. Гринберг, А.А. Ваготомия в неотложной хирургии осложнений дуоденальной язвы. Хирургия – 1990 – № 7 – С. 20 – 24.
24. Гринберг, А.А. и др. Видеолапароскопическое ушивание перфоративных дуоденальных язв. Хирургия - 2000 - № 5- С. 4-6.
25. Гуляев, А.А. и др. Опыт лечения больных с перфоративными пилородуоденальными язвами. Эндоскопическая хирургия – 2005 – № 2 – С. 21 – 24.
26. Джумабеков Д.Н., Байтилеусов Т.А., Стадников М.А. и др. Лечение перфорации гастродуоденальных язв. Альманах института хирургии имени А.В. Вишневского, Москва, 2015г.
27. Дряженков И.Г., Аленкин А.Г., Быков А.С. Результаты лечения больных пожилого и старческого возраста с прободными гастродуоденальными язвами. Материалы III съезда хирургов юга России с международным участием 18-20 сентября 2013г. с.94.

28. Ермолаев Ю.Д. Выбор способа радикальной операции после ранее ушитых перфоративных гастродуоденальных язв: Автореф. дис. канд. мед. наук — Томск, 2003 — 23 с.
29. Ермолов А.С., Кирсанов И.И., Ярцев П.А. и др. Совершенствование методов видеолапароскопического ушивания перфоративных язв желудка и 12-перстной кишки. Альманах института хирургии имени А.В. Вишневского, Москва, 2015 г.
30. Ермолов А.С., А.Н. Смоляр, И.А. Шляховский и др. «20 лет неотложной хирургии органов брюшной полости в Москве». Хирургия 2014; 5:7-16.
31. Зайцев О.В. Изменение распространенности осложнений язвенной болезни за период 1995-2009 гг. Современные проблемы науки и образования 2011-4.
32. Зайцев О.В., Натальский А.А. Современные тенденции заболеваемости осложненной язвенной болезнью. Фундаментальные исследования 2011; 9-3:400-404.
33. Захаров Д.В., Уханов А.П., Смирнов В.Н., и др. Опыт использования интракорпорального шва при перфоративной язве. Альманах института хирургии имени А.В. Вишневского, Москва, 2015г.
34. Зурнаджянс В.А., Топчиев М.А., Кчибеков М.А. Современный подход к оценке степени тяжести состояния больных с прободными гастродуоденальными язвами. Кубанский научный медицинский вестник 2013; 7:90-92.
35. Кадиров К.М., Журавлев Г.Ю. Диагностические ошибки и осложнения в лечении перфоративных язв. Альманах института хирургии имени А.В. Вишневского, Москва, 2015г.
36. Каримов Ш.И., Беркинов У.Б., Хакимов М.Ш. и др. Лапароскопические вмешательства при перфоративных язвах двенадцатиперстной кишки. Альманах института хирургии имени А.В. Вишневского, Москва, 2015г.

37. Карипиди Г.К., Авакимян В.А., Авакимян С.В. Интраоперационные исследования гастродуоденального перехода после ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки. Кубанский научный медицинский вестник 2014; 6:42-47.
38. Козлов В.А., Козлов И.В., Столин А.В. и др. Сравнительный анализ оказания хирургической помощи 5769 больным с перфоративной язвой 12-перстной кишки и желудка в г. Екатеринбурге в 1996-2014 гг. Альманах института хирургии имени А.В. Вишневского, Москва, 2015г.
39. Кошель А.П., Клоков С.С., Воробьев В.М. и др. К вопросу выбора радикальной операции у пациентов после ушивания перфоративных гастродуоденальных язв. Альманах института хирургии имени А.В. Вишневского, Москва, 2015г.
40. Краснов О.А., Греков Д.Н., Подолужный Д.И. Селективная проксимальная ваготомия методом химической денервации в лечении больных с перфоративными гастродуоденальными язвами. 2006; Бюллетень сибирской медицины. Выпуск №4, том 5. Стр. 121-128.
41. Крылов Н.Н., Бабкин О.В., Бабкин Д.О. Выбор метода лечения больных с перфоративными язвами двенадцатиперстной кишки. Альманах института хирургии имени А.В. Вишневского, Москва, 2015г.
42. Крылов Н.Н., Винничук Д. Перфоративная язва: патоморфоз, коллизии и тренды. – Врач - №1, 2012, с. 15-20.
43. Кузин М.И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Хирургия им. Н.И. Пирогова - 2001.- № 1.-С. 27-32.
44. Кукош М.В., Разумовский Н.К., Трухалев В.А. Качество жизни пациентов после ушивания перфоративной язвы. Здоровье 2012; 7:54-551.
45. Кукош М.В., Разумовский Н.К., Трухалев В.А. Перфоративная язва. Отдаленные результаты. МедиАль 2012; 1:8-9.

46. Кульчиев А.А., Морозов А.А., Тагиев С.В. и др. Результаты ушивания перфоративных пилородуоденальных язв в отдаленном периоде. Альманах института хирургии имени А.В. Вишневского, Москва, 2015г.
47. Курбанов Ф.С., Балогланов Д.А., Сушко А.Н. и др. Операции минимального объема в хирургическом лечении перфоративных язв двенадцатиперстной кишки. Хирургия №3, 2011. с 44-48.
48. Курбонов К.М. и др. Современные аспекты диагностики и хирургического лечения больных с перфорацией хронических гастродуоденальных язв. Анналы хирургии 2012; 5:31-37.
49. Курыгин А.А. Ваготомия в хирургической гастроэнтерологии: легенды и действительность. Вестн хир 2006; 4: 83—86.
50. Лемешко З.А., Пиманов С.И. Ультразвуковое исследование желудка // Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике: В 5 т. / Под ред. В.В. Митькова. - М.: Видар, 1997. - Т. 4, гл. 1. - С. 9-39.
51. Малков И.С., Шаймарданов Р.Ш., Коробков В.Н. и др. Особенности диагностики и лечения атипичных перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Альманах института хирургии имени А.В. Вишневского, Москва, 2015г.
52. Малков И.С., Шаймарданов Р.Ш., Тагиров М.Р. и др. Эндохирургия перфоративных дуоденальных язв. Альманах института хирургии имени А.В. Вишневского, Москва, 2015г.
53. Медико-социальные аспекты хирургии язвенной болезни в Беларуси. - LAP Lambert Academic Publishing. - Saarbrucken, 2011. 266 с.
54. Лобанков В.М. «Хирургическая эпидемиология» язвенной болезни в Беларуси в период с 1990 по 2004 год // Вестник хирургической гастроэнтерологии. -2007.-№1-с.50-55.
55. Лубянский В.Г., Омаров Н.Б. Эффективность малоинвазивных технологий в хирургии перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки. Кубанский научный медицинский вестник 2013; 4:70-73.

56. Малков И.С. Выбор метода лечения перфоративных дуоденальных язв. Медицинский альманах 2012; 2:151-153.
57. Машкин А.М. и др. Малоинвазивные технологии и междисциплинарный подход в лечении хирургических осложнений язвенной болезни. Медицинский альманах 2012; 2:156-159.
58. Минкович П.В. Современные тенденции и направления в лечении прободных пилородуоденальных язв. Новости хирургии 2008; 4-16:131-141.
59. Мондор Г. Неотложная диагностика. Живот. Медгиз, 1939. Том 1; 2е издание, 400 С.
60. Мугатасимов И.Г., Баранов А.И., Халепа В.И. и др. Малоинвазивные технологии в лечение перфоративных гастродуоденальных язв: анализ результатов лечения за 5 лет. Вопросы реконструктивной и пластической хирургии, 2014; 1(48); 55-61.
61. Мухин А.С., Отдельнов Л.А. Анализ летальности при перфоративных гастродуоденальных язвах. Альманах института хирургии имени А.В. Вишневского, Москва, 2015г.
62. Никитин Н.А., Никитин Н.А., Коршунова Т.П. Некоторые аспекты резекции желудка при перфоративной язве. Актуальные вопросы трансфузиологии и клинической медицины 2015; 1:434-436.
63. Никитин Н.А., Онучин М.А., Прокопьев Е.С. Резекция желудка при перфоративной язве. Альманах института хирургии имени А.В. Вишневского, Москва, 2015г.
64. Нишанов М.Ф., Нишанов Ф.Н., Отакузиев А.З. и др. Алгоритм показаний и выборов способов иссечения и пластики при перфоративных дуоденальных язвах. Альманах института хирургии имени А.В. Вишневского, ямоска, 2015г.

65. Омаров Н.Б., Лубянский В.Г. Малоинвазивные эндохирургические методы лечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки. Медицина и образование в сибире 2013; 4.
66. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв. Хирургия 2003; 3: 43—49.
67. Плешков В.Г. Исходы и показания к хирургическому лечению у больных с ушитыми гастродуоденальными язвами. Альманах института хирургии имени А.В. Вишневского, Москва, 2015г.
68. Погосян А.А., Митюрин М.С., Голик А.Д. и др. К вопросу о постановке диагноза «перфоративная язва желудка и 12типерстной кишки». Альманах института хирургии имени А.В. Вишневского, Москва, 2015г.
69. Погосян А.А., Митюрин М.С., Григорян Л.М. и др. Анализ отдаленных результатов хирургического лечения перфоративных язв желудка и 12 перстной кишки. Альманах института хирургии имени А.В. Вишневского, Москва, 2015г.
70. Подшивалов В.Ю. Малоинвазивные способы диагностики и лечения перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Эндоскопическая хирургия. 2005. №5. С. 54-62.
71. Поташев Л.В., Васильев В.В., Савранский В.М. и др. Возможности малоинвазивной хирургии в лечении холедохолитиаза. Тезисы международной конференции «Новые возможности и перспективы развития эндоскопической хирургии». СПб 1995; 43—44.
72. Поташов, Л.В. и др. Отдаленные результаты ушивания перфоративных пилородуоденальных язв. Вестн. хир. им. И.И. Грекова.-2005.-Т. 164.-№ 5.- С. 40-42.
73. Розанов В.Е., Кильдяшов А.В., Сторожилов В.А. и др. Лечебная видеолапароскопия при перфоративных пилородуоденальных язвах. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2014; 5:78.

74. Романов В.Е., Истомин Н.П., Кильдяшов А.В. и др. Комбинированные хирургические вмешательства при перфоративных пилородуоденальных язвах с использованием видеолапароскопической техники. Альманах института хирургии имени А.В. Вишневского, Москва, 2015г.
75. Рыбачков В.В., Дряженков И.Г., Кабанов Е.Н., и др. Прободные гастродуоденальные язвы у больных пожилого и старческого возраста. Альманах института хирургии имени А.В. Вишневского, Москва, 2015г.
76. Савельев, В. С. Влияние зондовой декомпрессии кишечника на порталную и системную бактериемию у больных с перитонитом / В. С. Савельев [и др.] // Хирургия – 1993. – №10. – С. 25-29.
77. Сажин В.П., Бронштейн П.Г., Зайцев О.В. и др. Российское общество хирургов. Национальные клинические рекомендации «Прободная язва» 2015г.
78. Сажин В.П., Федоров А.В., Жаболенко В.П. Лапароскопические вмешательства у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки Эндоскопическая хирургия. — 1999. — № 3. — С.16—21.
79. Сацукевич В.Н. Хирургическое лечение прободных гастродуоденальных язв. Хирургия 2001; 5: 24—27.
80. Синенченко Г.И. и др. Сочетанные осложнения язвы двенадцатиперстной кишки. Ст.-Петербург: Фолиант 2007; 198.
81. Скорляков В.В., Баев О.В., Дударев И.В. Алгоритм выбора метода операции при перфоративных язвах гастродуоденальной зоны. Альманах института хирургии имени А.В. Вишневского, Москва, 2015г.
82. Слесаренко С.С., Агапов В.В., Коссович М.А., Панькина Е.В. // Эндоскоп. хир. – 1997. – № 1. – С. 98.
83. Совцов С.А. Выбор способа лечения прободной гастродуоденальной язвы. Хирургия 2015; 11:41-45.

84. Совцов С.А., Подшивалов В.Ю. Малоинвазивная хирургия перфоративных гастродуоденальных язв. Альманах хирургии имени А.В. Вишневского, Москва, 2015г.
85. Совцов С.А., Подшивалов В.Ю., Киселев А.Г. и др. Перспективы использования комбинированной эндохирургии прободных язв. Эндоскопическая хирургия. 2001; 5:32-33.
86. Совцов С.А., Подшивалов В.Ю., Потемкин А.В. Лапароскопически-ассистированный способ хирургического лечения прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Хирургия. 2007; 3:7-9.
87. Столяров С.И., Добров А.В., Рыжков Р.В., и др. Редкие атипичные формы перфорации язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Альманах института хирургии имени А.В. Вишневского, Москва, 2015г.
88. Тагиров М.Р. и др. Варианты лапароскопического лечения перфоративных дуоденальных язв. Вестник современной клинической медицины 2013; 6:161-166.
89. Тимербулатов В.М., Мехдиев Д.И., Фаязов Р.Р. Традиционные и малоинвазивные методы ушивания перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Альманах института хирургии имени А.В. Вишневского, Москва, 2015г.
90. Тимербулатов В.М., Хасанов А.Г., Фаязов Р.Ф. и др. Малоинвазивные технологии в хирургии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Хирургия. 1999; 5:21-23.
91. Трухалев В.А., Гомозов В.И. Отдаленные результаты операции ушивания перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Современные проблемы науки и образования 2013.
92. Трухалев В.А., Гомозов В.И. Современное состояние проблемы лечения перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Современные проблемы науки и образования 2014; 2.

93. Хасанов А.Г., Галин М.Б., Галлямов А.Х. и др. Хирургическое лечение перфоративных язв у женщин. Альманах института хирургии имени А.В. Вишневского, Москва, 2015г.
94. Халидов О.Х., Бородин А.С., Гаджимурадов В.К. Малоинвазивные методы хирургического лечения острой перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Альманах института хирургии имени А.В. Вишневского, Москва, 2015г.
95. Циммерман Я.С. Нерешенные и спорные вопросы современной гастроэнтерологии. - М.: МЕДпресс, 2013- 224 с.
96. Черкасов М.Ф., Бондаренко В.А., Турбин М.В. и др. Возможности эндовидеохирургии при лечении язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, осложненной перфорацией. Альманах хирургии имени А.В. Вишневского, Москва, 2015г.
97. Черкасов М.Ф., Бондаренко В.А., Турбин М.В. и др. Опыт лапароскопического лечения перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Альманах хирургии имени А.В. Вишневского, Москва, 2015г.
98. Чернооков А.И., Наумов Б.А., Яковченко А.В. и др. Тактика хирургического лечения больных с сочетанными осложнениями язв двенадцатиперстной кишки в экстренной хирургии. Анналы хирургии №2, 2010, с.11-18.
99. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки /. -М.: Медицина, 1996. - 251с.
100. Чернявский С.С., Фаев А.А., Мугатасимов И.Г. и др. Видеоассистированное ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки из системы монодоступа. Медицина и образование с Сибири 2014; 4.

101. Чистохин С.Ю., Белоцкая Л.В. К выбору варианта операции при перфоративных гастродуоденальных язвах. Альманах института хирургии имени А.В. Вишневского, Москва, 2015г.
102. Чудаков К.И., Алексеев А.В., Васильченко М.И. Лапароскопическое ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы в условиях городской больницы - первый опыт. Альманах института хирургии имени А.В. Вишневского, Москва, 2015г.
103. Шарашкина Л.В. Гастростаз после операций на желудке. Автореферат дисс. кан. мед. наук. Волгоград, 2002. 17 стр.
104. Шендрик А.Ю. Компьютерная томография в диагностике прободной язвы желудка. Радиология-практика 2012; 4:85-89.
105. Шишов Д.Ю. и др. Ближайшие результаты традиционного и лапароскопического ушивания перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. МедиАль 2012; 4:13-16.
106. Щербатенко М. К., Береснева Э. А. Неотложная рентгенодиагностика острых заболеваний и повреждений органов брюшной полости. Москва: Медицина, 1977.
107. Шулутко А.М., Данилов А.И., Буров К.В. Прободная пилородуоденальная язва: ушивание или комбинированное хирургическое лечение? Российский медицинский журнал. - 2005. - N 2. - С. 17-20.
108. Шуркалин Б.К., Горский В.А., Леоненко И.В. и др. Использование пластических свойств препарата «Тахокомб» для закрытия перфоративных язв. Альманах клинической медицины 2006; 11:173-177.
109. Щеголев А.А., Титьков Б.Е. Эволюция взглядов на хирургическую тактику при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. Лечебное дело. Выпуск №4; 2004. Стр. 3-8.
110. Яблонский П.К., Мовчан К.Н., Соколович Е.Г. и др. Основные статистические параметры оказания медицинской помощи больным острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости в

Санкт-Петербурге. Вестник Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого 2013; 71-1:64-71.

111. Ягудин М.К. и др. Видеоэндоскопические методы хирургического лечения перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Вестник современной клинической медицины 2013; 6:158-161.
112. Яковченко А.В., Котаев А.Ю. Тактика хирургического лечения больных с перфоративными язвами двенадцатиперстной кишки при различных вариантах сочетанных осложнений. Альманах института хирургии имени А.В. Вишневского, Москва, 2015г.
113. Ярцев П.А., Лебедев А.Г., Кирсанов И.И. и др. Видеолапароскопия при перфоративных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки в условиях перитонита. Альманах института хирургии имени А.В. Вишневского, Москва, 2015г.
114. Alizadeh N. Conservative treatment of gastroduodenal peptic ulcer perforations: indications and results/Alizadeh N, Bühler L, Huber O and others. - Schweiz Med Wochenschr Suppl. 1997; 89:17S-19S.
115. Alonge V., Codd M.B. Gastrointestinal diseases: projected burden of care on acute public hospitals. Ir Med J 2013; 106: 47–50.
116. Al-Temimi MH, Griffiee M, Enniss TM et al. When is death inevitable after emergency laparotomy? Analysis of the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program database. J Am Coll Surg 2012; 215: 503–511.
117. Arveen S., Jagdish S., Kadambari D. Perforated peptic ulcer in South India: an institutional perspective. World J Surg 2009; 33: 1600–1604.
118. Bae S., Shim K.N., Kim N. et al. Incidence and short-term mortality from perforated peptic ulcer in Korea: a population-based study. J Epidemiol 2012; 22: 508–516.
119. Ben-Ishay O., Bahouth H., Kluger Y. Perforated peptic ulcer: determinants of outcome and mortality. J Emerg Trauma Shock 2013; 6: 61.

120. Bergamaschi R., Marvik R., Johnsen G. et al. Open vs laparoscopic repair of perforated peptic ulcer. 1999; *Surg Endosc* 13:679–682.
121. Bertleff M.J. et al. Laparoscopic correction of perforated peptic ulcer: first choice? A review of literature. *Surg endosc* 2010; 24:6: 1231 -1239.
122. Bertleff M.J., Stegmann T., Liem R. et al. Comparison of closure of gastric perforation ulcers with biodegradable lactide-glycolide-caprolactone or omental patches. 2009; *JLS* 13:550-554.
123. Bertleff M.J., Halm J.A., Bemelman W.A., et al. Randomized clinical trial of laparoscopic versus open repair of the perforated peptic ulcer: the LAMA trial. 2009; *World J Surg*; 33(7):1368–1373.
124. Bertleff M.J., Lange J.F.. Perforated peptic ulcer disease: a review of history and treatment. *Dig Surg* 2010; 27: 161-169 [PMID: 20571260 DOI: 10.1159/000264653].
125. Blomgren LG: Perforated peptic ulcer: long-term results after simple closure in the elderly. *World journal of surgery* 1997, 21(4):412-414; discussion 414-415.
126. Boey J., Choi S.K., Poon A. et al. Risk stratification in perforated duodenal ulcers. A prospective validation of predictive factors. *Ann Surg*. 1987; 205:22–6. doi: 10.1097/00000658-198701000-00005.
127. Boey J., Wong J. Perforated duodenal ulcers. 1982; *World J Surg* 11:319–324.
128. Bonin E.A., Moran E., Gostout C.J. et al. Natural orifice transluminal endoscopic surgery for patients with perforated peptic ulcer. *Surg Endosc* 2012; 26: 1534–1538.
129. Bose A.C. et al. Helicobacter pylori eradication prevents recurrence after simple closure of perforated duodenal ulcer. *J Gastroenterol Hepatol* 2007; 22: 3: 345—348.
130. Bucher P., Oulhaci W., Morel P. et al. Conservative treatment of perforated gastroduodenal ulcer. *Swiss Med Wkly*. 2007; 137:337–40.

131. Buck D.L., Vester-Andersen M., Møller M.H. Accuracy of clinical prediction rules in peptic ulcer perforation: an observational study. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. 2011; 47(1):28-35. doi:10.3109/00365521.2011.639078.
132. Buck D.L., Vester-Andersen M., Moller M.H.; Danish Clinical Register of Emergency Surgery. Surgical delay is a critical determinant of survival in perforated peptic ulcer. *Br J Surg* 2013; 100: 1045–1049.
133. Canoy D.S., Hart A.R., Todd C.J. Epidemiology of duodenal ulcer perforation: a study on hospital admissions in Norfolk, United Kingdom. *Dig Liver Dis* 2002; 34: 322–327.
134. Chen C.H., Yang C.C., Yeh Y.H. Role of upright chest radiography and ultrasonography in demonstrating free air of perforated peptic ulcers. *Hepatogastroenterology* 2001; 48: 1082–1084.
135. Chia-Li Lin; Yung-Hsiang Yeh; Chi-Chieh Yang. Panendoscopic finding of perforated peptic ulcer (PPU). *Hepatogastroenterology* 2003 Jul-Aug;50(52):957-60.
136. Christensen S., Riis A., Nørgaard M. et al. Introduction of newer selective cyclo-oxygenase-2 inhibitors and rates of hospitalization with bleeding and perforated peptic ulcer. *Aliment Pharmacol Ther* 2007; 25: 907–912.
137. Di Saverio S Emergency laparoscopy: a new emerging discipline for treating abdominal emergencies attempting to minimize costs and invasiveness and maximize outcomes and patients' comfort. 2014; *Journal of Trauma and Acute Care Surgery* 77 (2), 338-350.
138. Dutta A.K., Chacko A., Balekuduru A. et al. Time trends in epidemiology of peptic ulcer disease in India over two decades. *Indian J Gastroenterol* 2012; 31: 111–115.
139. Fakhry S., Watts D., Daley B. et al. The EAST Multi-Institutional HVI Research Group: Current diagnostic approaches lack sensitivity in the diagnosis of perforating blunt small bowel injury (SBI): findings from a large multi-institutional study. *J Trauma* 2001, 51:1232.

140. Furukawa A., Sakoda M., Yamasaki M. et al. Gastrointestinal tract perforation: CT diagnosis of presence, site, and cause. *Abdom Imaging* 2005; 30: 524–534.
141. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2014; 385: 117–71.
142. Gisbert J.P., Legido J., Garc'ia-Sanz I. et al. Helicobacter pylori and perforated peptic ulcer prevalence of the infection and role of non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Dig Liver Dis* 2004; 36: 116–120.
143. Grassi R., Romano S., Pinto A. et al. Gastro-duodenal perforations: conventional plain film, US and CT findings in 166 consecutive patients. *Eur J Radiol.* 2004; 50(1):30–36.
144. Gupta V., Singh S.P., Pandey A., et al. Study on the use of T-tube for patients with persistent duodenal fistula: is it useful? *World J Surg* 2013; 37: 2542–2545.
145. Hanumanthappa M.B., Gopinathan S., Guruprasad Rai D. et al. A Non-operative Treatment of Perforated Peptic Ulcer: A Prospective Study with 50 Cases. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* May 2012 (Suppl-2), Vol-6(4): 696-699.
146. Hermansson M., Ekedahl A., Ranstam J. et al. Decreasing incidence of peptic ulcer complications after the introduction of the proton pump inhibitors, a study of the Swedish population from 1974–2002. *BMC Gastroenterol* 2009; 9: 25.
147. Herrington J.L., Davidson J., Shumway S.J. Proximal gastric vagotomy: Follow-up of 109 patients for 6-13 years. *Ann Surg* 1986; 204:108–113.
148. Hisham Aljohary, Hassan Althani, Gameela Elmabrok et al. Outcome of laparoscopic repair of perforated duodenal ulcers. *Singapore Med J.* 2013; 54(4): 216-219 doi: 10.11622/smedj.2013076.
149. Hoffman J., Jensen H-E., Christiansen J. et al. Prospective controlled vagotomy trial for duodenal ulcer: Results after 11-15 years. *Ann Surg* 1989; 209:40–45.
150. Hoffman J., Olesen A., Jensen H.E. Prospective 14- to 18-year follow-up study after parietal cell vagotomy. *Br J Surg* 1987; 74:1056–1059.

151. Johnston G.W., Spencer EFA., Wilkinson A.J. et al. Proximal gastric vagotomy: Follow-up at 10-20 years. *Br J Surg* 1991; 78:20–23.
152. Jordan PH Jr., Thornby J. Twenty years after parietal cell vagotomy or selective vagotomy antrectomy for treatment of duodenal ulcer: Final report. *Ann Surg* 1994; 220:283–296.
153. Katkhouda N., Mavor E., Mason R.J. et al. Laparoscopic repair of perforated duodenal ulcers: outcome and efficacy in 30 consecutive patients. 1999; *Arch Surg* 134:845–848; discussion 849–850.
154. Koo J., Lam S.K., Chan P. et al. Proximal gastric vagotomy, truncal vagotomy with drainage, and truncal vagotomy with antrectomy for chronic duodenal ulcer: A prospective, randomized controlled trial. *Ann Surg* 1983; 197:263–271.
155. Koruth N.M., Dua K.S., Brunt P.W. et al. Comparison of highly selective vagotomy with truncal vagotomy and pyloroplasty: Results at 8-15 years. *Br J Surg* 1990; 77:70–72.
156. Kuzmich S., Harvey C.J., Fascia D.T. et al. Perforated pyloroduodenal peptic ulcer and sonography. *AJR Am J Roentgenol* 2012; 199: W587–W594.
157. Lagoo S., McMahan R.L., Kakihara M. et al. The sixth decision regarding perforated duodenal ulcer. 2002; *JSLs* 6:359–368.
158. Lassen A., Hallas J., Schaffalitzky de Muckadell OB. Complicated and uncomplicated peptic ulcers in a Danish county 1993–2002: a population-based cohort study. *Am J Gastroenterol* 2006; 101: 945–953.
159. Lau H. et al. Laparoscopic repair of perforated peptic ulcer: a meta-analysis. 2004; *Surg Endosc*; 18:1013–1021.
160. Lau J.Y., Sung J., Hill C. et al. Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease: incidence, recurrence, risk factors and mortality. *Digestion* 2011; 84: 102–113.
161. Lau W.Y. Perforated peptic ulcer: open versus laparoscopic repair. 2002; *Asian J Surg* 25:267–269.

162. Lau W.Y., Leung K.L., Kwong K.H. et al. A randomized study comparing laparoscopic versus open repair of perforated peptic ulcer using suture or sutureless technique. 1996; *Ann Surg* 224:131–138.
163. Lee F.Y., Leung K.L., Lai B.S. et al. Predicting mortality and morbidity of patients operated on for perforated peptic ulcers. 2001; *Arch Surg* 136:90–94.
164. Lohsiriwat V., Prapasrivorakul S., Lohsiriwat D. Perforated peptic ulcer: clinical presentation, surgical outcomes, and the accuracy of the Boey scoring system in predicting postoperative morbidity and mortality. *World J Surg*. 2009; 33(1):80–85. doi: 10.1007/s00268-008-9796-1.
165. Lui F.Y., Davis K.A. Gastroduodenal perforation: maximal or minimal intervention? *Scand J Surg* 2010; 99:73–77.
166. Lunevicius R., Morkevicius M. Comparison of laparoscopic versus open repair for perforated duodenal ulcers. 2005; *Surg Endosc*; 19:1565–1571.
167. Lunevicius R, Morkevicius M Management strategies, early results, benefits, and risk factors of laparoscopic repair of perforated peptic ulcer. 2005; *World J Surg* 29:1299–1310.
168. Lunevicius R., Morkevicius M. Systematic review comparing laparoscopic and open repair for perforated peptic ulcer. 2005; *Br J Surg* 92:1195–1207.
169. Macintyre I.M.C., Millar A., Smith A.N. et al. Highly selective vagotomy 5-15 years on. *Br J Surg* 1990; 77:65–69.
170. Malhotra A.K., Fabian T.C., Katsis S.B. et al. Blunt bowel and mesenteric injuries: the role of screening computed tomography. *J Trauma* 2000, 48:991–1000.
171. Moller M.H., Vester-Andersen M., Thomsen R.W. Long-term mortality following peptic ulcer perforation in the PULP trial. A nationwide follow-up study. *Scand J Gastroenterol* 2013; 48: 168–175.
172. Kassegne I., Sewa E.V., Kanassoua K.K. Management of peptic pyloroduodenal stenosis in Sylvanus Olympio teaching hospital in Lome (Togo). *Med Sante Trop*. 2016 May 1; 26(2):189-191.

173. Mackenbach JP, Karanikolos M, McKee M. The unequal health of Europeans: successes and failures of policies. *Lancet* 2013; 381: 1125–1134.
174. Marshall B.J., Warren J.R. Unidentified curved bacilli in the stomach of patients with gastritis and peptic ulceration/ *Lancet*. 1984. Vol. 16; p:1311-1314.
175. Meisner S., Jorgensen L.N., Jensen H.E. The Kaplan and Meier and the Nelson estimate for the probability of ulcer recurrence 10 and 15 years after parietal cell vagotomy. *Ann Surg* 1988; 207:1–3.
176. Menekse, E., Kocer, B., Topcu, R. et al. A practical scoring system to predict mortality in patients with perforated peptic ulcer. *World J Emerg Surg*, 2015; 10(1), p.7.
177. Millat B., Fingerhut A., Borie F. Surgical treatment of complicated duodenal ulcers: controlled trials. *World J Surg* 2000; 24:299–306.
178. Minardos I., Ziogana D., Hristopoulos H. et al. Peptic ulcer perforation: sonographic imaging of active fluid leakage. *J Clin Ultrasound* 2006; 34: 38–41.
179. Møller M.H., Adamsen S., Thomsen R.W. et al. Peptic Ulcer Perforation (PULP) trial group. Multicentre trial of a perioperative protocol to reduce mortality in patients with peptic ulcer perforation. *Br J Surg* 2011; 98: 802–810.
180. Musumba C., Jorgensen A., Sutton L. et al. The relative contribution of NSAIDs and *Helicobacter pylori* to the aetiology of endoscopically-diagnosed peptic ulcer disease: observations from a tertiary referral hospital in the UK between 2005 and 2010. *Aliment Pharmacol Ther* 2012; 36: 48–56.
181. Naesgaard J.M., Edwin B., Reiertsen O. et al. Laparoscopic and open operation in patients with perforated peptic ulcer. *Eur J Surg* 1999; 165: 209–214.
182. Nakano A., Bendix J., Adamsen S. et al. 30-days mortality in patients with perforated peptic ulcer: a national audit. *Risk Manag Healthc Policy* 2008; 1: 31–38.
183. Oida T., Kano H., Mimatsu K. et al. Percutaneous drainage in conservative therapy for perforated gastroduodenal ulcers. *Hepatogastroenterology* 2012; 59: 168–170.

184. Palanivelu C., Jani K., Senthilnathan P. Laparoscopic management of duodenal ulcer perforation: is it advantageous? 2007; *Indian J Gastroenterol* 26:64–66.
185. Richard H Turnage, M.D., George Sarosi, M.D., Byron Cryer et al. Evaluation and Management of Patients With Recurrent Peptic Ulcer Disease After Acid-Reducing Operations: A Systematic Review. *Journal of Gastrointestinal Surgery* Volume 7, Issue 5, July–August 2003, Pages 606–626.
186. Salomone Di Saverio, Marco Bassi, Nazareno Smerieri et al. Diagnosis and treatment of perforated or bleeding peptic ulcers: 2013 WSES position paper. Di Saverio et al. *World Journal of Emergency Surgery* 2014, 9:45.
187. Santoro R., Mancini P., Carboni F. *Hepatogastroenterology*. Subtotal gastrectomy for gastric cancer: long term outcomes of Billroth I reconstruction at a single European institute. 2014 Nov-Dec; 61(136):2448-54.
188. Sarosi GA Jr., Jaiswal K.R., Nwariaku F.E. et al. Surgical therapy of peptic ulcers in the 21st century: more common than you think. *Am J Surg* 2005; 190: 775–779.
189. Seelig M.H., Seelig S.K., Behr C. et al. Comparison between open and laparoscopic technique in the management of perforated gastroduodenal ulcers. *J Clin Gastroenterol* 2003; 37: 226–229.
190. Siu W.T., Leong H.T., Law B.K. et al. Laparoscopic repair for perforated peptic ulcer: a randomized controlled trial. 2002; *Ann Surg* 235:313–319.
191. So J.B., Kum C.K., Fernandes M.L. et al. Comparison between laparoscopic and conventional omental patch repair for perforated duodenal ulcer. 1996; *Surg Endosc* 10:1060–1063.
192. Soreide K., Alderson D., Bergenfelz A. et al. Strategies to improve clinical research in surgery through international collaboration. *Lancet* 2013; 382: 1140–1151.

193. Surapaneni S., Rajkumar S., Reddy A.V.B. The perforation–operation time interval; an important mortality indicator in peptic ulcer perforation. *J Clin Diagn Res* 2013; 7: 880–882.
194. Suriya C., Kasatpibal N., Kunaviktikul W. et al. Diagnostic indicators for peptic ulcer perforation at a tertiary care hospital in Thailand. *Clin Exp Gastroenterol* 2011; 4: 283–289.
195. Taylor H. Perforated peptic ulcer treated without operation. *The Lancet*. 1946;248(6422):441-444. doi:10.1016/s0140-6736(46)90971-3.
196. Taylor T.V., Lythgoe J.P., McFarland J.B. et al. Anterior lesser curve seromyotomy and posterior truncal vagotomy versus truncal vagotomy and pyloroplasty in the treatment of chronic duodenal ulcer. *Br J Surg* 1990; 77:1007–1009.
197. Taylor H., Warren R. Perforated acute and chronic peptic ulcer. Conservative treatment. *The Lancet*. 1956; 267(6920):397-399. doi:10.1016/s0140-6736(56)90469-x.
198. Thorsen K., Glomsaker T.B., von Meer A. et al. Trends in diagnosis and surgical management of patients with perforated peptic ulcer. *J Gastrointest Surg* 2011; 15: 1329–1335.
199. Thorsen K., Søreide J.A., Kvaløy J.T. et al. Epidemiology of perforated peptic ulcer: age- and gender-adjusted analysis of incidence and mortality. *World J Gastroenterol* 2013; 19: 347–354.
200. Thorsen K., Søreide J., Søreide K. Scoring systems for outcome prediction in patients with perforated peptic ulcer. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2013; 21(1):25. doi:10.1186/1757-7241-21-25.
201. Thorsen K, Søreide JA, Søreide K. What is the best predictor of mortality in perforated peptic ulcer disease? A population-based, multivariable regression analysis including three clinical scoring systems. *J Gastrointest Surg*. 2014; 18:1261–8. doi:10.1007/s11605-014-2485-5.

202. Towfigh S., Chandler C., Hines O.J. et al. Outcomes from peptic ulcer surgery have not benefited from advances in medical therapy. *Am Surg* 2002; 68: 385–389.
203. US Burden of Disease Collaborators. The state of US health, 1990–2010: burden of diseases, injuries, and risk factors. *JAMA* 2013; 310: 591–608.
204. von Holstein C., Graffner H., Oscarson J. One hundred patients ten years after parietal cell vagotomy. *Br J Surg* 1987; 74:101–103.
205. Wan-Yee Lau, Ka-Lau Leung, Kwok-Hung Kwong et al. A Randomized Study Comparing Laparoscopic Versus Open Repair of Perforated Peptic Ulcer Using Suture or Sutureless Technique. *Annals of surgery*. Vol. 224, No. 2, 131-138 © 1996.
206. Wang Y.R., Richter J.E., Dempsey D.T. Trends and outcomes of hospitalizations for peptic ulcer disease in the United States, 1993 to 2006. *Ann Surg* 2010; 251: 51–58.
207. Wysocki A., Budzynski P., Kulawik J. et al. Changes in the localization of perforated peptic ulcer and its relation to gender and age of the patients throughout the last 45 years. *World J Surg* 2011; 35: 811–816.
208. Yang G, Wang Y, Zeng Y. et al. Rapid health transition in China, 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013; 381: 1987–2015.
209. Yeung K.W., Chang M.S., Hsiao C.P. et al. CT evaluation of gastrointestinal tract perforation. *Clin Imaging* 2004; 28: 329–333.
210. Yoschizumi T., Ikeda T., Ohta S. et al. Abdominal ultrasonography reveals the perforation site of duodenal ulcers. In Process Citation. *Surg Endosc* 2001; 15: 7: 758.
211. Zelickson M.S., Bronder C.M., Johnson B.L. et al. *Helicobacter pylori* is not the predominant etiology for peptic ulcers requiring operation. *Am Surg* 2011; 77: 1054-1060 [PMID: 21944523].

СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ

1) Возможности консервативного лечения прободной язвы// Хирургия.—Москва, 2016.—С.69 (соавт. А.Г. Бебуришвили, С.И. Панин, Д.В. Михайлов).

2) 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).

3) 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).

4) Малоинвазивные вмешательства при прободной язве// Альманах института хирургии имени А.С. Вишневского. —Москва, 2015. (соавт. А.Г. Бебуришвили, С.И. Панин, Д.В. Михайлов, С.С. Нестеров, Л.В. Шарашкина).

5) Выбор оптимального метода хирургического лечения прободной язвы двенадцатиперстной кишки// Альманах института хирургии имени А.С. Вишневского. —Москва, 2015. (соавт. А.Г. Бебуришвили, С.И. Панин, Д.В. Михайлов, Д.А. Кувшинов, С.С. Нестеров, Л.В. Шарашкина).

6) Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки. Учебное пособие. Волгоград, 2016. (соавт. А.Г. Бебуришвили, С.И. Панин, Н.Ш. Бурчуладзе).

ПАТЕНТЫ НА ИЗОБРЕТЕНИЯ

1. Способ лечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки (получена приоритетная справка на патент на изобретение № 2016139218/062530 от 05.10.2016).

ПРИЛОЖЕНИЕ

Приложение 1. Анкета оценки качества жизни SF-36.

1. В целом Вы бы оценили состояние Вашего здоровья.

(обведите одну цифру)

- Отличное..... 1
- Очень хорошее..... 2
- Хорошее 3
- Посредственное 4
- Плохое 5

2. Как бы Вы в целом оценили свое здоровье сейчас по сравнению с тем, что было год назад.

(обведите одну цифру)

- Значительно лучше, чем год назад.....1
- Несколько лучше, чем год назад.....2
- Примерно так же, как год назад3
- Несколько хуже, чем год назад.....4
- Гораздо хуже, чем год назад.....5

3. Следующие вопросы касаются физических нагрузок, с которыми Вы, возможно, сталкиваетесь в течение своего обычного дня. Ограничивает ли Вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени?

(обведите одну цифру в каждой строке)

	Да, значительно ограничивает	Да, немного ограничивает	Нет, совсем не ограничивает
А. Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятие силовыми видами спорта.	1	2	3
Б. Умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать грибы или ягоды.	1	2	3
В. Поднять или нести сумку с продуктами.	1	2	3
Г. Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов.	1	2	3
Д. Подняться пешком по лестнице на один пролет.	1	2	3
Е. Наклониться, встать на колени, присесть на корточки.	1	2	3
Ж. Пройти расстояние более одного километра.	1	2	3
З. Пройти расстояние в несколько кварталов.	1	2	3
И. Пройти расстояние в один квартал.	1	2	3
К. Самостоятельно вымыться, одеться.	1	2	3

4. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего:

(обведите одну цифру в каждой строке)

	Да	Нет
А. Пришлось сократить количество времени, затрачиваемое на работу или другие дела.	1	2
Б. Выполнили меньше, чем хотели.	1	2
В. Вы были ограничены в выполнении какого-либо определенного вида работ или другой деятельности.	1	2
Г. Были трудности при выполнении своей работы или других дел (например, они потребовали дополнительных усилий).	1	2

5. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше эмоциональное состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего

(обведите одну цифру в каждой строке)

	Да	Нет
А. Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела.	1	2
Б. Выполнили меньше, чем хотели.	1	2
В. Выполняли свою работу или другие. Дела не так аккуратно, как обычно	1	2

6. Насколько Ваше физическое и эмоциональное состояние в течение последних 4 недель мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе?

(обведите одну цифру)

- Совсем не мешало.....1
- Немного.....2
- Умеренно.....3
- Сильно.....4
- Очень сильно.....5

7. Насколько сильную физическую боль Вы испытывали за последние 4 недели?

(обведите одну цифру)

- Совсем не испытывал(а).....1
- Очень слабую.....2
- Слабую.....3
- Умеренную.....4
- Сильную5
- Очень сильную.....6

8. В какой степени боль в течение последних 4 недель мешала Вам заниматься Вашей нормальной работой (включая работу вне дома или по дому)?

(обведите одну цифру)

- Совсем не мешала 1
- Немного..... 2
- Умеренно 3
- Сильно..... 4
- Очень сильно 5

9. Следующие вопросы касаются того, как Вы себя чувствовали и каким было Ваше настроение в течение последних 4 недель. Пожалуйста, на каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям.

(обведите одну цифру)

	Все время	Большую часть времени	Часто	Иногда	Редко	Ни разу
А. Вы чувствовали себя бодрым(ой)?	1	2	3	4	5	6
Б. Вы сильно нервничали?	1	2	3	4	5	6
В. Вы чувствовали себя таким(ой) подавленным(ой) что ничто не могло Вас взбодрить?	1	2	3	4	5	6
Г. Вы чувствовали себя спокойным(ой) и умиротворенным(ой)?	1	2	3	4	5	6
Д. Вы чувствовали себя полным(ой) сил и энергии?	1	2	3	4	5	6
Е. Вы чувствовали себя упавшим(ой) духом и печальным(ой)?	1	2	3	4	5	6
Ж. Вы чувствовали себя измученным(ой)?	1	2	3	4	5	6
З. Вы чувствовали себя счастливым(ой)?	1	2	3	4	5	6
И. Вы чувствовали себя уставшим(ей)?	1	2	3	4	5	6

10. Как часто за последние 4 недели Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми (навещать друзей, родственников и т. п.)?

(обведите одну цифру)

- Все время 1
 Большую часть времени 2
 Иногда 3
 Редко 4
 Ни разу 5

11. Насколько **ВЕРНЫМ** или **НЕВЕРНЫМ** представляются по отношению к Вам каждое из ниже перечисленных утверждений?

(обведите одну цифру в каждой строке)

	Опре- делен- но вер- но	В основ- ном верно	Не знаю	В основ- ном не- верно	Опреде- ленно не- верно
а. Мне кажется, что я более склонен к болезням, чем другие	1	2	3	4	5
б. Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых	1	2	3	4	5
в. Я ожидаю, что мое здоровье ухудшится	1	2	3	4	5
г. У меня отличное здоровье	1	2	3	4	5