

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«АЛТАЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

Омаров Назарбек Бакытбекович

**РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С
ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВОЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ С
ПРИМЕНЕНИЕМ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

14.01.17 – хирургия

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, профессор
Лубянский Владимир Григорьевич

Барнаул – 2016

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1 СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	12
ГЛАВА 2 МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	27
2.1 Материал исследования.....	27
2.1.1 Дизайн исследования.....	27
2.1.2 Общая характеристика больных.....	28
2.1.3 Методы исследования.....	35
ГЛАВА 3 ТЕХНИКА ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ.....	41
3.1 Техника видеолапароскопического ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки.....	41
3.2 Техника видеолапароскопической санации, иссечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки с дуоденопластикой из минидоступа в правом подреберье.....	43
Глава 4 Результаты хирургического лечения.....	54
4.1 Непосредственные результаты хирургического лечения.....	54
4.1.1 Длительность операций в основной группе и группе сравнения.....	54
4.1.2 Видеолапароскопия, санация, ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки.....	55
4.1.3 Видеолапароскопия, санация с иссечением язвы двенадцатиперстной кишки с выполнением циркулярной дуоденопластики из минидоступа.....	62
4.1.4 Видеолапароскопия, санация с иссечением язвы двенадцатиперстной кишки и выполнением мостовидной дуоденопластики из минидоступа.....	67
4.2 Отдаленные результаты лечения.....	75
4.2.1 Отдаленные результаты после видеолапароскопической санации и иссечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки, циркулярной	

дуоденопластики из минидоступа.....	82
4.2.2 Оценка отдаленных клинических результатов после иссечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки, с мостовидной дуоденопластикой.....	83
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	88
ВЫВОДЫ.....	96
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	97
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.....	98
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	99
СПИСОК ИЛЛЮСТРАТИВНОГО МАТЕРИАЛА.....	121

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность избранной темы

Язвенная болезнь (ЯБ) – одно из наиболее распространенных заболеваний органов пищеварения [6; 16; 40,]. В современных условиях подавляющее большинство случаев пептической язвы имеет дуоденальную локализацию [10; 39; 65; 66].

Несмотря на развитие консервативных методов лечения, результаты которого позволяли ряду исследователей утверждать, что проблема язвенной болезни решена [31; 33; 36; 41; 42; 47; 72], накопленные за последние десятилетия клинические данные свидетельствуют о том, что необходимость хирургических вмешательств сохраняется в большом числе наблюдений [11; 22; 118; 121; 123].

Одним из наиболее частых показаний к операции служит перфорация язвы. На дуоденальную локализацию язвы приходится большинство случаев перфорации (75–85 %). Это осложнение характеризуется достаточно высокой летальностью (в зависимости от клинической группы больных – 5–30 %) [2; 46].

Социальная значимость заболевания во многом определяется молодым и средним возрастом подавляющего большинства пациентов. Послеоперационные осложнения и болезни оперированного желудка, значительно снижают их трудоспособность и качество жизни [1; 5; 29; 34; 119; 129].

Соответственно, ключевым вопросом при лечении перфоративных язв является проблема выбора оптимальной хирургической тактики, одновременно позволяющей снизить риск летального исхода и добиться максимально благоприятного функционального результата. Этот подход должен учитывать не только общие принципы абдоминальной хирургии, но и специфические механизмы, характерные для развития язвенной болезни. Так, в ряде экспериментальных и клинических работ, выявлена важная роль расстройств кровообращения в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки в патогенезе дуоденальных язв. Развитие этих расстройств, а также патологическое повышение кислотопродукции, связывается с функциональными нарушениями нервной

регуляции, дисфункцией симпатического и парасимпатического звена вегетативной нервной системы [8; 23; 29; 113; 115].

Ключевым подходом к улучшению результатов хирургического лечения в плане ранних послеоперационных осложнений в настоящее время считается использование эндоскопических методов. В то же время, наиболее распространенное сейчас изолированное ушивание перфоративной язвы, проводимое как открытым, так и видеолапароскопическим способом, может являться исключительно вынужденным и паллиативным вмешательством [4; 8; 14; 21; 117; 196; 201]. Его использование приводит в большинстве случаев к развитию рецидива язвы, даже при адекватном консервативном лечении [25; 27; 116; 120]. Поэтому операцией выбора являются комбинированные вмешательства, включающие иссечение язвы, либо резекцию желудка, производимые с применением видеолапароскопических технологий. Имеется большое число работ, свидетельствующих о наличии хороших результатов этих операций [7; 9; 26; 35; 136].

Вместе с тем, в доступных нам литературных источниках, мы не нашли сведений о возможности применения иссечения язвы двенадцатиперстной кишки (ДПК) с дуоденопластикой у больных перфоративной язвой ДПК и ее осложнениях с использованием миниинвазивных технологий.

Степень разработанности темы диссертации

Ключевым вопросом при лечении перфоративных язв является проблема выбора оптимальной хирургической тактики, одновременно позволяющей снизить риск летального исхода и добиться максимально благоприятного функционального результата. Этот подход должен учитывать не только общие принципы абдоминальной хирургии, но и специфические механизмы, характерные для развития язвенной болезни. Так, в ряде экспериментальных и клинических работ выявлена важная роль сосудистых расстройств в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки в патогенезе дуоденальных язв. Развитие этих расстройств, а также патологическое повышение кислотопродукции

связывается с функциональными нарушениями вегетативной регуляции, гиперфункцией сегментарного звена парасимпатической нервной системы [150; 170].

Основной путь улучшения результатов хирургического лечения, в плане ранних послеоперационных осложнений, в настоящее время лежит в использовании эндоскопических методов. В то же время, наиболее распространенное сейчас изолированное ушивание перфоративной язвы, проводимое как открытым, так и эндоскопическим способом, может являться исключительно вынужденным и паллиативным вмешательством. Его использование приводит в большинстве случаев к развитию рецидива язвы, даже при адекватном консервативном лечении [202]. Поэтому вмешательством выбора могут быть комбинированные операции, включающие иссечение язвы, либо гастродуоденальную резекцию, производимые из эндоскопического или лапаротомного доступа. Имеется большое количество работ, свидетельствующих о наличии хороших результатов данных операций.

Вместе с тем, в доступных нам литературных источниках, мы не нашли сведений о возможности широкого применения иссечения язвы ДПК с дуоденопластикой у больных перфоративной язвой ДПК и ее осложнениях с использованием миниинвазивных технологий.

Цель исследования

Улучшить результаты хирургического лечения больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки путем иссечения язвы с использованием миниинвазивных технологий.

Задачи исследования

1. Изучить ближайшие результаты видеолaparоскопического ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки.
2. Разработать хирургическую технологию видеолaparоскопической санации и иссечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки в сочетании

с дуоденопластикой из минидоступа.

3. Сравнить ближайшие результаты хирургического лечения методом видеолапароскопического ушивания и иссечения язвы двенадцатиперстной кишки из минидоступа с сохранением привратника.

4. Изучить отдаленные результаты видеолапароскопического ушивания и иссечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки из минидоступа с сохранением привратника.

Научная новизна исследования

Впервые разработаны миниинвазивные технологии лечения больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки с каллезными краями, позволяющие сохранить привратник, исключить формирование стеноза в зоне перфоративного отверстия и снизить риск возникновения послеоперационных осложнений.

В работе впервые показана эффективность видеолапароскопического ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки с каллезным краем и иссечения язвы с дуоденопластикой из минидоступа. Установлено меньшее количество послеоперационных осложнений и лучшие отдаленные результаты у больных, оперированных из минидоступа.

Теоретическая и практическая значимость работы

Установлена эффективность видеолапароскопической санации и иссечения перфоративной язвы из минидоступа в правом подреберье у больных с перфоративной язвой ДПК, в случаях наличия каллезной язвы с инфильтрацией стенки. Доказан лучший клинический эффект иссечения язвы с сохранением привратника, позволяющий избежать развития послеоперационных осложнений и дающий лучшие отдаленные результаты.

Методология и методы диссертационного исследования

В работе использованы современные методы сбора и обработки исходной

информации. Диссертация основана на результатах сравнительного клинического исследования, включающего сопоставление 2 групп больных с перфоративной язвой ДПК. Все больные обследованы с применением современных инструментальных методов. Полученные материалы подвергнуты статистической обработке.

Внедрение результатов исследования в практику

Практические результаты исследования внедрены на базе отделения общей хирургии ГУЗ Алтайская Краевая больница (г. Барнаул) и в Медицинском Центре Государственного медицинского университета города Семей, а также в дополнительной учебной программе для студентов, интернов и врачей-хирургов, проходящих обучение и повышение квалификации на кафедре госпитальной хирургии Алтайского государственного медицинского университета Минздрава России.

Положения, выносимые на защиту

1. Выполнение видеолaparоскопического ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки с каллезным краем связано с наличием высокого риска осложнений в раннем послеоперационном периоде, а в отдаленные сроки – формированием стеноза и рецидива язвы.

2. Видеолaparоскопическая санация и иссечение язвы двенадцатиперстной кишки из минидоступа в правом подреберье позволяют устранить язвенный субстрат, язву задней стенки, стеноз двенадцатиперстной кишки и предупредить развитие послеоперационных осложнений.

3. Предложенная технология позволяет исключить ранние послеоперационные осложнения опасные для жизни, снизить частоту формирования стеноза и дуоденогастрального рефлюкса на 71,4 % и предотвратить возникновение рецидива язвы.

Степень достоверности

Оценка достоверности результатов исследования базируется на достаточном материале обследованных и сопоставлении однородных групп 112 больных с перфоративной язвой ДПК, о чем свидетельствуют записи в медицинских картах стационарных больных, представленные на проверку первичной документации. Дизайн исследования с выделением критериев включения и исключения, применение статистической обработки обуславливают достоверность полученных данных. При анализе клинических данных использованы параметрические и непараметрические методы. Численные (непрерывные) величины представлены в виде средних арифметических значений и ошибки среднего ($M \pm \sigma$). Сравнение количественных признаков и относительных величин проводилось с помощью критерия Стьюдента для непрерывных переменных – парного критерия Стьюдента.

В качестве граничного уровня статистической значимости различий принимали $p < 0,05$.

Апробация работы

Основные положения диссертационной работы доложены и обсуждены на: международной конференции молодых ученых «Новые технологии теоретической и практической медицины» (Алматы, 2010); заседании ассоциации хирургов Восточно-Казахстанской области (Усть-Каменогорск, 2011); научной конференции молодых ученых в государственном медицинском университете г. Семей (Семей, 2012); межрегиональной научно-практической конференции «Современные аспекты оказания неотложной помощи в условиях многопрофильного стационара» (Омск, 2013); межрегиональной научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием «Проблемы медицины и биологии» (Кемерово, 2014); итоговой конференции хирургов (Барнаул, 2014); межрегиональной научно-практической конференции хирургов Сибири «Актуальные вопросы панкреатологии» (Барнаул, 2015); 3-ем международном симпозиуме неотложной

медицинской помощи (Алматы, 2015); международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы медицины в современных условиях» (Санкт-Петербург, 2016).

Диссертационная работа апробирована на межкафедральном заседании с участием кафедр госпитальной хирургии, факультетской хирургии с курсом хирургии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов имени профессора И. И. Неймарка, оперативной хирургии и топографической анатомии, общей хирургии ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России (Барнаул, 2014).

Диссертация выполнена в соответствии с планом научно-исследовательской работы ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, номер государственной регистрации 01200602606.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 13 научных работ, в том числе 3 статьи в научных журналах и изданиях, которые включены в перечень российских рецензируемых научных журналов, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук.

Объем и структура работы

Диссертация изложена на 124 страницах машинописного текста и состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка сокращений и условных обозначений, списка литературы и списка иллюстративного материала. Список литературы представлен 205 источниками, из которых 78 – зарубежных авторов. Полученные результаты проиллюстрированы с помощью 21 таблицы и 25 рисунков.

Личный вклад автора

Личный вклад соискателя состоит в том, что автором определены цель,

задачи исследования, разработаны программы научной работы. Автор принимал личное участие в получении исходных клинических данных обработки первичных статистических учетных документов, обработки и интерпретации полученных результатов хирургического лечения 112 больных с перфоративной язвой ДПК с контрольным течением послеоперационного периода. При выполнении работы автор принимал участие в лечении всех больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки, анализируемых в диссертации. Большинство больных (74 %) оперированы автором лично. Самостоятельно провел математический анализ и статистическую обработку полученных данных. Опубликованные работы написаны лично автором.

ГЛАВА 1 СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки занимает одно из первых мест в структуре заболеваний органов пищеварения. К частым осложнениям гастродуоденальных язв относится прободение стенки желудка и двенадцатиперстной кишки. Перфорация наблюдается в среднем у 5 % больных язвенной болезнью [66; 67; 109; 144; 145]. Однако, если больные подвергаются чрезмерному воздействию неблагоприятных факторов и не получают адекватного консервативного лечения, риск перфорации может существенно повышаться. Летальность при этом осложнении язвенной болезни обычно колеблется от 5 до 15 % [79; 97; 170; 202]. Подавляющее большинство прободений (75–85 %) в настоящее время приходится на дуоденальную локализацию язвы [21; 46]. Основная часть больных – лица трудоспособного возраста. При этом отмечается значительное, в среднем 10-кратное, преобладание мужчин [68; 69; 70; 115; 121]. В экономически развитых странах перфоративные язвы встречаются в 7–10 наблюдениях на 100 000 населения в год [109; 147] и достигают 6–15 % взрослого населения и составляют около 10 % всех случаев заболеваний органов пищеварения [189]. По данным международных когортных исследований, летальность за последние 30 лет не имеет тенденции к снижению и при перфорации дуоденальной язвы составляет 5–13 %, желудочной – в 2–3 раза выше [71; 121; 131]. В настоящее время в Российской Федерации с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и желудка на учете состоят около 3 млн больных, каждый десятый из которых подвергался оперативному лечению [27]. Считается, что перфорация хронической язвы двенадцатиперстной кишки, как правило, связана высокой кислотопродукцией [76]. Однако J. Koo et al. (1983) установили, что показатели кислотности желудочного сока у больных, перенесших ушивание перфорировавшей язвы, по сравнению со значениями этого параметра у пациентов без перфорации, не имеют статистически достоверных различий. Это

означает, что в патогенезе прободных язв, кроме кислотно-пептического, играют роль и другие факторы, в частности, нарушения терминального кровообращения в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки.

Консервативное лечение гастродуоденальных язв с использованием современного арсенала фармакологических средств существенно снизило потребность в плановом хирургическом лечении, однако, частота, характер осложнений и количество связанных с ними операций остается высоким [5; 10; 148; 189]. Отмечается тенденция к росту числа случаев осложненного течения язвенной болезни, что во многом обусловлено неадекватностью проводимого консервативного лечения и профилактики рецидивов заболевания [65; 70].

По данным В. П. Петрова (2001), в Российской Федерации заболеваемость ЯБ сохраняет тенденцию к росту, что, по-видимому, имеет социальные основы. Рост заболеваемости ЯБ, в том числе и язвой ДПК, происходит на фоне уменьшения числа плановых операций при неосложненных гастродуоденальных язвах. Это связано с внедрением в практику новых противоязвенных препаратов и изменением тактики лечения больных. Наряду с этим, несмотря на несомненные успехи консервативной, многокомпонентной противоязвенной терапии, в течение года после успешного консервативного лечения язва рецидивирует у 54–80 % больных. [77]. Отказ от своевременного хирургического лечения является основной причиной роста числа больных с осложненными язвами ДПК и количества неотложных операций [59; 108; 109; 136; 141; 169]. Количество больных с прободными и кровоточащими язвами увеличилось за последние годы в 2–3 раза.

Г. Б. Бондарев (2003) указывает на рост числа больных с перфоративной язвой в 1,5 раза, а с кровоточащей в 2,5 раза за последние 20 лет, вследствие отсутствия диспансеризации и планового хирургического лечения. Соответственно, возросла и летальность, которая после экстренных операций значительно выше, чем после плановых.

По данным П. Я. Григорьева и соавт. (1998), в России ежегодно от осложнений ЯБ умирают, в среднем, 6 000 человек трудоспособного возраста.

Зарубежные авторы также указывают на значительное сокращение числа плановых операций по поводу кровоточащей и перфоративной дуоденальной язвы с высокой летальностью [13; 15; 141; 165].

Рутинной операцией в большинстве клиник является ушивание язвы. Результаты этой операции далеко не всегда удовлетворяют больного. В течение первого года рецидив язвы отмечается у 50–70 % больных, к 10 годам из-за развития стеноза, повторной перфорации, массивного кровотечения или сочетания осложнений повторным операциям подвергается более 60 % больных [16; 52; 137].

Вопрос о выборе метода оперативного вмешательства продолжает дискутироваться в литературе [3; 35; 137].

В последние годы от 60 до 80 % перфоративных язв ушивают видеолaparоскопическим способом, что позволяет улучшить течение послеоперационного периода. Однако до сих пор не существует единой позиции по поводу показаний и техники выполнения видеолaparоскопического ушивания перфоративной язвы ДПК [35; 78; 126; 131].

В то же время, эта операция не влияет на этиологические и патогенетические механизмы язвобразования, у 50–85 % больных наступает рецидив заболевания [109; 114; 137; 152; 206]. В ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде наблюдаются такие осложнения, как повторная перфорация, кровотечение, стенозирование, которые требуют повторных хирургических вмешательств в худших условиях, и сопряжены не только с осложнениями, но и с летальностью [68; 69].

Что касается применения резекции желудка при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки, то она выполняется редко, прежде всего, в связи с развитием осложнений в раннем послеоперационном периоде – до 5–12 % [1; 3; 52; 90; 98; 114; 144]. Кроме того, резекция 2/3 желудка сопряжена с возникновением постгастрорезекционных синдромов у 10–30 % больных в отдаленные сроки после операции [14; 29; 64; 175].

В последние годы накоплен большой опыт применения различных видов

ваготомии в хирургическом лечении перфоративной дуоденальной язвы, свидетельствующий о высокой эффективности, низкой послеоперационной летальности и невысокой частоте рецидивов [3; 52; 53; 61; 63; 91]. Благодаря этим подходам удастся сохранить желудок и снизить его секреторную функцию [55; 153; 193]. Послеоперационная летальность после ваготомии, выполняемой по поводу перфоративной язвы ДПК, составляет 0,2–5,0 % и не отличается от таковой после простого ушивания перфорационного отверстия [55; 90; 93; 153]. Однако, вопрос о рациональном объеме оперативного вмешательства окончательно не решен. Нет единого мнения о выборе и способе ваготомии, характере вмешательств в зоне перфорации, сроках выполнения радикальных операций [3; 23; 46; 75; 132; 154].

Во избежание функциональных расстройств моторики после ваготомии хирурги стали использовать, селективную ваготомию, предложенную 1947 г. С. Franksson и R. Jakson [153]. В последующем оказалось, что селективная ваготомия не имеет существенных преимуществ перед стволовой и сопровождается практически таким же показателем летальности, частоты рецидивов и развития демпинг-синдрома [12; 58; 73; 90; 107].

Вскоре было предложено дополнять ваготомию экономной резекцией желудка (антрумэктомией) в целях более выраженного подавления желудочной секреции и снижения частоты рецидивов язвенной болезни. Эта цель была достигнута и рецидивы язвы после ваготомии с экономной резекцией развивается крайне редко (менее 0,5 %). Вместе с тем, эта операция не лишена некоторых недостатков классической резекции желудка, связанных с удалением части органа [129; 164; 183].

В 1964 г. F. Holle и W. Hart предложили новую операцию для хирургического лечения язвенной болезни ДПК – селективную проксимальную ваготомию (CGD) [153]. Суть этой операции заключается в пересечении волокон блуждающего нерва, идущих к телу и дну желудка, т. е., к его кислотопродуцирующей части. При этом сохраняется иннервация антрального отдела желудка и привратника, что обеспечивает нормальную, порционную

эвакуацию желудочного содержимого [15; 98; 99; 136].

В. Б. Гервазиев (1988), на основании проведенных исследований у больных с чревным нейро-ишемическим болевым синдромом, обусловленным экстравазальной компрессией чревного ствола и чревным ганглионевритом, установил, что десимпатизация желудка на постганглионарном уровне может вызывать развитие предъязвенного состояния, а иногда и дуоденальной язвы.

Вопросы эффективности ваготомии и выбора ее способа остаются предметом оживленной дискуссии хирургов всего мира. Разработан целый ряд модификаций ваготомии, которые успешно применяются хирургами. [24; 42].

М. И. Кузин [53] отмечает низкую послеоперационную летальность после проксимальной селективной ваготомии (0,3–0,5 %).

Крупнейший опыт применения различных видов ваготомии накоплен в факультетской хирургической клинике имени Н. Н. Бурденко Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова, в которой выполнено 2 259 операций у пациентов с язвенной болезнью ДПК. Послеоперационная летальность при использовании селективной проксимальной ваготомии (СПВ) с дренирующими операциями составила 0,27 %, что почти в 10 раз меньше, чем при резекции желудка, выполненной ранее ведущими хирургами клиники в 60-х годах 20-го столетия. Примерно в 3–4 раза снижена частота функциональных расстройств пищеварительной системы, в 7–9 раз – частота инвалидизации. Частота рецидивов составила за последние годы 5 % [81; 83].

По заключению G. Johnston и соавторов, СПВ в настоящее время не должна быть «похоронена», так как никакая другая операция не была так тщательно разработана, как СПВ. Не вызывает сомнений безопасность операции.

Большинство авторов считают, что в экстренной хирургии главный принцип – спасение жизни больного и производить большие по объему операции в подобной ситуации следует только по особым показаниям, предпочтение отдается ушиванию перфоративной язвы [11; 19; 33]. Другие [101; 126; 127] считают, что необходимо сочетать задачу непосредственного спасения жизни больного с задачей излечения больного от язвенной болезни. При этом, выбором операции

считают различные виды ваготомии с иссечением язвенного субстрата и пилоропластикой [106; 114; 119; 145], некоторые – ушивание прободной язвы с СПВ [171].

Ряд авторов [37; 96; 113; 149; 162] высказываются в пользу дифференцированного подхода в хирургической тактике при перфоративной язве ДПК. Подход должен быть индивидуализирован не только для больного (тщательная оценка общего состояния, возраста, выраженности воспалительного процесса в брюшной полости, анатомических изменений в зоне перфорации и в самой ДПК, локализации язвы), но и для хирурга (организация операции, наличие ассистента, анестезиологического пособия, владения методикой и техникой той или иной операции) [18; 26].

Ушивание язвы считают показанным больным с повышенным операционным риском, обусловленным разлитым гнойным перитонитом и сопутствующими заболеваниями. К факторам риска хирургии прободных язв, влияющим на послеоперационную летальность, относят: вмешательства позже 24-х часов после начала болезни; возраст старше 70 лет; сопутствующие заболевания; шок. [64].

На 30-ом Международном хирургическом конгрессе в Гамбурге (1983) сообщалось о хороших результатах операции типа Бурже (передняя СПВ с задней стволовой ваготомией, иссечением язвы и пилоропластикой) и варианта Хилла-Баркера (передняя СПВ с задней стволовой ваготомией, с ушиванием перфоративного отверстия) [30; 31; 32; 163].

При лечении больных с перфоративной язвой ДПК операция должна сопровождаться не только минимальным риском летального исхода и рецидива язвенной болезни, но и предупреждать расстройства функций органов пищеварения. Хорошие функциональные результаты СПВ при плановом лечении больных с язвой ДПК, обусловили стремление ряда хирургов использовать эту операцию и при лечении больных с перфоративной язвой [25; 28; 191]. Летальных исходов после этой операции не отмечено [90; 134]. Исследование J. Воеу и соавторов [141; 142], сравнивших результаты лечения больных с перфоративной

язвой ДПК СПВ и стволовой ваготомией и пилоропластикой, показало, что после стволовой ваготомии рецидив язвы развивается в 9,0 % случаев (необходимость повторных операций отмечается в 6,0 % случаев), а после СПВ – в 3,0 % наблюдений (повторной операции не требовалось ни в одном случае). R. Ceneviva и соавторы, оценивая СПВ с точки зрения операционной травмы, приравнивали это оперативное вмешательство к ушиванию перфорировавшей язвы, обращая внимание на то, что, если после СПВ рецидив язвенной болезни отмечается всего в 5,0 % случаев, то после ушивания – в 58,0 % наблюдений. Другие авторы [3; 52; 121] также подтверждают невысокую частоту рецидива язвы и расстройств функции органов пищеварения при лечении прободной язвы ДПК с применением СПВ.

Вопрос о характере вмешательства при перфорации язвы ДПК также обсуждается в литературе [2]. При этом некоторые авторы рекомендуют ушить перфоративную язву, а затем применить тот или иной вид ваготомии. Ряд хирургов предлагают ромбовидное иссечение язвы с пилорусом в виде пилоропластики Джада-Танака или по Джада-Хорслею [20; 47; 125; 171]. Наиболее часто применяемыми дренирующими операциями являются гастродуоденоанастомоз по Жабуле, пилоропластика по Финнею. Однако, эти виды операции при перфоративной язве ДПК сопровождаются иссечением и рассечением полукольца привратника, что вызывает значительное нарушение саморегулирующего гастродуоденального механизма [38; 62; 116; 150].

Так, причиной демпинг-синдрома чаще всего является нарушение опорожнения желудка. В связи с этим рекомендуется отказаться от пилоропластики при отсутствии выраженного стаза и возможности сохранения антральной ветви блуждающего нерва [36; 43; 44]. По наблюдениям Ю. М. Панцырева, демпинг-синдром чаще всего появляется после ваготомии в сочетании с пилоропластикой. По мнению J. Baron, применение пилоропластики значительно повышает риск возникновения таких функциональных осложнений, как демпинг-синдром, диарея и гастродуоденальный рефлюкс. A. Blum и соавторы считают, что выраженность побочных явлений зависит от применяемой

техники пилоропластики. После субмукозной пилоропластики с поперечным иссечением мышечного слоя меньше осложнений, чем после классического продольного рассечения с поперечным наложением швов по методу Гейнеке-Микулича, так как последнее вызывает повреждение терминального участка антрума и пилоруса. J. Thomson полагает, что вместо пилоропластики во многих ситуациях может быть применена дилатация пилоруса, проводимая с вскрытием желудка и без его вскрытия.

По мнению В. И. Оноприева и соавторов [88], разрушение и шунтирование привратника приводит к демпинг-синдрому, диарее, развитию дуоденогастрального рефлюкса и щелочного рефлюкса-гастрита. Воздействие щелочного дуоденального содержимого провоцирует гиперсекрецию гастрина, повышая уровень секреции соляной кислоты. Одновременно желчные кислоты разрушают защитный поверхностный слой слизистой, повышая восприимчивость эпителия к кислотно-пептическому фактору, что может являться причиной раннего анастомозита, дисплазии эпителия желудка, рецидива язвы и развития рака желудка [196]. Частота рецидива язвы после СПВ с дренирующими желудок операциями, по данным литературы, составляет 4,8–13,2 %, терапевтическая коррекция эффективна не у всех больных [82; 84].

В целях сохранения регуляторной функции привратника N. Tanner [202; 203] предложил, а затем в ноябре 1970 года выполнил дуоденопластику, под которой он понимает изолированный разрез ДПК с поперечным ушиванием разреза по типу Гейнеке-Микулича без повреждения привратника.

T. Kennedy сообщил о 25 СПВ с дуоденопластикой без повреждения привратника. Летального исхода и осложнений не было. Послеоперационного гастростаза не отмечено, несмотря на то, что у всех больных до операций были признаки стеноза. В сроки до 2,5 лет после операции рецидива язвы или стеноза не выявлено.

Ю. М. Панцырев и соавт. [94; 95; 96] провели экспериментально-клиническое исследование, обосновывающее применение дуоденопластики при язвенной болезни ДПК при наличии дуоденального стеноза.

Экспериментальная часть работы заключалась в изучении сократительной активности ДПК при развитии дуоденального стеноза с использованием электрогастроэнтеромиографии (ЭГЭМГ). Эксперимент выполняли в 2 этапа. На первом у животных моделировали дуоденальный стеноз путем снижения ДПК на 1/2 просвета, используя хлопчатобумажную ленту на уровне 2–2,5 см за привратником. По данным ЭГЭМГ определяли сократительную активность желудка и ДПК до 180 суток. На втором этапе животных оперировали со сформировавшимся компенсированным или субкомпенсированным дуоденальным стенозом, выполняли дуоденопластику. На 20 сутки после дуоденопластики показатели моторно-эвакуаторной функции желудка и ДПК, по данным ЭГЭМГ и рентгенологического исследования, достоверно не отличались от таковых в норме. При гистологическом исследовании мышечного слоя ДПК, изучения клинического состояния и динамики массы тела животного после дуоденопластики, установлено, что к 60-м суткам, параллельно с восстановлением моторно-эвакуаторной функции желудка и ДПК, масса тела и мышечный слой ДПК (гистологически) достоверно не отличались от дооперационных. Таким образом, экспериментальное исследование позволило рассматривать дуоденопластику, как патогенетически обоснованное вмешательство.

По мнению ряда авторов [3; 19; 56; 82; 83; 104], патологический очаг целесообразно всегда удалять независимо от его локализации.

В то же время, в конце XX века, широкое распространение получили минимально инвазивные методы хирургического лечения осложненных форм язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, включая использование набора миниассистент [75] и видеолапароскопическое ушивание прободных гастродуоденальных язв [22; 39; 48; 49; 51; 89; 101].

Впервые лапароскопические ваготомии были выполнены французскими хирургами F. Dubois, J. Mouiel, N. Kathooda в 1989 и 1990 году. F. Dubois, (1992 г.) одним из первых описал видеолапароскопическую и торакоскопическую операцию при язвенной болезни ДПК. Они использовали лапароскопию и

торакоскопию для выполнения билатеральной стволовой ваготомии. Эта операция стала широко применяться из-за легкости выполнения и редкости рецидивов (до 10 %). Билатеральную стволовую ваготомию удачно сочетали с балонной дилатацией привратника [147; 167]. У некоторых больных привратник дилатировали в послеоперационном периоде. К. Rakkad и соавт. (1995) при хронической дуоденальной язве выполнил 52 торакоскопические стволовые ваготомии. Среднее время операции составило 32 минуты с отсутствием летальности и послеоперационных осложнений. У 3 больных развился гастростаз, что потребовало дренирующей желудка операции из минилапаротомного доступа. Полное заживление язв наступило у больных через 2 месяца после операции. Основным недостатком этой операции является возможность возникновения в послеоперационном периоде демпинг-синдрома и диареи.

Первую операцию по Taylor (задняя стволовая ваготомия, передняя серомиотомия) в видеолапароскопическом варианте выполнили J. Mouiel и N. Kathooda в ноябре 1990 года. В 1999 году они опубликовали результаты 75 ваготомий по Taylor. Для выполнения операции использовали пять троакаров, продолжительность операции в среднем составила 140 минут (от 120 до 220 мин.), отмечено одно интраоперационное осложнение в виде пневмоторокса, перехода на лапаротомию не было. Полное заживление дуоденальных язв у 59 больных наступило к исходу первого месяца.

J. K. Hannon и F. Gomez-Ferrer в 1992 году одновременно опубликовали данные об альтернативной методике серомиотомии с помощью эндоскопического сшивающего аппарата (аппаратная ваготомия по F. Gomez-Ferrer). Использовался аппарат «MultifireEndo-GIA» «AutoSuture», США, которым производили прошивание с отсечением складки передней стенки желудка, соблюдая все принципы операции Taylor. Gomez-Ferrer с соавт. (1993) доказали отсутствие реиннервации в стенке желудка после её линейной резекции. В последующем были выполнены десятки подобных операций, как в плановой, так и экстренной хирургии хронической язвой ДПК [8; 9; 180; 181; 188; 192; 200]. Эта методика операции требует меньше времени для её выполнения (в среднем 1 час), но

существенно дороже остальных видеолaparоскопических вариантов проведения ваготомии. F. Gomez-Ferrer и соавт. (1999) обобщили результаты хирургического лечения 136 пациентов с хронической язвой двенадцатиперстной кишки (ХЯДПК), оперированных в 14 различных хирургических центрах: средняя продолжительность операции была 65 минут, послеоперационных осложнений не было, средний койко-день составил 3-е суток, рецидив язвы возник в 2–9 % наблюдений, оценка отдаленных результатов по Visick I–II составила 96,2 %, максимальное снижение кислотопродукции было на 83 %. По данным других авторов [8; 9; 142; 169; 170; 174], снижение кислотности при этих вариантах операции всё же несколько меньше, чем при других видах видеолaparоскопической ваготомии и составило 60 % (BAO) и 70 % (MAO).

В январе и феврале 1991 года W. Fashing и T. H. Defechereux, B. Dallemagne и соавт. выполнили видеолaparоскопическую изолированную селективную проксимальную ваготомию. W. Fashing пользовался, так называемой, нисходящей методикой диссекции веточек нерва Латарже к телу желудка и мобилизовал до 6 см пищевода в абдоминальном отделе. Он использовал 6 троакаров, клипирование и электрокоагуляцию веточек блуждающего нерва в малом сальнике (W. Fashing, 1991). За 1992–1997 годы видеолaparоскопическая СПВ была выполнена многими зарубежными авторами. Использовались, как правило, 6 портов в верхнем этаже брюшной полости и в 25–30 % видеолaparоскопическая СПВ дополнялась антирефлюксной операцией по Дору или Ниссену-Розетти. Нередко видеолaparоскопическая СПВ сочеталась с иссечением перфоративной язвы ДПК [54; 112; 114; 117; 120]. Летальных исходов не было. Язвы ДПК зажили у 90–93 % больных [165], а средний койко-день составил 3,5 дня. Тяжелых дуоденогастральных рефлюксов, гастростаза и диареи не наблюдалось. Оценка по критериям Visick I–II составила 80–86 %, а Visick III–IV составила 14 %. Низкий процент рецидива дуоденальной язвы (от 0 до 5 %) отмечен многими авторами [8; 9; 103; 130; 135; 138; 139; 143; 151; 155]. G. Cadriere и соавт. (1999) указывают на возможность выполнения лaparоскопической СПВ в 100 % случаев, независимо от перенесенных ранее лaparотомий, прободной язвы и перитонита. M. Dubai,

G. Wind (США) в 1996 году опубликовали результаты оперативного лечения 47 пациентов, которым была выполнена лапароскопическая расширенная СПВ. По их мнению, оптимальная кислоторедуцирующая денервация желудка у пациентов с упорными пептическими язвами должна включать пересечение аберрантных вагусных волокон, входящих в желудок вместе с селезёнными и короткими сосудами желудка. По сравнению с операцией Хилла-Баркера, лапароскопическая расширенная СПВ, сопровождается меньшим числом осложнений (диарея, временное нарушение эвакуации из желудка, стойкий спазм привратника). В течение 4 лет не установили рецидивов заболевания. Предлагают рассматривать видеолaparоскопическую расширенную СПВ в качестве альтернативы у пациентов с ХЯДПК, получающих противоязвенные лекарственные препараты. В нашей стране о 4 операциях видеолaparоскопической расширенной СПВ в 1997 году сообщили А. Б. Туманов и К. Р. Александров. Однако, у 2 больных они получили интраоперационное осложнение в виде кровотечения, что потребовало перехода на открытую операцию. N. Katkhouda и соавт. (1998) сообщили о выполнении 10 расширенных видеолaparоскопических СПВ с использованием «гармоничного скальпеля». Это были пациенты с медикаментозно-резистентной дуоденальной язвой, отрицательным *Helicobacter pylori*. Продолжительность операции в среднем составила 1 час. Послеоперационных осложнений не было. Пациенты были выписаны на следующие сутки после операции из стационара. В течение 2 месяцев наступило полное заживление дуоденальных язв, кислотность снизилась на 74 % (BAO), и 79,2 % (MAO). Авторы указывают на то, что все описанные техники видеолaparоскопической СПВ используют для разделения нервно-сосудистых ветвей клипсы, что делает видеолaparоскопический подход утомительным. Совершенствование техники СПВ позволяет сделать эту операцию безопасной, дающей хорошие результаты у пациентов с упорными *H. Pylori* – негативными дуоденальными язвами.

Экспериментальные данные подтвердили высокую эффективность лапароскопических вариантов ваготомии (билатеральные СтВ и полуселективные

комбинированные по Тейлору и Хиллу-Баркеру, СПВ и варианты по Гомеш-Ферреру) со снижением кислотопродуцирующей функции желудка от 65–81 % (BAO) и 78–88 % (MAO) [146; 197; 218; 226; 229; 244]. Отдаленные результаты послеоперационного наблюдения соответствовали таковым после открытого хирургического вмешательства [8; 9; 24; 41; 42; 57; 141; 147; 148; 158]. При этом сроки стационарного лечения сократились на 70 %, сроки восстановления трудоспособности на 50 %.

В. И. Оскретков и соавт. [84; 85] сообщили о применении различных вариантов видеолапароскопической СПВ у 107 больных с ХЯДПК, из них у 18 выполнены дренирующие желудок операции (ДЖО) из минидоступа (гастроэнтероанастомоз и гастродуоденоанастомоз). Авторы изучили отдаленные результаты в сроки до 5 лет. При этом отличные и хорошие отдаленные результаты зарегистрированы у 73,4 % больных [77; 84; 85].

Преимущества видеолапароскопической хирургии для больных, заключающиеся в минимальной операционной травме, быстром восстановлении трудоспособности и хорошем косметическом эффекте, позволяют надеяться, что при тщательном освоении техники видеолапароскопических операций и анализа результатов, этот метод займет достойное место в лечении больных с осложнениями язвенной болезни [29; 34; 52; 102; 131; 140; 198; 201].

Более широкому внедрению новых методов операций, при прободных пилородуоденальных язвах, мешают не столько трудности в преодолении выработанных в течение многих лет привычек выполнять ушивание или резекцию, и не отрицательные последствия ваготомии, частота и выраженность которых дискутируются в современной литературе, сколько отсутствие среди хирургов единых взглядов на показания к традиционным и новым операциям при данной патологии [59; 60].

В национальных хирургических рекомендациях, принятых на XII Съезде хирургов России, применение видеолапароскопического ушивания перфоративной язвы ДПК рекомендовано при малом диаметре перфорационного отверстия и отсутствии инфильтрации стенки. В случаях каллезной язвы,

расположенной по наружному краю ДПК, рекомендуется применение иссечения перфоративной язвы из минидоступа в правом подреберье [78].

Но применение минимально инвазивных технологий не позволило в большинстве случаев обеспечить снижение риска развития рецидива язвы и, в том числе, возникновение повторного осложнения, поскольку в ургентной хирургии спектр использования новых технологий ограничивается в большинстве случаев ушиванием перфоративной или кровоточащей язвы, в связи с преклонным возрастом больных или распространенным перитонитом [39; 50; 74; 115; 122; 123; 124; 127; 137; 146]. Кроме того, рецидивы язв, после органосохраняющих операций, в значительной степени связаны с недостаточной оценкой роли *Helicobacter pylori* (НР) [78; 80; 87; 95; 109; 110; 160; 168]. С внедрением противоязвенной «тройной» и «квадро» терапии, число осложненных форм заболевания значительно сократилось. Уменьшилось число рецидивов в течение года с 85 до 10 %, а по некоторым данным – до 1,5–2 %. По результатам 5-летнего наблюдения отдельных авторов частота рецидивов после эрадикации НР составила 5 % [27; 106; 128; 187; 199].

В этой связи перспективным представляется интеграция органосохраняющих минимально инвазивных операций с эрадикацией хеликобактерной инфекции в ближайшем послеоперационном периоде, с целью предотвращения возможных рецидивов гастродуоденальных язв [17; 105; 111; 121; 172; 202].

Все вышесказанное позволяет предположить, что, выполняя операции, направленные на устранение жизненно опасных осложнений язвенной болезни, проводя полноценную терапию, можно избежать необходимости в радикальных операциях, какими являются резекция желудка и различные варианты ваготомии.

Резюме

Применение миниинвазивных технологий заняло прочное место в лечении ургентных хирургических заболеваний. Видеолапароскопическое ушивание перфоративной язвы применяется у многих больных. В тоже время при ее

осложненном течении: пенетрация, каллезные края язвы, формирование стеноза, данная операция не всегда эффективна. В литературе широко описано применение технологии минидоступа в лечении желчнокаменной болезни, в том числе ее осложненных форм. Применение ее в сочетании с видеолапароскопией для лечения осложнений перфоративной дуоденальной язвы представляется возможным. Дело в том, что эта технология позволяет провести санацию брюшной полости и иссечь перфоративную язву, выполнить дуоденопластику и при этом сохранить привратник. Поэтому, исследования в этом направлении представляются перспективными.

ГЛАВА 2 МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава России) в период с 2003 по 2013 годы.

2.1 Материал исследования

2.1.1 Дизайн исследования

Характер исследования: наблюдательный, проспективный, лонгитудинальный.

Критерии включения:

- 1) больные с перфоративной язвой ДПК в возрасте до 75 лет;
- 2) проведение оперативного лечения;
- 3) больные с перфоративной язвой ДПК, оперированные в срок до 36 часов с момента перфорации;
- 4) больные с перфоративной язвой ДПК без спаечной болезни;
- 5) получение информированного согласия больного на оперативное лечение предлагаемым методом и использование полученных данных в научном исследовании;

Критерии исключения:

- 1) больные с перфоративной язвой ДПК с распространенным перитонитом;
- 2) больные старше 75 лет;
- 3) наличие острого инфаркта миокарда и острой недостаточности мозгового кровообращения, верифицированного диагноза онкологических заболеваний, острых и хронических инфекционных заболеваний;

4) больные с перфоративной язвой ДПК со спаечной болезнью брюшины.

2.1.2 Общая характеристика больных

Исследование основано на изучении результатов хирургического лечения 112 больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки, находившихся в клинике госпитальной хирургии ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава России и в клинике госпитальной хирургии Медицинского центра Государственного медицинского университета г. Семей. Исследование одобрено этическим комитетом ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава России (протокол № 15 от 18.12.2013).

Все пациенты оперированы в экстренном порядке.

Больные разделены на две группы. Первую составили 55 (49,1 %) больных, которым предпринята видеолaparоскопия, санация, ушивание перфоративного отверстия ДПК. Вторую составили 57 (50,9 %) больных, которым проводилась видеолaparоскопия, санация с иссечением язвы ДПК и дуоденопластикой из минидоступа.

Из 112 оперированных, преобладающее большинство составили мужчины – 100 человек (89,2 %) и было лишь 12 (10,8 %) женщин. Распределение больных в зависимости от возраста представлено в таблице 1.

Таблица 1 – Распределение больных в зависимости от возраста и пола

Возрастная группа	Мужчины		Женщины		Оба пола	
	Количество больных	%	Количество больных	%	Количество больных	%
До 20 лет	5	5,0	—	—	5	4,5
21–44 года	70	70,0	3	25,0	73	65,1
45–59 лет	23	23,0	8	66,7	31	27,6
60–73 года	2	2,0	1	8,3	3	2,8
Итого:	100	100,0	12	100,0	112	100,0

Из таблицы 1 видно, что основное количество – 109 (97,3 %) больных составили лица трудоспособного возраста. Возраст пациентов варьировал от 16 до 73 лет, средний возраст ($38,9 \pm 1,0$) лет.

Сопутствующие заболевания выявлены у 33 (29,4 %) больных, в том числе: тромбоз подкожных вен нижней конечности – у 1, облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей – у 1, хронический бронхит – у 8, ревматоидный полиартрит – у 1, правосторонняя пневмония – у 3, цирроз печени – у 2, ишемическая болезнь сердца, постинфарктный кардиосклероз – у 4, хронический персистирующий гепатит – у 2, гипертоническая болезнь – у 11 больных.

Не было существенных различий по частоте и характеристикам сопутствующей патологии между выделенными группами, в зависимости от проводимого оперативного вмешательства (таблица 2).

Перфорация язвы была первым признаком язвенной болезни у 29 (25,8 %) больных. На фоне обострения заболевания она возникла у 35 (31,2 %), в период клинической ремиссии – в 54 (48,2 %) наблюдениях.

У большинства больных (83 пациента, 74,1 %) диагностирована язвенная болезнь с локализацией язвы в ДПК, в 29 случаях (25,9 %) в язвенный инфильтрат вовлекался привратник.

Перфорация была повторной в 3 (2,6 %) случаях, сочеталась с кровотечением в 4 случаях (3,4 %).

Статистически значимых различий между группами, в зависимости от проведенного оперативного вмешательства, не было ни по одному из показателей.

Таблица 2 – Характер сопутствующей патологии у оперированных больных

Сопутствующие заболевания	Оперативное вмешательство				
	видеолапароскопия, санация, ушивание перфоративного отверстия ДПК, n = 55		видеолапароскопия, санация с иссечением язвы ДПК с выполнением дуоденопластики из малого доступа, n = 57		
	n	M ± m	n	M ± m	p
Гипертоническая болезнь	5	9,1 ± 3,9	6	10,5 ± 4,1	> 0,05
Хронический гепатит	1	1,8 ± 1,8	1	1,8 ± 1,7	> 0,05
ИБС, постинфарктный кардиосклероз	2	3,6 ± 2,5	2	3,5 ± 2,4	> 0,05
Пневмония	1	1,8 ± 1,8	2	3,5 ± 2,4	> 0,05
Ревматоидный полиартрит	1	1,8 ± 1,8	0	0	> 0,05
Хронический бронхит	4	7,3 ± 3,5	4	7,0 ± 3,4	> 0,05
Облитерирующий атеросклероз артерии нижних конечностей	0	0	1	1,8 ± 1,7	> 0,05
Тромбофлебит подкожных вен нижних конечностей	0	0	1	1,8 ± 1,7	> 0,05
Цирроз печени	1	1,8 ± 1,8	1	1,8 ± 1,7	> 0,05

Различия между группами были статистически незначимы.

Длительность язвенного анамнеза до 5 лет была у 42 (37,5 %), от 5 до 10 лет – у 32 (28,5 %), свыше 10 лет – у 9 (8 %) больных (таблица 3).

Таблица 3 – Длительность язвенного анамнеза у оперированных больных

Продолжительность язвенного анамнеза	Всего больных	
	количество больных	M ± m
Без язвенного анамнеза	29	25,8 ± 4,1
До 5 лет	42	37,5 ± 4,6
5–10 лет	32	28,5 ± 4,3
Свыше 10 лет	9	8,0 ± 2,6
Итого:	112	100

В сроки до 6 часов после перфорации язвы ДПК госпитализирован 61 пациент (54,5 %), спустя 6–12 часов – 30 (26,8 %), а через 12 часов и более – 21 (18,8 %) больной (рисунок 1).

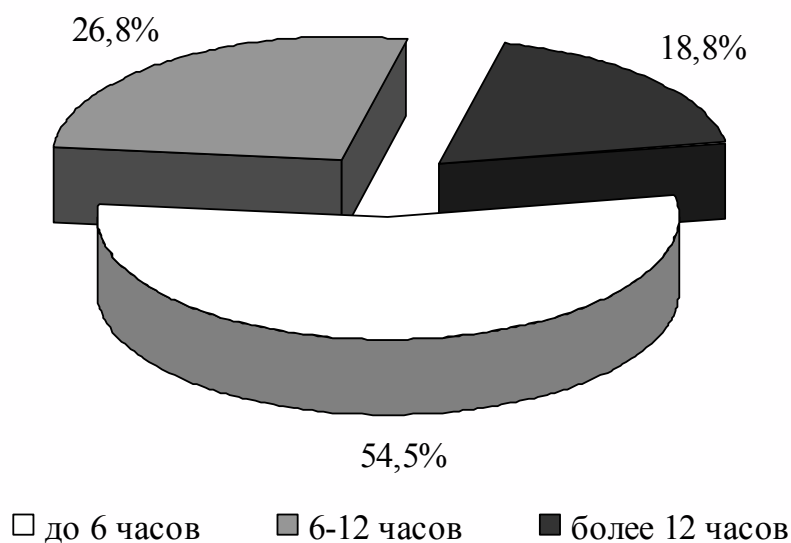


Рисунок 1 – Распределение больных с перфоративной язвой ДПК по сроку госпитализации (%)

Перфорация язвы у 106 (94,6 %) больных проявилась резкой болью в животе. Рвота чаще отмечалась спустя 6 часов после перфорации, преимущественно у больных среднего и пожилого возраста. Общее или местное напряжение мышц брюшной стенки выявлено практически у всех больных, симптом Щеткина-Блюмберга был положительным в 109 наблюдениях (97,3 %) (таблица 4).

Таблица 4 – Жалобы больных при поступлении и локальный статус

Жалобы больных при поступлении и локальный статус	Оперативное вмешательство				
	видеолапароскопия, санация, ушивание перфоративного отверстия ДПК, n = 55		видеолапароскопия, санация с иссечением язвы ДПК с выполнением дуоденопластики из минидоступа, n = 57		
	n	M ± m	n	M ± m	p
Боль в области эпигастрия	52	94,5 ± 3,1	55	96,5 ± 2,4	> 0,05
Боль в области правого подреберья	42	76,4 ± 5,7	44	77,2 ± 5,6	> 0,05
Боль по всему животу	38	69,1 ± 6,2	46	80,7 ± 5,2	> 0,05
Тошнота	42	76,4 ± 5,7	46	80,7 ± 5,2	> 0,05
Рвота	41	74,5 ± 5,9	40	70,2 ± 6,1	> 0,05
Вздутие живота	27	49,1 ± 6,7	31	54,4 ± 6,6	> 0,05
Напряжение мышц в области эпигастрия	35	63,6 ± 6,5	39	68,4 ± 6,2	> 0,05
Напряжение мышц в области правого подреберья	39	70,9 ± 6,1	45	78,9 ± 5,4	> 0,05
Напряжение мышц по всему животу	52	94,5 ± 3,1	56	98,2 ± 1,7	> 0,05

При обзорной рентгенографии свободный газ в брюшной полости обнаружен в 72 (64,2 %) случаях. Значительное повышение информативности исследования достигается проведением его после фиброгастродуоденоскопии (ФГДС). Данное исследование проводилось 34 (30,3 %) больным с подозрением на прикрытую перфорацию. Статистически значимых различий по частоте жалоб и физикальных показателей между группами не было.

Результаты интраоперационной ревизии

Диагностические данные, полученные в ходе оперативного вмешательства, представлены в таблице 5.

Таблица 5 – Характеристика интраоперационных данных

Интраоперационная находка	Всего больных	
	количество больных	М ± m
Изолированная перфоративная язва передней стенки ДПК	69	61,6 ± 4,6
В сочетании с компенсированным стенозом ДПК	22	19,6 ± 3,8
В сочетании с субкомпенсированным стенозом ДПК	8	7,1 ± 2,4
В сочетании с язвой задней стенки ДПК	15	13,4 ± 3,2
Итого:	112	100,0

В брюшной полости у 38 (34,0 %) больных имелся серозный, у 59 (52,6 %) – серозно-фиброзный, у 21 (18,7 %) – фибринозно-гнойный выпот. Объем экссудата составил (501,5 ± 19,9) мл. Преимущественно выпот локализовался под печенью, в правом боковом канале и в малом тазу.

При исследовании области перфорации диаметр перфорационного отверстия составил в среднем (0,45 ± 0,01) см. Перфорационное отверстие располагалось на передневерхней стенке ДПК в 38 (33,9 %) наблюдениях. Перифокальный воспалительный инфильтрат был (1,5 ± 0,04) см в диаметре и не выходил за пределы ДПК. Перфорационное отверстие располагалось на расстоянии (1,8 ± 0,03) см от пилорического жома и лишь у 27 (23,4 %) больных – возле пилоруса с вовлечением его в инфильтрат. Сочетание перфорации с дуоденальным стенозом I–II степени выявлено у 32 (28,6 %), с наличием второй язвы – у 15 (13,4 %) и ее пенетрацией в головку поджелудочной железы – у 3 больных (2,7 %). Прикрытая перфорация выявлена в 5 (4,5 %) случаях.

Распределение больных по результатам интраоперационной ревизии, в зависимости от оперативного вмешательства, характер оперативных вмешательств и сроки поступления больных представлены в таблицах 6 и 7.

Выбор хирургической тактики был направлен на одновременное решение следующих задач: ликвидация источника перитонита, профилактика послеоперационных осложнений, снижение травматичности вмешательства.

Таблица 6 – Распределение больных по результатам интраоперационной ревизии в зависимости от оперативного вмешательства

Интраоперационная находка	Всего больных			
	видеолапароскопия, санация, ушивание перфоративного отверстия ДПК, n = 55		видеолапароскопия, санация с иссечением язвы ДПК с выполнением дуоденопластики из минидоступа, n = 57	
	количество больных	M ± m	количество больных	M ± m
Изолированная перфоративная язва передней стенки ДПК	38	69,1 ± 6,2	29	50,9 ± 6,6
В сочетании с компенсированным стенозом ДПК	11	20,0 ± 5,4	11	19,3 ± 5,2
В сочетании с субкомпенсированным стенозом ДПК	2	3,6 ± 2,5	6	10,5 ± 4,1
В сочетании с язвой задней стенки ДПК	4	7,3 ± 3,5	11	19,3 ± 5,2
Примечание – Различия между группами были статистически незначимы.				

Таблица 7 – Характер оперативных вмешательств и сроки поступления больных

Характер оперативных вмешательств	Сроки поступления (в часах)						Всего больных	
	до 6		6–12		12 и более			
	абс. число	M ± m	абс. число	M ± m	абс. число	M ± m	абс. число	M ± m
Видеолапароскопия, санация, ушивание перфоративного отверстия ДПК	32	58,2 ± 6,7	15	27,3 ± 6,0	8	14,5 ± 4,7	55	49,1 ± 4,7
Видеолапароскопия, санация с иссечением язвы ДПК с выполнением дуоденопластики из минидоступа	33	57,9 ± 6,5	16	28,1 ± 6,0	8	14,0 ± 4,6	57	50,9 ± 4,7

Продолжение таблицы 7

Характер оперативных вмешательств	Сроки поступления (в часах)						Всего больных	
	до 6		6–12		12 и более			
	абс. число	M ± m	абс. число	M ± m	абс. число	M ± m	абс. число	M ± m
Итого	65	58,1 ± 4,7	31	27,7 ± 4,2	16	14,2 ± 4,6	112	100,0

Различия между группами по срокам поступления больных между выделенными группами были статистически незначимы.

В раннем послеоперационном периоде всем больным проводилась однотипная медикаментозная терапия, направленная на предотвращение развития рецидива язвы и нормализацию функционального состояния желудочно-кишечного тракта. Назначалась «тройная» или «квадро» терапия, включающая ингибиторы протонной помпы: контролок 40 мг в/в 1 раз в сутки в течение 7 дней; нольпаза 40 мг в/в 1 раз в сутки в течение 7 дней. На 2 сутки после восстановления функции моторики желудочно-кишечного тракта переходили на пероральный прием данных препаратов.

В дальнейшем ведение всех больных осуществлялось в соответствии с современными принципами лечения язвенной болезни (эрадикация НР, применение ингибиторов протоновой помпы), с периодическим ФГДС-контролем, согласно действующим протоколам диагностики и лечения.

2.1.3 Методы исследования

Поступившим больным с перфоративной язвой проводились следующие обследования: общеклинические анализы крови и мочи, биохимические анализы крови, обзорная рентгенография органов брюшной полости (на наличие свободного газа в брюшной полости), электрокардиография, фиброгастродуоденоскопия с последующей повторной обзорной рентгенографией брюшной полости, где зачастую удается определить свободный газ под

диафрагмой.

На операционном столе, после эвакуации желудочного содержимого, производился забор желудочного сока через зонд, в котором определяли его объем (мл) pH и кислотность (ммоль/л). Интраоперационная pH-метрия проводилась со стимуляцией пентагастрином (6 мкг/кг).

При изучении непосредственных и отдалённых результатов, больные подвергались более тщательному обследованию, направленному на диагностику послеоперационных осложнений и рецидива заболевания, выявления функциональных нарушений. При этом основывались на данных жалоб больных, ФГДС, показателей секреторной (Кея, pH-метрия), моторно-эвакуаторной функции желудка (рентгенологическое исследование).

Фиброгастродуоденоскопию пищевода, желудка и начальных отделов ДПК производили больным на основе общепризнанной методики фиброэндоскопами JF-20, JF-30 («Pentax» Япония). При исследовании оценивалась слизистая пищевода, желудка, характер и количество содержимого, состояние пищеводно-желудочного перехода. Далее оценивалась функция привратника и его форма, стенозирование, наличие дуоденогастрального рефлюкса. Через раскрытый привратник осматривали переднюю стенку луковицы ДПК, ее складки, язвенный кратер, зону стеноза. При этом оценивалось наличие, размеры и локализация язвенного дефекта, его расстояние от привратника, выполнялась биопсия из краев язвы.

ФГДС позволила выявить размеры язвы ее локализацию, воспалительные изменения слизистой оболочки ДПК, диаметр перфоративного отверстия, наличие рубцовой деформации просвета кишки и его стенозирование, выявить признаки дуоденогастрального рефлюкса.

Во время эндоскопического исследования осуществляли забор тощакового содержимого желудка через катетер, введённый в биопсийный канал эндоскопа. В шприц набирали не менее 15 мл желудочного сока. В тощаковом содержимом желудка (ТСЖ) изучались pH и кислотность желудочного сока.

Рентгенологическое исследование является одним из основных методов

исследования желудка и ДПК, применяемых для выявления локализации, характера, протяжённости патологических изменений и функциональных нарушений. В качестве контрастного вещества применяли водную взвесь сульфата бария (100 г сульфата бария на 80 мл воды). Исследования производили натощак. После обзорной рентгеноскопии больному давали контрастную взвесь. Изучение состояния органов проводили в различных проекциях (вертикальном, горизонтальном положениях и в положении Тренделенбурга).

Во время исследования изучали форму, величину, положение, тонус, перистальтику, контуры органа, эластичность стенок, функцию привратника, пищеводно-кардиального жома, сроки первоначальной и последующей эвакуации. При исследовании производились обзорные и прицельные снимки желудка.

Кислопродукцирующая функция желудка изучалась с помощью фракционного зондового метода, желудочную секрецию исследовали в течение 2 часов, собирая каждые 15 минут (8 порций). Перед началом исследования через зонд извлекали скопившееся в желудке содержимое. Исследовали базальную секрецию в межпищеварительный период и стимулированную секрецию после введения стимулятора. В качестве стимулятора применяли пентагастрин в расчёте 6 мкг/кг подкожно. Аспирация желудочного содержимого производилась вручную с помощью шприца. В полученных порциях желудочного сока определяли объём секрета в мл, общую кислотность в ммоль/л. Рассчитывался дэбит соляной кислоты.

Нормальные показатели секреции свободной соляной кислоты: базальная секреция до 5 ммоль/ч, стимулированная секреция 16–25 ммоль/ч (М. И. Кузин 1986).

Орентировочным диагностическим критерием служил коэффициент секреции свободной соляной кислоты, выраженный в процентах (М. И. Кузин 1986).

Внутрижелудочную pH-метрию производили с использованием двух электродных зондов, устанавливаемых в теле и антральном отделе желудка. Исследование проводили как натощак, так и после стимуляции секреции

(пентагастрин 6 мкг/кг). Положение датчиков контролировалось рентгенологически.

При рН-метрии ориентировались на следующие показатели кислотопродуцирующей функции желудка (Е.Ю.Линар, 1968; Ю.Я. Лея, 1971):

1) рН базальная:

рН – 1,5 и ниже означает гиперацидность, непрерывное кислотообразование;

рН – 1,6–2,0 – нормацидность, непрерывное кислотообразование (кислотообразование средней интенсивности);

рН – 2,1 и выше – гипацидность, непрерывное кислотообразование (кислотообразование пониженной интенсивности);

рН – 6,0 и выше – анацидность;

2) рН стимулированная (гистамин, пентагастрин):

рН – 1,2 и ниже – гиперацидная реакция;

рН – 1,21–2,0 – нормоацидная реакция (средней интенсивности);

рН – 2,1–3,0 – гипацидная реакция;

рН – 3,1–5,9 – сниженная реакция;

рН – 6,0 и выше – независимо от стимуляции – анацидность.

Гистологическое исследование

Морфологическое исследование биопсийного материала проводилось в патологоанатомическом бюро г. Семей. Взятие материала производилось в соответствии с общими правилами (Меркулов Г. А., Сапожков А. Г., Дорсович А. Е., 2000).

Гистологическое исследование биопсийного материала, полученного при эндоскопии, производилось с окраской гематоксилин-эозином и по Ван-Гизону.

Диагностика инфекции *Helicobacter pylori*

Наряду с гистологическим исследованием биопсийного материала, производилось его бактериоскопическое исследование на предмет наличия в слизистой оболочке *Helicobacter pylori* (НР). Изучение НР в гистологических препаратах позволяло определить 3 степени обсемененности слизистой оболочки

(Поташов Л. В. и соавт., 1999): слабая степень (+) – до 20 микробных тел в поле зрения (при 630-кратном увеличении); средняя степень (++) – до 50 микробных тел в поле зрения; высокая степень (+++) – более 50 микробных тел в поле зрения.

Кроме этого, для диагностики инфицированности слизистой *Helicobacter pylori*, использовался уреазный тест.

Оценка клинических результатов оперативных вмешательств в отдалённом периоде проводилась по классификации Visick на основании обобщения клинических, рентгенологических, эндоскопических и лабораторных исследований, как отличные, хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные (Ю. М. Панцырев):

1) отличный результат – жалоб не предъявляет, не нуждается в соблюдении диеты, практически здоров. При объективном исследовании изменений не выявлено, может быть неадекватное снижение желудочной секреции без клинических проявлений;

2) хороший результат – диспепсический синдром без выраженных изменений слизистой желудка, при эндоскопическом исследовании желудка. Симптомы: диарея, рефлюкс-гастрит легкой степени выраженности, купируемые диетой и медикаментозным лечением. Трудоспособность полностью сохранена. Практически здоров;

3) удовлетворительный результат – симптомы: диарея, гиперсекреторный гастродуоденит, рефлюкс-гастрит средней тяжести. Больной лечится амбулаторно и периодически в стационаре. Умеренное снижение нормальной жизнедеятельности;

4) неудовлетворительный результат – операция не принесла выздоровления. Рецидив язвенной болезни, подтверждённый эндоскопически. Выраженный желудочный стаз, вследствие стеноза выходного отдела желудка, тяжёлый рефлюкс-гастрит. Больной нуждается в лечении в стационаре, включая повторную операцию. Временная утрата трудоспособности. В эту же группу включены больные, у которых имелось сочетание двух и более синдромов средней степени тяжести, приведшие к снижению трудоспособности вплоть до

инвалидности.

Методы статистической обработки

При проведении статистического анализа данных, представленных в работе, полученные результаты исследования вносились в базы данных, подготовленные в программе Microsoft Excel. Система обработки данных включала автоматизированную проверку качества подготовки информации (исключение результатов, не относящихся к ряду данных), группировку данных по задаваемым критериям.

При анализе клинических данных использованы параметрические и непараметрические методы. Численные (непрерывные) величины представлены в виде средних арифметических значений и ошибки среднего ($M \pm \sigma$). Сравнение количественных признаков и относительных величин проводилось с помощью критерия Стьюдента, для непрерывных переменных – парного критерия Стьюдента.

В качестве граничного уровня статистической значимости различий принимали $p < 0,05$.

ГЛАВА 3 ТЕХНИКА ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

3.1 Техника видеолaparоскопического ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки

При проведении видеолaparоскопической операции использовали следующую схему расположения хирургической бригады: оперирующий хирург и ассистент стоят на стороне, противоположенной расположению патологического очага, слева от больного. Видеолaparоскопическая стойка (монитор) находилась перед хирургом справа от больного. Наличие второго монитора облегчало взаимодействие оперирующего хирурга и ассистента.

Выше пупка делали разрез до 2,0 см, иглой Вереша создавали пневмоперитонеум CO₂ объёмом 3,0 литра. Троякары с инструментами вводили в следующих точках: параумбиликально – 10-миллиметровый, в правое подреберье – 5-миллиметровый, в левое подреберье – 10-миллиметровый, в правой подвздошной области – 5-миллиметровый. Видеолaparоскоп традиционно вводили через троакар, расположенный параумбиликально. После введения первого троакара оценивали состояние брюшной полости и принимали решение о целесообразности продолжения видеолaparоскопического вмешательства (рисунок 2).

Противопоказаниями к лечебному видеолaparоскопическому вмешательству являлись:

- 1) фибринозно-гнойный перитонит с выраженной дилатацией тонкой кишки, обуславливающий необходимость назоинтестинальной интубации. Видеолaparоскопическими признаками распространенного перитонита считали расширенные во всех отделах брюшной полости петли тонкой кишки (более 3,0 см), отсутствие перистальтических сокращений кишечника, гиперемизированную и тусклую серозную оболочку, наложения фибрина на серозной оболочке тонкой кишки и других органах брюшной полости, наличие мутного выпота во всех отделах брюшной полости;

2) спаечный процесс брюшной полости.

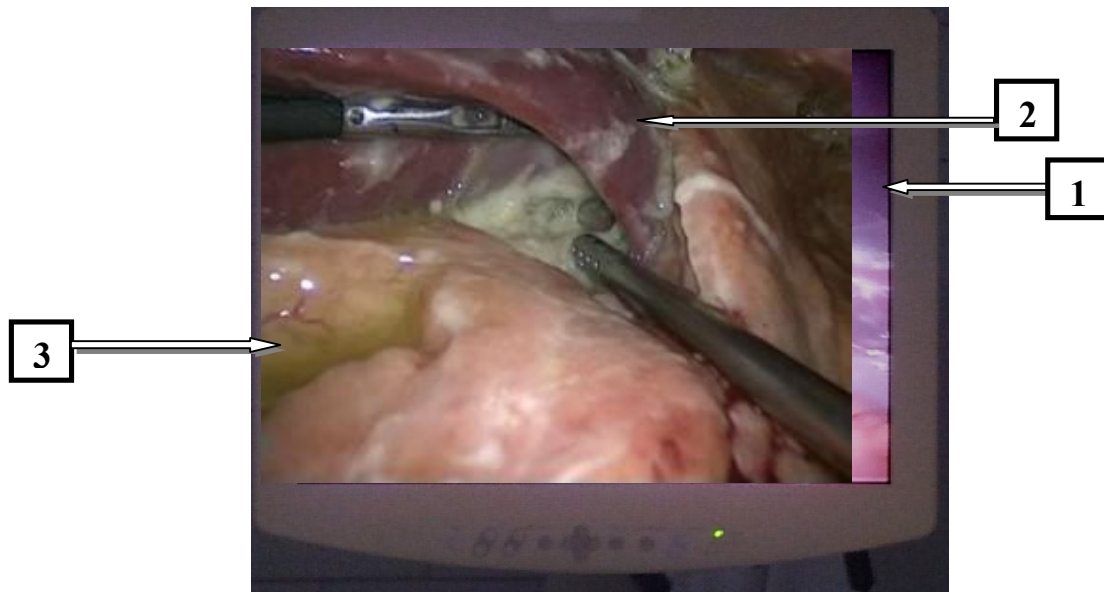


Рисунок 2 – Видеолaparоскопическая картина брюшной полости

- 1) монитор видеолaparоскопической стойки;
- 2) печень, покрытая фибрином;
- 3) правый боковой канал и подпеченочное пространство с фибрином и серозным выпотом.

Затем определяли локализацию перфоративной язвы и диаметр перфоративного отверстия. Прободные язвы пилородуоденальной зоны ушивали однорядным швом атравматическим синтетическим материалом Vikril 3,0 без захвата слизистой, в поперечном направлении, чтобы не вызвать сужения просвета. Если стенки язвы в окружности прободного отверстия неподвижные, рыхлые, а наложенные швы при завязывании начинали прорезаться, их подкрепляли подшиванием пряди сальника или желудочно-ободочной связки на ножке. При прорезывании швов также использовали закрытие перфоративного отверстия прядью большого сальника на ножке. Эту прядь выделяли путем видеолaparоскопической коагуляции и применением генератора Лига Шу. При помощи длинной нити проводили внутрь просвета ДПК через прободное отверстие иглу, а затем фиксировали этой же нитью, проведенной сквозь стенку ДПК, обратно на серозную оболочку. При завязывании концов нити сальник

плотно тампонирует отверстие. После этого в окружности язвы и несколько отступая от нее, сальник дополнительно фиксируют снаружи отдельными швами. Заключительным этапом операции была тщательная санация брюшной полости и установка дренажей в правом подреберье и в малом тазу справа.

3.2 Техника видеолaparоскопической санации, иссечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки с дуоденопластикой из минидоступа в правом подреберье

У больных второй группы после видеолaparоскопии и санации в правом подреберье трансректальным доступом длиной 4 см (рисунок 3) с использованием аппарата «миниассистент Лига-7» (рисунок 4) проводилась мобилизация ДПК по Кохеру.

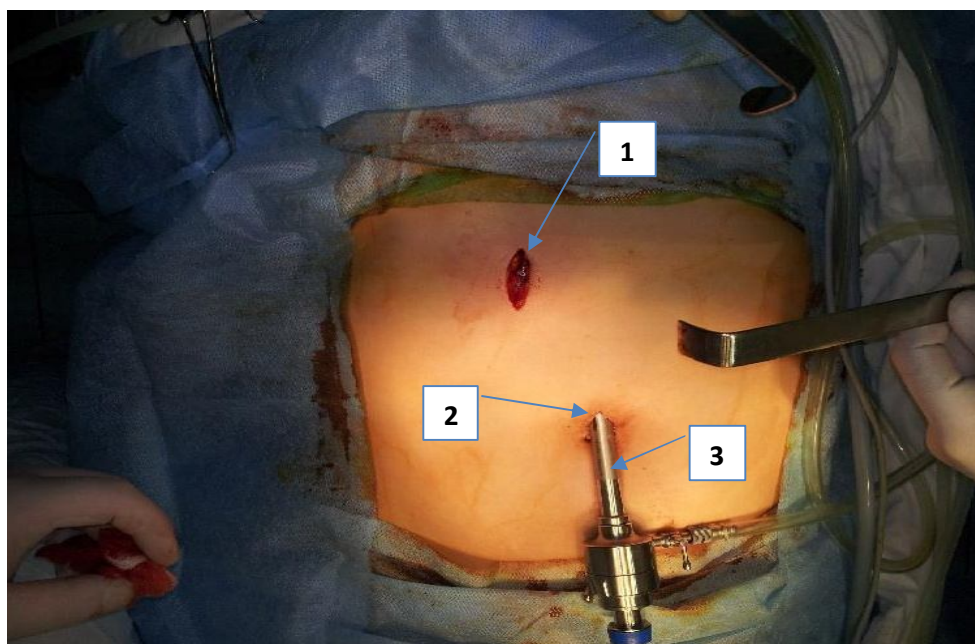


Рисунок 3 – В брюшную полость введен лапароскоп параумбиликально, в правом подреберье произведен трансректальный разрез длиной 4 см

- 1) трансректальный разрез в правом подреберье;
- 2) параумбекальная рана;
- 3) лапароскоп.

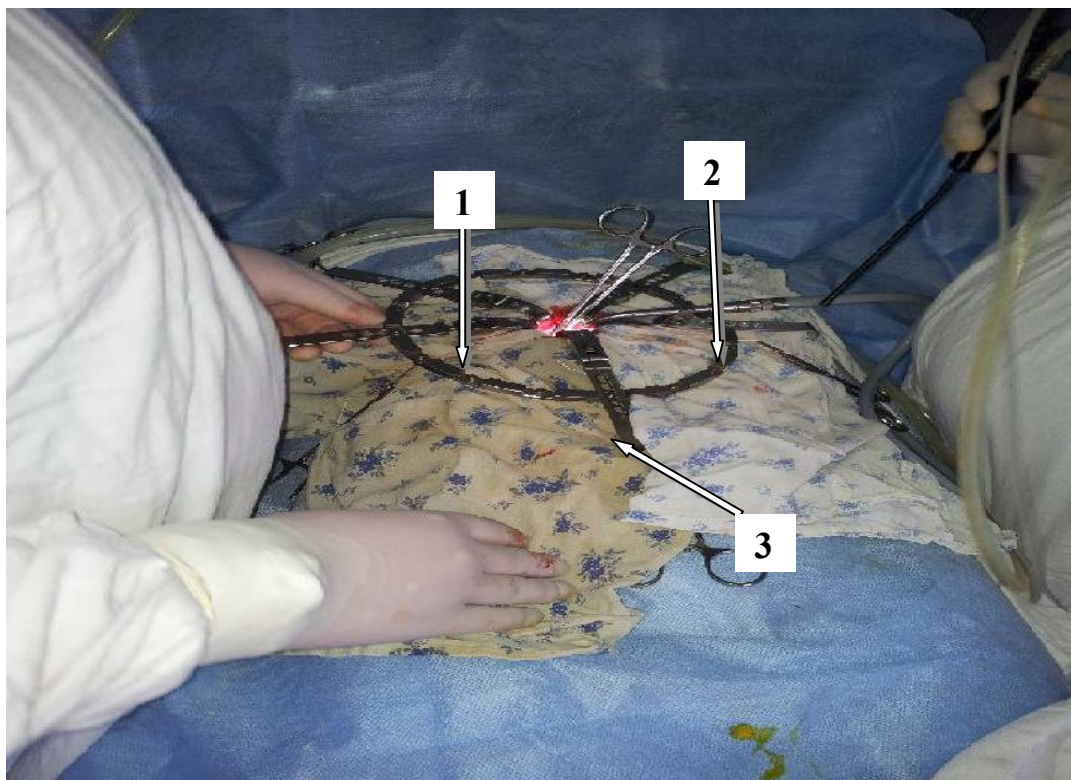


Рисунок 4 – Установлен аппарат «Миниассистент Лига-7»

- 1) лопатка ранорасширителя;
- 2) лопатка световодная со световодом;
- 3) кольцо ранорасширителя.

В зависимости от локализации язвы, перифокального воспалительного вала, наличия язвы на задней стенке ДПК, протяжённости и степени сужения, выраженности деформации и престенотического расширения, выбирали тот или иной способ дуоденопластики (рисунок 5).

При локализации перфоративной язвы, на передней стенке без вовлечения верхней и задней стенок ДПК, производим поперечную дуоденотомию по язве или ниже перфорационного отверстия (рисунок 6).

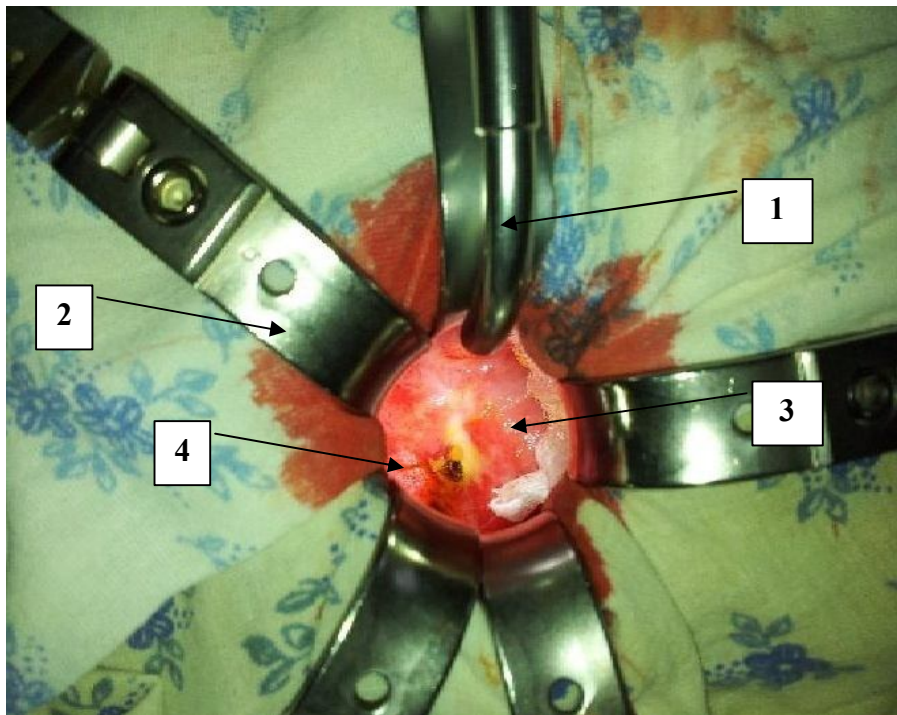


Рисунок 5 – Вид перфоративной язвы ДПК

- 1) лопатка световодная со световодом;
- 2) лопатка ранорасширителя;
- 3) двенадцатиперстная кишка;
- 4) язва с перфоративным отверстием диаметром 0,8 см.

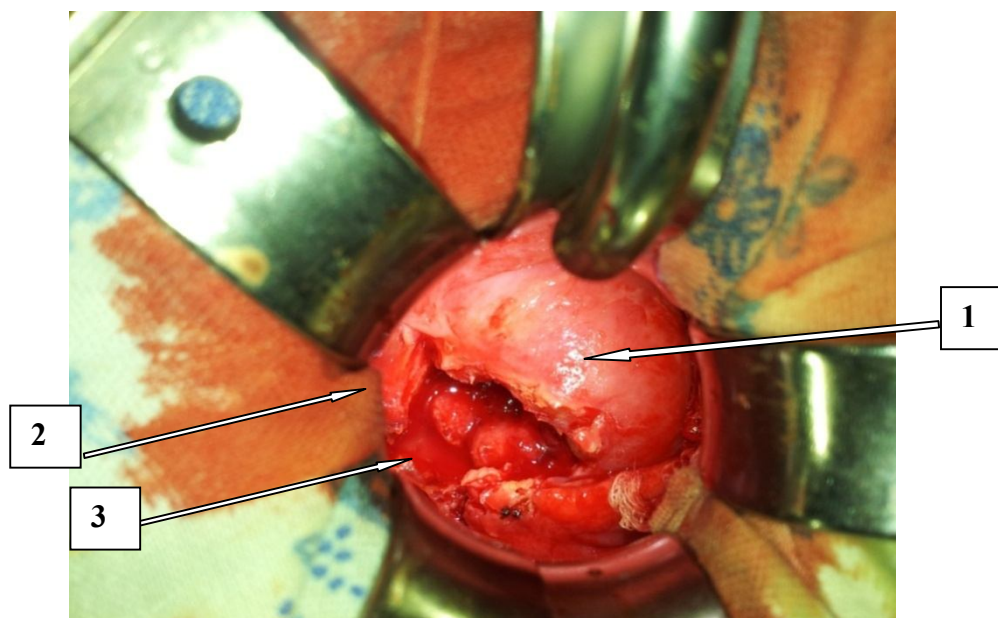


Рисунок 6 – Вид язвы ДПК после иссечения

- 1) двенадцатиперстная кишка;
- 2) иссеченные края язвы;
- 3) просвет ДПК.

Через рану оценивается зона инфильтрации, наличие стеноза, расстояние до пилорического жома. Иссекается перфоративная язва (в виде «лепестка»). При этом, контролируем пилорический жом, чтобы не повредить его, удаляем рубцовые ткани. Следует иссекать только патологически изменённую ткань, устранить рубцовые деформации. Визуально и пальпаторно инструментом ревизируем заднюю стенку ДПК на наличие «зеркальной» язвы.

Рана на ДПК ушивается двухрядным атравматическим синтетическим швом Vikril 3,0 или однорядным, при этом первый ряд швов следует накладывать очень аккуратно, без грубого захвата краёв раны кишки. Несоблюдение этого правила может привести к деформации ДПК и нарушению функции пилорического жома (рисунок 7).

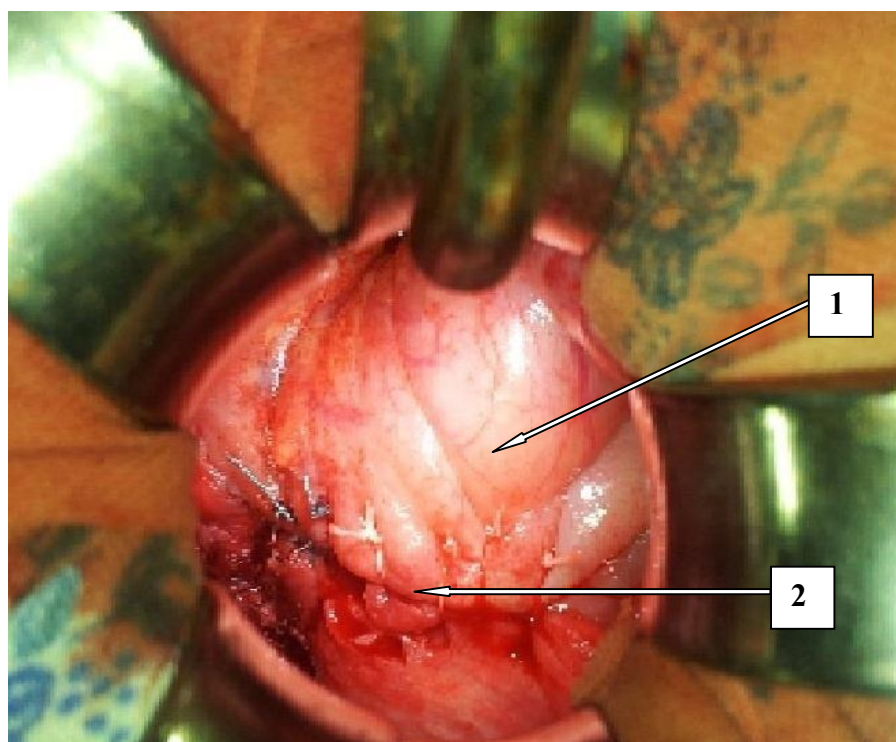


Рисунок 7 – Вид язвы после иссечения и ушивания

- 1) двенадцатиперстная кишка;
- 2) ушитая рана ДПК атравматическим синтетическим швом Vikril 3,0.

При локализации перфоративной язвы на передне-верхней стенке ДПК, с переходом на верхне-заднюю стенку, производили клиновидное иссечение язвы.

При этом края язвы, расположенные на верхне-задней стенке, мобилизовали на протяжении 0,8–1,0 см. На заднюю стенку накладывали однорядный атравматический синтетический шов нитью Vikril 3,0, на переднюю – двухрядные (рисунок 8).

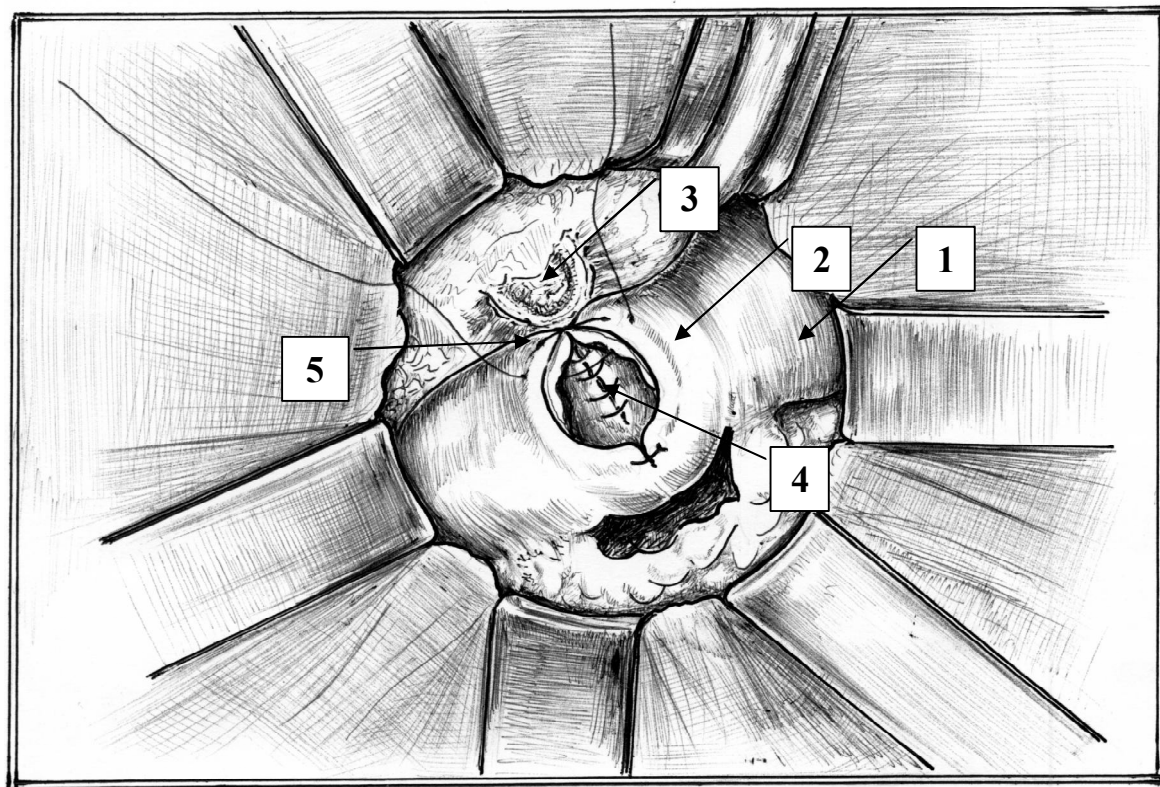


Рисунок 8 – Прободная язва верхне-задней стенки ДПК. «Выключение» язвы из просвета кишки. Наложение первого ряда швов (мостовидная дуоденопластика)

- 1) антральный отдел желудка;
- 2) пилорический жом;
- 3) язва, расположенная на верхне-задней стенке ДПК;
- 4) первый ряд наложенных швов;
- 5) второй ряд узловых швов на края раны.

При выявлении язвы на задней стенке ДПК небольшого размера (до 1 см), без пенетрации в поджелудочную железу и без рубцового стеноза, края язвы мобилизовали диссектором на протяжении 0,5–0,6 см, после чего накладывали 2–3 узловых шва. Переднюю стенку восстанавливают двухрядными швами нитью Vikril 3,0.

При локализации второй язвы на задней стенке ДПК больших размеров или гигантской (более 3 см), с пенетрацией в поджелудочную железу с признаками стеноза, выполняли циркулярное рассечение ДПК, после мобилизации зоны стеноза, выделение концов ДПК производили от язвы вверх и вниз (рисунок 9).

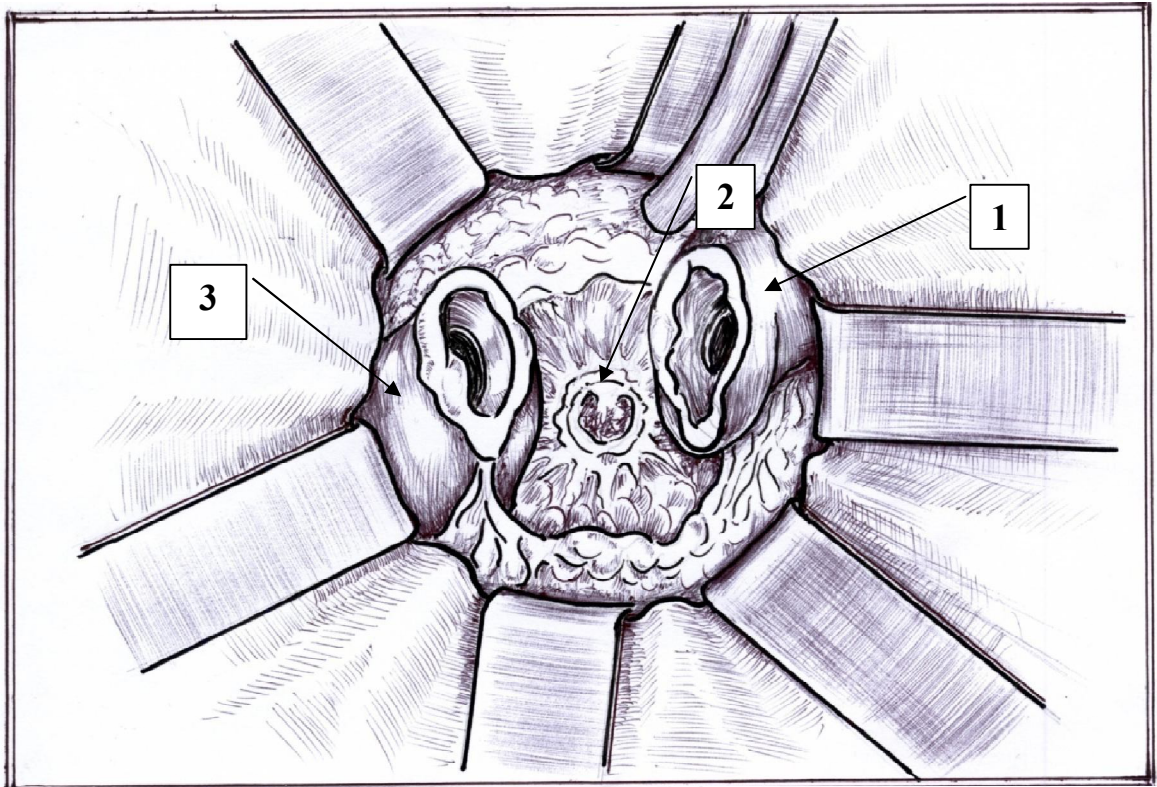


Рисунок 9 – Циркулярное иссечение и «выключение» язвы. Мобилизация краев ДПК и желудка

- 1) мобилизованная часть желудка;
- 2) язва задней стенки ДПК с пенетрацией в головку поджелудочной железы;
- 3) мобилизованная часть ДПК.

Мобилизация от язвы и сочетание наружного и внутреннего подходов со стороны слизистой и серозных оболочек, позволяет не только ограничить область вмешательства зоной патологического процесса, но и избежать повреждения поджелудочной железы, крупных сосудов и общего желчного протока. Заднюю стенку кишки выделяем до привратника, такая мобилизация придаёт

пилородуоденальному сегменту значительную подвижность. Нижний конец кишки выделяем на 1,0–1,5 см от края язвы. Рубцово-измененные участки кишки иссекаем. На заднюю стенку ДПК накладываем однорядные узловые швы. При этом язва задней стенки «выключается» из просвета кишки (рисунок 10).

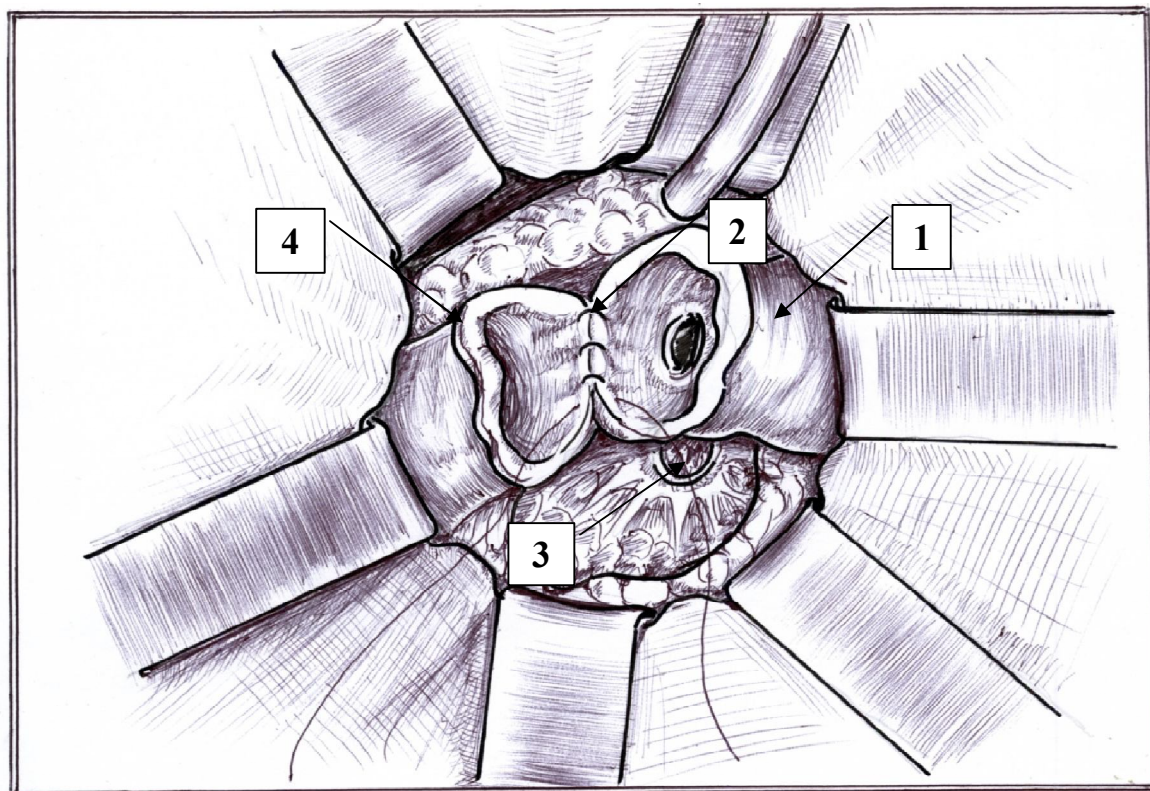


Рисунок 10 – Прободная язва передней стенки в сочетании с язвой задней стенки ДПК с пенетрацией в поджелудочную железу. Швы на заднюю стенку

- 1) антральный отдел желудка;
- 2) наложение швов на заднюю стенку ДПК;
- 3) язва, «выключенная» из просвета ДПК;
- 4) мобилизованные края раны.

Переднюю стенку зашиваем двумя рядами швов атравматическим синтетическим швом Vikril 3,0 (рисунок 11).

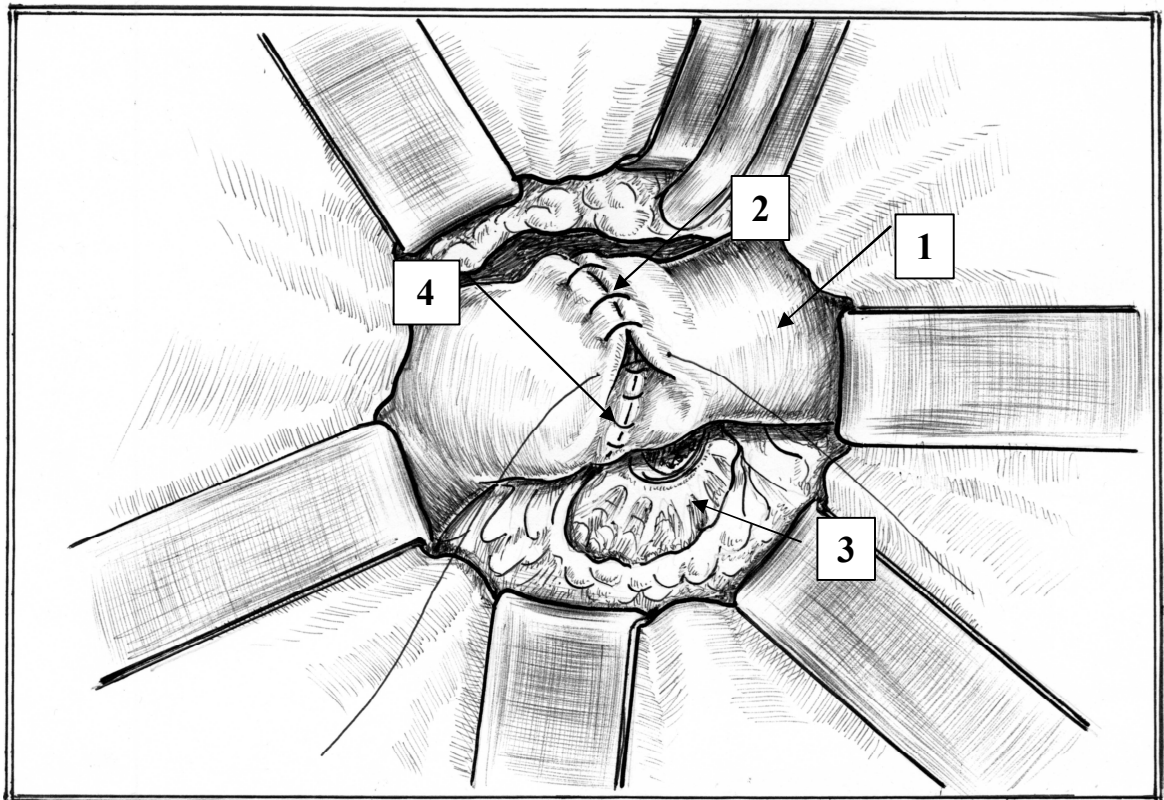


Рисунок 11 – Прободная язва передней стенки в сочетании с язвой задней стенки ДПК с пенетрацией в поджелудочную железу. Швы на переднюю стенку ДПК

- 1) антральный отдел желудка;
- 2) наложение второго ряда швов;
- 3) язва, «выключенная» из просвета ДПК;
- 4) наложенный первый ряд узловых швов;

После окончания этого этапа операции брюшная полость двукратно промывалась растворами антисептиков (рисунок 12).

В случаях распространения язвы на привратник у 29 (25,9 %) больных в процессе иссечения язвы иссекалась и передняя полуокружность привратника с выполнением пилоропластики (Джадда).

Операция завершалась дренированием подпеченочного пространства через троакар в правом подреберье и малого таза полихлорвиниловыми трубками диаметром 1,0 см (рисунок 13).

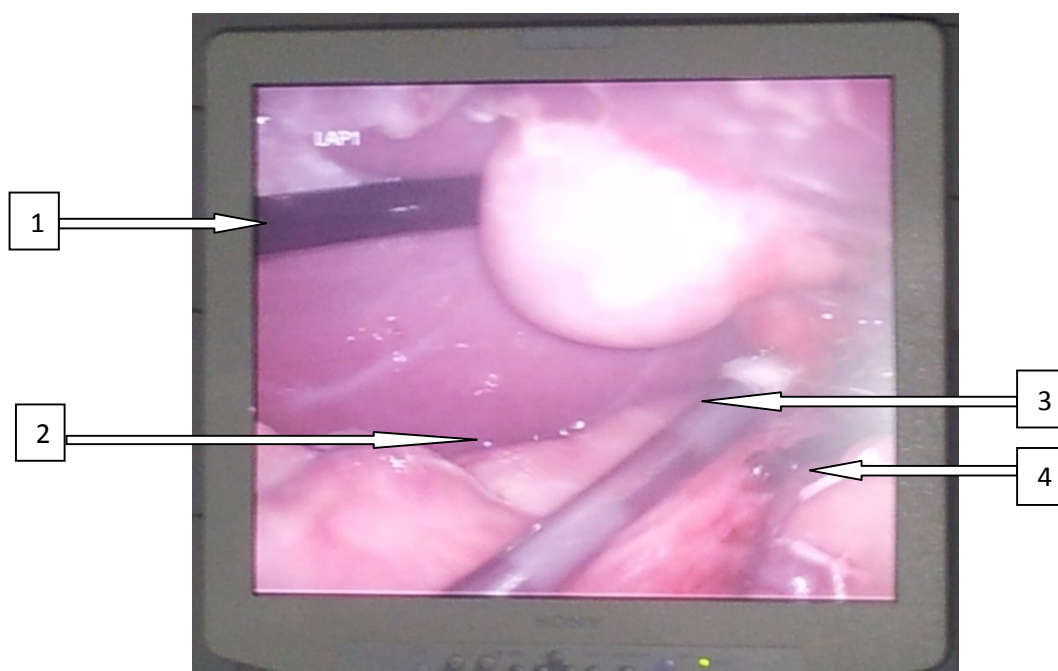


Рисунок 12 – Этап санации брюшной полости

- 1) рабочий троакар;
- 2) подпеченочное пространство;
- 3) отсос;
- 4) наложенные швы на двенадцатиперстную кишку.

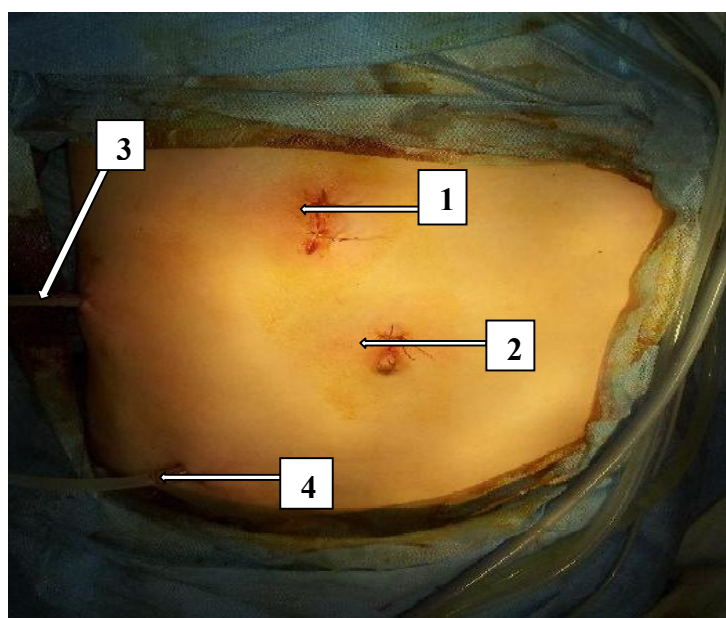


Рисунок 13 – Наложенные швы на кожу, установленные дренажные трубки

- 1) швы, наложенные на рану в правом подреберье;
- 2) шов, наложенный на рану в области пупка;
- 3) дренажная трубка, установленная в области правого подреберья;
- 4) дренажная трубка, установленная в малый таз справа.

При ситуациях, когда сохранить пилорический жом не удавалось, производили иссечение половины пилорического жома (гемипилорэктомия) с восстановлением целостности ДПК двухрядными швами (4 больных).

Мостовидная дуоденопластика в различных вариантах применена у 41, циркулярная – у 16 больных. Как показали наши наблюдения, у большинства больных с осложненными язвами ДПК, пилорический жом в рубцовый процесс не вовлекается. Из 57 оперированных больных, которым производилась дуоденопластика, у 54 (94,7 %) пилорус сохранен.

Предложенная нами технология видеолапароскопической санации ревизии и применение иссечения язвы из минидоступа с выполнением дуоденопластики позволяет:

- 1) адекватно санировать брюшную полость;
- 2) провести ревизию язвенного кратера и установить наличие стеноза и пенетрирующей язвы задней стенки ДПК;
- 3) удалить воспалительный вал вокруг язвы, для лучшего заживления раны ДПК.

Вместо обычного ушивания язвы производим иссечение перфоративной язвы, дуоденопластику, которая обладает рядом преимуществ, а именно: ликвидирует стеноз, позволяет диагностировать язву задней стенки и способствует лучшему заживлению раны ДПК.

Таким образом, подавляющему количеству больных с перфоративной язвой ДПК, представляется возможным выполнить иссечение язвы (при «зеркальных» язвах «выключение» язвы из просвета кишки) с радикальной дуоденопластикой и сохранить пилорический жом.

Проведено сопоставление эффективности операций по следующим параметрам:

- 1) по оперативной нагрузке – сложности выполнения операции для хирургической бригады, ее длительности, характеру и тяжести интраоперационных осложнений;
- 2) по особенностям течения послеоперационного периода;

3) по отдаленным результатам в разные сроки после операции.

После выписки из стационара больным рекомендовано контрольное обследование через 6 месяцев и 1 год после операции. В отдаленные сроки (более 1 года) оценка результатов осуществлялась на основе анкетирования по критериям Визик и путем приглашения для контрольного обследования в клинику. В анкете для оценки самочувствия применена классификация Визик в модификации Ю. М. Панцырева (1987), с разделением результатов на группы: I – отличные, II – хорошие, III – удовлетворительные, IV – неудовлетворительные.

В отдаленные сроки часть больных госпитализировалась в клинику для детального обследования, остальные результаты анализировались по амбулаторным картам и анкетным данным.

Из 57 больных, которым проводилась видеолапароскопия, санация с иссечением язвы ДПК с выполнением дуоденопластики из малого доступа, в сроки до 1 года и более отдаленные сроки (до 5 лет) после операции, явились на обследование или ответили на анкеты 40 пациентов (70,2 %).

Из 55 (49,1 %) больных, которым предпринята видеолапароскопия, санация, ушивание перфоративного отверстия ДПК, явились на обследование или ответили на анкеты 31 пациент (56,4 %). Максимальный срок наблюдения после данного вмешательства составил 4 года. Эти пациенты составили группу сравнения для оценки отдаленных результатов.

Учитывая различные периоды наблюдения в группах, больные со сроком наблюдения более 5 лет после операции, в анализ не включались.

ГЛАВА 4 РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

4.1 Непосредственные результаты хирургического лечения

Непосредственные результаты хирургического лечения больных с перфоративной язвой ДПК изучены у 112 (100 %) больных.

4.1.1 Длительность операций в основной группе и группе сравнения

Данные о длительности оперативного вмешательства в сравниваемых группах представлены в таблице 8.

Таблица 8 – Продолжительность оперативных вмешательств в группах обследованных

Группа	Показатель			Р
	минимальная продолжительность, мин	максимальная продолжительность, мин	средняя продолжительность, мин	
Основная	92	123	105,0 ± 2,8	< 0,05
Сравнения	87	62	69,2 ± 2,5	

Средняя длительность операции у пациентов основной группы составила (105 ± 2,8) минут. Длительность операции в группе сравнения составила в среднем (69,2 ± 3,8) минут. Выполнение дуоденопластики из минидоступа значительно (на 30–40 минут – в среднем на 51,7 %, $p < 0,05$) увеличивало длительность операции, что свидетельствует о трудоемкости предлагаемого оперативного вмешательства, которое обусловлено необходимостью применения в этих случаях прецизионной техники шва.

4.1.2 Видеолапароскопия, санация, ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки

Данные рентгеноскопии желудка у больных группы видеоэндоскопического ушивания перфоративной язвы ДПК представлены в таблице 9.

Почти в половине случаев при рентгеноскопии было зарегистрировано увеличение размеров желудка.

Снижение тонуса желудка характеризовалось увеличением его размеров, почти у четверти больных при исследовании желудок содержал значительное количество жидкости, что также свидетельствует о сохраняющейся гиперсекреции и нарушении эвакуации.

Несмотря на сохраненную или даже усиленную (в 38,2 % случаев) перистальтику желудка, при рентгенологическом исследовании у больных отмечена замедленная эвакуация бариевой взвеси из желудка и ДПК в 23,6 % случаев, с деформацией луковицы ДПК.

Данные о результатах ФГДС у больных в группе с ушиванием перфоративной язвы ДПК представлены в таблице 10.

При ФГДС в желудке выявлялось умеренное количество желудочного содержимого (150–200 мл), часто (34,5 %) с примесью желчи, что свидетельствует о наличии дуодено-гастрального рефлюкса.

Таблица 9 – Результаты рентгеноскопии желудка у больных в группе сравнения

Исследуемый параметр	Характеристика	Частота показателя, n = 55	
		n	M ± m
Размеры желудка	увеличены	25	45,5 ± 6,7
Тонус желудка	повышен	17	30,9 ± 6,2
	снижен	10	18,2 ± 5,2
Содержимое желудка	большое количество жидкости	13	23,6 ± 5,7
Перистальтика	глубокая	21	38,2 ± 6,6
	средней глубины	25	45,5 ± 6,7
	поверхностная	7	12,7 ± 4,0

Продолжение таблицы 9

Исследуемый параметр	Характеристика	Частота показателя, n = 55	
		n	M ± m
	отсутствует	2	3,6 ± 3,0
Эвакуация	ускорена	12	21,8 ± 5,6
	своевременная	30	54,5 ± 6,7
	замедлена	13	23,6 ± 5,7
Депозит бария (язва)		32	58,2 ± 6,7
Дуоденогастральный рефлюкс		24	43,6 ± 6,7

В большом числе случаев регистрировалась гиперемия, отек слизистой, соответствующий картине поверхностного гастрита (45,5 % случаев), гораздо реже диагностировался атрофический или смешанный гастрит.

Пилорус деформирован, явления затрудненной проходимости сопровождаются рефлюксом содержимого двенадцатиперстной кишки в желудок. В зоне ушитой язвы фибриновые наложения. Явления поверхностного и эрозивного дуоденита наблюдались в 32,7 % случаев.

Наличие незажившей после ушивания язвы регистрируется практически во всех наблюдениях (94,5 %).

Таблица 10 – Результаты ФГДС у больных группы ушивания перфоративной язвы ДПК

Исследуемый параметр	Результаты	Частота показателя, n = 55	
		n	M ± m
Содержимое желудка	увеличение количества секреторной жидкости	6	10,9 ± 4,2
	остатки пищи натека	5	9,1 ± 3,9
	примесь желчи (ДГР)	19	34,5 ± 6,4
Изменения слизистой желудка	поверхностный гастрит	25	45,5 ± 6,7
	атрофический и смешанный гастрит	3	5,5 ± 3,1
	эрозивный гастрит	2	3,6 ± 2,5

Продолжение таблицы 10

Исследуемый параметр	Результаты	Частота показателя, n = 55	
		n	M ± m
Состояние области ушитой язвы	свободно проходимо	13	23,6 ± 5,7
	проходимо с трудом	16	29,1 ± 6,1
	стеноз	2	3,6 ± 2,5
	лигатурное воспаление	22	40,0 ± 6,6
Слизистая ДПК	дуоденит поверхностный	11	20,0 ± 5,4
	дуоденит эрозивный	7	12,7 ± 4,5
	язва	52	94,5 ± 3,1

Изучение кислотопродуцирующей функции желудка выявило повышение БПК – $(6,6 \pm 0,3)$ ммоль/час, МПК – $(28,2 \pm 0,2)$ ммоль/час, базальный рН составил $1,1 \pm 0,2$, рН после стимуляции – $0,8 \pm 0,1$.

После ушивания перфоративной язвы в послеоперационном периоде развились следующие осложнения: нагноение раны в области установленного дренажа у 2 (3,6 %), острая кишечная непроходимость – у 1 (1,8 %), кровотечение из язвы задней стенки кишки – у 1 (1,8 %), несостоятельность швов ушитой язвы, перитонит с образованием поддиафрагмального абсцесса – у 1 (1,8 %) больного, явления гастростаза – у 5 больных (9,1 %) (таблица 11).

Таблица 11 – Послеоперационные осложнения у больных после ушивания перфоративной язвы ДПК

Осложнение	Частота показателя, n = 55	
	n	M ± m
Острая кишечная непроходимость	1	1,8 ± 1,8
Несостоятельность швов ушитой язвы	1	1,8 ± 1,8
Кровотечения из язвы задней стенки ДПК	1	1,8 ± 1,8
Перитонит с образованием поддиафрагмального абсцесса	1	1,8 ± 1,8
Нагноение послеоперационной раны в области установленного дренажа	2	3,6 ± 2,5

Продолжение таблицы 11

Осложнение	Частота показателя, n = 55	
	n	M ± m
Гастростаз	5	9,1 ± 3,9
Всего	11	20,0 ± 5,4

В связи с осложнениями, возникшими после операции, повторно было оперировано 2 больных. Приводим анализ этих наблюдений.

1) Больной 53 лет поступил с жалобами на выраженные боли в животе, сухость во рту, через 6 часов с момента заболевания. Язвенной болезнью ДПК страдает с 29 лет, обострение заболевания около 2-х недель. Объективно: язык обложен белым налетом, суховат. Живот в акте дыхания не участвует, «доскообразной» формы, пальпаторно резко болезненный во всех отделах. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга. На обзорной рентгенографии органов брюшной полости – свободный газ под правым куполом диафрагмы. В экстренном порядке оперирован с диагнозом перфоративная язва ДПК. Видеолапароскопия, в брюшинной полости около 400,0 мл фибринозно-гнойного выпота с примесью желчи, на петлях тонкой кишки фибриновые наложения. На передней стенке ДПК перфоративное отверстие до 0,4 см с перифокальным воспалительным валом 1,0 см. Язва ушита интракорпаральным швом. Проведена санация брюшной полости. Брюшинная полость дренирована. Послеоперационный период протекал тяжело. На 5-е сутки стало беспокоить вздутие живота, неотхождение стула и газов. Проводились консервативные мероприятия, которые эффекта не дали.

На обзорной рентгенографии брюшной полости на 7-е сутки после операции – чаши Клойбера. Поставлен диагноз: острая ранняя спаечная кишечная непроходимость. Больной взят на операцию, произведена лапаротомия. В брюшной полости 200,0 мл мутной геморрагической жидкости, швы на ушитой язве состоятельны, петли тонкого кишечника раздуты до 6,0–7,0 см в диаметре, местами налет фибрина. На расстоянии 1,5 метра от илеоцекального угла

спаечный процесс в виде «двустволки». Спайки рассечены, в корень брыжейки тонкого кишечника введен новокаин 0,5 % 80,0 мл. Брюшная полость дренирована в обеих подвздошных областях. Послеоперационный период протекал гладко. Выписан на 22-е сутки с момента поступления. В данном случае имела место недостаточная санация брюшной полости во время первой операции, что и послужило причиной развития острой кишечной непроходимости.

2) Больной 38 лет, поступил 12.05.2007 в клинику через 4 часа с момента заболевания с жалобами на боли в животе, сухость во рту, слабость. Из анамнеза – язвой ДПК страдает около 1 года. Объективно: состояние средней тяжести, живот болезненный, напряжен во всех отделах. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга, на обзорной рентгенографии брюшной полости свободного газа нет. На ФГДС язвы на передней и задней стенке ДПК. После ФГДС боли усилились, на повторной рентгенографии свободный газ под правым куполом диафрагмы. Операция – видеолапароскопия, ушивание перфоративной язвы ДПК. На 2-е сутки после операции по зонду отмечено выделение содержимого по типу «кофейной гущи», состояние ухудшилось. Заподозрено кровотечение из второй язвы, располагающейся на задней стенке ДПК. Проводилась консервативная терапия. На 3-е сутки вновь была рвота с кровью, снижение АД 70/40 мм рт.ст. Анализ крови: эритроциты – $2,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 88 г/л, гематокрит – 28 %. Больной в экстренном порядке взят на операцию 15.05.2007. Произведена лапаротомия, при ревизии: петли тонкого кишечника, желудок заполнены кровью, внутренние органы анемичны, ниже ушитого участка ДПК произведена поперечная дуоденотомия под контролем указательного пальца левой кисти, иссечена ушитая язва передней стенки двенадцатиперстной кишки. При дальнейшей ревизии на задней стенке обнаружена язва диаметром 1,0 см, покрытая тромбом. Произведено выключение данной язвы из просвета ДПК, мостовидная дуоденопластика. Проведено гистологическое исследование иссеченной каллезной язвы ДПК (рисунок 14).

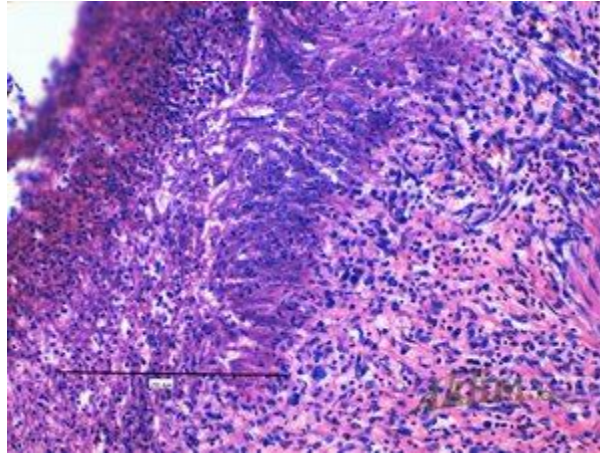


Рисунок 14 – Стенка ДПК на дне язвы фибринозно-гнойный экссудат, грануляционная ткань, лейкоцитарная инфильтрация.

Окраска гематоксилин-эозин

Послеоперационный период протекал без осложнений, выписан с выздоровлением. Осмотрен через 3 года, жалоб не предъявляет, диспепсических расстройств нет, прибавил в весе 8 кг. Анализ желудочного сока: базальное кислотообразование – 2,2 ммоль/ч, стимулированная – 8,5 ммоль/ч, рН базальная – 2,8, рН стимулированная – 2,2.

На ФГДС: пищевод и кардия без особенностей, желудок с извитыми складками, содержит умеренное количество сока со следами желчи. Слизистая желудка не изменена, привратник проходим, функционирует. Рентгеноскопия желудка: желудок обычного размера, натошак содержит жидкость в небольшом количестве, перистальтика прослеживается, тонус не снижен, эвакуация из желудка и ДПК не нарушена, через 2 часа в желудке следы бария (рисунок 15).

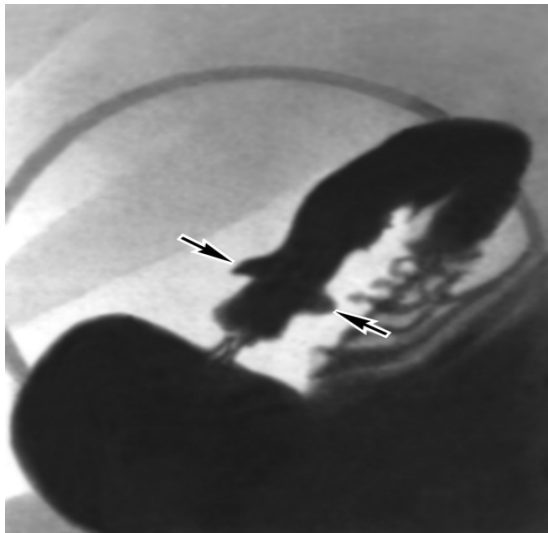


Рисунок 15 – Рентгенограмма желудка и двенадцатиперстной кишки при язвенной болезни больного К. после операции. Стрелками указаны две ниши, расположенные на противоположных стенках луковицы ДПК

Трудоспособность не страдает. Анализируемый случай подтверждает, что оставленные язвы на задней стенке ДПК могут давать тяжелое кровотечение в послеоперационном периоде, что значительно усугубляет и без того тяжелое состояние больных, а иногда могут послужить причиной летального исхода.

В группе сравнения умерло 2 (3,6 %) больных.

1) Больной 59 лет, поступил 27 августа 2006 года. Из анамнеза – заболел внезапно, за 13 часов до момента поступления в клинику появились «кинжальные» боли в животе. На обзорной рентгенографии брюшной полости – свободный газ под правым куполом диафрагмы. Произведена операция – видеолапароскопия, ушивание перфоративной язвы ДПК. В брюшной полости до 500 мл серозно-фибринозного выпота с примесью желудочного содержимого. На передней стенке ДПК перфоративное отверстие 0,2 см в диаметре, по краям инфильтрация. Произведено видеолапароскопическое ушивание перфоративного отверстия двухрядными швами с дополнительной перитонизацией прядью большого сальника. В послеоперационном периоде, находясь на искусственной вентиляции легких на фоне дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, через 6 часов с момента операции зафиксирована биологическая смерть. Причина

смерти данного больного – перитонит.

2) Больной 47 лет, поступил 27 марта 2007 года через 1,5 суток с момента заболевания из центральной районной больницы в гастроэнтерологическое отделение ОКБ с диагнозом алкогольное отравление. Осмотрен хирургом, поставлен диагноз – острый панкреатит. Из-за ухудшения состояния переведен в хирургическое отделение, где произведена видеолапароскопия – в брюшной полости большое количество мутного гнойного выпота. Выполнена видеолапароскопия, в брюшной полости до 3 литров кишечного содержимого, на передней стенке ДПК перфорационное отверстие до 1,0 см в диаметре с воспалительным валом 1,5 см, петли тонкого кишечника с фибриновыми наложениями, раздуты до 5–6 см. Учитывая распространенный перитонит, а также выраженную инфильтрацию стенок ДПК, произведено ушивание перфоративной язвы, дренирование брюшной полости. На третьи сутки произведена релапаротомия, в связи с нарастанием явлений перитонита. При этом выявлена несостоятельность швов ушитой язвы и выполнено повторное ушивание язвы. На вторые сутки после релапаротомии, в связи с продолжающимся перитонитом и ухудшением состояния больного, произведена повторная санация органов брюшной полости, вновь ушита рана на двенадцатиперстной кишке, вследствие несостоятельности швов. Смерть наступила на 8 сутки после операции от прогрессирующего перитонита. Данное наблюдение показывает необходимость иссечения каллезных краев язвы и плановых санаций брюшной полости при распространенном перитоните.

4.1.3 Видеолапароскопия, санация с иссечением язвы двенадцатиперстной кишки с выполнением циркулярной дуоденопластики из минидоступа

Характеристики показателей, полученных при рентгеноскопии желудка у больных с иссечением язвы и дуоденопластикой, представлены в таблице 12.

При анализе результатов рентгенологического обследования желудка у

больных с иссечением язвы и циркулярной дуоденопластики, оказалось, что увеличение размеров наблюдалось у 2 больных (9,1 % случаев). У них отмечалось снижение тонуса желудка с замедленной эвакуацией контраста. Эвакуация бария задерживалась на 3 часа. У 1 больного (4,5 %), вследствие анастомозита, имелось увеличение желудка с замедлением эвакуации и задержкой бария до 24 часов. У остальных задержки эвакуации не выявлено.

Таблица 12 – Результаты рентгеноскопии желудка у больных с иссечением язвы и циркулярной дуоденопластикой

Исследуемый параметр	Выявленные изменения	Частота показателя, n = 22	
		n	M ± m
Размеры желудка	увеличены	2	9,1 ± 6,1
Тонус желудка	повышен	0	0
	снижен	2	9,1 ± 6,1
Содержимое желудка	пуст	17	77,3 ± 8,9
	большое количество жидкости	5	22,7 ± 8,9
Перистальтика	глубокая	0	0
	средней глубины	17	77,3 ± 8,9
	поверхностная	4	18,2 ± 8,2
	отсутствует	1	4,5 ± 4,4
Эвакуация	ускорена	4	18,2 ± 8,2
	своевременная	15	68,2 ± 14,3
	замедлена	3	13,6 ± 7,3
Депо бария (язва)		0	0
Дуоденогастральный рефлюкс		5	22,7 ± 8,9

При проведении ФГДС у 9 (40,9 %) больных выявлены признаки поверхностного гастрита: умеренная гиперемия, отек слизистой фундального и антрального отделов желудка, единичные геморрагии, отечность складок, усиленное слизеобразование (таблица 13).

У части больных – 2 (9,1 %), имелись поверхностные эрозии в области швов дуоденопластики. Рефлюкс дуоденального содержимого в желудок отмечен в

7 (31,8 %) случаях.

Таблица 13 – Результаты ФГДС у больных с иссечением язвы и циркулярной дуоденопластикой из минидоступа

Исследуемый параметр	Выявленные изменения	Частота показателя, n = 22	
		n	M ± m
Содержимое желудка	увеличение количества секреторной жидкости	2	9,1 ± 6,1
	остатки пищи натошак	0	0
	примесь желчи (ДГР)	7	31,8 ± 9,9
Изменения слизистой желудка	поверхностный гастрит	9	40,9 ± 10,5
	атрофический и смешанный гастрит	3	13,6 ± 7,3
	эрозивный гастрит	2	9,1 ± 6,1
Состояние области дуоденопластики	свободно проходим	17	77,3 ± 8,9
	проходимо с трудом	1	4,5 ± 4,4
	стеноз	0	0
	лигатурное воспаление	6	27,3 ± 9,5
Слизистая ДПК	дуоденит поверхностный	7	31,8 ± 9,9
	дуоденит эрозивный	3	13,6 ± 7,3
	язва	0	0

Фракционное исследование желудочного сока показало повышение кислотопродукции у 17 (15,1 %) – БПК составила от 6,1 до 9,6 ммоль/ч. Снижение базальной кислотопродукции (БПК ниже 1,5 ммоль/ч) – у 2 (3,5 %) больных. При рН-метрии выявлена: гиперацидная реакция (базальный рН – 0,8–1,5, рН после стимуляции – 0,7–1,2) с непрерывным кислотообразованием в 15 (26,3 %), гиперацидная (базальный рН 2,1 и выше, рН стимулированная – 2,1–3,0) – в 3 (5,3 %) наблюдениях. Таким образом, у большинства больных выявлена повышенная кислотопродуцирующая функция желудка (таблица 14).

Таблица 14 – Результаты исследования КЖС в ближайшие сроки

Метод исследования КЖС Группа	Фракционное исследование			Внутрижелудочная рН-метрия	
	БАО (ммоль/час)	МАО (ммоль/час)	р	Средний рН, тело желудка	Средний рН, антрум
Сравнения	$4,3 \pm 2,9$	$20,7 \pm 2,1$	—	$2,1 \pm 0,9$	$3,3 \pm 1,7$
Основная	$4,5 \pm 1,4$	$15,0 \pm 1,7^*$	$< 0,05$	$2,5 \pm 1,4$	$3,6 \pm 1,8$

При сравнении показателей желудочной секреции у больных основной группы, показатель МАО оказался достоверным меньше, составляет ($15,0 \pm 1,7$) ммоль\час, $p < 0,05$. Достоверных различий рН между группами не выявлено.

В послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения: нагноение послеоперационной раны – 3 (5,3 %), анастомозит – 1 (1,7 %), послеоперационная пневмония – 1 (1,7 %), а также по 1 случаю острого панкреатита и гастростаза (таблица 15).

Таблица 15 – Послеоперационные осложнения у больных после иссечения язвы и циркулярной дуоденопластики

Осложнение	Иссечение язвы и циркулярной дуоденопластики (n = 57)	
	n	M ± m
Нагноение послеоперационной раны	3	$5,3 \pm 3,0$
Анастомозит	1	$1,8 \pm 1,7$
Пневмония	1	$1,8 \pm 1,7$
Острый панкреатит	1	$1,8 \pm 1,7$
Гастростаз	1	$1,8 \pm 1,7$
Всего	7	$12,3 \pm 4,3$

Приводим клиническое наблюдение послеоперационного анастомозита.

Больной 30 лет, поступил в экстренном порядке 27 сентября 2008 года, спустя 15 часов с момента заболевания с жалобами на выраженные боли в животе. Язвенной болезнью ДПК страдает около 6 лет. Объективно: состояние тяжелое,

живот болезненный и напряжен в эпигастрии и в правой половине живота. На ФГДС – язва ДПК диаметром до 1,0 см с глубоким кратером. На обзорной рентгенографии брюшной полости – свободный газ под правым куполом диафрагмы. Операция – видеолапароскопия, санация брюшной полости с иссечением язвы ДПК и выполнением дуоденопластики из малого доступа, дренирование брюшной полости. В послеоперационном периоде на 4-е сутки больного беспокоила рвота, чувство тяжести в эпигастрии. Рентгеноскопия желудка (рисунок 16) – желудок увеличен в размерах, тонус снижен, эвакуация из желудка замедлена, имеется сужение начального отдела ДПК до 0,8 см, через 4 часа в желудке половина принятой бариевой взвеси, спустя 24 часа – в желудке следы бария.



Рисунок 16 – Рентгенограмма желудка, желудок увеличен в размерах, перистальтика поверхностная, эвакуация замедленная

Больному проведен курс консервативного лечения: опорожнения желудка зондом, инфузионная терапия, назначена антибиотикотерапия, прокинетики. В динамике состояние улучшилось. Выписан на 9-е сутки после операции. Данное осложнение произошло, вероятнее всего, вследствие взятия в шов большого массива тканей стенки ДПК и ее деформации при дуоденопластике. Это

обуславливает необходимость прецизионной техники операции.

4.1.4 Видеолапароскопия, санация с иссечением язвы двенадцатиперстной кишки и выполнением мостовидной дуоденопластики из минидоступа

При проведении рентгенологического исследования моторно-эвакуаторной функции желудка и ДПК у больных, после выполнения мостовидной дуоденопластики установлено: у 1 (2,9 %) больного ускоренная эвакуация из желудка, у 4 (11,4 %) зарегистрировано замедление, при этом у 1 больного задержка бариевой взвеси после 24 часов (таблица 16).

Таблица 16 – Результаты рентгеноскопии желудка у больных с иссечением язвы и мостовидной дуоденопластикой

Исследуемый параметр	Выявленные изменения	Частота показателя, n = 35	
		n	M ± m
Размеры желудка	увеличены	3	8,6 ± 4,7
Тонус желудка	повышен	1	2,9 ± 2,8
	снижен	5	14,3 ± 5,9
Содержимое желудка	пуст	2	5,7 ± 3,9
	большое количество жидкости	3	8,6 ± 4,7
Перистальтика	глубокая	2	5,7 ± 3,9
	средней глубины	15	42,9 ± 8,4
	поверхностная	7	20,0 ± 6,8
	отсутствует	0	0
Эвакуация	ускорена	1	2,9 ± 2,8
	своевременная	19	54,3 ± 8,4
	замедлена	4	11,4 ± 5,4
Депозит бария (язва)		0	0
Дуоденогастральный рефлюкс		4	11,4 ± 5,4

При эндоскопическом исследовании (таблица 17) у 13 пациентов (37,1 %) обнаружено воспаление слизистой ДПК по линии швов дуоденопластики, явления поверхностного гастрита отмечены у 11 (31,4 %), рефлюкс дуоденального содержимого в желудок у 9 (25,7 %) больных.

При изучении кислотопродуцирующей функции желудка установлено, что БПК снизилась по сравнению с зарегистрированной во время операции или в первые сутки после операции с $(4,8 \pm 0,6)$ до $(1,6 \pm 0,3)$ ммоль/час (снижение 66,7 %, $p < 0,01$), МКП – с $(26,6 \pm 0,5)$ до $(9,2 \pm 0,6)$ ммоль/час (снижение 65,4 %, $p < 0,01$). При этом у 6 (10,5 %) больных оказалась повышенной БПК – $(6,8 \pm 0,2)$ ммоль/час, и МПК – $(29,8 \pm 0,3)$ ммоль/час. В ранние сроки после операции базальный pH составил $2,9 \pm 0,2$, pH после стимуляции – $2,6 \pm 0,15$.

Интраоперационных осложнений (повреждение печени, стенки желудка, ДПК), связанных с мобилизацией ДПК или с установлением аппарата миниассистент не было. Послеоперационные осложнения развились у 5 (14,3 %) больных: нагноение раны – 1 (2,9 %), дисфагия – 2 (5,7 %), гастростаз – 1 (2,9 %), острый панкреатит – 1 (2,9 %).

Таблица 17 – Результаты ФГДС у больных с иссечением язвы с мостовидной дуоденопластикой

Исследуемый параметр	Выявленные изменения	Частота показателя, n = 35	
		n	M $\pm$ m
Содержимое желудка	увеличение количества секреторной жидкости	6	$17,1 \pm 6,4$
	остатки пищи натошак	5	$14,3 \pm 5,9$
	примесь желчи (ДГР)	9	$25,7 \pm 7,4$
Изменения слизистой желудка	поверхностный гастрит	11	$31,4 \pm 7,8$
	атрофический и смешанный гастрит	3	$8,6 \pm 4,7$
	эрозивный гастрит	2	$5,7 \pm 3,9$

Продолжение таблицы 17

Исследуемый параметр	Выявленные изменения	Частота показателя, n = 35	
		n	M ± m
Состояние области дуоденопластики	свободно проходима	14	40,0 ± 8,3
	проходима с трудом	6	17,1 ± 6,4
	стеноз	2	5,7 ± 3,9
	лигатурное воспаление	13	37,1 ± 8,2
Слизистая ДПК	дуоденит поверхностный	11	31,4 ± 7,8
	дуоденит эрозивный	7	20,0 ± 6,8
	язва	0	0

Подводя итоги клинической оценки непосредственных результатов оперативных вмешательств при каллезной перфоративной язве ДПК, можно отметить меньшее число послеоперационных осложнений и отсутствие летальных исходов после пилоросохраняющей дуоденопластики. Следует подчеркнуть, что в предупреждении развития послеоперационных осложнений, существенное значение имеет соблюдение правильной технологии наложения прецизионного шва.

Больная 59 лет, поступила по экстренным показаниям 13 февраля 2006 года через 6 часов с момента заболевания с жалобами на резкую боль в эпигастрии и в правом подреберье. Доставлена скорой помощью с диагнозом острый панкреатит. Объективно: состояние средней степени тяжести, пульс 82 уд/мин, АД – 110/70 мм рт. ст. Язык обложен грязно-серым налётом, сухой. Живот резко болезненный в эпигастрии, в обоих подреберьях, здесь же определяется симптом Щеткина-Блюмберга. ФГДС (рисунок 17).



Рисунок 17 – Эндоскопическая картина язвы ДПК больного. На передней стенке луковицы ДПК язва до 2,5 см в диаметре, с глубоким кратером и налётом фибрина

Желудок с продольными складками, гипотоничен, растянут, содержит большое количество пищи и мутного сока. На передней стенке луковицы ДПК обнаружена язва до 2,5 см. в диаметре, с глубоким кратером и налётом фибрина. Привратник непроходим. Заключение: язва ДПК.

После проведения ФГДС боли усилились. На обзорной рентгенографии брюшной полости: под обеими куполами диафрагмы свободный газ. В экстренном порядке произведена операция – видеолапароскопия: в подпеченочном пространстве и в правом боковом канале до 300 мл мутного выпота с желудочным содержимым. На передней стенке луковицы ДПК имеется перфоративное отверстие диаметром до 0,7 см, с умеренной перифокальной инфильтрацией тканей. В правом подреберье сделан трансректальный разрез длиной до 4,0 см, установлен аппарат миниассистент «Лига-7». ДПК мобилизована по Кохеру. Произведена дуоденотомия по краю перфоративной язвы. При этом отмечено, что края язвы хрящевидной плотности, инфильтрат распространяется на верхне-заднюю стенку ДПК, ниже язвы стеноз до 0,5 см. Рубцовые ткани иссечены, произведена мостовидная дуоденопластика двухрядным швом. Брюшная полость санирована и дренирована. В

послеоперационном периоде на 6 сутки отмечена рвота, при зондировании из желудка удалено до 1,5 литров желудочного содержимого. На рентгеноскопии желудка – задержка эвакуации бариевой взвеси до 16 часов. Проведена консервативная терапия: эвакуация содержимого желудка, коррекция водно-электролитных и белковых потерь, применение стимуляторов моторики. Лечение дало положительный эффект. На контрольной рентгеноскопии желудка, проведенной на 10 сутки, эвакуация из желудка замедлена, ДПК не сужена, отмечается порционное поступление контраста из желудка в ДПК. Выписана с выздоровлением на 12 сутки после операции.

Больная осмотрена через 1 год. Жалоб не предъявляет. Состояние удовлетворительное. Снижения веса нет. Больная трудоспособна. На ФГДС: пищевод не изменён, желудок содержит небольшое количество светлого сока. Пилорический жом функционирует, ДПК проходима, имеется рубцовая деформация, язвы не выявлено. Рентгеноскопия желудка (рисунок 18): желудок небольших размеров, натошак содержит жидкость, перистальтика ровная, эвакуация не нарушена. Анализ желудочного сока: БПК – 2,1 ммоль/час, МПК – 12,4 ммоль/час, базальный pH 3,1, pH после стимуляции 2,8.

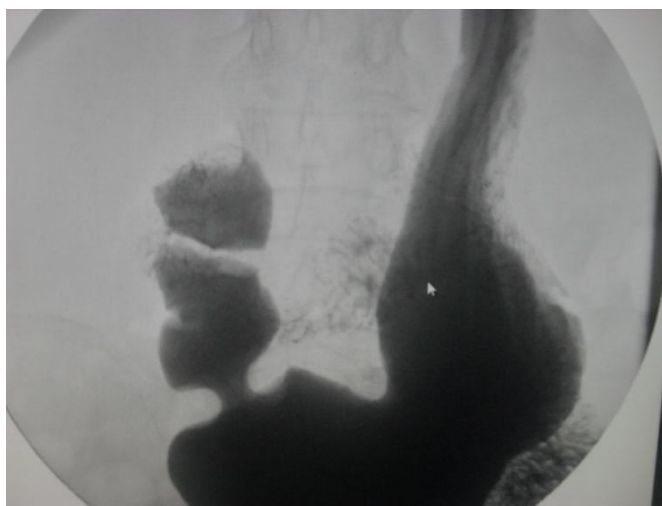


Рисунок 18 – Рентгенограмма желудка больной Я., через год после операции:
желудок натошак содержит жидкость, перистальтика глубокая,
эвакуация не нарушена

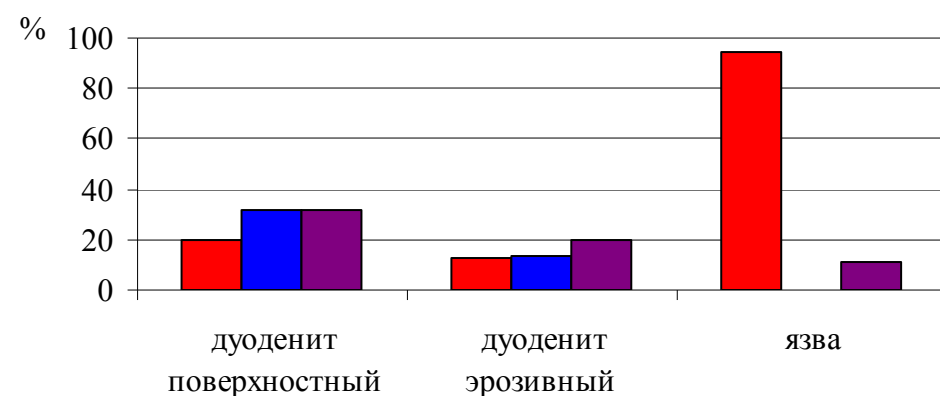
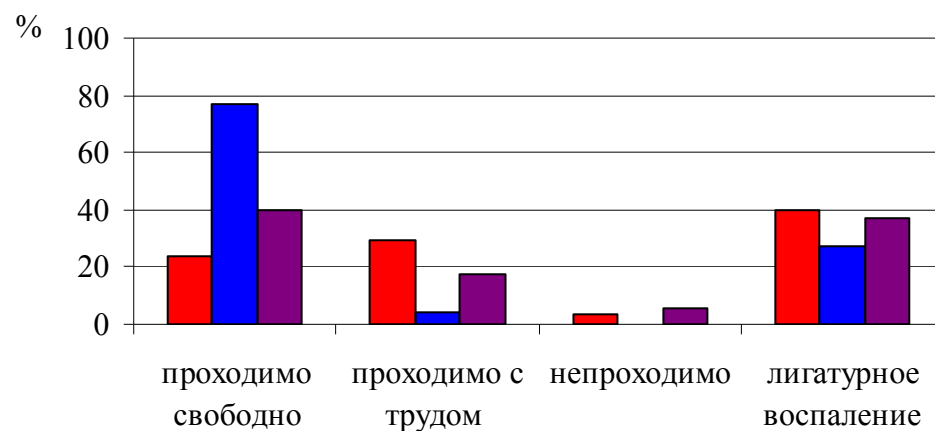
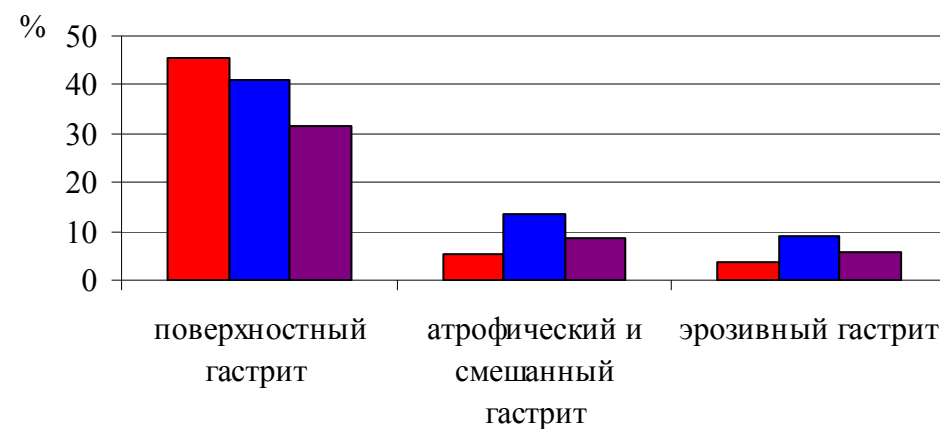
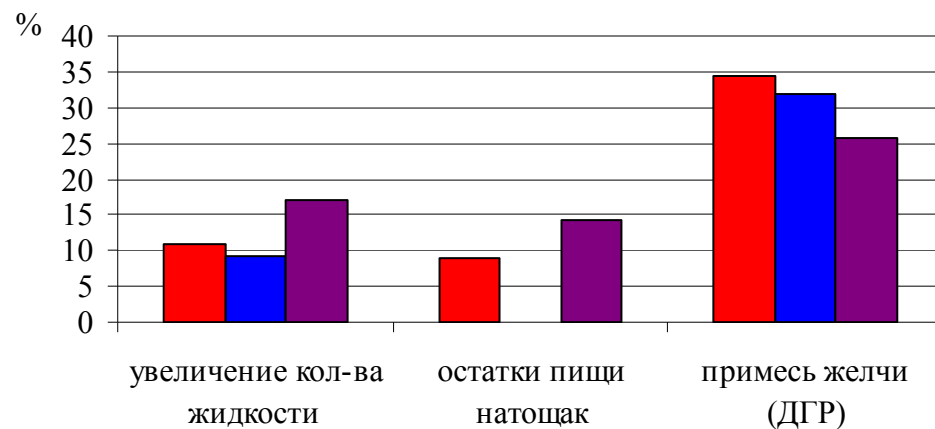
На рисунке 19 представлена сравнительная характеристика показателей состояния желудка, полученная в результате проведения ФГДС в раннем послеоперационном периоде.

Признаки дуоденогастрального рефлюкса наблюдались в основной группе реже, чем в группе сравнения.

Не было существенных различий в плане частоты эрозивного гастрита, хотя поверхностный гастрит был чаще выявлен в группе сравнения, а атрофический гастрит – в основной группе.

Проходимость в области иссеченной язвы была лучше, чем при ушивании язвы в раннем послеоперационном периоде. В особенности высокий процент случаев свободной проходимости привратника выявлен в группе иссечения язвы с циркулярной дуоденопластикой. В этой группе не было случаев непроходимости.

В раннем послеоперационном периоде при проведении ФГДС не было выявлено существенных различий между группой сравнения и основной группой по показателю функционального состояния привратника.



- Зашивание перфоративной язвы
- Иссечение и «выключение» язвы и дуоденопластика
- Иссечение язвы и мостовидная дуоденопластика

Рисунок 19 – Сравнительная характеристика показателей ФГДС у оперированных больных

В группе сравнения осложнения раннего послеоперационного периода были у 11 человек ($20,0 \pm 5,4$ %), в том числе, по одному случаю острой кишечной непроходимости, несостоятельности швов ушитой язвы, кровотечения из язвы задней стенки ДПК и перитонита (всего 4 случая осложнений, угрожающих жизни больного), гастростаз у 5 больных. Имелось 2 летальных исхода (3,6 %).

В основной группе зарегистрировано 7 случаев ($12,3 \pm 4,3$ %) серьезных послеоперационных осложнений. Только в 1 из них имелась существенная угроза жизни больного (острый панкреатит). Летальных исходов не было (рисунок 20).

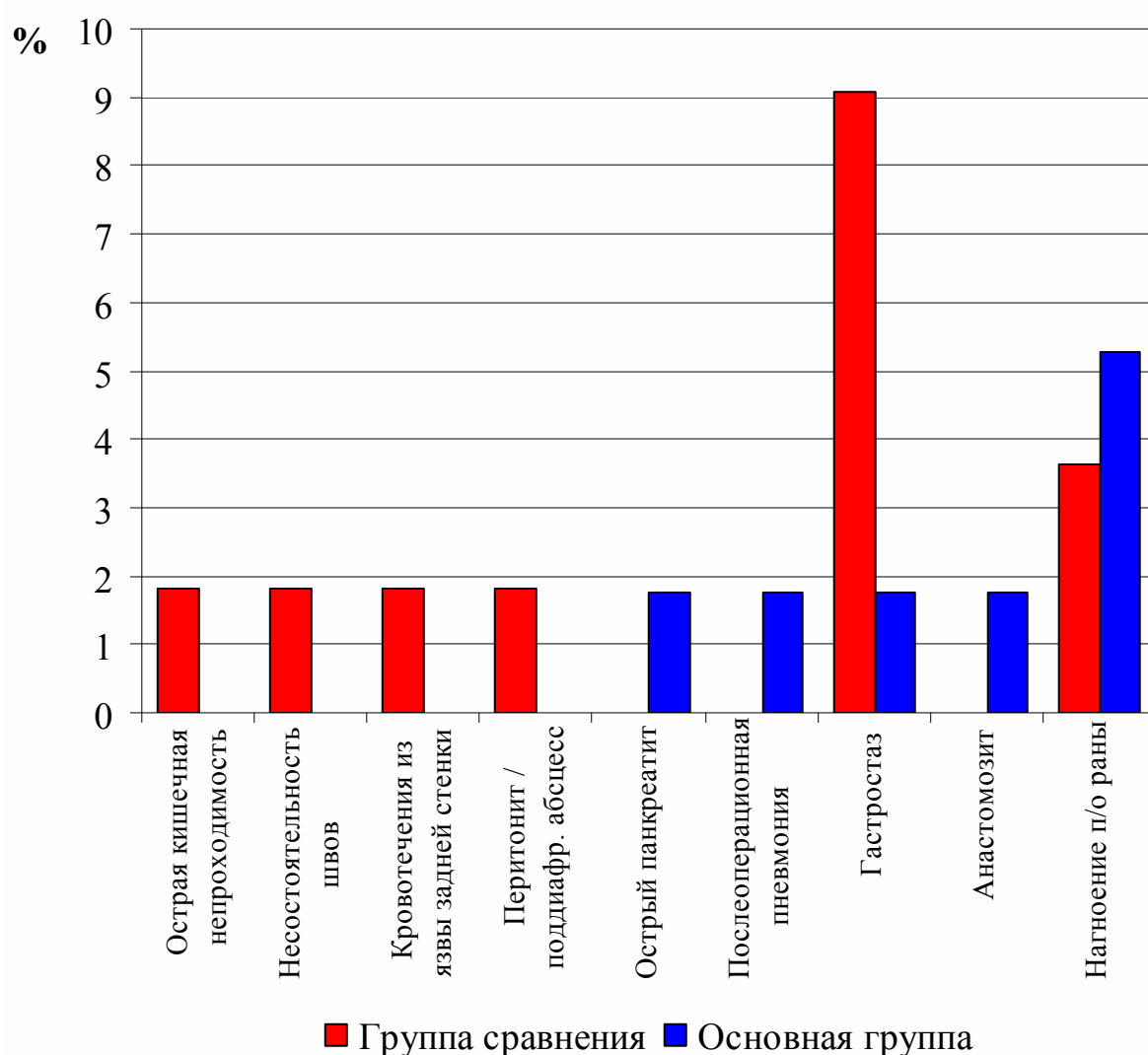


Рисунок 20 – Частота и структура осложнений в сравниваемых группах больных

4.2 Отдаленные результаты лечения

Отдаленные результаты (от 6 мес. до 5 лет) после хирургического лечения изучены у 71 (63,4 %) больного. Из них – у 31 из I группы, у 40 больных из II группы.

При обследовании больных I группы по шкале Visick результаты признаны хорошими у 9 (29,0 %), удовлетворительными – у 4 (12,9 %), неудовлетворительными – у 18 (58,1 %) больных. Эти данные представлены на рисунке 20.

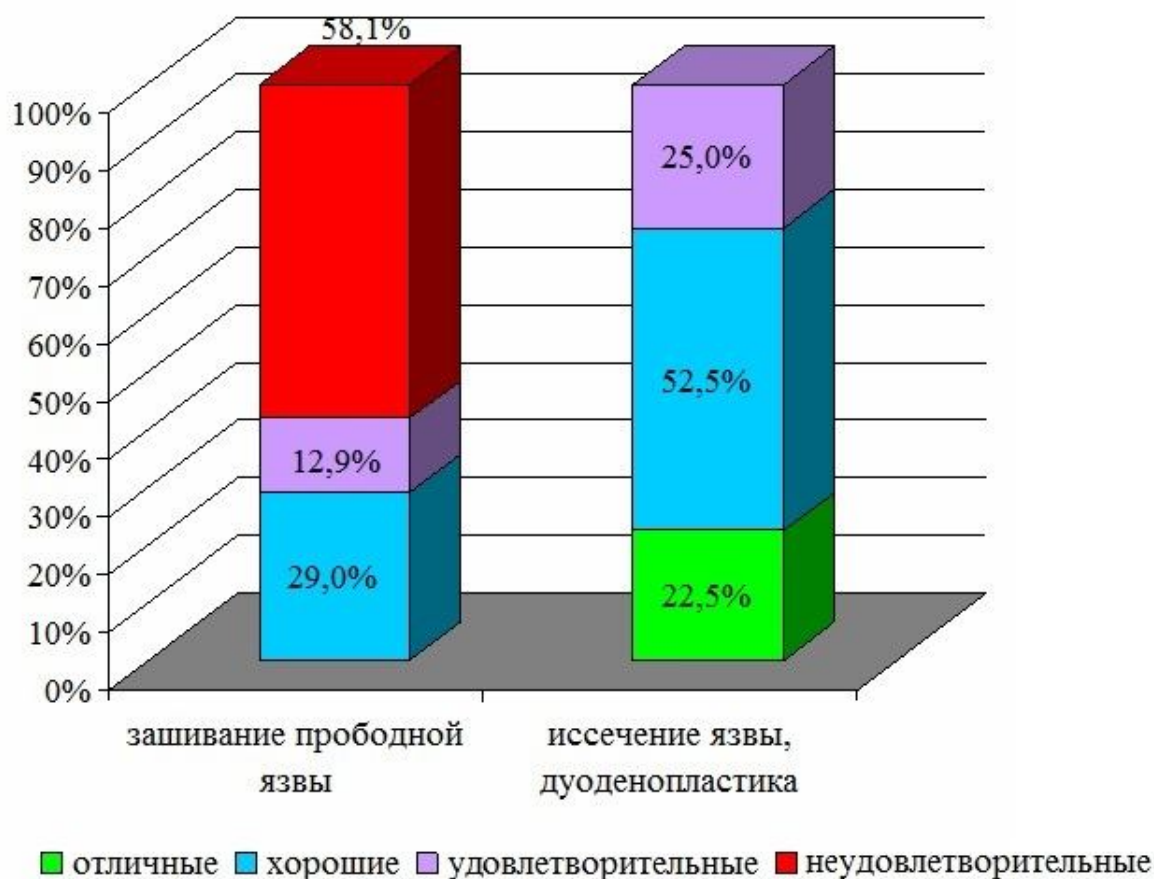


Рисунок 21 – Отдаленные результаты лечения больных с перфоративной язвой ДПК

Таблица 18 – Результаты обследования наблюдаемых больных в отдаленные сроки по шкале Visick (%)

Результат по Visick	Группа сравнения (n = 31)		Основная группа (n = 40)		
	n	M ± m	n	M ± m	p
Отличные	—	—	9	22,5 ± 6,6	> 0,05
Хорошие	9	29,0 ± 7,2	21	52,5 ± 7,9	< 0,05
Удовлетворительные	4	12,9 ± 5,3	10	25,0 ± 6,8	< 0,05
Неудовлетворительное	18	58,1 ± 7,8	—	—	—

Больные с хорошими результатами изредка предъявляли жалобы на эпизодические боли в эпигастральной области, отрыжку и изжогу только после приема острой и жирной пищи, алкоголя. При проведении ФГДС выявлены умеренно выраженные изменения слизистой оболочки антрального отдела желудка, характеризующиеся гиперемией, отеком и наличием единичных точечных геморрагий. Сравнительная эндоскопическая картина после различных оперативных вмешательств представлена в таблице 19.

При рентгенологическом исследовании размеры желудка не увеличены, признаков нарушения эвакуации бариевой взвеси из желудка и ДПК не отмечено. У 5 (16,6 %) больных имели место деформации луковицы ДПК. Сравнительные данные, полученные при рентгенологическом исследовании эвакуаторной функции желудка после различных оперативных вмешательств, приведены в таблице 20.

Таблица 19 – Результаты ФГДС у больных в отдаленные сроки после операции

Исследуемый параметр	Выявленные изменения	Больные после ушивания перфоративной язвы ДПК (n=31)		Больные с иссечением язвы ДПК с дуоденопластикой (n = 40)		
		n	M ± m	n	M ± m	p
Содержимое желудка	увеличение количества секреторной жидкости	6	19,4 ± 7,1	2	5,0 ± 3,4	> 0,05
	остатки пищи натошак	5	16,1 ± 6,6	0	0	< 0,05
	примесь желчи (ДГР)	19	61,3 ± 8,7	7	17,5* ± 6,0	< 0,05
Изменения слизистой желудка	поверхностный гастрит	26	83,9 ± 6,6	8	20,0* ± 6,3	< 0,05
	атрофический и смешанный гастрит	3	9,7 ± 5,3	2	5,0 ± 3,4	> 0,05
	эрозивный гастрит	2	6,5 ± 4,4	2	5,0 ± 3,4	> 0,05
Состояние области ушитой или иссеченной язвы	свободно проходима	25	80,6 ± 7,1	37	92,5 ± 4,2	> 0,05
	проходима с трудом	5	16,1 ± 6,6	3	7,5 ± 4,2	> 0,05
	стеноз	1	3,2 ± 3,2	0	0	> 0,05
Слизистая ДПК	дуоденит поверхностный	11	35,5 ± 8,6	7	17,5 ± 6,0	> 0,05
	дуоденит эрозивный	7	22,6 ± 7,5	3	7,5* ± 4,2	< 0,05
	язва	4	12,9 ± 6,0	0	0	< 0,05

Таблица 20 – Рентгеноскопия желудка и ДПК у больных в отдаленные сроки

Исследуемый параметр	Характеристики	Больные после ушивания язвы, n = 31		Больные после иссечения язвы с дуоденопластикой, n = 40		
		n	M ± m	n	M ± m	p
Размеры желудка	увеличены	3	9,7 ± 5,3	2	5,0 ± 3,4	> 0,05

Продолжение таблицы 20

Исследуемый параметр	Характеристики	Больные после ушивания язвы, n = 31		Больные после иссечения язвы с дуоденопластикой, n = 40		
		n	M ± m	n	M ± m	p
Тонус желудка	нормальный	1	3,2 ± 3,2	0	0,0 ± 0,0	> 0,05
	снижен	5	16,1 ± 6,6	2	5,0 ± 3,4	> 0,05
Содержимое желудка	пуст	12	38,7 ± 8,7	2	5,0 ± 3,4	< 0,05
	большое количество жидкости	18	58,1 ± 8,9	5	12,5 ± 5,2	< 0,05
Перистальтика	глубокая	7	22,6 ± 7,5	1	2,5 ± 2,5	< 0,05
	средней глубины	13	41,9 ± 8,9	34	85,0 ± 5,6	< 0,05
	поверхностная	7	22,6 ± 7,5	4	10,0 ± 4,7	> 0,05
	отсутствует	3	9,7 ± 5,3	1	2,5 ± 2,5	> 0,05
Эвакуация	ускорена	4	12,9 ± 6,0	3	7,5 ± 4,2	> 0,05
	своевременная	19	61,3 ± 8,7	31	77,5 ± 6,6	> 0,05
	замедлена от 10 до 1 часа	8	25,8 ± 7,9	6	15,0 ± 5,6	> 0,05
Депо бария (язва)		3	9,7 ± 5,3	0	0,0 ± 0,0	< 0,05
Дуоденогастральный рефлюкс		4	12,9 ± 6,0	5	12,5 ± 5,2	> 0,05

Снижение массы тела было незначительным. Трудоспособность этих больных не страдала.

Больные с удовлетворительными результатами периодически жаловались на боли в эпигастриальной области, срыгивание, временами рвоту с желчью. Отмечали снижение веса. Периодически получали консервативную терапию (блокаторы протонной помпы, антациды). При ФГДС обнаружены признаки рефлюкс-гастрита. Рентгенологически – складки желудка извитые, рефлюкс бариевой взвеси из ДПК в желудок, луковица ДПК деформирована. Результаты исследования кислотообразующей функции желудка – БПК – 4,8 ммоль/час, рН базальный – 3,2; стимулированный – 2,7. Трудоспособность больных не снижена.

Неудовлетворительные результаты выявлены у 18 больных. Из них пятеро оперированы повторно в различные сроки после операции. При этом двое больных по поводу повторной перфорации, трое по поводу стеноза ДПК. Остальные лечатся консервативно. У последних рецидив язвенной болезни возник через 8 и 11 месяцев после ушивания язвы. Пациентов беспокоит периодическое ухудшение состояния, особенно в весенне-осенние периоды, по поводу которых больные лечатся в условиях гастроэнтерологического отделения. При эндоскопическом исследовании отмечено увеличение размеров желудка, гипертрофия слизистой оболочки, единичные эрозии в антральном отделе. У одного больного выявлено стенозирование ДПК до 1,0 см, с язвой 0,6 см в диаметре на верхней стенке. У второго больного – язвенный дефект 0,8 см на верхне-задней стенке ДПК с рубцовой деформацией. У больного с компенсированным стенозом рентгенологически отмечена задержка эвакуации бариевой взвеси (1/3) до 6 часов, язвенная ниша на верхней стенке до 0,5 см.

Приводим клинические случаи повторно произведенных оперативных вмешательств.

Больной 39 лет, поступил 17 апреля 2008 года через 2 часа с момента заболевания с клиникой перфоративной язвы. Экстренная операция – видеолапароскопическое ушивание перфоративной язвы ДПК. После выписки из стационара в течение 6 месяцев чувствовал себя удовлетворительно. Осенью 2008 года госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение с клиникой рецидива язвы ДПК. После консервативной терапии язва зарубцевалась. Неоднократно лечился стационарно. Больной госпитализирован в хирургическое отделение 20 ноября 2010 года с клиникой стеноза ДПК. На ФГДС желудок больших размеров, содержит большое количество жидкости. Слизистая отечная, гиперемирована. Привратник сужен до 0,5 см, непроходим для тубуса эндоскопа.

Рентгеноскопия желудка (рисунок 22): размеры желудка увеличены. Нижняя граница находится на 5 см ниже гребешковой линии. Складки утолщены. Желудок содержит большое количество жидкости, остатков пищи. Тонус снижен. Перистальтика ослаблена, перистальтические волны поверхностные. Эвакуация

резко замедлена, не наступила через 1 час 20 минут, в том числе в положении на животе и на правом боку. Заключение: «Стеноз выходного отдела желудка».



Рисунок 22 – Рентгенограмма желудка больного до операции: желудок увеличен в размерах, содержит большое количество жидкости, перистальтика поверхностная, эвакуация не прослеживается

Поставлен клинический диагноз: хроническая язва ДПК, осложненная декомпенсированным стенозом. Операция – иссечение хронической язвы ДПК, мостовидная дуоденопластика из минидоступа. На операции желудок больших размеров, содержит жидкость. На 2,0 см ниже пилоруса суженный участок, на верхне-задней стенке найдена язва ДПК $1,2 \times 1,0$ см, стеноз ДПК до 0,4–0,5 см. Произведено иссечение рубцовых тканей, мостовидная дуоденопластика. Послеоперационный период протекал без осложнений. При повторном осмотре через 6 месяцев чувствует себя хорошо, жалоб не предъявляет, прибавил в весе 10 кг, трудоспособность не нарушена. На ФГДС пищевод и кардия не изменены. Желудок содержит светлый сок до 50 мл, привратник проходим, функционирует, луковица ДПК рубцово изменена, просвет не сужен. Рентгеноскопия желудка

(рисунок 23): желудок по сравнению до операции уменьшился в размерах, натошак содержит небольшое количество жидкости, тонус снижен, эвакуация не нарушена. Через 1 час в желудке половина принятого бария, а через 3 часа – следы бария. Анализ желудочного сока: базальная кислотопродукция – 1,8 ммоль/час, стимулированная – 9,2 ммоль/час, базальный pH – 2,9, pH после стимуляции – 2,6.

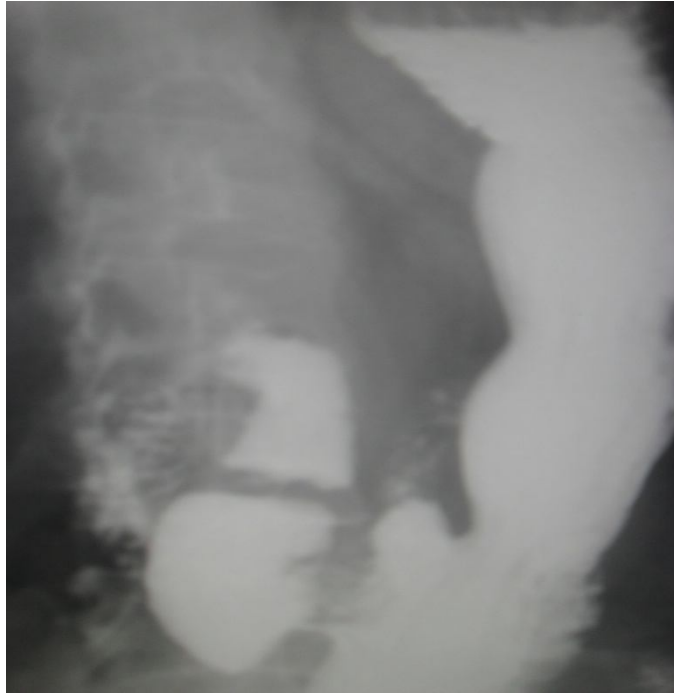


Рисунок 23 – Рентгенограмма желудка больного через 6 месяцев после иссечения язвы, мостовидной дуоденопластики: желудок уменьшился в размерах, перистальтика глубокая, эвакуация не нарушена

Аналогичная судьба и у третьего больного. После ушивания перфоративной язвы ДПК возникло стенозирование, больной повторно оперирован.

4.2.1 Отдаленные результаты после видеолaparоскопической санации и иссечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки, циркулярной дуоденопластики из минидоступа

Четырнадцать больных данной группы наблюдались в сроки от 6 месяцев до 5 лет. По шкале Visick у 8 больных (20 %) результаты признаны хорошими, у 6 (15 %) – удовлетворительными.

В группе с хорошими результатами больные периодически предъявляли жалобы на чувство тяжести в эпигастральной области, отрыжку, связанные с погрешностями в диете. Указанные ощущения были непостоянными, исчезали без какого-либо лечения после соблюдения диеты. При эндоскопическом исследовании у двух больных выявлена картина рефлюкс-гастрита, подтвержденная гистологическим исследованием биоптата. При проведении рентгеноскопии желудка, эвакуация контраста была порционной, задержка бариевой взвеси не отмечена, желудок полностью опорожнялся через 80–90 минут. У двух больных имела место деформация луковицы ДПК без нарушения эвакуации из желудка. Исследование желудочной секреции показало: БПК – $(3,2 \pm 0,16)$ ммоль/час, МПК – $(12,3 \pm 0,12)$ ммоль/час, pH базальный $2,2 \pm 0,14$, pH стимулированный $1,8 \pm 0,11$. У всех больных, отнесенных в группу с хорошими функциональными результатами, трудоспособность не страдала. Отмечалось увеличение массы тела в среднем на $(3 \pm 0,1)$ кг.

У 6 больных удовлетворительные результаты (15 %). У них появились жалобы на боли в эпигастральной области после еды, горечь во рту, изжогу, отрыжку. Все они госпитализированы в клинику с подозрением на рецидив язвы. В результате эндоскопического исследования у трех больных выявлена картина дуоденогастрального рефлюкса с явлением рефлюкс-гастрита, у остальных – единичные поверхностные эрозии, отек и гиперемия антрального отдела желудка. При гистологическом исследовании обнаружены признаки поверхностного гастрита. Ни в одном случае не отмечено признаков пилороспазма.

Рентгенологически перистальтика средней глубины, замедления эвакуации не выявлено.

Эти больные периодически нуждались в консервативной терапии, включающей блокаторы протонной помпы, антациды, заместительную ферментную терапию. Медикаментозное лечение улучшило состояние этих больных и позволило им сохранить трудоспособность.

Приведенные клинические наблюдения показывают, что иссечение перфоративной язвы ДПК с дуоденопластикой, в отдаленные сроки необходимо сочетать с назначением адекватной терапии блокаторами протонной помпы с применением при наличии показаний курсов эрадикационной терапии. Игнорирование этого правила приводит к рецидиву язвы в отдаленные сроки, даже в случаях хорошего ближайшего результата операции.

4.2.2 Оценка отдаленных клинических результатов после иссечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки с мостовидной дуоденопластикой

Анализ отдаленных результатов в сроки от 6 месяцев до 5 лет проведен у 26 (45,61 %) из 57 оперированных больных. По классификации Visick на основании клинических, эндоскопических, рентгенологических и лабораторных исследований отличные результаты зарегистрированы у 9 (22,5 %) больных, хорошие результаты получены у 13 (32,5 %), удовлетворительные – 4 (10 %). Результаты признаны отличными у 9 (22,5 %) пациентов. Больные с отличными исходами не предъявляли жалоб, не придерживались диеты, не испытывали диспепсических расстройств, считали себя практически здоровыми. У всех была положительная динамика массы тела, трудоспособность восстановлена через 45–60 дней после операции.

При проведении фиброэзофагогастродуоденоскопии патологических изменений со стороны слизистой пищевода, пищеводно-желудочного перехода не выявлено. Желудок небольших размеров, слизистая гладкая, блестящая, содержит

небольшое количество (20 ± 3) мл) светлого желудочного сока. Функция пилорического жома сохранена. Лишь у двух больных были умеренно выраженные изменения слизистой оболочки антрального отдела желудка в виде легкой гиперемии, отека и единичных точечных геморрагий из-за рефлюкса дуоденального содержимого в желудок при отсутствии жалоб у данных больных. Слизистая ДПК без выраженных изменений. Деформация луковицы ДПК отмечена в трех случаях. Морфологическая картина поверхностного гастрита выявлена у 6 больных.

При рентгенологическом исследовании пищевод проходим, функция кардиального жома не нарушена, желудок обычных размеров, тонус сохранен, перистальтика прослеживалась во всех отделах, эвакуация бариевой взвеси порционная, ритмичная. Полное опорожнение желудка происходило в течение ($2 \pm 0,3$) часов. Следует отметить, что в двух наблюдениях опорожнение желудка было ускоренным с полной эвакуацией контраста, спустя ($38 \pm 1,8$) минут, без клинических проявлений. Изучение кислотопродуцирующей функции желудка выявило у 3 пациентов некоторое повышение уровня секреции (БПК – ($5,6 \pm 0,38$) ммоль/час, МПК – ($26,5 \pm 1,1$) ммоль/час, базальный pH $1,6 \pm 0,8$, стимулированный pH $1,2 \pm 0,1$); нормацидное состояние секреции – у 18 больных (БПК – ($3,6 \pm 0,23$) ммоль/час, МПК – ($17,2 \pm 0,16$) ммоль/час, базальный pH $2,0 \pm 0,12$, стимулированный pH $1,2 \pm 0,21$); гипацидное состояние – у 7 больных (БПК – ($0,7 \pm 0,23$) ммоль/час, МПК – ($8,2 \pm 1,42$) ммоль/час, базальный pH $4,5 \pm 0,56$, стимулированный pH $3,7 \pm 0,27$). Тест Холландера, проведенный у 9 больных, оказался положительным в двух случаях, поскольку больным ваготомия не проводилась.

Хорошие результаты выявлены у 13 (32,5 %) пациентов. Демпинг-синдром легкой степени с эпизодическими приступами слабости, тошноты после приема сладкой или молочной пищи зарегистрирован у 3 (7,5 %) больных. Клинические признаки купировались, спустя 10–15 минут, самостоятельно, при соблюдении диеты не возникали. При рентгенологическом исследовании отмечена ускоренная эвакуация бария в первые 15 минут исследования. Органических изменений со

стороны желудка и ДПК не обнаружено. По данным ФГДС, у этих больных выявлена легкая гиперемия и отек слизистой антрального отдела желудка, соответствующие морфологической картине поверхностного гастрита.

Удовлетворительные результаты были у 4 (10 %) больных. Демпинг-синдром средней степени тяжести выявлен у 1 больного, которому проводилась пилоропластика. Он предъявлял жалобы на приступы слабости, недомогания, после сладкой и молочной пищи. Длительность приступов от 30 до 60 минут. При появлении приступа больной был вынужден лечь. Улучшение состояния приходит после медикаментозной коррекции, диетотерапии. Трудоспособность снижена. Периодически лечится стационарно. Снижение массы тела до 4 кг. Рентгенологическое исследование у данного больного выявило ускоренную эвакуацию бариевой взвеси в первые 5–10 минут. На ФГДС – желудок небольших размеров, слизистая его гиперемирована, умеренная гипертрофия. Привратник смыкается не полностью, вследствие пилоропластики, имеется рефлюкс дуоденального содержимого в желудок. Проходимость ДПК не нарушена, луковица ее деформирована, язв не обнаружено.

Таблица 21 – Результаты исследования КЖС у наблюдаемых больных в отдаленные сроки

Группа	Фракционное исследование		Внутрижелудочная рН-метрия			
	БАО (ммоль/ час)	МАО (ммоль/ час)	средний базальный рН		стимулированный рН	
			тело	анtrum	тело	анtrum
Сравнения	$3,4 \pm 1,2$	$10,2 \pm 2,9$	$2,1 \pm 0,7$	$3,9 \pm 1,3$	$1,5 \pm 0,3$	$2,9 \pm 1,7$
Основная	$1,8 \pm 0,7$	$6,5 \pm 1,2$	$2,1 \pm 0,7$	$4,7 \pm 1,8$	$1,6 \pm 0,5$	$3,1 \pm 1,2$
Примечание – Различия между группами статистически незначимы.						

Средний показатель БАО в группе сравнения составил ($3,4 \pm 1,2$) ммоль/час, МАО – ($10,2 \pm 2,9$) ммоль/час.

В основной группе у пациентов, обследованных в сроки от 1 года до 3 лет, средний показатель БАО составил ($1,8 \pm 0,7$) ммоль/час ($p < 0,05$), МАО – ($6,5 \pm 1,2$) ммоль/час ($p < 0,05$). По сравнению с дооперационными показателями

БАО снизился на 69 %, МАО – на 71 %.

При проведении внутрижелудочной рН-метрии выявлено, что значения рН в основной группе в среднем были выше, т. е. кислотность, как в теле желудка, так и в антральной области меньше, чем у больных группы сравнения. По-видимому, эти данные обусловлены лучшим опорожнением желудка у больных основной группы после иссечения язвенного субстрата. Статистически значимых различий между показателями в основной и контрольной группах не было выявлено.

При сопоставлении результатов обследования у больных с мостовидной и циркулярной дуоденопластикой установлено, что лучший исход обнаружен у больных с мостовидной дуоденопластикой. При рентгенологическом исследовании желудка у них не зарегистрировано наличие свободной жидкости и не было случаев замедления опорожнения желудка. При гастродуоденоскопии функция привратника не изменена. Не регистрировано длительных периодов спазма (рисунок 24). При заполнении ДПК барием в большей степени регистрируется сохранение ткани луковицы ДПК.



Рисунок 24 – ФГДС желудка больного после иссечения язвы, мостовидной дуоденопластики: желудок обычных размеров, привратник без изменений, сомкнут

В случаях циркулярной дуоденопластики при рентгенологическом исследовании обнаружена задержка эвакуации, иногда до $(1,5 \pm 0,3)$ часов. При

контрастировании ДПК регистрируется ускоренный пассаж контраста по дуоденальной петле без заполнения луковицы ДПК. При ФГДС обнаружены длительные периоды сомкнутого привратника, которые сопровождаются его расслаблением, но при прохождении аппаратом эндоскопист сразу попадает в нисходящую часть ДПК (рисунок 25).



Рисунок 25 – ФГДС желудка больного после иссечения язвы, циркулярной дуоденопластики: желудок обычных размеров, привратник зияет, имеется заброс желчи в желудок

Резюме

Оценка отдаленных результатов иссечения перфоративной язвы ДПК с дуоденопластикой позволяет считать, что применение этого метода обуславливает улучшение отдаленных результатов лечения. В 75 % случаев в отдаленные сроки получены отличные и хорошие результаты. Послеоперационные осложнения встречаются значительно реже и протекают в более легкой форме, хорошо коррегируются консервативной терапией.

Медикаментозная терапия, соблюдение диеты позволили больным основной группы сохранить трудоспособность.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Работа посвящена актуальной проблеме хирургического лечения перфоративной язвы ДПК. Вопрос о выборе метода оперативного вмешательства при этой патологии остается дискуссионным.

Ушивание перфоративной язвы ДПК не влияет на этиологические и патогенетические механизмы язвообразования, у 50–85 % больных наступает рецидив заболевания. В послеоперационном периоде наблюдаются такие осложнения, как повторная перфорация, кровотечение, стенозирование, требующие повторных вмешательств в худших условиях и сопряжены с риском осложнений.

Применение резекции желудка в условиях перфорации язвы ДПК сопровождается высоким операционным риском, летальностью 5–10 % и у 10–30 % больных – развитием постгастрорезекционных расстройств.

В настоящее время накоплен большой клинический опыт применения различных видов ваготомии в хирургическом лечении хронической дуоденальной язвы, свидетельствующий о высокой эффективности, низкой послеоперационной летальности и невысокой частоте рецидивов. Благодаря данному вмешательству, удастся сохранить желудок и снизить его секреторную функцию.

Вместе с тем, после ваготомии с дренирующими желудок операциями, возникают: рефлюкс-гастрит (8,0–45,0 %), демпинг-синдром (10,0–15,0 %), рецидив язвы (8,0–12,0 %) и диарея (4,0–6,0 %). Одной из причин неудач мы считаем разрушение пилорического жома. Наконец, ваготомия имеет ограничения в хирургии перфоративной дуоденальной язвы.

Целью исследования является улучшение результатов хирургического лечения больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки путем использования миниинвазивных технологий иссечения язвы и дуоденопластики.

В связи с этим поставлены задачи: изучить ближайшие результаты видеолапароскопического ушивания перфоративной язвы ДПК, изучить результаты специальных методов обследования и обосновать показания к

применению видеолапароскопической санации и иссечения язвы ДПК из минидоступа, разработать хирургическую технологию видеолапароскопической санации и иссечения перфоративной язвы ДПК в сочетании с дуоденопластикой из минидоступа и добиться уменьшения послеоперационных расстройств в отдаленном послеоперационном периоде путем совершенствования оперативно-технических приемов выполнения пилоросохраняющей дуоденопластики.

Представленное исследование основано на анализе результатов хирургического лечения 112 больных с перфоративной язвой ДПК, находившихся в клинике госпитальной хирургии Медицинского центра Государственного медицинского университета города Семей и в клинике госпитальной хирургии ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава России за период с 2003 по 2013 годы. Преобладающее большинство – 100 (89,2 %) пациентов – лица мужского пола. Основную часть – 109 (97,2 %) больных составляли люди трудоспособного возраста. Страдали язвенной болезнью до момента перфорации язвы 89 (79,4 %) больных. В работе применили комплекс исследований, включающий клинические, интраоперационные и инструментальные методы: рентгеноскопия пищевода желудка и ДПК, эзофагогастродуоденоскопия, внутрижелудочная рН-метрия, фракционное исследование желудочного сока, гистологическое исследование биоптата слизистой оболочки желудка.

Первая группа – больные, которым выполняли видеолапароскопическое ушивание перфоративной язвы. Сюда были включены пациенты, у которых давность перфорации составила не более 36 часов, перитонит не был распространенный, отсутствовали сопутствующие заболевания. Объем операции составил: ушивание перфоративной язвы ДПК, санацию и дренирование брюшной полости видеолапароскопическим способом.

Во вторую группу отнесены больные, которым производили видеолапароскопическую санацию брюшной полости, выполняли иссечение перфоративной язвы (устранение выявленных язв задней стенки, стеноза ДПК), дуоденопластику с дренированием брюшной полости из минидоступа.

Примененный нами дифференцированный подход позволяет лучше ориентироваться при выборе оптимального оперативного пособия при перфоративной дуоденальной язве.

Применяемый нами способ иссечения перфоративной язвы ДПК, по сравнению с обычным ушиванием перфоративной язвы, имеет ряд преимуществ и позволяет:

- выявить язву на задней стенке;
- устранить стеноз ДПК;
- удалить воспалительный вал вокруг язвы для лучшего заживления раны ДПК.

Большинству пациентов (57–50,9 %) выполнено иссечение перфоративной язвы ДПК (устранение выявленных язв задней стенки, стеноза ДПК).

После видеолапароскопии приступали к интраоперационному исследованию: оценивали количество и характер выпота, распространенность перитонита, размер перфорационного отверстия, расстояние от последнего до пилорического жома, наличие стеноза ДПК. Операцию проводили из минидоступа в правом подреберье с использованием аппарата «миниассистент». Иссекая язву, контролировали пилорический жом со стороны просвета кишки. Основываясь на данных операционной ревизии, нами усовершенствованы существующие, предложены новые варианты дуоденопластики, заключающиеся в полном иссечении язвенного субстрата и выявленных язв задней стенки, устранении стеноза ДПК, сохранении пилорического жома. Дуоденопластика в различных вариантах применена в 97 % случаев.

При изучении непосредственных результатов хирургического лечения получены следующие результаты.

После ушивания перфоративной язвы в раннем послеоперационном периоде выявлены: эндоскопические признаки поверхностного гастрита, дуоденита, деформация пилорического жома. При рентгенологическом исследовании установлено: замедленная эвакуация контраста из желудка (до 4 часов), деформация луковицы ДПК. При исследовании кислотопродуцирующей

функции желудка выявлено гиперацидное состояние практически у всех больных. В ближайшие сроки после операции развились следующие осложнения: нагноение раны – у 2 (3,6 %), острая кишечная непроходимость – у 1 (1,8 %), несостоятельность швов ушитой язвы, гастростаз – у 5 (9 %), перитонит – у 1 (1,8 %) больного. Умерло 2 (3,6 %) больных. Причинами послужили несостоятельность швов, наложенных на перфорационное отверстие и недостаточная санация брюшной полости.

Подводя итоги клинической оценки непосредственных результатов операции при перфоративной язве ДПК, можно отметить меньшее число послеоперационных осложнений и отсутствие летальных исходов после иссечения язвы и дуоденопластики. Следует подчеркнуть, что в предупреждении развития послеоперационных осложнений, существенное значение имеет рациональный выбор операции.

Отдаленные результаты изучены в сроки от 6 месяцев до 5 лет после хирургического лечения по поводу перфоративной язвы ДПК у 71 (63,3 %) больного по шкале Visick. Из них после ушивания перфоративной язвы ДПК у 31 больного, видеолапароскопического дренирования и иссечения язвы с дуоденопластикой из малого доступа – у 40 больных.

После ушивания перфоративной язвы по шкале Visick результаты были хорошими у 9 (28,4 %), удовлетворительными – у 4 (12,9 %), неудовлетворительными – у 18 (58,1 %) больных.

Больные с хорошими результатами изредка предъявляли жалобы на боли в эпигастрии, отрыжку и изжогу, особенно после приема острой и жирной пищи, алкоголя. Эндоскопически выявлены явления поверхностного гастрита. Рентгенологически – признаков нарушения эвакуации из желудка и ДПК не отмечено. Кислотообразующая функция желудка находилась в пределах нормы, снижение массы тела не наблюдалось. Трудоспособность не страдала.

Больных с удовлетворительным результатом периодически беспокоили боли в эпигастральной области, срыгивание, рвота с желчью. Снижение веса до $(8 \pm 0,2)$ кг. При ФГДС – признаки рефлюкса-гастрита. Рентгенологически –

деформация луковицы ДПК, с рефлюксом бариевой взвеси из ДПК в желудок. Кислотообразующая функция желудка – БПК – $(4,8 \pm 1,7)$ ммоль/час, рН базальный – 3,2, стимулированный – 2,7. Трудоспособность сохранена.

Неудовлетворительные результаты отмечены у 18 больных, из них 9 (28,4 %) оперированы повторно. Шестеро больных по поводу повторной перфорации, трое – по поводу стеноза ДПК, остальные получают консервативную терапию. Рецидивы язвы и стеноза ДПК подтверждены эндоскопическими и рентгенологическими исследованиями. Исследование желудочного сока выявило повышенную кислотопродукцию.

Таким образом, анализ отдаленных результатов после ушивания перфоративной язвы ДПК позволяет сделать вывод, что операция является паллиативной и дает большой процент рецидивов.

Отдаленные результаты после иссечения перфоративной язвы ДПК, дуоденопластики, в сроки от 6 месяцев до 5 лет изучены у 14 больных. Результаты признаны хорошими у 8 больных (66,6 %), у 6 (33,4 %) – удовлетворительными.

Результаты признаны хорошими у 8 (66,6 %) пациентов. Демпинг-синдром легкой степени выявлен у 3 (7,1 %) больных. При рентгенологическом исследовании отмечена ускоренная эвакуация бария в первые 15 минут исследования без органических изменений со стороны желудка и ДПК. По данным ФГДС у больных установлена картина поверхностного гастрита. Изучение секреторной функции желудка каких-либо отклонений от нормы не выявило. Остальные 6 (33,4 %) больных отмечали чувство тяжести в подложечной области, тошноту, отрыжку, связанные с погрешностями в диете. Указанные ощущения были непостоянными, исчезали без какого-либо лечения. Эндоскопически – картина поверхностного гастрита. Рентгенологически – изменений моторно-эвакуаторной функции желудка и ДПК не обнаружено. Кислотопродукция составила: БПК – $(3,2 \pm 0,16)$ ммоль/час, МПК – $(12,3 \pm 0,12)$ ммоль/час, рН базальный – $2,2 \pm 0,14$, рН стимулированный – $1,8 \pm 0,11$. Трудоспособность не страдала. Масса тела увеличилась у 6 из них на

3 кг, у 3 сохранилась прежней.

Отдаленные результаты операции признаны удовлетворительными у 6 (33,4 %) больных. Демпинг-синдром средней степени тяжести выявлен у 1 больного. Рентгенологическое исследование выявило ускоренную эвакуацию бариевой взвеси в первые 5–10 минут. На ФГДС имеется рефлюкс дуоденального содержимого в желудок. Результаты исследования секреторной функции желудка установили наличие гипацидного состояния. Двое больных предъявляли жалобы на боли в эпигастральной области после еды, горечь во рту, периодическое срыгивание пищей, рвоту с желчью. В результате обследования установлено, что ведущей причиной указанных расстройств был рефлюкс-гастрит. Вышеуказанные расстройства обусловлены нарушением замыкательной функции пилорического жома, вследствие его рассечения или вовлечения в зону шва.

Мы проанализировали результаты после иссечения перфоративной язвы ДПК из малого доступа с мостовидной или циркулярной дуоденопластикой и видеолапароскопической санацией.

Пациенты с отличными результатами – 9 (22,5 %) больных – не предъявляли жалоб, не придерживались какой-либо диеты, не было диспептических расстройств, считали себя практически здоровыми. У всех была положительная динамика массы тела, трудоспособность восстановлена через 45–60 дней после операции. Эндоскопически – существенных патологических изменений не выявлено. При рентгенологическом исследовании моторно-эвакуаторная функция не нарушена. Изучение кислотопродуцирующей функции желудка выявило незначительное повышение уровня секреции в 3 случаях; снижение – в 7.

Больные с хорошими результатами – 13 (32,5 %) – предъявляли периодические жалобы на чувство тяжести в эпигастральной области, отрыжку, связанные с погрешностями в диете. Указанные ощущения были непостоянными, исчезали без какого-либо лечения после соблюдения диеты. Рентгенологически у двух больных имела место деформация луковицы ДПК без нарушения эвакуации из желудка. При эндоскопическом исследовании картина рефлюкс-гастрита

выявлена у двух больных. Исследование желудочной секреции установило нормальные показатели. Все больные трудоспособны.

Отдаленные результаты признаны удовлетворительными у 4 (10 %) больных. В этой группе больные жаловались на боли в эпигастральной области после еды, горечь во рту, изжогу, отрыжку. Эндоскопическая картина дуоденогастрального рефлюкса с явлениями рефлюкс-гастрита обнаружена в трех случаях, у остальных – единичные поверхностные эрозии, отек и гиперемия антрального отдела желудка. Спазм привратника не выявлено. Рентгенологически – моторно-эвакуаторная функция желудка без отклонений. Анализ желудочного сока показал умеренное повышение кислотопродукции. Больные данной группы периодически нуждались в консервативной терапии. Медикаментозное лечение улучшило состояние этих больных и позволило сохранить им трудоспособность.

Клиника рефлюкс-гастрита тяжелой степени наблюдалась у двух пациентов, при проведении эзофагогастродуоденоскопии эндоскопически выявлены признаки рефлюкс-гастрита. При рентгенологическом исследовании выявлен рефлюкс контраста из ДПК в желудок. Исследование кислотопродуцирующей функции желудка выявило нормальные показатели БПК и МПК.

Анализируя отдаленные результаты видеолaparоскопической санации и иссечения перфоративной язвы ДПК с дуоденопластикой следует отметить, что используемая операция, является, несомненно, более радикальным вмешательством, по сравнению с видеолaparоскопическим ушиванием перфоративной язвы. Несмотря на удовлетворительные результаты в ближайшем послеоперационном периоде, в отдаленные сроки в сочетании с адекватной противоязвенной терапией, операция у большинства больных дает хорошие результаты.

При сравнении отдаленных результатов циркулярной и мостовидной дуоденопластики следует отметить, что мостовидная дуоденопластика дает лучшие функциональные исходы, вследствие сохранения тканей луковицы ДПК и

меньшей частоты пилороспазма.

Таким образом, оценка отдаленных результатов иссечения перфоративной язвы ДПК с дуоденопластикой позволяет считать, что эта операция является эффективным методом лечения перфоративной дуоденальной язвы. Послеоперационные осложнения встречаются значительно реже и протекают в легкой форме, хорошо поддаются консервативной терапии.

ВЫВОДЫ

1. Применение видеолапароскопической санации и иссечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки из минидоступа сопровождается малым количеством послеоперационных осложнений и дает хорошие и отличные результаты в отдаленном периоде у 75 % больных.

2. При проведении видеолапароскопического ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки с каллезными краями в раннем послеоперационном периоде у 3,6 % развилась несостоятельность швов. У 1,8 % больных кровотечение из язвы и у 5,4 % больных сформировался стеноз двенадцатиперстной кишки.

3. Основными элементами хирургической технологии видеолапароскопической санации и иссечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки из минидоступа являются: создание минидоступа в правом подреберье, обеспечивающего возможность непосредственного выхода на луковицу двенадцатиперстной кишки; иссечение только патологически измененных тканей с сохранением пилорического жома, наложение прецизионного шва.

4. Видеолапароскопическая санация с иссечением перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки из минидоступа позволяет у 74,1 % больных сохранить пилорический жом за счет применения мостовидной дуоденопластики, которая дает лучшие функциональные результаты.

5. При анализе отдаленных результатов видеолапароскопического ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки с каллезным краем и иссечения её из минидоступа с сохранением привратника выявляется снижение частоты нарушений эвакуаторной функции желудка и дуоденогастрального рефлюкса в 4,3 раза, частоты признаков гастрита – в 3,3 раза, поверхностного и эрозивного дуоденита – в 2,3 раза.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При проведении фиброгастродуоденоскопии у больных с выявляемой перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки следует осуществлять тщательную визуальную оценку состояния язвенного кратера, воспалительного вала и задней стенки двенадцатиперстной кишки. При выявлении каллезных краев язвы, выраженных воспалительных изменений, рубцового сужения луковицы и второй язвы на задней стенке двенадцатиперстной кишки, ушивание перфоративной язвы считать нецелесообразным.

2. В случаях, когда ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки невозможно вследствие риска осложнений, в качестве одного из рациональных вмешательств является проведение видеолапароскопической санации с иссечением краев каллезной язвы из минидоступа.

3. В процессе иссечения перфоративной язвы из минидоступа возможно выполнение мостовидной дуоденопластики с сохранением привратника.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

БАО	basal acid output
ДГР	дуоденогастральный рефлюкс
ДЖО	дренирующие желудок операция
ДП	дуоденопластика
ДПК	двенадцатиперстная кишка
КЖС	кислая желудочная секреция
МАО	maximal acid output
МЭН	моторно-эвакуаторные нарушения
СВ	селективная ваготомия
СПВ	селективная проксимальная ваготомия
СтВ	стволовая ваготомия
ТСЖ	тощаковое содержимое желудка
ФГДС	фиброгастродуоденоскопия
ХЯДПК	хроническая язва двенадцатиперстной кишки
ЯБ	язвенная болезнь
НР	<i>Helicobacter pylori</i>

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдуллаев, М. А. Причины конверсии при лапароскопических операциях у больных с перфоративными гастродуоденальными язвами / М. А. Абдуллаев, Ю. В. Плотников, А. М. Муханна // Альманах института хирургии им. А. В. Вишневского. – 2010. – Т. 5 – № 1. – С. 71–72.
2. Абдуллаев, М. А. Причины летальности среди больных с перфоративными гастродуоденальными язвами / М. А. Абдуллаев, Ю. В. Плотников, А. М. Муханна // Альманах института хирургии им. А. В. Вишневского. – 2010. – Т. 5 – № 1 (1). – С. 71.
3. Александров, К. Р. Лапароскопические операции из единого доступа с использованием стандартных инструментов / К. Р. Александров, Р. А. Буря, И. Ю. Илларионов // Альманах Института хирургии им. А. В. Вишневского. – 2011. – Т. 6 – № 1. – С. 34–35.
4. Алимов, И. А. Клиническая и социально-экономическая эффективность применения минидоступа в условиях центральной районной больницы : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.17 / Алимов Игорь Александрович ; Тюм. гос. мед. акад. – Тюмень, 2012. – 22 с.
5. Асадов, С. А. Хирургическое лечение «трудных» и осложненных гастродуоденальных язв / С. А. Асадов // Хирургия. – 2002. – № 11. – С. 64–67.
6. Астафуров, В. Н. Диагностический справочник хирурга / В. Н. Астафуров. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2003. – С. 448.
7. Аргучинский, И. В. Этапные миниинвазивные органосохраняющие операции в хирургическом лечении стенозирующей дуоденальной язвы / И. В. Аргучинский, В. Г. Лубянский // Эндоскоп, хирургия. 2006. – № 2. – С. 75.
8. Алимов, А. В. Пути совершенствования комбинированного гемостаза при острых гастродуоденальных кровотечениях / А. В. Алимов, С. А. Касумян, И. В. Бузык // «Внутрипросветная эндоскопическая хирургия» : материалы рос. симпозиума. – М., 2008. – С. 105–106.
9. Ахметов, Б. С. Хирургические методы лечения язвенной болезни

желудка и двенадцатиперстной кишки // Медицина. – 2000. – № 3. – С. 28–30.

10. Афендулов, С. А. Хирургическое лечение и реабилитация (Зольных с прободной пилородуоденальной язвой / С. А. Афендулов, Г. Ю. Журавлев, К. М. Кадилов // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2010. – № 3. – С. 38–40.

11. Балогланов, Д. А. Хирургическая тактика и выбор метода операции при перфоративных язвах двенадцатиперстной кишки : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.17 / Балогланов Джавид Адиль оглы ; РУДН. – Москва, 2011. – 20 с.

12. Балалыкин, А. С. Лапароскопические и торакоскопические операции в лечении язвенной болезни ДПК и её осложнений // А. С. Балалыкин, А. А. Давыдов, А. Ф. Исаев // «Актуальные проблемы современной хирургии» Международный хирургический конгресс : труды конгр. – М., 2003. – С. 40.

13. Баранов, Е. А. Непосредственные и отдалённые результаты малоинвазивных эндохирургических вмешательств у больных с осложнённой язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.27 / Баранов Евгений Александрович ; Моск. гос. мед.-стом. ун-т. – Москва, 2008. – 14 с.

14. Бебуришвили, А. Г. Сочетанные лапароскопические и минилапаротомные операции при осложнениях язвенной болезни / А. Г. Бебуришвили // Эндоскоп, хирургия. – 2004. – № 1. – С. 27–28.

15. Бронштейн, П. Г. Метод лапароскопического лечения прободных язв с использованием металлических клипс / П. Г. Бронштейн, С. В. Могильников, О. В. Семенчева // Вестник новых медицинских технологий. – 2007. – Т. 14, № 2. – С. 103.

16. Бондарев, Г. А. Динамика осложнения язвенной болезни в Курской области за 20 лет // «Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и ДПК» : материалы всероссийской конференции хирургов. – Саратов, 2003. – С. 6.

17. Буров, К. В. Прободная пилородуоденальная язва: ушивание и

комбинированное хирургическое лечение / К. В. Буров, А. И. Данилов, А. М. Шулутко // Российский мед. журнал. – 2005. – № 2. – С. 17–19.

18. Возможно ли расширение показаний к первично-радикальным операциям при перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки? / А. Н. Вачев [и др.] // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2010. – № 2. – С. 43–47.

19. Вачев, А. Н. Морфологическое обоснование объема иссекаемой ткани при операции по поводу перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки / А. Н. Вачев, А. А. Козлов, П. А. Сухачев // Хирургия. – 2011. – № 2. – С. 21–24.

20. Ветшев, П. С. Параметры оценки травматичности лапароскопических и традиционных оперативных технологий / П. С. Ветшев, С. Н. Нестеров, Б. В. Ханалиев // Хирургия. – 2008. – № 12. – С. 65–67.

21. Видеолапароскопия при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки / И. И. Кирсанов [и др.] // Эндоскоп, хирургия. – 2010. – № 1. – С. 8–12.

22. Выбор метода операции у больных пожилого и старческого возраста с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией / Ф. М. Агзамов [и др.] // Хирургическая гастроэнтерология. – 2005. – № 5. – С. 89–92.

23. Выбор радикальной операции у больных с ушитыми перфоративными гастродуоденальными язвами / Г. К. Жерлов [и др.] // Хирургия. – 2005. – № 3. – С. 18–22.

24. Выбор способа лапароскопического вмешательства при прободной пилородуоденальной язве / П. Г. Бронштейн [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 2005. – № 2. – С. 17–20.

25. Глухов, А. А. Миниинвазивное хирургическое лечение больных при перфоративных гастродуоденальных язвах / А. А. Глухов, П. И. Кошелев, А. В. Федоров // Хирургия. – 2006. – № 3. – С. 11–14.

26. Головин, Р. А. Место дистальной резекции желудка в лечении больных с перфоративными гастродуоденальными язвами : автореф. дис. ... канд.

мед. наук : 14.00.27 / Головин Роман Алексеевич ; Моск. мед акад. им. И. М. Сеченова. – Москва, 2009. – 48 с.

27. Гольденфарб, П. Р. Сравнительная оценка малоинвазивных способов ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.27 / Гольденфарб Павел Рувимович ; Урал. гос. мед акад. – Екатеринбург, 2009. – 21 с.

28. Гостищев, В. К. Перфоративные гастродуоденальные язвы: взгляд на проблему / В. К. Гостищев, Р. А. Головин, М. А. Евсеев // Р.М.Ж. – 2006. – № 6. – С. 13–25.

29. Гостищев, В. К. Радикальные оперативные вмешательства в лечении больных с перфоративными гастродуоденальными язвами / В. К. Гостищев, М. А. Евсеев, Р. А. Головин // Хирургия. – 2009. – № 3. – С. 10–16.

30. Гуляев, А. А. Опыт лечения больных с перфоративными пилородуоденальными язвами / А. А. Гуляев // Эндоскоп, хирургия. – 2005. – № 2. – С. 21–24.

31. Гусейнзаде, М. Г. Оценка качества жизни больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки / М. Г. Гусейнзаде // Терапевтический архив. – 2006. – № 2. – С. 38–42.

32. Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области. Приказ. О единой тактике диагностики и лечения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. От 28.07.2008 г. № 930.

33. Джанелидзе, И. И. Протоколы диагностики и лечения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости / И. И. Джанелидзе // Ассоциация хирургов Санкт-Петербурга. Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И. И. Джанелидзе. – СПб., 2007. – 58 с.

34. Дряженков, И. Г. Осложненные гастродуоденальные язвы / И. Г. Дряженков, В. В. Рыбачков // Хирургия. – 2005. – № 3. – С. 27–29.

35. Емельянов, С. И. Лапароскопическая хирургия желудка // С. И. Емельянов, Н. Л. Матвеев, В. В. Феденко // М. : Медпрактика – М, 2002. –

С. 164.

36. Евсеев, М. А. Стратегия антисекреторной терапии у больных с кровотечениями и перфоративными гастродуоденальными язвами / М. А. Евсеев, Г. Б. Ивахов, Р. А. Головин // Хирургия. – 2009. – № 3. – С. 46–52.

37. Жанталинова, Н. А. Выбор хирургической тактики при гигантских язвах желудка и двенадцатиперстной кишки/ Н. А. Жанталинова // Хирургия. – 2005. – № 12. – С 30–32.

38. Жерлов, Г. К. Способ селективной проксимальной ваготомии / Г. К. Жерлов, Л. А. Кудяков, А. П. Кошель // Хирургия. – 2003. – № 6. – С. 42–46.

39. Жернакова, Н. И. Клинико-эпидемиологические особенности течения язвенной болезни в различных возрастных группах // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Медицина. Фармация. – 2010. – С. 10.

40. Ивашкин, В. Т. Гастроэнтерология, клинические рекомендации \ В. Т. Ивашкин. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 36 с.

41. Ивашкин, В. Т. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения: руководство для практикующих врачей / В. Т. Ивашкин, Т. Л. Лапина / под общ. ред. В. Т. Ивашкина. – М. : Литтерра, 2003. – 1046 с.

42. Исаев, Г. П. Роль *Helicobacter pylori* в клинике язвенной болезни / Г. П. Исаев // Хирургия. – 2004. – № 4. – С. 64–66.

43. Касумьян, С. А. Лапароскопическая хирургия перфоративной пилородуоденальной язвы / С. А. Касумьян, А. В. Сергеев, А. Ю. Некрасов. – Смоленск, 2004. – 84 с.

44. Каттабеков, О. А. Сравнительная характеристика непосредственных результатов традиционного и лапароскопического ушивания перфоративных дуоденальных язв / О. А. Каттабеков, К. С. Ризаев, Ш. К. Атаджанов // Анналы хирургии. – 2009. – №. 3 – С. 32–36.

45. Кирсанов, И. И. Лапароскопия при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки / И. И. Кирсанов, А. А. Гуляев, Г. В. Пахомова // Неотложная и специализированная помощь. III конгресс московских хирургов :

тезисы докладов. – Москва, 2009. – С. 51–52.

46. Коваленко, А. А. Анализ и пути снижения летальности при семи формах острого живота в хирургических стационарах : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.27 / Коваленко Александр Алексеевич ; СПб мед. акад. последипл. обр. – СПб, 2007. – 25 с.

47. Козлова, И. В. Фармакотерапия эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки / И. В. Козлова, Ю. Ю. Елисеев, А. Л. Пахомова // Болезни органов пищеварения. – 2005. – № 5. – С. 86–91.

48. Козлов, А. А. Тактика хирурга в лечении больных с перфорациями хронических пилородуоденальных язв : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.17 / Козлов Анатолий Анатольевич ; Самарс. гос мед ун-т. – Самара, 2011. – 22 с

49. Корочанская, Н. В. Наш 25-летний опыт лечения осложненных дуоденальных язв методом радикальной дуоденопластики в сочетании с расширенной селективной проксимальной ваготомией // Н. В. Корочанская, С. Н. Сериков, В. И. Оноприев // Современные проблемы экстренного планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки : матер. всероссийской конф. хирургов. – Саратов, 2003. – С. 185.

50. Корытцев, В. К. Расширение объема оперативного вмешательства при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки / В. К. Корытцев // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. 2010. – Т. 169, №. 3. – С. 99–100.

51. Климов, А. Г. Видеолапароскопические органосохраняющие операции в лечении хронической язвы двенадцатиперстной кишки : автореф. дисс. ... канд. мед. наук : 14.00.27 / Климов Алексей Геннадьевич, Алтайск. гос. мед. ун-т. – Барнаул, 2002. – С. 22.

52. Кубышкин, В. А. Хирургическое лечение язвенных стенозов двенадцатиперстной кишки // В. А. Кубышкин, И. А. Козлов // Современные проблемы экстренного планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки : материалы всероссийской конференции. – Саратов, 2003. – С. 189.

53. Кузин, М. И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия – 2001. – №1 – С. 27–32.
54. Курбанов, Ф. С. Селективная проксимальная ваготомия в сочетании с дренирующими операциями при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / Ф. С. Курбанов, С. А. Асадов, Р. Р. Микаилов // Хирургия. – 2000. – № 7 – С. 37–41.
55. Курбонов, К. М. Хирургическая тактика при перфоративных гастродуоденальных язвах, сочетающихся с пеннетрацией и стенозом / К. М. Курбонов, Б. О. Назаров // Хирургия. – 2005. – № 12. – С. 33–35.
56. Курбанов, К. М. Диагностика и хирургическое лечение пенетрирующих язв двенадцатиперстной кишки / К. М. Курбанов, С. Т. Ибодов // Хирургия. – 2001. – № 2. – С. 9–11.
57. Курбанов, Ф. С. Операции минимального объема в хирургическом лечении перфоративных язв двенадцатиперстной кишки / Ф. С. Курбанов, Д. А. Балогланов, А. Н. Сушко // Хирургия. – 2011. – № 3. – С. 44–49.
58. Курыгин, А. А. Неотложная хирургическая гастроэнтерология : руководство для врачей / А. А. Курыгин, Ю. М. Стойко, С. Ф. Багненко. – СПб. : Питер, 2001. – 480 с.
59. Кутяков, М. Г. Селективная проксимальная ваготомия с иссечением язвы двенадцатиперстной кишки / М. Г. Кутяков, В. А. Хребтов, М. Ж. Аймагамбетов // Хирургия – 2000. – № 4 – С. 9–12.
60. Краснов, О. А. Современные принципы хирургического лечения осложненных дуоденальных язв : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.27 / Краснов Олег Аркадьевич ; Российск. мед. акад. последипл. образ. – М., 2009. – 42 с
61. Краснов, О. А. Малотравматичный способ селективной проксимальной ваготомии методом химической денервации в лечении больных с перфоративными дуоденальными язвами / О. А. Краснов // Политравма. – 2006. – № 3. – С. 15–20.
62. Краснов, О. А. Применение селективной проксимальной ваготомии методом химической денервации в лечении больных пожилого и старческого возраста с перфоративными пилородуоденальными язвами / О. А.Краснов //

Успехи геронтологии. – 2007. – № 4. – С. 89–93.

63. Краснов, О. А. Видеолапароскопическая комбинированная ваготомия в лечении перфоративных пилородуоденальных язв. Метод, рекомендации / О. А. Краснов, О. В. Ооржак. – Кемерово, 2005. – 15 с.

64. Краснов, О. А. Видеолапароскопическое ушивание перфоративных язв пилородуоденальной зоны. Метод, рекомендации / О. А. Краснов, О. В. Ооржак, А. В. Шабунин. – Кемерово. – 2005. – 16 с.

65. Лазебник, Л. Б. Эпидемиология язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / Л. Б. Лазебник // Терапевтический архив. – 2007. – № 2. – С. 12–15.

66. Лобанков, В. М. Хирургия язвенной болезни на рубеже 21 века / В. М. Лобанков // Хирургия. 2005. – № 1. – С. 58–63.

67. Лобанков, В. М. К вопросу о причинах роста числа больных с осложненными формами язвенной болезни // «Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и ДПК» : материалы всероссийской конференции хирургов. – Саратов, 2003. – С. 14.

68. Лобанков, В. М. О методологии лечебной стратегии при язвенной болезни в современных условиях // «Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и ДПК» : материалы всероссийской конференции хирургов. – Саратов, 2003. – С. 15.

69. Логинов, А. С. Внутрижелудочная рН-метрия и терапия язвенной болезни антисекреторными препаратами : методические рекомендации / А. С. Логинов. – М., 1995. – 18 с.

70. Лопатников, А. В. Оценка результатов тампонады сальником прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.27 / Лопатников Андрей Владимирович ; Ярославск. гос. мед. акад. – Ярославль, 2007. – 25 с.

71. Луцевич, О. Э. Настоящее и перспективы лапароскопической хирургии в экстренной хирургии / О. Э. Луцевич, Э. А. Галямов, М. П. Толстых //

Неотложная и специализированная помощь: III конгресс московских хирургов : тезисы докладов. – Москва, 2009. – С. 47–48.

72. Маев, И. В. Современные представления о заболеваниях желудочно-кишечного тракта, ассоциированных с *Helicobacter pylori* / И. В. Маев // Терапевтический архив. – 2006. – № 2. – С. 10–15.

73. Малинкин, А. В. Комплексное малоинвазивное лечение перфоративных пилородуоденальных язв: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.27 / Малинкин Алексей Викторович ; Уральск. гос. мед. акад. – Екатеринбург, 2007. – 22 с.

74. Мальчиков, А. Я. Эндоскопическое лечение перфоративных язв двенадцатиперстной кишки / А. Я. Мальчиков, И. Ю. Уткин, В. В. Проничев // Эндоскоп, хирургия. – 2009. – № 1. – С. 88–89.

75. Машкин, А. М. Операции из минидоступа в городском общехирургическом стационаре / А. М. Машкин // Хирургия минидоступа : материалы Уральской межрегиональной научно-практической конференции / под общ. ред. М. И. Прудкова. – Екатеринбург, 2005. – С. 59–61.

76. Мальчиков, А. Я. Эндоскопическое лечение перфоративных язв двенадцатиперстной кишки / А. Я. Мальчиков, И. Ю. Уткин, В. В. Проничев // Эндоскоп. Хирургия. – 2009. – № 1. – С. 88–89.

77. Мартов, Ю. Б. Лечение больных язвенной болезнью, осложненной стенозом / Ю. Б. Мартов, Л. А. Фролов, В. А. Федоренко // Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки : материалы всероссийской конференции. – Саратов, 2003. – С. 200.

78. Межидов, З. С. Оптимизация хирургической тактики при перфоративной гастродуоденальной язве в условиях центральной районной больницы Чеченской республики : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.27 / Межидов Заур Султанович ; Саратовск. гос. мед. ун-т. – Саратов, 2006. – 19 с.

79. Мигунов, А. А. Хирургическое лечение перфоративных гастродуоденальных язв с применением полимерной сетки : автореф. дис. ... канд.

мед. наук : 14.00.27 / Мигунов Андрей Анатольевич ; Белгородск. гос. ун-т. – Белгород, 2009. – 21 с.

80. Мидленко, В. И. Оперативное лечение перфоративных гастродуоденальных язв с сочетанными осложнениями / В. И. Мидленко, А. Л. Чарышкин. // Российский медицинский журнал. – 2007. – №3. – С. 8–10.

81. Мидленко, В. И. Способ пластики перфоративных гастродуоденальных язв серозно-мышечным лоскутом путем туннелизации / В. И. Мидленко, А. Л. Чарышкин // Казанский медицинский журнал. – 2006. – Т. 87, № 2. – С. 144–146.

82. Минкович, П. В. Современные тенденции и направления в лечении прободных пилородуоденальных язв / П. В. Минкович // Новости хирургии. – 2008. – Т. 16, № 4. – С. 131–140.

83. Михалев, А. И. Новые технологии в лечении осложнений язвенной болезни : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.27 / Михалев Александр Иванович ; Роосийск. гос. мед. ун-т. – Москва, 2009. – 48 с.

84. Михалев, А. И. Результаты лапароскопического ушивания перфоративных дуоденальных язв / А. И. Михалев, Е. Д. Федоров, С. А. Чернякевич // Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. – 2008. – № 5. – С. 3337.

85. Национальные клинические рекомендации «Прободная язва» // Приняты на Съезде XII хирургов России «Актуальные вопросы хирургии». – Ростов-на-Дону, 2015. – С. 37.

86. Негребов, М. Г. Тактика лечения больных с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.27 / Негребов Михаил Геннадьевич ; Моск. мед. акад. им. И. М. Сеченова. – Москва, 2009. – 48 с.

87. Нишевич, Е. В. Роль и место операций из минилапаротомного доступа в неотложной хирургии органов брюшной полости / Е. В. Нишевич // Вестник уральской медицинской академической науки. – 2009. – № 3. – С. 109–112.

88. Оноприев, В. И. Органо восстанавливающие концепция, тактика и

технологии хирургического лечения осложненных дуоденальных язв / В. И. Оноприев // Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и ДПК : материалы всероссийской конференции. – Саратов, 2003. – С. 204.

89. Ооржак, О. В. Видеолапароскопическая комбинированная ваготомия в лечении больных перфоративными пилородуоденальными язвами : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.27 / Ооржак Орлан Валерийович ; Кемеровск. гос. мед. акад. – Кемерово, 2006. – 124 с.

90. Оскретков, В. И. Видеолапароскопические органосохраняющие операции при лечении хронической язвы двенадцатиперстной кишки / В. И. Оскретков, А. Г. Климов, В. А. Ганков // Эндоскоп, хирургия. – 2003. – № 6. – С. 4–9.

91. Оскретков, В. И. Эндоскопическая ваготомия // В. И. Оскретков, А. Г. Климов, В. А. Ганков. – Барнаул : Аз Бука. – 2004. – С. 68.

92. Османов, З. Х. Анализ результатов хирургического лечения больных с перфоративными гастродуоденальными язвами / З. Х. Османов, Д. Ю. Семенов, Ю. С. Чекмасов // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. – 2007. – № 4. – С. 22–24.

93. Оспанов, О. Б. Единый лапароскопический доступ для холецистэктомии: история развития и современное состояние (обзор литературы) / О. Б. Оспанов, Ж. Б. Дильдабеков // Эндоскопическая хирургия. – 2011 – № 3. – С. 72–76.

94. Панцырев, Ю. М. Лечение прободной гастродуоденальной язвы / Ю. М. Панцырев, А. И. Михалев, О. И. Юдин // Российский медицинский журнал. – 2006. – № 5. – С. 18–21.

95. Панцырев, Ю. М. Хирургическое лечение осложненной язвенной болезни / Ю. М. Панцырев, А. И. Михалев, Е. Д. Федоров // 80 лекций по хирургии / ред. В. С. Савельева. – М., 2008. – 912 с.

96. Панцырев, Ю. М. Хирургическое лечение прободной язвы двенадцатиперстной кишки с кровотечением // Ю. М. Панцырев, А. И. Михалев,

Е. Д. Федоров // Хирургия. – 2003. – № 3. – С. 43–49.

97. Погосян, Г. Э. Оценка отдаленных результатов хирургического лечения осложненных пилородуоденальных язв : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.27 / Погосян Гагик Эдуардович ; Московск. мед. акад. им. И.М. Сеченова. – Москва, 2007. – 24 с.

98. Подшивалов, В. Ю. Малоинвазивные способы диагностики и лечения перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки / В. Ю. Подшивалов // Эндоскоп, хирургия. – 2005. – № 5. – С. 54–59.

99. Поташов, Л. В. Сравнительная характеристика непосредственных результатов традиционного и лапароскопического ушивания перфоративных пилородуоденальных язв / Л. В. Поташов // Эндоскоп, хирургия. – 2000. – № 3. – С. 5–6.

100. Поташов, Л. В. Отдаленные результаты ушивания перфоративных пилородуоденальных язв / Л. В. Поташов, Д. Ю. Семенов, Д. Г. Ушвердидзе // Вестник хирургии. – 2005. – Т. 164, № 5. – С. 40–42

101. Прудков, М. И. Основы минимально инвазивной хирургии / М. И. Прудков. – 2001. – 64с.

102. Пучков, К. В. Хирургия одного порта: показания, преимущества, ограничения / К. В. Пучков, Ю. Е. Андреева, А. Л. Мельников // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. 2011. – Т. 6, № 1. – С. 213–214.

103. Прудков, М. И. Основы минимально-инвазивной хирургии / М. И. Прудков. – Екатеринбург, 2007. – 64 с.

104. Рыбачков, В. В. Осложненные гастродуоденальные язвы / В. В. Рыбачков, И. Г. Дряженков // Хирургия. – 2005. – № 3. – С. 25 – 28.

105. Савельева, В. С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / ред. В. С. Савельева. – М. : Триада-Х, 2004. – 640 с.

106. Сажин, В. П. Лечение перфоративных гастродуоденальных язв / В. П. Сажин, В. А. Юрищев, Д. Е. Климов // Эндоскоп, хирургия. – 2009. – № 1. – С. 6263.

107. Сажин, А. В. Результаты лапароскопического ушивания

пилородуоденальных язв / А. В. Сажин, С. В. Мосин, А. А. Коджоглян // Неотложная и специализированная помощь. III конгресс московских хирургов : тезисы докладов. – Москва, 2009 – С. 45–46.

108. Сажин, В. П. Влияние эндовидеохирургических операций на частоту развития гнойных хирургических осложнений хирургия / В. П. Сажин, Г. В. Ющенко, Н. Г. Бодрова // Хирургия. – 2007. – № 9. – С. 19–22.

109. Сапожников, А. Г. Гистологическая и микроскопическая техника // А. Г. Сапожников, А. Е. Доросевич. – Смоленск «САУ», 2000. – С. 476.

110. Сацукевич В.Н. Хирургическое лечение прободных гастродуоденальных язв // Хирургия – 2001. – №5 – С. 24–27.

111. Сацукевич, В. Н. Хирургическое лечение прободных гастродуоденальных язв / В. Н. Сацукевич // Хирургия. – 2001. – № 5. – С. 24–27.

112. Сендерович, Е. И. Лапароскопическая ваготомия как элемент базисной терапии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Е. И. Сендерович, Ю. Н. Гололобов, М. В. Тимербулатов // Эндоскопич. хирургия. Приложение. 6 Всероссийский съезд по эндоскопической хирургии : тез. докл. – Москва, 2003. – С. 125.

113. Симультантные операции в хирургии единого доступа / А. И. Шевела, [и др.] // Альманах Института хирургии им. А. В. Вишневского. – 2011. – Т. 6, № 1. – С. 53–54.

114. Совцов, С. А. Лапароскопически-ассистированный способ хирургического лечения прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки / С. А. Совцов, В. Ю. Подшивалов, А. В. Потемкин // Хирургия. 2007. – № 3. – С. 7–9.

115. Соловенко, С. С. Выбор способа малоинвазивного вмешательства при ушивании перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.17 / Соловенко Сергей Сергеевич ; Новокузнецкий гос. ин-т. усов. вр. – Кемерово, 2010. – 22 с.

116. Ступин, В. А. Профилактика осложнений при видеолaparоскопическом ушивании перфоративных язв / В. А. Ступин, Р. Р. Мударисов // Эндоскоп. хирургия. – 2001. – № 2. – С. 58.

117. Тимербулатов, В. М. Хирургическое лечение больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложнённой пенетрацией и стенозом с использованием малоинвазивных технологий // В. М. Тимербулатов, Р. Б. Шамигулов, Г. С. Мухамедьянов // «Актуальные проблемы современной хирургии» международный хирургический конгресс : труд. конгр. – Москва, 2003. – С. 72.

118. Толстокорое, А. С. Неотложная хирургия сочетанных осложнений гастродуоденальных язв. / А. С. Толстокорое, А. А. Стрелков, И. В. Федотов // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2008. – № 1. – С. 102–105.

119. Тубашов, В. В. Результаты лапароскопического ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки в комбинации с современной противоязвенной терапией в послеоперационном периоде : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.17 / Тубашов Василий Викторович ; Российск. гос. мед. ун-т. – Москва, 2010. – 23 с.

120. Хасанов, А. Г. Результаты хирургического лечения прободной гастродуоденальной язвы у женщин / А. Г. Хасанов, М. А. Нуртдинов, Х. С. Сафаргулов // Эндоскоп, хирургия. – 2009. – № 3. – С. 47–49.

121. Хатьков, И. Е. Методология внедрения малоинвазивных технологий в экстренную хирургию / И. Е. Хатьков, И. Е. Ходос, А. А. Панкратов // Эндоскоп. хирургия. – 2009. – № 5. – С. 57–59.

122. Чернооков, А. И. Хирургическое лечение больных с перфоративными пептическими язвами / А. И. Чернооков, Б. А. Наумов, А. Ю. Котаев // Хирургия. – 2007. – № 6. – С. 34–39.

123. Шаповальянц, С. Г. Непосредственные и отдаленные результаты лапароскопического ушивания перфоративных дуоденальных язв / С. Г. Шаповальянц, С. А. Чернякевич, Е. Д. Федоров // Эндоскоп. хирургия. – 2009. – № 1. – С. 86–87.

124. Шуркалин, Б. К. Повышение надежности кишечного шва при перфоративной гастродуоденальной язве / Б. К. Шуркалин, В. А. Горский, В. А. Ильин // Неотложная и специализированная помощь. III конгресс

московских хирургов : тезисы докладов. – Москва, 2009 – С. 55–56.

125. Шуркалин, Б. К. Лапароскопические вмешательства в неотложной хирургии / Б. К. Шуркалин, И. Л. Андрейцев, И. Э. Ржебаев // Эндоскоп. хирургия. – 2010. – № 3. – С. 46–50

126. Шулутко, А. М. Прободная пилородуоденальная язва: ушивание или комбинированное хирургическое лечение? / А. М. Шулутко, А. И. Данилов, К. В. Буров // Российский медицинский журнал. – 2005. – № 2. – С. 17–20.

127. Яицкий, Н. А. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки / Н. А. Яицкий, В. М. Седов, В. П. Морозов. – М. : МЕДпресс-информ, 2002. – 376 с.

128. Adrelean, O. Prognostic factors and results in perforated peptic ulcer / O. Adrelean, M. Adrelean // J. Exp. Med. & Surg. Research. – 2009. – Vol. 16, № 4. – P. 265–268.

129. Abdel-Salam, W. N. Laparoscopic-assisted truncal vagotomy and gastrojejunostomy: trial of simplification / W. N. Abdel-Salam, K. M. Katri, S. S. Bessa // J. Laparoendoscopic & Advanced Surg. Techniques. – 2009. – Vol. 19, № 2. – P. 125–127

130. Ahmed, K. The role of single – incision laparoscopic surgery in abdominal and pelvic surgery: a systematic review / K. Ahmed, T. T. Wang, V. M. Patel // Surg. End. – 2011. – Vol. 25, № 2. – P. 378–396.

131. Andrew, J. The effect of surgical subspecialization on outcomes in peptic ulcer disease complicated by perforation and bleeding / J. Andrew, M. J. Richards, J. Stephen // World J. Surg. – 2008. – Vol. 32 – P. 1456–1461.

132. Agresta, F. Emergency laparoscopy: a community hospital experience / F. Agresta, I. Michelet, G. Coluci // Surg. Endosc. – 2000. – Vol. 14. – P. 484–487.

133. Agresta, F. Perforated peptic ulcer: laparoscopic approach / F. Agresta, I. Michelet // Eur. J. Surg. – 2000. – Vol. 166. – P. 405–408.

134. Ates, M. The simple suture laparoscopic repair of peptic ulcer perioral ion without an omental patch / M. Ates, A. Dirigan // Surg. Endosc. – 2012. – Vol. 26. – P. 289.

135. Ates, M. Laparoscopic repair of peptic ulcer perforation without omental patch versus conventional open repair / M. Ates, S. Sevil, E. Bakircioglu // J.

Laparoendoscopic & Advanced Surg. Techniques. – 2007. – Vol. 17, № 5. – P. 615–620.

136. Bas, G. Risk factors of morbidity and mortality in patients with perforated peptic ulcer / G. Bas, R. Eryilmaz, I. Okan // *Acta Chir. Belg.* – 2008. – Vol. 108. – P. 424–427.

137. Barkun, A. Leontiadis G. Systematic review of the symptom burden, quality of life impairment and costs associated with peptic ulcer disease // *Am J Med.* – 2010. – Vol. 123 (4). – P. 358–366.

138. Bertleff, M. J. O. E. Laparoscopic correction of perforated peptic ulcer: first choice? A review of literature / M. J. O. E. Bertleff, J. F. Lange // *Surg. Endosc.* – 2010. – Vol. 24. – P. 1231–1239.

139. Bertleff, M. J. O. E. Perforated peptic ulcer disease: a review of history and treatment / M. J. O. E. Bertleff // *Dig. Surg.* – 2010. – Vol. 27. – P. 16–169.

140. Bhogal, R. H. Comparison between open and laparoscopic repair of perforated peptic ulcer disease / R. H. Bhogal, R. Athwal, D. Durkin // *World J. Surg.* – 2008. – Vol. 32. – P. 2371–2374.

141. Bose, A. C. Helicobacter pylori eradication prevents recurrence after simple closure of perforated duodenal ulcer / A. C. Bose, V. Cate, N. Ananthakrishnan // *J. Gastroenterol. Hepatol.* – 2007. – Vol. 22, № 3. – P. 345–348.

142. Brunner, W. New: single-incision transumbilical laparoscopic surgery / W. Brunner, J. Schirnhöfer, N. Waldstein-Wartenberg // *Eur. Surg.* – 2009. – Vol. 41. – P. 98–103.

143. Bucher, P. Transumbilical single – port laparoscopic repair of perforated gastroduodenal ulcer / P. Bucher, S. Ostermann, F. Pugin // *Surg. Endosc.* – 2010. – Vol. 24, №1. – P. 82.

144. Chang, H. C. Endoscope-assisted laparoscopic repair of perforated peptic ulcers / H. C. Chang, K. H. Lee, C. J. Lo // *Am. Surg.* – 2004. – Vol. 70. – P. 352–356.

145. Curcillo, P. G. Single port access (SPA) surgery: initial 150 cases using a novel Laparoscopic Single incision approach / P. G. Curcillo, S. A. King, E. R. Podolsky // *Surg. Endosc.* – 2009. – Vol. 23. – P. 178.

146. Dapri, G. Transumbilical single-access laparoscopic perforated gastric ulcer

repair / G. Dapri, H. E. Mourad, I. Himpens // Surg. Innov. – 2012. – Vol. 19. – P. 130–133.

147. Egan, B. J. Treatment of *Helicobacter pylori* / B. J. Egan, M. Katicic, H. J. Connor // *Helicobacter*. – 2007. – Vol. 12, № 1. – P. 31–37.

148. Egberts, J. H. Impact of preoperative physiological risk profile on postoperative morbidity and mortality after emergency operation of complicated peptic ulcer disease / J. H. Egberts, B. Summa, U. Schulz // *World J. Surg.* – 2007. – Vol. 31. – P. 1449–1457.

149. Froghi, F. Single-incision laparoscopic surgery (SILS) in general surgery: a revive of current practice / F. Froghi, M. H. Sodergren, A. Darzi // *Surg. Laparosc. End Percutan Tech.* – 2010. – Vol. 20, № 4. – P. 191–204.

150. Gisbert, J. P. Review article: *Helicobacter pylori* – negative duodenal ulcer disease / J. P. Gisbert, X. Calvet // *Aliment Pharmacol Ther.* – 2009. – Vol. 30 (8). – P. 791–815.

151. Helgstrand, F. Trocar site hernia after laparoscopic surgery: a qualitative systematic review / F. Helgstrand, J. Rosenberg, T. Bisgaard // *Hernia*. – 2011. – Vol. 15, № 2. – P. 113–121.

152. Horgan, S. Clinical experience with a multifunctional, flexible surgery system for endolumenal, single-port, and NOTES procedures / S. Horgan, K. Thompson, M. Talamini // *Surg. Endosc.* – 2011. – Vol. 25. – P. 586–592.

153. Hsiao, F. Effect of *helicobacter pylori* eradication therapy on risk of hospitalization for a major ulcer event / F. Hsiao, Y. Tsai, Y. Wen // *Pharmacotherapy*. – 2011. – Vol. 31, № 3. – P. 239–247.

154. Imhof, M. Duration of survival after peptic ulcer perforation / M. Imhof // *World J. Surg.* – 2008. – Vol. 32, № 3. – P. 408–412.

155. Johna, S. Mortality among perforated peptic ulcer patients after selective management of the stratified high risk cases / S. Johna // *World J. Surg.* – 2007. – Vol. 31. – P. 2345 – 2346.

156. Ka O, Video-assisted troncular vagotomy and gastric drainage for duodenal peptic ulcer obstruction / O. Ka, M. Cisse, M. Dieng // *Academie nationale chirurgie*. –

2009. – Vol. 8, № 3 – P. 71–74.

157. Kirshtein, B. Laparoscopic treatment of gastroduodenal perforations. Comparison with conventional surgery / B. Kirshtein, M. Bayme, T. Mayer et al. \ Surg. Endosc. – 2005. – Vol. 19. – P. 1487–1490.

158. Kuwabara, K. Community – based evaluation of laparoscopic versus open simple closure of perforated peptic ulcers / K. Kuwabara, S. Matsuda, K. Fushimi // World J. Surg. – 2011. – Vol. 35. – P. 2485–2492.

159. Kocer, B. Factors affecting mortality and morbidity in patients with peptic ulcer perforation / B. Kocer, S. Surmeli, C. Solak // J. Gastroenterol. Hepatol. – 2007. – Vol. 22, №4. – P. 565–570.

160. Komen, N. A. P. Helicobacter genotyping and detection in peroperative lavage fluid in patients with perforated peptic ulcer / N. A. P. Komen, M. J. O. Bertleff, L. J van Doorn // J. Gastrointest. Surg. – 2008. – Vol. 12. – P. 555–560.

161. Jona, S. Mortality among perforated peptic ulcer patients after selective management of the stratified high risk cases / S. Jona // World J. Surg. – 2007. – Vol. 31. – P. 2345–2346.

162. Lam, C. M. Laparoscopic surgery for common surgical emergencies / C. M. Lam, A. W. Yuen, B. Chik // Surg. Endosc. – 2005. – Vol. 19. – P. 774–779.

163. Lam, P. W. F. Laparoscopic repair for perforated duodenal ulcers: The "three-stitch" Graham patch technique / P. W. F. Lam, M. C. S. Lam, E. K. L. Hui // Surg. Endosc. – 2005. – Vol. 19. – P. 1627–1630.

164. Lau, H. Laparoscopic repair of perforated duodenal ulcer: a meta-analysis / H. Lau // Surg. Endosc. – 2004. – Vol. 18. – P. 1013–1016.

165. Lee, C. W. Emergency ulcer surgery / C. W. Lee, GA Jr. Sarosi // Surg Clin North Am. – 2011. – Vol. 91 (5). – P. 1001–13.

166. Lee, J. Single-port laparoscopic repair of a perforated duodenal ulcer: intracorporeal "cross and twine" knotting / J. Lee, K. Sung, D. Lee // Surg. Endosc. – 2010. – Vol. 22, № 1. – P. 229–233.

167. Lo, H. Laparoscopic simple closure alone is adequate for low risk patients with perforated peptic ulcer / H. Lo, S. Wu, H. Huang // World J. Surg. – 2011. –

Vol. 35, № 8. – P. 1873–1878.

168. Lobankov, V. M. Population surgical activity in peptic ulcer and its components // *Eksp Klin Gastroenterol.* – 2012. – № 5. – P. 74–82.

169. Lohsiriwat, V. Perforated peptic ulcer: clinical presentation, surgical outcomes, and the accuracy and mortality / V. Lohsiriwat, S. Prapasnivorakul, D. Lohsiriwat // *World J. Surg.* – 2009. – Vol. 33. – P. 80–85.

170. Lundell, L. Acid secretion and gastric surgery / L. Lundell // *Dig Dis.* – 2011. – Vol. 29 (5). – P. 487–490.

171. Lui, F. Y. Gastroduodenal perforation: maximal or minimal intervention? / F. Y. Lui, K. A. Davis // *Scand J Surg.* – 2010. – Vol. 99 (2). – P. 73–77.

172. Lui, F. Y. Gastroduodenal perforation: maximal or minimal intervention / F. Y. Lui, K. A. Davis // *Scan. J. Surg.* – 2010. – Vol. 99. – P. 73–77.

173. Lunevicius, R. Systematic review comparing laparoscopic and open repair for perforated peptic ulcer / R. Lunevicius, M. Morkevicius // *Brit. J. Surg.* – 2005. – Vol. 92. – P. 1195–1207.

174. Makola, D. *Helicobacter pylori* infection and related gastrointestinal diseases / D. Makola, D. A. Peura, S. E. Crowe // *J Clin Gastroenterol.* – 2007. – Vol. 41 (6). – P. 548–558.

175. Merchant, A. M. Transumbilical gelport access technique for performing single incision laparoscopic surgery (SILS) / A. M. Merchant, M. W. Cook, B. C. White // *J. Gastrointest. Surg.* – 2009. – Vol. 13. – P. 159–162.

176. Milosavljevic T. Complications of peptic ulcer disease / T. Milosavljevic, M. Kostić-Milosavljević, I. Jovanović // *Dig Dis.* – 2011. – Vol. 29 (5). – P. 491–3.

177. Montero, P. N. Single-incision laparoscopic surgery (SILS) is associated with poorer performance and increased surgeon workload compared with standard laparoscopy / P. N. Montero, C. E. Acker, B. T. Heniford // *Am. Surg.* – 2011. – Vol. 77, № 1. – P. 73–77.

178. Najm, W. I. Peptic ulcer disease / W. I. Najm // *Prim Care.* – 2011. – Vol. 38 (3). – P. 383–394.

179. Nivatvongs, S. Is there any role of acid reducing gastric surgery in peptic

ulcer perforation? / S. Nivatvongs // J. Med. Assoc. Thai. – 2005. – Vol. 88, Suppl. 4. – P. 373–375.

180. Nog, E. K. Eradication of *Helicobacter pylori* prevents recurrence of ulcer after simple closure of duodenal ulcer perforation: randomized controlled trial / E. K. Nog, Y. H. Lam, J. J. Sung // Ann. Surg. – 2000. – Vol. 231, № 2. – P. 153–158.

181. Nog, E. K. Eradication of *Helicobacter pylori* prevents recurrence of ulcer after simple closure of duodenal ulcer perforation: randomized controlled trial / E. K. Nog // Ann. Surg. – 2000 – Vol. 231 – Iss. 2 – P. 153–158.

182. Noguiera, C. Perforated peptic ulcer: main factors of morbidity and mortality / C. Noguiera, A. S. Silva, J. N. Santos // World J. Surg. – 2003. – Vol. 27. – P. 782–787.

183. Palanavelu, C. Laparoscopic management of duodenal ulcer perforation: is it advantageous? / C. Palanavelu, K. Jani, P. Senthilnathan // Ind. J. Gastroenterol. – 2007. – Vol. 26, № 3. – P. 64–66.

184. Petrowsky, H. Evidence-based value of prophylactic drainage in gastrointestinal surgery: a systematic review and meta-analysis / H. Petrowsky, N. Demartines, V. Rousson // Ann. Surg. – 2004. – Vol. 204. – P. 1074–1085.

185. Petrotos, A. C. Single-incision multiport laparoendoscopic (SIMPLE) surgery: early evaluation of SIMPLE cholecystectomy in a community setting / A. C. Petrotos, M. Molinelli // Surg. Endosc. – 2009. – Vol. 23, № 11. – P. 2631–2634.

186. Ricky, H. Comparison between open and laparoscopic repair of perforated peptic ulcer disease / H. Ricky, R. Athwal, D. Durkin // World J. Surg. – 2008. – Vol. 32. – P. 2371–2374.

187. Robertson, G. S. Laparoscopic repair of perforated peptic ulcers. The role of laparoscopy in generalized peritonitis / G. S. Robertson, S. A. Wemyss-Holden, G. J. Maddern // Ann. R. Coll. Surg. Engl. – 2000. – Vol. 82. – P. 6–10.

188. Podolsky, E. R. Single Port Access (SPA) Surgery-a 24-Month Experience / E. R. Podolsky, P. G. Curcillo // J. Gastrointest. Surg. – 2010. – Vol. 14, № 5. – P. 759–767.

189. Rodriques-Sanjuan, J. C. Perforated peptic ulcer treated by simple closure

and Helicobacter pylory eradication / J. C. Rodriques-Sanjuan, R. Fernandez-Santiago, R. A. Garcia // World J. Surgery. – 2005. – Vol. 29. – P. 849–852.

190. Rodry, J. C. Perforated peptic ulcer treated by simple closure and helicobacter pylori eradication / J. C. Rodry'guez-Sanjua'n, R. Ferna'ndez-Santiago, R. A. Garci'a // World J. Surg. – 2005. – Vol. 29. – P. 849–852.

191. Romanelli, J. R. Single-port laparoscopic surgery: an overview / J. R. Romanelli, D. B. Earle // Surg. Endosc. – 2009. – Vol. 23. – P. 1419–1427.

192. Routine use of laparoscopic repair for perforated peptic ulcer / W. T. Siu [et al.] // Br. J. Surg. – 2004. – Vol. 91, № 4. – P. 481–484.

193. Saber, A. A. Single incision transumbilical laparoscopic appendectomy / A. A. Saber, M. H. Elgamal // Surg. Endosc. – 2009. – Vol. 23. – P. 333.

194. Sarosi, G. A. Surgical therapy of peptic ulcers in the 21 st century: more common than you think / G. A. Sarosi, K. R. Jaiswal, F. E. Nwariaku // Am. J. Surg. – 2005. – Vol. 190 – P. 775–779.

195. Sanabria, A. E. Laparoscopic repair for perforated peptic ulcer disease / A. E. Sanabria, C. H. Morales, M. I. Villegas // Cochrane Database Syst. Rev. – 2005. – Iss. 4. – P. 161–169

196. Sauerland, S. Laparoscopy for abdominal emergencies. Evidence-based guidelines of the European association for endoscopic surgery / S. Sauerland, F. Agresta, R. Bergamaschi // Surg. Endosc. – 2006. – Vol. 20. – P. 14–29.

197. Schein, M. To drain or not to drain? The role of drainage in the contaminated and infected abdomen: an international and personal perspective / M. Schein // World J. Surg. – 2008. – Vol. 32, № 2. – P. 255–258.

198. Shevela, A. I. NOTES – assisted technologies in abdominal surgery / A. I. Shevela, V. V. Anischenko // 17-th International Congress of the European Association for Endoscopic Surgery (EAES) // Surg. Endosc. – 2010. – Vol. 24. – P. 177.

199. Sostres, C. Lanasa A. Epidemiology and demographics of upper gastrointestinal bleeding: prevalence, incidence, and mortality / C. Sostres, A. Lanasa // Gastrointest Endosc Clin N Am. – 2011. – Vol. 21 (4). – P. 567–81.

200. Song, K. Y. Laparoscopic repair of perforated duodenal ulcers: The simple "one-stitch" suture with omental patch technique / K. Y. Song, T. H. Kim, S. N. Kim // Surg. Endosc. – 2008. – Vol. 22. – P. 1632–1635.
201. Thorsen, K. Trends in diagnosis and surgical management of patients with perforated peptic ulcer / K. Thorsen, T. B. Glomsaker, A. Meer // J. Gastrointest. Surg. – 2011. – Vol. 15. – P. 1329–1335.
202. Tomtitchong, P. Systematic review and meta – analysis: Helicobacter pylori eradication therapy after simple closure of perforated duodenal ulcer/ P. Tomtitchong, B. Siribumrungwong, R. K. Vilaichone // Helicobacter. – 2012 – Vol. 17 (2). – P. 148–152.
203. Vecchio, R. Laparoscopic surgery in the elderly: personal experience in 141 cases / R. Vecchio, V. Gelardi, A. Persi // J. Laparoendoscopic & Advanced Surg. Techniques. – 2010. – Vol. 20, № 6. – P. 527–531.
204. William, D. C. American college of gastroenterology guideline on the management of helicobacter pylori infection / D. S. Willam, C. Y. Benjamin // Am. J. Gastroenterol. – 2007. – Vol. 102. – P. 1808–1825.
205. Wysocki A. Changes in the localization of perforated peptic ulcer and its relation to gender and age of the patients throughout the last 45 years / A. Wysocki, P. Budzynski, J. Kulawik // World J. Surg. – 2011. – Vol. 35. – P. 811–816.

СПИСОК ИЛЛЮСТРАТИВНОГО МАТЕРИАЛА

1. Рисунок 1 – Распределение больных с перфоративной язвой ДПК по сроку госпитализации (%)..... С. 31
2. Рисунок 2 – Видеолапароскопическая картина брюшной полости.... С. 42
3. Рисунок 3 – В брюшную полость введен лапароскоп параумбиликально, в правом подреберье произведен трансректальный разрез длиной 4 см..... С. 43
4. Рисунок 4 – Установлен аппарат «Миниассистент Лига-7»..... С. 44
5. Рисунок 5 – Вид перфоративной язвы ДПК..... С. 45
6. Рисунок 6 – Вид язвы ДПК после иссечения..... С. 45
7. Рисунок 7 – Вид язвы после иссечения и ушивания..... С. 46
8. Рисунок 8 – Прободная язва верхне-задней стенки ДПК. «Выключение» язвы из просвета кишки. Наложение первого ряда швов (мостовидная дуоденопластика)..... С. 47
9. Рисунок 9 – Циркулярное иссечение и «выключение» язвы. Мобилизация краев ДПК и желудка..... С. 48
10. Рисунок 10 – Прободная язва передней стенки в сочетании с язвой задней стенки ДПК с пенетрацией в поджелудочную железу. Швы на заднюю стенку..... С. 49
11. Рисунок 11 – Прободная язва передней стенки в сочетании с язвой задней стенки ДПК с пенетрацией в поджелудочную железу. Швы на переднюю стенку ДПК..... С. 50
12. Рисунок 12 – Этап санации брюшной полости..... С. 51
13. Рисунок 13 – Наложённые швы на кожу, установленные дренажные трубки..... С. 51
14. Рисунок 14 – Стенка ДПК на дне язвы фибринозно-гнойный экссудат, грануляционная ткань, лейкоцитарная инфильтрация. Окраска гематоксилин-эозин..... С. 60
15. Рисунок 15 – Рентгенограмма желудка и двенадцатиперстной

- кишки при язвенной болезни больного К. после операции. Стрелками указаны две ниши, расположенные на противоположных стенках луковицы ДПК..... С. 61
16. Рисунок 16 – Рентгенограмма желудка, желудок увеличен в размерах, перистальтика поверхностная, эвакуация замедленная..... С. 66
17. Рисунок 17 – Эндоскопическая картина язвы ДПК больного. На передней стенке луковицы ДПК язва до 2,5 см в диаметре, с глубоким кратером и налётом фибрина..... С. 70
18. Рисунок 18 – Рентгенограмма желудка больной Я., через год после операции: желудок натощак содержит жидкость, перистальтика глубокая, эвакуация не нарушена..... С. 71
19. Рисунок 19 – Сравнительная характеристика показателей ФГДС у оперированных больных..... С. 73
20. Рисунок 20 – Частота и структура осложнений в сравниваемых группах больных..... С. 74
21. Рисунок 21 – Отдаленные результаты лечения больных с перфоративной язвой ДПК..... С. 75
22. Рисунок 22 – Рентгенограмма желудка больного до операции: желудок увеличен в размерах, содержит большое количество жидкости, перистальтика поверхностная, эвакуация не прослеживается..... С. 80
23. Рисунок 23 – Рентгенограмма желудка больного через 6 месяцев после иссечения язвы, мостовидной дуоденопластики: желудок уменьшился в размерах, перистальтика глубокая, эвакуация не нарушена..... С. 81
24. Рисунок 24 – ФГДС желудка больного после иссечения язвы, мостовидной дуоденопластики: желудок обычных размеров, привратник без изменений, сомкнут..... С. 86
25. Рисунок 25 – ФГДС желудка больного после иссечения язвы, циркулярной дуоденопластики: желудок обычных размеров,

	привратник зияет, имеется заброс желчи в желудок.....	С. 87
26.	Таблица 1 – Распределение больных в зависимости от возраста и пола.....	С. 28
27.	Таблица 2 – Характер сопутствующей патологии у оперированных больных.....	С. 30
28.	Таблица 3 – Длительность язвенного анамнеза у оперированных больных.....	С. 30
29.	Таблица 4 – Жалобы больных при поступлении и локальный статус.....	С. 32
30.	Таблица 5 – Характеристика интраоперационных данных.....	С. 33
31.	Таблица 6 – Распределение больных по результатам интраоперационной ревизии в зависимости от оперативного вмешательства.....	С. 34
32.	Таблица 7 – Характер оперативных вмешательств и сроки поступления больных.....	С. 37
33.	Таблица 8 – Продолжительность оперативных вмешательств в группах обследованных.....	С. 54
34.	Таблица 9 – Результаты рентгеноскопии желудка у больных в группе сравнения.....	С. 55
35.	Таблица 10 – Результаты ФГДС у больных группы ушивания перфоративной язвы ДПК.....	С. 56
36.	Таблица 11 – Послеоперационные осложнения у больных после ушивания перфоративной язвы ДПК.....	С. 57
37.	Таблица 12 – Результаты рентгеноскопии желудка у больных с иссечением язвы и циркулярной дуоденопластикой.....	С. 63
38.	Таблица 13 – Результаты ФГДС у больных с иссечением язвы и циркулярной дуоденопластикой из минидоступа.....	С. 64
39.	Таблица 14 – Результаты исследования КЖС в ближайшие сроки...	С. 65
40.	Таблица 15 – Послеоперационные осложнения у больных после иссечения язвы и циркулярной дуоденопластики.....	С. 65

41. Таблица 16 – Результаты рентгеноскопии желудка у больных с
иссечением язвы и мостовидной дуоденопластикой..... С. 67
42. Таблица 17 – Результаты ФГДС у больных с иссечением язвы с
мостовидной дуоденопластикой..... С. 68
43. Таблица 18 – Результаты обследования наблюдаемых больных в
отдаленные сроки по шкале Visick (%)...... С. 76
44. Таблица 19 – Результаты ФГДС у больных в отдаленные сроки
после операции..... С. 77
45. Таблица 20 – Рентгеноскопия желудка и ДПК у больных в
отдаленные сроки..... С. 77
46. Таблица 21 – Результаты исследования КЖС у наблюдаемых
больных в отдаленные сроки..... С. 85