

На правах рукописи

Омаров Назарбек Бакытбекович

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

14.01.17 – хирургия

Автореферат диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Новосибирск – 2016

Работа выполнена в государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Барнаул)

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор **Лубянский Владимир Григорьевич**

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор **Подолужный Валерий Иванович**
(Кемеровский государственный медицинский университет, заведующий кафедрой госпитальной хирургии, г. Кемерово)

доктор медицинских наук, профессор **Баранов Андрей Игоревич**
(Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей, заведующий кафедрой хирургии, урологии и эндоскопии, г. Новокузнецк)

Ведущая организация: Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится «_____» _____ 2016 г. в «_____» часов на заседании диссертационного совета Д 208.062.03 на базе Новосибирского государственного медицинского университета (630091, г. Новосибирск, Красный проспект, 52; тел.: (383) 229-10-83)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте Новосибирского государственного медицинского университета (630091, г. Новосибирск, Красный проспект, д. 52; <http://ngmu.ru/dissertation/393>)

Автореферат разослан «_____» _____ 2016 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета

М. Н. Чеканов

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Язвенная болезнь – одно из наиболее распространенных заболеваний органов пищеварения (Жернакова Н. И., Медведев Д. С., 2010; Najm W. I., 2011). В современных условиях подавляющее большинство случаев пептической язвы имеет дуоденальную локализацию (луковица двенадцатиперстной кишки) (Sostres C., Lanas A., 2011).

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 %). По данным В. П. Петрова (2009), в Российской Федерации заболеваемость ЯБ сохраняет тенденцию к росту, что, по-видимому, имеет социальные основы. Рост заболеваемости ЯБ, в том числе и язвой двенадцатиперстной кишки (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. Бондарев Г. Б. (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 (Lee C. W., Sarosi G. A. Jr., 2011).

Степень разработанности темы исследования. Ключевым вопросом при лечении перфоративных язв является проблема выбора оптимальной хирургической тактики, одновременно позволяющей снизить риск летального исхода и добиться максимально благоприятного функционального результата (Gisbert J. P., Calvet X., 2009; Lundell L., 2011).

Основной путь улучшения результатов хирургического лечения в плане

ранних послеоперационных осложнений в настоящее время лежит в использовании эндоскопических методов, но наиболее распространенным сейчас считается изолированное ушивание перфоративной язвы [Stabile В.Е., 2012]. Его использование приводит в большинстве случаев к развитию рецидива язвы даже при адекватном консервативном лечении (Tomtitchong P. et al., 2012). Поэтому вмешательства 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 (Ермолов А. С. и соавт., 2007; Lui F. Y., Davis K. A., 2010).

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 видеолапароскопического ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки.
2. Разработать хирургическую технологию видеолапароскопической 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 малого доступа 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 ДПК с каллезными краями, позволяющие сохранить привратник, исключить формирование стеноза в зоне перфоративного отверстия и снизить риск возникновения послеоперационных осложнений.

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

Теоретическое и практическое значение 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 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.

Основные положения, выносимые на защиту

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

2. Видеолапароскопическая 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 рецидивы язвы.

Степень достоверности материалов диссертации. Оценка достоверности результатов исследования базируется на достаточном материале обследованных и сопоставлении однородных групп больных. Дизайн исследования с выделением критериев включения и исключения, применение статистической обработки обуславливают достоверность полученных данных.

Апробация. Основные положения и результаты работы доложены на межрегиональной научно-практической конференции «Современные аспекты оказания неотложной помощи в условиях многопрофильного стационара» (Омск, 2013), на межрегиональной научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием «Проблемы медицины и биологии» (Кемерово, 2014), на итоговой конференции хирургов (Барнаул, 2014), на межрегиональной научно-практической конференции хирургов Сибири «Актуальные вопросы панкреатологии» (Барнаул, 2015), на 3-м международном симпозиуме по неотложной медицинской помощи (Алматы, 2015), на международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы медицины в современных условиях» (Санкт-Петербург, 2016).

Внедрение результатов исследования. Практические результаты исследования внедрены на базе отделения общей хирургии Алтайской краевой больницы (г. Барнаул) и в Медицинском центре государственного медицинского университета (г. Семей, Республика Казахстан), 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.

Публикации. По теме диссертации опубликовано 13 печатных работ, в том числе 3 статьи в журналах и изданиях, которые включены в перечень российских

рецензируемых научных журналов для публикаций материалов диссертации.

Структура и объем диссертации. 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. Весь материал, представленный в диссертации, получен, обработан и проанализирован лично автором.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа выполнена в Алтайском государственном медицинском университете в период с 2003 по 2013 год. Характер исследования: наблюдательный, проспективный, лонгитудинальный.

Критерии включения: больные с перфоративной язвой ДПК в возрасте до 75 лет; проведение оперативного лечения; больные с перфоративной язвой ДПК, оперированные в срок до 36 часов с момента перфорации; больные с перфоративной язвой ДПК без спаечной болезни; получение информированного согласия больного на оперативное лечение предлагаемым методом и использование полученных данных в научном исследовании.

Критерии исключения: больные с перфоративной язвой ДПК с распространенным перитонитом в терминальной стадии; больные старше 75 лет; наличие острого инфаркта миокарда и острой недостаточности мозгового кровообращения, верифицированного диагноза онкологических заболеваний, острых и хронических инфекционных заболеваний; больные с перфоративной язвой ДПК со спаечной болезнью брюшины.

Исследование основано на изучении результатов хирургического лечения 112 больных с перфоративной язвой ДПК, находившихся в клинике госпитальной хирургии Алтайского государственного медицинского университета и в клинике госпитальной хирургии Медицинского центра государственного медицинского университета г. Семей (Республика Казахстан). Исследование одобрено комитетом

по этике Алтайского государственного медицинского университета (протокол № 15 от 18.12.2013).

Все пациенты оперированы в экстренном порядке.

Из 112 оперированных преобладающее большинство составили мужчины – 100 человек (89,2 %), и было лишь 12 (10,8 %) женщин. Средний возраст – 38,9 года \pm 1,0 года.

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.

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.

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 %) больных.

В брюшной полости у 38 (34,0 %) больных имелся серозный, у 59 (52,6 %) – серозно-фибринозный, у 21 (18,7 %) – фибринозно-гнойный выпот. Объем экссудата составил 501,5 мл \pm 19,9 мл.

Все больные были разделены на две группы. Первую составили 55 (49,1 %) пациентов, у которых предпринята видеолапароскопия, санация, ушивание перфоративного отверстия ДПК (группа сравнения). Вторую группу составили 57 (50,9 %) больных, которым проводилась видеолапароскопия, санация с иссечением язвы ДПК с выполнением дуоденопластики из минидоступа (основная группа).

В основной группе в большем числе случаев имелись больные в сочетании с субкомпенсированным стенозом ДПК (10,5 % против 3,6 % в группе сравнения) и в сочетании с язвой задней стенки ДПК (19,3 % против 7,3 %).

В раннем послеоперационном периоде всем больным проводилась медикаментозная терапия, направленная на предотвращение развития рецидива язвы и нормализацию функционального состояния желудочно-кишечного тракта. Назначалась «тройная» или «квadro» 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-е сутки после восстановления функции моторики желудочного 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.

У поступивших больных с перфоративной язвы проводились следующие обследования: клинические и биохимические анализы крови, обзорная рентгенография брюшной полости (на наличие свободного газа в брюшной полости), ЭКГ, ФГДС с последующей повторной обзорной рентгенографией брюшной полости, гистологическое исследование биопсийного материала.

На операционном столе после эвакуации желудочного содержимого, производился забор желудочного сока через зонд, в котором определяли его объем (мл) и рН. Интраоперационная рН-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, выявление функциональных нарушений. При этом основывались на данных жалоб больных, ФГДС с биопсией, показателей секреторной, моторно-эвакуаторной функции желудка (рентгенологическое исследование). 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 с разделением результатов на группы: I – отличные, II – хорошие, III – удовлетворительные, IV – неудовлетворительные.

Проведено сопоставление эффективности операций по следующим

параметрам: по оперативной нагрузке – сложности выполнения операции для хирургической бригады, ее длительности, характеру и тяжести интраоперационных осложнений; по особенностям течения послеоперационного периода; по отдаленным результатам в разные сроки после операции.

Техника видеолапароскопического ушивания перфоративной язвы ДПК. Выше пупка делали разрез до 2,0 см, иглой Вереща 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. Видеолапароскоп традиционно вводили через троакар, расположенный параумбиликально. После введения первого троакара оценивали состояние брюшной полости и принимали решение о целесообразности продолжения видеолапароскопического вмешательства.

Противопоказаниями к лечебному видеолапароскопическому вмешательству являлись: фибринозно-гнойный перитонит с выраженной дилатацией тонкой кишки; спаечный процесс брюшной полости.

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 и 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. Заключительным этапом операции была санация брюшной полости и установка дренажей в правом подреберье и в малом тазу справа.

Техника видеолапароскопической санации, иссечения перфоративной язвы ДПК с дуоденопластикой из минидоступа. У больных второй группы после видеолапароскопии и санации в правом подреберье трансректальным

доступом длиной 4 см (рисунок 1) с использованием аппарата мини-ассистент «Лига-7» проводилась мобилизация ДПК по Кохеру.



Рисунок 1 – В брюшную полость введен видеолaparоскоп параумбиликально, в правом подреберье произведен трансректальный разрез длиной 4 см

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

При локализации перфоративной язвы на передней стенке без вовлечения верхней и задней стенок ДПК производим поперечную дуоденотомию по язве или ниже перфорационного отверстия. Через данную рану оценивается зона инфильтрации, наличие стеноза, расстояние до пилорического жома.

Иссекается перфоративная язва в виде «лепестка» (рисунок 2).

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.

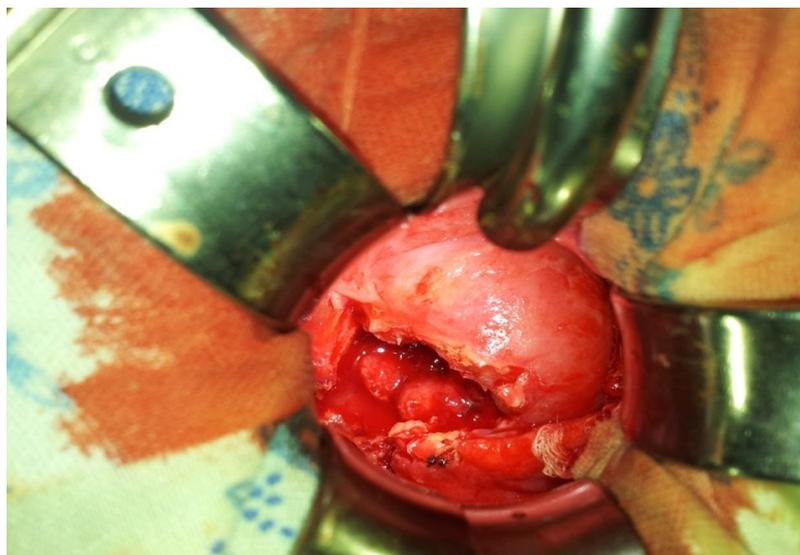


Рисунок 2 – Вид язвы ДПК после иссечения

Рана на ДПК ушивается двухрядными швами, при этом первый ряд швов следует накладывать очень аккуратно, без грубого захвата краёв раны кишки. Несоблюдения этого правила может привести к деформации ДПК и нарушению функции пилорического жома (рисунок 3).



Рисунок 3 – Вид язвы после иссечения и ушивания

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, на переднюю – двухрядные швы.

При выявлении «зеркальной» 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.

Мобилизация от язвы и сочетание наружного и внутреннего подходов, т. е. 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. Рубцово-измененные участки кишки иссекаем. На заднюю стенку ДПК накладываем однорядные узловые швы. При этом язва задней стенки «выключается» из просвета кишки. Переднюю стенку ушиваем двумя рядами швов.

После окончания этого этапа операции брюшная полость двукратно промывалась 1 : 5000 раствором фурацилина до 800 мл. Операция завершалась дренированием подпеченочного пространства через троакар в правом подреберье и малого таза трубкой ПХВ диаметром 1,0 см.

При ситуациях, когда сохранить пилорический жом не удавалось, производили иссечение половины пилорического жома (гемипилорэктомия) с

восстановлением целостности ДПК двухрядными швами (3 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 малого доступа с выполнением дуоденопластики позволяет:

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

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Непосредственные результаты операций. Непосредственные результаты хирургического лечения перфоративной язвы ДПК изучены у всех 112 больных.

Средняя длительность операции у пациентов основной группы составила 105 мин ± 2,8 мин. Длительность операции в группе сравнения составила в среднем 69,2 мин ± 3,8 мин. Выполнение радикальной 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.

Видеолапароскопия, санация, ушивание перфоративной язвы ДПК. Рентгенологически у больных данной группы отмечена замедленная эвакуация бариевой взвеси из желудка и ДПК до 12 часов, деформация луковицы ДПК.

При ФГДС в желудке умеренное количество желудочного сока (150–200 мл) обычно с примесью желчи, гиперемия, отек слизистой. Пилорус деформирован, рефлюкс дуоденального содержимого в желудок. В зоне ушитой раны фиброзные наложения, явления дуоденита.

Изучение кислотопродуцирующей функции желудка выявило повышенный БПК – $6,6 \text{ ммоль/час} \pm 0,3 \text{ ммоль/час}$, МПК – $28,2 \text{ ммоль/час} \pm 0,2 \text{ ммоль/час}$, рН при базальной секреции $1,1 \pm 0,2$, рН при стимулированной секреции – $0,8 \pm 0,1$ (таблица 1). Различия между группами статистически незначимы.

Таблица 1 – Результаты исследования желудочной секреции 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	$1,8 \pm 0,7$	$6,5 \pm 1,2$	$2,1 \pm 0,7$	$4,7 \pm 1,8$	$1,6 \pm 0,5$	$3,1 \pm 1,2$

После ушивания перфоративной язвы в послеоперационном периоде развились следующие осложнения: нагноение раны 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. Умерли 2 (3,6 %) больных.

Видеолапароскопия, санация с иссечением и «выключением» язвы ДПК с выполнением циркулярной дуоденопластики из минидоступа. При рентгенологическом исследовании у 3 (5,2 %) больных отмечалось снижение тонуса желудка с замедленной эвакуацией, остаток бария задерживался на 1–3 часа. У 1 (1,7 %) больного с явлениями анастомозита имелось увеличение желудка с выраженным замедлением эвакуации и задержкой бария до 24 часов. У остальных моторно-эвакуаторная функция желудка не страдала.

На ФГДС у 9 (15,7 %) больных выявлены явления поверхностного гастрита: умеренная гиперемия, отек слизистой фундального и антрального отделов желудка, единичные геморрагии, набухшие складки, усиленное слизиобразование. У части больных – 2 (3,5 %) имелись поверхностные эрозии в области швов

дуоденопластики. Рефлюкс дуоденального содержимого в желудок отмечен в 7 (12,2 %) случаях.

Исследование желудочного сока у данных больных показало увеличение кислотопродукции у 3 (5,2 %) – БПК составила от 6,1 до 9,6 ммоль/ч, снижение (БПК ниже 1,5 ммоль/ч) – у 1 (1,7%) больного. При рН-метрии выявлена: гиперацидная реакция (рН базальная – 0,8-1,5, рН стимулированная – 0,7-1,2) с непрерывным кислотообразованием в 6 (10,5 %), гиперацидная (рН базальная 2,1 и выше, рН стимулированная – 2,1-3,0) – в 1 (1,7 %) наблюдении. Таким образом, у большинства больных выявлена повышенная кислотопродукция (см. табл. 1).

Наблюдались следующие осложнения: нагноение послеоперационной раны – 3 (5,2 %), анастомозит – 1 (1,7 %), послеоперационная пневмония – 1 (1,7 %), гастростаз – 1 (1,7 %).

Видеолапароскопия, санация с иссечением язвы ДПК с выполнением мостовидной дуоденопластики из минидоступа. Рентгенологические исследования моторно-эвакуаторной функции желудка и ДПК у 1 (1,7 %) больного показали ускоренную эвакуацию из желудка, у 4 (7 %) – замедленную, при этом у 1 больного имелся остаток бариевой взвеси даже через 24 часа после ее приема, хотя каких-либо жалоб он не предъявлял.

При эндоскопическом исследовании у 13 пациентов (22,8 %) обнаружено воспаление слизистой ДПК по линии швов дуоденопластики, явления поверхностного гастрита отмечены у 11 (19,2 %), рефлюкс дуоденального содержимого в желудок – у 9 (15,7 %) больных.

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

2,6 ± 0,15 (см. табл. 1).

Интраоперационных осложнений (повреждение печени, стенки желудка, ДПК), связанных с мобилизацией ДПК или с установлением миниассистента не было. Послеоперационные осложнения развились у 5 (8,7 %) больных: нагноение раны – 1 (1,7 %), дисфагия – 2 (3,5 %), гастростаз – 1 (1,7 %), острый панкреатит – 1 (1,7 %).

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.

Частота и структура осложнений в сравниваемых группах больных показана на рисунке 4.

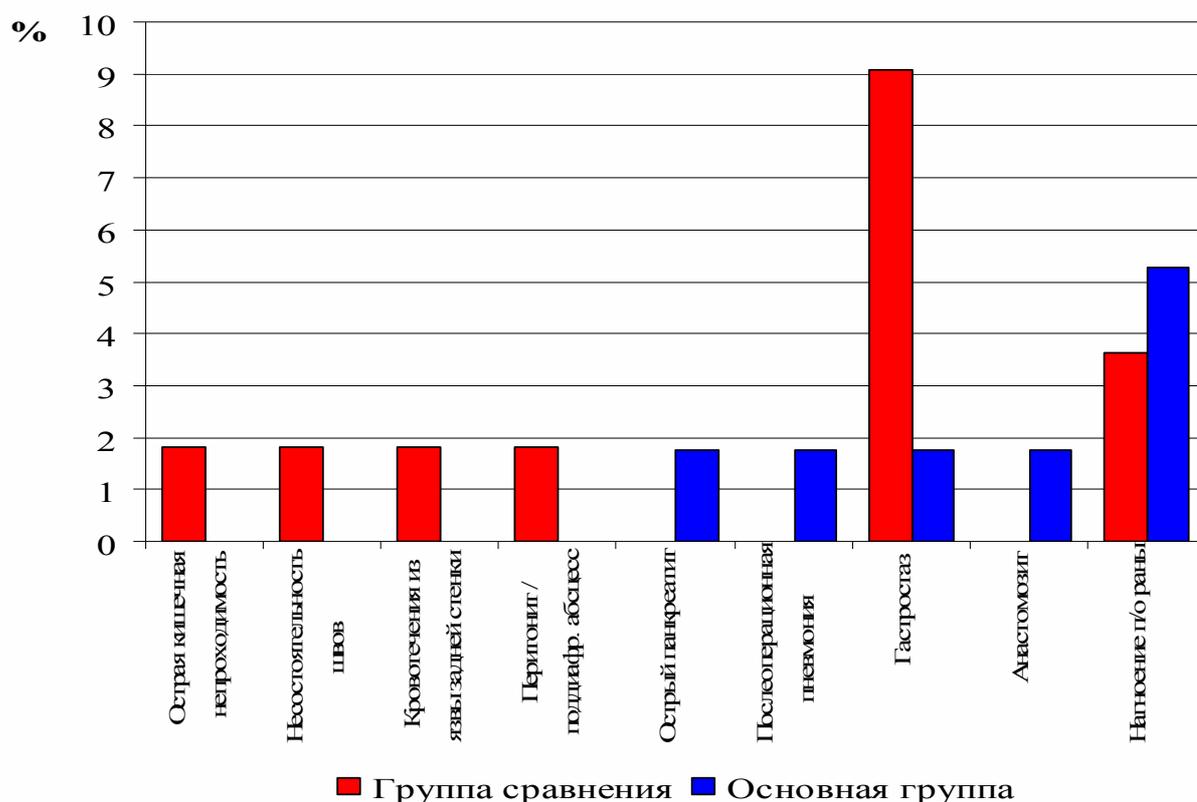


Рисунок 4 – Частота и структура осложнений в сравниваемых группах больных

В группе сравнения осложнения раннего послеоперационного периода были у 11 человек (20,0 % ± 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 (3,5 %)

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

Отдаленные результаты лечения. Отдаленные результаты (от 6 месяцев до 5 лет) после оперативного лечения по поводу перфоративной язвы ДПК изучены у 71 (63,4 %) больных. Из них проведено ушивание перфоративной язвы ДПК – у 31, иссечение перфоративной язвы с дуоденопластикой – у 40 больных.

Ушивание перфоративной язвы ДПК. По шкале Visick результаты признаны хорошими у 9 (29,0 %), удовлетворительными – у 4 (12,9 %), не удовлетворительными – у 18 (58,1 %) больных.

Отдаленные результаты после видеолaparоскопической санации и иссечения перфоративной язвы ДПК, с циркулярной дуоденопластики из минидоступа. Отдаленные результаты в сроки от 6 месяцев до 5 лет изучены у 14 больных. По шкале Visick у 8 больных (20 %) результаты признаны хорошими, у 6 (15 %) – удовлетворительными.

Оценка отдаленных клинических результатов после иссечения перфоративной язвы ДПК с мостовидной дуоденопластикой. Данная оценка в сроки от 6 месяцев до 5 лет проведена у 26 (45,61%) из 57 оперированных больных. По классификации Visick на основании клинических, эндоскопических, рентгенологических и лабораторных исследований отличные и хорошие результаты получены в 22 (55 %), удовлетворительные – в 4 (10 %) наблюдениях.

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 после этой операции встречаются значительно реже и протекают в более легкой форме, хорошо коррегируются консервативной терапией.

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

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 префоративной 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 ДПК.

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 ДПК 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 РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Лубянский, В. Г. Малоинвазивные эндохирургические методы лечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки/ В. Г. Лубянский, **Н. Б. Омаров** // **Медицина и образование в Сибири (электронный журнал)**. – Новосибирск, 2013. – № 4. – С. 41.

2. Лубянский, В. Г. Эффективность малоинвазивных технологий в хирургии перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки / В. Г. Лубянский, **Н. Б. Омаров** // **Кубанский научный медицинский вестник**. – 2013. – № 4. – С. 70–73.

3. **Омаров, Н. Б.** Миниинвазивные методы лечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки / **Н. Б. Омаров** // **Вестник Российского государственного медицинского университета**. – 2014. – № 2. – С. 281–282.

4. Эффективность иссечения язвенного субстрата при прободных дуоденальных язвах / Н. Р. Рахметов, В. А. Хребтов, М. Ж. Аймагамбетов, Б. М. Ельчибаев, Е. М. Асылбеков, Т. Л. Акпаров, Т. А. Булегенов, М. Ю. Проказа, **Н. Б. Омаров**, А. Багенов, Б. С. Азизов // **Медицинский журнал Западного Казахстана**. – 2011. – № 3 (31). – С. 73–74.

5. Рахметов, Н. Р. Малоинвазивные эндохирургические методы лечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки / Н. Р. Рахметов,

В. Г. Лубянский, **Н. Б. Омаров** // Наука и Здравоохранение. Приложение.– Семей, 2012. – № 5. – С. 142–143.

6. **Омаров, Н. Б.** Результаты эффективности иссечения язвенного субстрата при прободных дуоденальных язвах с использованием миниинвазивных технологий / **Н. Б. Омаров**, В. Г. Лубянский, Н. Р. Рахметов // Актуальные вопросы развития медицинской науки в свете реализации программы «Саламатты Казакстан» : материалы ежегодной научно-практической конференции молодых ученых, Семей, Республика Казахстан // Наука и Здравоохранение. – 2011. – № 5. – С. 114–116.

7. Эффективность иссечения язвенного субстрата при прободных дуоденальных язвах / Н. Р. Рахметов, В. А. Хребтов, М. Ж. Аймагамбетов, Е. М. Асылбеков, Т. Л. Акпаров, А. Ж. Ахметов, Т. А. Булегенов, М. Ю. Проказа, В. А. Ермолаев, **Н. Б. Омаров** // Экология, радиация, здоровье: 8-я Международная научно-практическая конференция. – Семей, 2012. – С. 172.

8. Результаты эффективности иссечения язвенного субстрата при прободных дуоденальных язвах с использованием миниинвазивных технологий / Н. Р. Рахметов, В. Г. Лубянский, В. М. Ж. Аймагамбетов, Е. М. Асылбеков, Т. Л. Акпаров, **Н. Б. Омаров** // Экология, радиация, здоровье : 8-я Международная научно-практическая конференция. – Семей, 2012. – С. 178.

9. Иссечения язвенного субстрата при прободных дуоденальных язвах с использованием миниинвазивных технологий / Н. Р. Рахметов, В. Г. Лубянский, Е. М. Асылбеков, **Н. Б. Омаров**, М. Ж. Аймагамбетов, А. Ж. Ахметов, В. А. Ермолаев // Новые технологии в хирургии : 4-й конгресс хирургов Казахстана с международным участием // Вестник хирургии Казахстана. Специальный выпуск.– 2013. –№ 1. – С. 70.

10. **Омаров, Н. Б.** Малоинвазивные методы лечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки / **Н. Б. Омаров** // Проблемы медицины и биологии : материалы межрегиональной научно-практической конференции молодых ученых и студентов с Международным участием. – Кемерово, 2014. – С. 173.

11. Mini-invasive endosurgical methods of treatment of a perforative ulcer of

duodenum / **N. B. Omarov**, V. G. Lubyansky, M. G. Aimagambetov, E. M. Asylbekov // Allergy, Asthma & Immunophysiology: From Gene to Clinical Management : VII World asthma, allergy & copd forum and XX World congress on rehabilitation in medicine and immunorehabilitation, New York, 26–29 апреля 2014 г. : proceedings of the. – New York (USA), 2014. – P. 95–97.

12. Применение аппарата мини-ассистента «Лига-7» в хирургическом лечении больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки / **Н. Б. Омаров**, М. Ж. Аймагамбетов, В. Г. Лубянский, Т. Л. Акпаров, А. Ж. Ахметов // Актуальные вопросы медицины в современных условиях : материалы 3-й Международной научно-практической конференции. – Санкт-Петербург, 2016. – С. 146–148.

13. **Омаров Н. Б.**, Хирургическое лечение перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки / **Н. Б. Омаров**, М. Ж. Аймагамбетов, А. Ж. Ахметов, А. Д. Раимханов // Актуальные вопросы панкреатологии: материалы межрегиональной научно-практической конференции хирургов Сибири. – Барнаул, 2015. – С. 59–60.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ СОКРАЩЕНИЙ

ДПК	– двенадцатиперстная кишка
БАО	– basal acid output
МАО	– maximal acid output
ТСЖ	– тощачовое содержимое желудка
ФГДС	– фиброгастродуоденоскопия
ЯБ	– язвенная болезнь
НР	– <i>Helicobacter pylori</i>