

На правах рукописи

МАЛИНКИН АЛЕКСЕЙ ВИКТОРОВИЧ

**КОМПЛЕКСНОЕ МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ПЕРФОРАТИВНЫХ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ**

14.00.27 – хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Екатеринбург - 2007

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Уральская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор Ходаков Валерий Васильевич

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор Лисиенко Валентина Михайловна

кандидат медицинских наук Тутунин Владимир Геннадьевич

Ведущая организация: Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Челябинская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Защита диссертации состоится «28» мая 2007 г. в 10 часов на заседании совета по защите докторских и кандидатских диссертаций Д 208.102.01 при Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Уральская государственная медицинская академия» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию (620028, г. Екатеринбург, ул. Репина, 3).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ ВПО УГМА Росздрава (620028 г. Екатеринбург, ул. Ключевская, 17), а с авторефератом на сайте академии www.usma.ru

Автореферат разослан « » апреля 2007 г.

Ученый секретарь совета
д.м.н., профессор

Руднов В. А.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы

Язвенная болезнь (ЯБ) занимает одно из ведущих мест в структуре патологии органов желудочно-кишечного тракта. Заболеваемость ЯБ составляет от 3 до 18 человек на 1000 взрослого населения (А.С. Логинов, В.Ф. Алексеев, 1976).

В настоящее время в России на учете находится более 3 млн больных с ЯБ. Каждый десятый из них прооперирован по поводу данной патологии (П.Я. Григорьев, Э.П. Яковенко, 1996). Примерно у 5% пациентов язвенная болезнь осложняется перфорацией (N. Katkhouda, E. Mavor, R.J. Mason et al., 1999). Значимую долю среди пациентов с перфоративными язвами (ПЯ) составляют пациенты с впервые выявленной ЯБ и пациенты, ранее не получавшие противоязвенную терапию. У значительного числа больных ЯБ прободение язвы происходит на фоне бессимптомного течения заболевания или при стертой клинической картине. Среди лиц молодого возраста это число достигает 50% (В.Н. Сацукевич, Д.В. Сацукевич, 1999; В.А. Шафалинов, 2000). Летальность при ПЯ остается неизменно высокой и колеблется от 3 до 7% (М.С.Белый, Р.Ш. Вахтангишвили, 1984; Б.И. Мирошников, В.Н. Горбачев, Е.Ю. Сергеев, 1999; В.Н. Сацукевич, 2001).

Наибольшее распространение в нашей стране получила операция ушивания ПЯ. Несмотря на хорошие непосредственные результаты лечения, имеет место отношение хирургов к этой операции как к сугубо паллиативной. Причиной этого являются неудовлетворительные отдалённые результаты лечения. Частота рецидива ЯБ после ушивания перфораций достигает 75% (В. Н. Сацукевич, 2001; И.И. Неймарк, 1998).

Выяснение этиологической роли *Helicobacter pylori* (Hр) в патогенезе ЯБ (В.Л. Marshall, J.R. Warren, 1984), а также прогресс в синтезе антисекреторных препаратов диктует изменение взглядов на выбор оперативного лечения у больных с перфоративными пилородуоденальными язвами (ППЯ). Появление в последнее время современных противоязвенных препаратов позволило в большинстве наблюдений считать операцией выбора ушивание перфоративного отверстия с последующей консервативной терапией ЯБ (Л.В. Поташев, В.В. Васильев, В.М. Савранский и др.,

1999; Ф. Б. Тимербулатов, А. Г. Хасанов, Р. Р. Фаязов и др., 1999; W.Y. Lau, K.L. Leung, X.L. Zhu et al., 1995; S.A. Lagoo, 2002).

Абсолютное большинство авторов при оценке отдаленных результатов используют шкалу Visick (1948). Недостатком этой методики являются низкая чувствительность, невозможность оценить некоторые стороны состояния и качества жизни пациента, такие, как жизнеспособность, социальное, психическое функционирование и др.

Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в качестве критерия оценки эффективности и качества медицинской помощи следует использовать адекватность лечения, а именно необходимость достижения приемлемого для больного уровня качества жизни. Качество жизни, по определению ВОЗ, – это характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования, основанная на его субъективном восприятии (World Health Organization. Quality of life group, 1996).

Для получения сопоставимых данных и их дальнейшего применения в клинической практике пользуются стандартными инструментами оценки качества жизни, которыми являются опросники (индексы и профили). В США и Европе созданы специальные центры, занимающиеся разработкой таких опросников (M. Bullinger et al., 1998). С помощью опросников проводят исследование норм качества жизни в здоровой популяции в сравнении с особенностями, которые имеются при различных заболеваниях. Некоторые общие опросники позволяют описать общее состояние здоровья в виде профиля (короткая форма SF-36, МНР-Ноттингемский профиль здоровья, SIP-профиль), которые в настоящее время наиболее часто используются в клинических исследованиях во всем мире.

Решение проблем оптимизации хирургического лечения больных ППЯ и определило цель и задачи проводимого исследования.

Цель исследования – улучшение результатов хирургического лечения у больных с перфоративной язвой пилородуоденальной зоны путём применения малоинвазивных технологий.

Задачи исследования

1. Провести морфометрическое исследование и на основе морфометрии брюшной полости разработать инструмент для дренирования малого таза во время лапароскопических операций (ЛО).
2. Обосновать изменение хирургической тактики на основе современной динамики заболеваемости ЯБ, в том числе ПЯ, в г. Екатеринбурге за 5 лет.
3. Изучить непосредственные результаты хирургического лечения у больных ППЯ.
4. Изучить отдалённые результаты хирургического лечения и оценить качество жизни у больных ППЯ.

Научная новизна

1. На основе данных морфометрического эксперимента доказано, что длина инструмента для дренирования малого таза во время ЛО должна быть не менее 24 см.
2. Впервые на клиническом материале доказано, что для улучшения отдаленных результатов после ушивания перфорации обязательно лечение пациентов в послеоперационном периоде у гастроэнтерологов.

Практическая значимость

Применение малоинвазивного способа хирургического лечения перфоративных язв пилородуоденальной зоны в практической деятельности хирургических отделений облегчает течение раннего послеоперационного периода, сокращает сроки стационарного лечения и амбулаторной реабилитации.

Взаимодействие хирургов и гастроэнтерологов в лечении пациентов с ППЯ способно улучшить отдаленные результаты и качество жизни пациентов.

Публикации

По теме диссертации опубликованы 4 научные работы, из них 2 в рецензируемых ВАК изданиях. Получен патент РФ на полезную модель.

Апробация работы

Основные положения диссертационной работы доложены на Российской научно-практической конференции «Миниинвазивная хирургия в клинике и экспери-

менте» (г. Пермь, 2003), на заседании научной проблемной комиссии по хирургии ГОУ ВПО УГМА (2007 г.).

Внедрение результатов исследования

Результаты исследований, полученные в диссертации, внедрены в практическую деятельность хирургических отделений МУ ГКБ № 40, а также в учебный процесс на кафедре хирургических болезней лечебно-профилактического факультета ГОУ ВПО УГМА Росздрава.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Малоинвазивный способ лечения ППЯ позволяет облегчить течение послеоперационного периода, уменьшить число осложнений, сократить сроки стационарного лечения.
2. Лечение пациентов в послеоперационном периоде гастроэнтерологами улучшает отдаленные результаты у больных ППЯ.

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 128 страницах и состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, главы собственных исследований (морфометрическое исследование, исследование эпидемиологических показателей ЯБ, исследование непосредственных результатов лечения больных с ПЯ и анализ отдаленных результатов), обсуждения результатов исследований, выводов и практических рекомендаций. Список научной литературы включает 114 источников (70 отечественных, 44 зарубежных). Работа снабжена 42 таблицами, иллюстрирована 15 рисунками.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

1. Исследование на трупах проводилось в патолого-анатомическом отделении МУ ГКБ №40 г. Екатеринбурга (заведующий отделением – канд. мед. наук О.Ю. Истомина). Проведено морфометрическое исследование 44 трупов людей весом до 80 кг. Были измерены три антропометрических параметра. Из 44 исследованных трупов 31 (70,5%) были мужского пола, а 13 (29,5%) – женского. В выборке оказались трупы людей с широким диапазоном антропометрических параметров (рост исследуемых

был от 154 до 181 см и выше; вес от 45 до 80 кг). В брюшной полости измерено расстояние между точкой, расположенной в проекции передней верхней ости подвздошной кости, и наиболее удаленной точкой дна полости малого таза.

2. Анализ заболеваемости ЯБ, а также заболеваемости ППЯ за период с 1999 по 2004 г. проводился на основании данных государственных статистических отчетов Управления здравоохранения администрации г. Екатеринбурга.

Анализ проводился по следующим показателям:

- количество зарегистрированных больных с диагнозом ЯБ желудка и ДПК в поликлиниках города;
- количество больных с диагнозом ЯБ желудка и ДПК, пролеченных в стационарах города;
- количество больных с ППЯ.

3. Непосредственные результаты хирургического лечения больных с ППЯ изучены у 118 больных, которые находились на лечении в клинике общей хирургии Уральской государственной медицинской академии на базе Городской клинической больницы № 40 с 1993 по 2005 г. Больные были разделены на две группы.

Критерием включения пациента в исследование служил диагноз ПЯ. Критериями исключения были: распространенный гнойный перитонит; диаметр перфорации более 1 см; пилородуоденальный стеноз.

Основную группу составили 64 пациента, оперированные в период с 2000 по 2005 г. Всем пациентам выполнены операции с использованием малоинвазивной технологии (лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости и ушивание перфорации из минилапаротомного доступа). Контрольную группу составили 54 пациента, оперированных с 1993 по 2000 г. Больным контрольной группы проводились операции из лапаротомного доступа. СПВ выполнена 43 больным, ТВ – 8 и 3 пациентам проведено ушивание перфорации.

Группы пациентов сопоставимы по основным исходным параметрам: полу, возрасту, локализации перфоративной язвы, диаметру перфоративного отверстия, клиническому диагнозу, характеру и распространенности перитонита, показаниям к оперативному лечению и срочности выполненных операций.

Алгоритм обследования пациентов в основной и контрольной группах в предоперационном периоде был одинаков и включал в себя:

- общий анализ крови (ОАК) и общий анализ мочи;
- обзорную рентгенографию брюшной полости с захватом диафрагмы;
- определение группы крови и Rh-фактора;
- при отсутствии рентгенологических признаков перфорации полого органа выполнялась фиброгастродуоденоскопия (ФГС) с последующей повторной рентгенографией брюшной полости и ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости для выявления свободной жидкости.

Рентгенологическое исследование проводилось в отделении лучевой диагностики МУ ГКБ №40 г. Екатеринбурга, на рентгеновском аппарате КРТ – «Электрон». Эндоскопическое исследование осуществляли аппаратом Olympus – E с торцевой оптикой. УЗИ брюшной полости выполняли на аппаратах Toshiba SSA 250A и Aloka 1400 конвексными линейными эндокавитальными датчиками. Документировали результаты исследования в форме протоколов в регистрационном журнале.

Лабораторные исследования осуществляли в лаборатории МУ ГКБ №40 г. Екатеринбурга. ОАК выполняли на автоматическом гематологическом анализаторе «Micros». Биохимические исследования проводили на биохимическом анализаторе «Экспресс +» и фотометре с проточной кюветой «Cormay multi».

Для проведения операций у пациентов обеих групп использовали тотальную многокомпонентную анестезию, режим полной искусственной вентиляции легких.

Выполняли диагностическую лапароскопию, во время которой выявляли противопоказания к операции из минилапаротомного доступа и под контролем лапароскопа с помощью электроотсоса эвакуировали выпот, устанавливали дренаж в малый таз. Минилапаротомный доступ формировали по средней линии, в проекции 2 сегмента прямых мышц живота. Перфоративное отверстие ушивали отдельными швами в 2 ряда; при диаметре перфорации менее 5 мм накладывали однорядный шов.

Противопоказаниями к операции с использованием малоинвазивных технологий считали:

- 1) распространенный гнойный перитонит;

- 2) диаметр перфоративного отверстия более 1 см;
- 3) стеноз выходного отдела желудка.

В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная, инфузионная терапия. Назначали парентеральное введение Н-2 гистаминоблокаторов или ингибиторы Н⁺-К⁺АТФ-азы с последующим переходом на энтеральный прием со вторых суток.

Оценивали продолжительность операции в основной и контрольной группах. Фиксировали время нахождения в реанимационном анестезиологическом отделении (РАО) больных основной и контрольной групп, сроки нормализации температуры, ОАК, восстановления активности пациентов и пребывания в стационаре. Регистрировали осложнения.

4. Отдаленные результаты хирургического лечения больных ППЯ изучены 45 больных. Всем больным были выполнены операции с использованием малоинвазивных технологий. Сроки после оперативного лечения варьировали от 6 месяцев до 5 лет и в среднем составили $2,2 \pm 0,2$ года. Всем больным в ближайшем послеоперационном периоде проведена эрадикационная терапия (нексиум 20 мг 2 раза в сутки, кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки, амоксициллин 1,0 2 раза в сутки, в течение 7 дней).

У пациентов анализировали динамику выраженности симптомов ЯБ до операции и в отдаленные сроки после оперативного лечения.

Пациенты были разделены на 2 группы. Критериями формирования групп служило наличие или отсутствие амбулаторного наблюдения и лечения гастроэнтерологами по месту жительства оперированных больных. В группу больных, наблюдаемых гастроэнтерологами (1 группа), вошли 17 пациентов (37,8%). В группу без наблюдения и лечения (2 группа) в послеоперационном периоде вошли 28 больных (62,2%). Сравнимые группы пациентов сопоставимы по полу, возрасту, срокам после оперативного лечения.

При изучении отдаленных результатов проводилось клиническое исследование, ФГС (аппаратами Olympus – E и Pentax 29w), внутрижелудочная рН-метрия (аппаратом «Гастроскан-24») и анкетирование пациентов. При отказе пациентов от проведения инвазивных диагностических процедур (ФГС, рН-метрия)

ограничивались клиническим обследованием и анкетированием. Анкетирование проводилось в форме интервью.

Для изучения качества жизни использовали один из наиболее распространенных и зарекомендовавших себя опросников SF-36, разработанный в The Health Institute, New England Medical Center, Boston. Значения показателей качества жизни рассчитывались с помощью программного обеспечения, предоставленного The Health Institute, New England Medical Center. Полученные данные сравнивали с результатами исследования, проведенного сотрудниками кафедры хирургических болезней № 1 УГМА на базе Центральной городской клинической больницы №1. Указанное исследование посвящено оценке результатов лечения 234 пациентов, перенесших селективную проксимальную криовагоденервацию по поводу ППЯ (И.В. Зеленцов, 2004).

Результаты исследования

1. На 44 трупах было измерено расстояние между точкой, расположенной в проекции передней верхней ости подвздошной кости, и наиболее удаленной точкой дна полости малого таза. В среднем изучаемое расстояние составило $21,8 \pm 0,15$ см. Максимальное расстояние было 24 см, минимальное - 19,5 см. Выявлена сильная корреляционная связь между изучаемым расстоянием и ростом ($r=0,88$). Корреляция между исследуемым расстоянием и массой тела слабая ($r=0,45$).

На основе полученных морфометрических данных мы разработали троакар для дренирования малого таза во время ЛО. Предложенный нами инструмент, в отличие от используемого для этих целей троакара, имеет длину гильзы 24 см, что позволяет точно установить дренаж в необходимую анатомическую область. Для повышения безопасности при манипуляциях в брюшной полости и для предотвращения стравливания воздуха при удалении стилета, снижения внутрибрюшного давления и ликвидации пневмоперитонеума троакар дополнительно снабжен мандреном с закругленным рабочим концом. На разработанный инструмент получен патент на полезную модель № 58903.

2. Следующий этап исследования посвящен изучению динамики некоторых эпидемиологических показателей ЯБ.

Задачи этой части исследования: изучение уровня общей и первичной заболеваемости ЯБ, госпитальной заболеваемости, а также уровня заболеваемости ППЯ в г. Екатеринбурге за период с 1999 по 2004 г. и оценка динамики вышеуказанных показателей.

Материалом для анализа послужили данные государственных статистических отчетов Управления здравоохранения администрации г. Екатеринбурга.

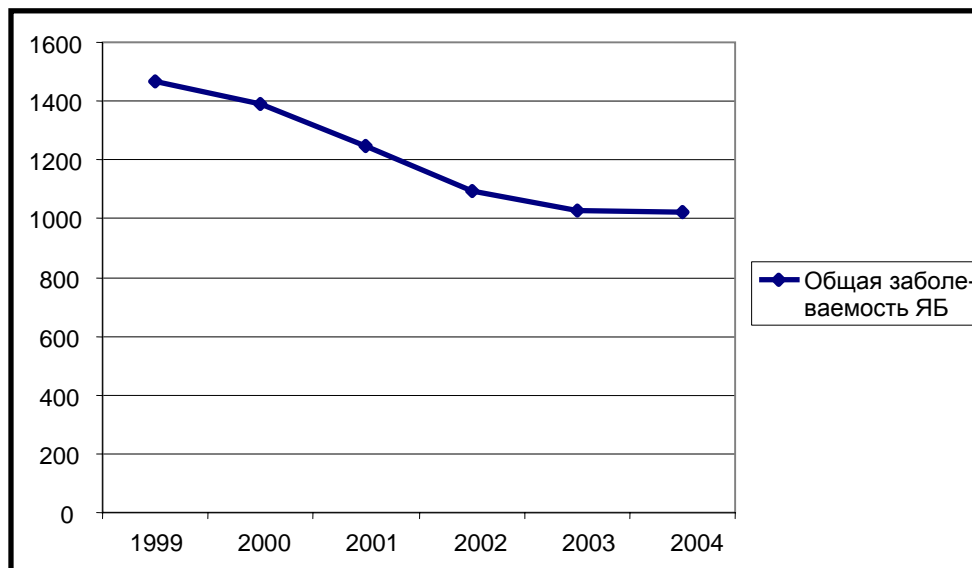


Рис.1. Динамика показателя общей заболеваемости ЯБ на 100 000 человек в г. Екатеринбурге за период с 1999 по 2004 г., кол-во чел.

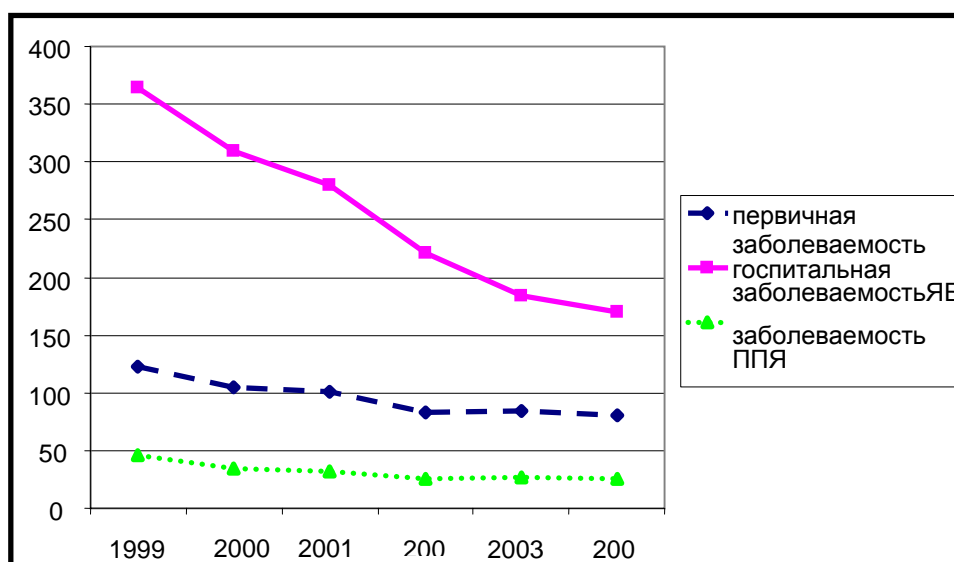


Рис. 2. Динамика первичной, госпитальной заболеваемости ЯБ и заболеваемости ППЯ на 100 000 человек в г. Екатеринбурге за период с 1999 по 2004 г., кол-во чел.

При анализе общей заболеваемости ЯБ чётко прослежена тенденция постоянного снижения этого показателя за период с 1999 по 2004 г. (рис.1). За указанный период показатель заболеваемости ЯБ на 100 000 человек снизился на 31,25%, с 1465,4 пациента до 1023,6 ($t=32,13$). Снижение общего количества больных ЯБ среди жителей г. Екатеринбурга связано с широким применением в клинической практике рекомендаций, изложенных во II Маастрихтском соглашении.

Наряду со снижением общей заболеваемости имеется тенденция к снижению первичной заболеваемости (рис.2). За 6 лет количество больных с впервые выявленной ЯБ на 100 000 человек в г. Екатеринбурге уменьшилось на 34,5% с 122,2 до 80,1 человека ($t=10,66$). Этиологическая связь между персистенцией *Нр* и развитием ЯБ в настоящее время не вызывает сомнений. Геликобактерное инфицирование при ЯБ желудка и ДПК составляет 85–95%. Уменьшение первичной заболеваемости связано со снижением уровня геликобактерного инфицирования популяции вследствие проводимых системных эрадикационных мероприятий у больных с ЯБ.

Показатель количества больных, требующих стационарного лечения, снизился на 50,7%, с 363,9 на 100 000 жителей г. Екатеринбурга до 170,4 ($t=30,14$). Если оценивать относительный показатель количества больных, которым требуется стационарное лечение, к общему количеству больных ЯБ, то в 1999 г. этот показатель составил 24,8%, а в 2004 г. – 16,6%.

Подобную динамику этого показателя можно объяснить изменением подхода к лечению больных ЯБ, выражающимся в сужении показаний к стационарному лечению этой категории больных и переносе акцента в лечении на амбулаторно-поликлиническое звено лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), а также и успехами, связанными с применением эффективных схем эрадикационной и антисекреторной терапии. Таким образом, снижение показателя количества больных, требующих стационарного лечения, и общего количества больных, находящихся на диспансерном учёте, позволяет судить об увеличении продолжительности стойкой ремиссии у больных ЯБ.

Изменения, подобные вышеуказанным, присущи и заболеваемости ППЯ. За период с 1999 по 2004 г. произошло снижение заболеваемости ПЯ на 43 %, с 45,4 до 25,9 пациента на 100 000 населения ($t=8,3$).

Оценивая относительный показатель количества ПЯ к общему количеству больных ЯБ, видим, что в 1999 г. он составил – 3,1%, в 2004 г. – 2,5% ($t=3$). К сожалению, отсутствуют данные общегородской статистики о количестве больных с впервые выявленной ЯБ, осложнённой перфорацией. По материалам исследования нашей клиники за 2000-2005 гг. доля таких больных составляет 45,3%.

Успехи консервативного лечения ЯБ, отсутствие данных, характеризующих желудочную секрецию, а подчас и язвенного анамнеза у больных ППЯ, диктует целесообразность выполнения малоинвазивных органосохраняющих оперативных вмешательств с последующей эрадикационной и антисекреторной терапией.

3. В клиническом разделе работы проведен анализ непосредственных результатов хирургического лечения больных ППЯ.

В основной группе в 3 случаях (4,5%) потребовалась конверсия минилапаротомного доступа в верхнесрединную лапаротомию. Причиной этому послужила недооценка во время диагностической лапароскопии размеров и локализации язвы, в частности распространение язвенного инфильтрата на латеральную и заднюю стенки двенадцатиперстной кишки. Этим больным были выполнены операции из традиционного лапаротомного доступа.

Средняя продолжительность операции в основной группе составила $55,8 \pm 2,75$ мин, а в контрольной – $154,4 \pm 5,4$ мин ($t=17,012$, $p<0,001$).

Сроки пребывания больных основной группы в послеоперационном периоде в РАО в среднем составили $0,69 \pm 0,07$ суток, контрольной – $2,15 \pm 0,17$ суток ($t=8,49$, $p<0,001$). У 24 (37,5%) пациентов основной группы в послеоперационном периоде отсутствовали показания для лечения в РАО. Эти больные после восстановления самостоятельного дыхания и экстубации на операционном столе доставлены в хирургическое отделение.

Снижение интенсивности болевого синдрома позволило снизить потребность в обезболивании наркотическими анальгетиками у пациентов основной группы. Больные нуждались в обезболивании наркотическими анальгетиками только в первые часы после операции, максимальный срок обезбоживания не превышал первых суток после операции. В среднем длительность обезбоживания наркотическими

анальгетиками составила $1,2 \pm 0,08$ суток, в контрольной группе $3,3 \pm 0,37$ суток ($t=5,99$, $p<0,001$).

К концу первых суток после операции у пациентов основной группы регрессировали симптомы интоксикации, исчезал парез кишечника и восстанавливалась нормальная перистальтика.

Активизация больных основной группы проходила в первые сутки после операции.

Сроки нормализации ОАК в среднем составили $2,1 \pm 0,2$ суток в основной группе и $4,6 \pm 0,4$ – в контрольной ($t=5,97$, $p<0,001$).

Температура приходила к норме в среднем через $2,3 \pm 0,16$ суток в основной группе и $5,5 \pm 0,58$ – в контрольной ($t=5,79$, $p<0,001$).

39 пациентам (60,1%) в послеоперационном периоде выполнено контрольное УЗИ брюшной полости для исключения жидкостных скоплений. У всех обследованных пациентов экссудат в брюшной полости не обнаружен.

Продолжительность стационарного лечения больных в основной группе в среднем составила $5,6 \pm 0,1$ суток, а в контрольной – $13,2 \pm 0,58$ суток ($t=13,99$, $p<0,001$) (рис.3).

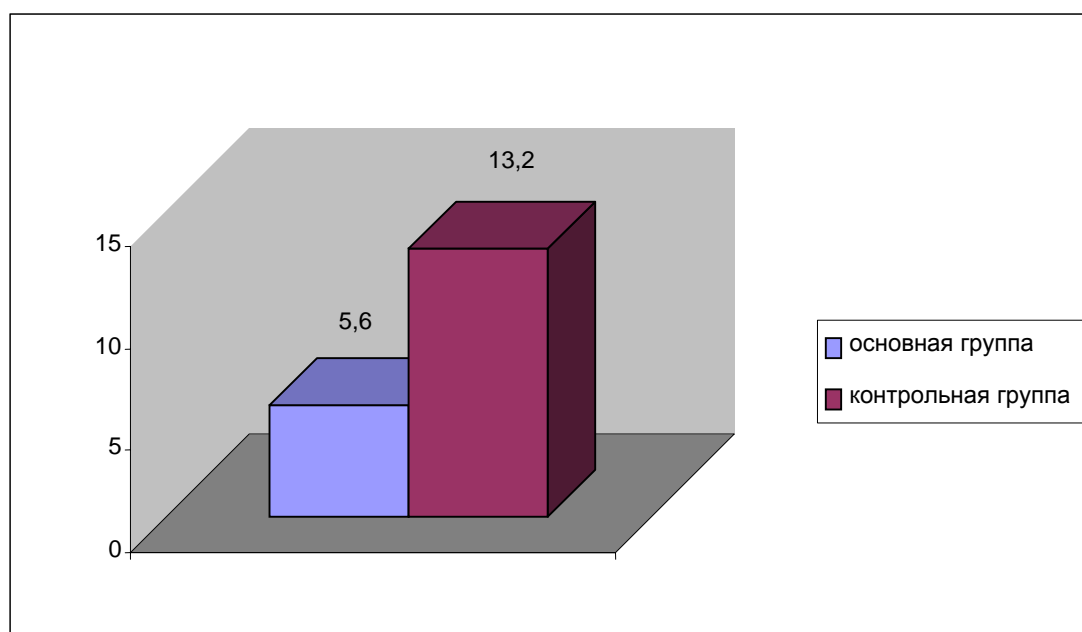


Рис.3. Продолжительность стационарного лечения больных, в сутках

Случаев ранней спаечной кишечной непроходимости, гнойных осложнений со стороны брюшной полости и послеоперационной раны в основной группе не было.

В контрольной группе у 3 пациентов развилось желудочно-кишечное кровотечение. В первом случае на третьи сутки после операции возникло кровотечение из острых язв желудка (проводилось консервативное лечение с положительным эффектом). Во втором случае на первые сутки после операции возникло кровотечение из зоны пилоропластики, потребовавшее релапаротомии. В третьем случае на тринадцатые сутки после операции возник эпизод проффузного кровотечения из эрозий слизистой пищевода, приведший к летальному исходу.

У пациентов контрольной группы в раннем послеоперационном периоде в двух случаях развилась ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость. Одного пациента по этому поводу пришлось оперировать в срочном порядке, у другого непроходимость разрешилась в результате консервативного лечения.

У 15 (27,8%) пациентов контрольной группы больных в послеоперационном периоде наблюдалась клиника нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка.

4. В отдаленном периоде обследовано 70,3 % пациентов, прооперированных с использованием малоинвазивной технологии.

При анализе отдаленных результатов лечения больных ППЯ были выявлены достоверные изменения клинических проявлений ЯБ. Произошло увеличение в 6,6 раза количества пациентов, у которых отсутствует абдоминальный болевой синдром ($p=0,05$). Отмечено снижение после операции характера и интенсивности болевого синдрома. Выявлено снижение частоты появления острых болей с 53,5 до 9,3% ($p<0,001$) соответственно до операции и в настоящее время. Отмечено достоверное снижение частоты появления тошноты, отрыжки и чувства вздутия живота и полное отсутствие после операции рвоты. С 15,6 до 28,9% увеличилось количество пациентов, которых после операции не беспокоит изжога, но этот показатель имеет низкую достоверность ($p=0,205$). С 60,0 до 17,8% после операции уменьшилось количество больных, которые отмечают частую изжогу ($p=0,009$), и соответственно увеличилась группа больных, которые отмечают редкую изжогу, с 60,0 до 17,8 ($p<0,001$). Выявлено увеличение числа больных, получавших противоязвенную терапию, и увеличение числа пациентов, соблюдающих диету.

Отдаленные результаты лечения больных ППЯ, которым были выполнены операции с использованием малоинвазивных технологий, по шкале Visick оценены

как отличные у 28,9% пациентов, хорошие – у 40,0%, удовлетворительные – у 11,1%, неудовлетворительные – у 20,0%.

При анализе отдаленных результатов у больных, наблюдаемых после операции гастроэнтерологами (1 группа), и больных, которые не получали амбулаторного наблюдения и лечения (2 группа), также выявлены некоторые различия. В 1 группе выявлено на 29,1% больше пациентов, у которых отсутствуют жалобы на боли в животе, снижаются показатели частоты изжоги. Выявлено, что среди пациентов 1 группы полностью отсутствуют пациенты, которые отмечают изжогу часто, тогда как во 2 группе их 28,6% ($p=0,043$). Все пациенты 1 группы получали противоязвенную терапию, во 2 группе 28,6% противоязвенной терапии не получали ($p=0,043$). Отдаленные результаты у больных ППЯ, наблюдаемых после операции гастроэнтерологами, по шкале Visick оценены как отличные у 47,1% пациентов, хорошие – у 29,3%, удовлетворительные – у 11,8%, неудовлетворительные – у 11,8%.

Отдаленные результаты у больных, которым амбулаторное наблюдение и лечение не проводилось, оценены по шкале Visick как отличные у 17,9% пациентов, хорошие – у 46,4%, удовлетворительные – у 10,7%, неудовлетворительные – у 25,0%.

При сравнительном анализе качества жизни пациентов, перенесших малоинвазивные операции и селективную проксимальную криовагоденервацию по поводу ППЯ, отмечено достоверное снижение некоторых показателей. Выявлено снижение среднего показателя по шкале интенсивности боли (BP) $61,62 \pm 3,13$ у пациентов, оперированных с использованием малоинвазивных технологий, у пациентов, перенесших селективную проксимальную криовагоденервацию, этот показатель составил $71,36 \pm 1,45$ ($p=0,007$). Это связано, прежде всего, с тем, что часть пациентов продолжают страдать ЯБ. У больных основной группы отмечено снижение среднего показателя по шкале социального функционирования (SF) $68,89 \pm 2,83$, у пациентов после криовагоденервации показатель SF составил $81,52 \pm 1,22$ ($p < 0,001$). Отмечено аналогичное снижение среднего показателя шкалы психического здоровья (MH) $63,79 \pm 1,85$ в основной группе и $72 \pm 1,1$ у пациентов после криовагоденервации. Подобные изменения этих показателей также свидетельствуют о наличии в основной группе пациентов, продолжающих страдать ЯБ.

Оценка качества жизни прооперированных пациентов

Показатель	Сравниваемые группы				p
	Операции с использованием малоинвазивных технологий		Селективная проксимальная криовагоденервация		
	среднее	стандартная ошибка	среднее	стандартная ошибка	
Физическое функционирование (PF)	86	2,82	87,1	1,27	0,727
Рольное функционирование (RP)	77,22	4,48	75,36	2,27	0,737
Интенсивность боли (BP)	61,62	3,13	71,36	1,45	0,007
Общее состояние здоровья (GH)	57	2,09	57,39	1,27	0,898
Жизнеспособность (VT)	60,89	1,76	66,3	1,21	0,06
Социальное функционирование (SF)	68,89	2,83	81,52	1,22	< 0,001
Рольное эмоциональное функционирование (RE)	76,3	5,36	81,16	2,03	0,35
Психическое здоровье (MH)	63,79	1,85	72	1,1	0,002

Данные, полученные в результате анализа показателей шкал социального функционирования и психического здоровья, в очередной раз свидетельствует о важной роли нервной системы в патогенезе желудочно-кишечных заболеваний и о наличии у пациентов, страдающих ЯБ, психоневротических расстройств и, как следствие этого, снижения социальной адаптации. Считаем что пациентам, у которых выявлено снижение показателей по шкалам социального функционирования и психического здоровья, показано включение в стандартную схему терапии язвенной болезни психотропных препаратов, таких, как транквилизаторы.

При сравнении показателей качества жизни пациентов, наблюдаемых гастроэнтерологами в послеоперационном периоде (1 группа), и пациентов без амбулаторного наблюдения и лечения (2 группа) выявлены различия показателей по шкале интенсивности боли (BP) и шкале социального функционирования (SF) (табл.2). Средний показатель по шкале интенсивности боли в 1 группе составил $69,24 \pm 5,7$, во 2 группе – $57 \pm 3,45$ ($p = 0,05$). Средний показатель по шкале социального функционирования в 1 группе составил $76,47 \pm 4,53$, во 2 группе – $64,32 \pm 3,38$ ($p = 0,036$).

Оценка качества жизни прооперированных пациентов 1 и 2 групп

Показатель	Сравниваемые группы				p
	1 группа		2 группа		
	среднее	стандартная ошибка	среднее	стандартная ошибка	
Физическое функционирование (PF)	90,29	3,28	83,39	4,03	0,239
Рольное функционирование (RP)	85,29	4,82	72,32	6,47	0,163
Интенсивность боли (BP)	69,24	5,7	57	3,45	0,05
Общее состояние здоровья (GH)	56,82	3,45	57,11	2,68	0,948
Жизнеспособность (VT)	62,94	3,32	59,64	1,99	0,369
Социальное функционирование (SF)	76,47	4,53	64,32	3,38	0,036
Рольное эмоциональное функционирование (RE)	80,39	8,6	73,81	6,93	0,558
Психическое здоровье (MH)	67,29	3,54	61,57	2,01	0,136

Оценка качества жизни пациентов 1 группы и перенесших селективную проксимальную криовагоденервацию

Показатель	Сравниваемые группы				p
	Малоинвазивные операции + амбулаторное наблюдение		Селективная проксимальная криовагоденервация		
	среднее	стандартная ошибка	среднее	стандартная ошибка	
Физическое функционирование (PF)	90,29	3,28	87,1	1,27	0,507
Рольное функционирование (RP)	85,29	4,82	75,36	2,27	0,246
Интенсивность боли (BP)	69,24	5,7	71,36	1,45	0,705
Общее состояние здоровья (GH)	56,82	3,45	57,39	1,27	0,906
Жизнеспособность (VT)	62,94	3,32	66,3	1,21	0,464
Социальное функционирование (SF)	76,47	4,53	81,52	1,22	0,282
Рольное эмоциональное функционирование (RE)	80,39	8,6	81,16	2,03	0,922
Психическое здоровье (MH)	67,29	3,54	72	1,1	0,262

При сравнении показателей качества жизни пациентов 1 группы и пациентов, перенесших селективную проксимальную криовагоденервацию, достоверных различий средних показателей по всем шкалам не выявлено ($p > 0,05$) (табл.3).

ВЫВОДЫ

1. Длина инструмента для дренирования малого таза во время лапароскопии должна быть не менее 24 см. Для этого разработан и применен троакар, позволяющий установить дренаж точно и безопасно.
2. В последние годы (1999 – 2000) отмечено улучшение эпидемиологических показателей язвенной болезни. Учитывая успехи консервативного лечения язвенной болезни, которые демонстрируются динамикой эпидемиологических показателей, необходимо переместить акцент в хирургическом лечении перфоративных язв в сторону использования малоинвазивной технологии.
3. Малоинвазивный способ лечения перфоративных пилородуоденальных язв позволяет облегчить течение послеоперационного периода, уменьшить число осложнений, сократить сроки стационарного лечения.
4. Хорошие отдалённые результаты после ушивания язвы и качество жизни больных обеспечивает обязательное наблюдение и лечение у гастроэнтеролога.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Операция ушивания перфоративной язвы из минилапаротомного доступа и лапароскопическая санация брюшной полости рекомендуется к использованию в практике хирургических отделений, оказывающих экстренную помощь населению.
2. Рекомендуем обязательное применение эрадикационной терапии в ближайшем послеоперационном периоде.
3. Для операции рекомендуем использовать стандартный комплект инструментов для малоинвазивных операций фирмы САН (Екатеринбург, Россия) или аналогичный инструментарий других производителей.
4. Для установки дренажей в брюшную полость во время лапароскопических операций рекомендуем разработанный нами троакар.
5. Для улучшения отдаленных результатов лечения и повышения качества жизни пациентов, оперированных по поводу перфоративной пилородуоденальной язвы, целесообразно рекомендовать дальнейшее наблюдение и лечение пациентов гастроэнтерологами.

РАБОТЫ, ОПУБЛИКОВАННЫЕ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Пат. 58903 Российская Федерация, МПК А61В17/34, U101/06. Троакары для установки дренажей во время лапароскопических операций [Текст] / Малинкин А.В., Ходаков В.В., заявитель и патентообладатель ГОУВПО УГМА Росздрава. – 2006112475/22., заявл. 13.04.2006., опубл. 10.04.2006., Бюл. №10. – 3с.: Ил.
2. Ходаков В.В. Отдаленные результаты лечения больных с перфоративными язвами пилородуоденальной зоны, оперированными с использованием малоинвазивных технологий [Текст] / В.В. Ходаков, А.В. Малинкин // Вестник уральской медицинской академической науки. – 2007. – №1. – С.75-78.
3. Ходаков В.В. Малоинвазивная хирургия перфоративной язвы пилородуоденальной зоны [Текст] / В.В. Ходаков, А.В. Малинкин, Н.Н. Константинов // Хирургия минидоступа: Мат. Уральской межрег. науч.-практ. конф. – Екатеринбург, 2005. – С.75.
4. Ходаков В.В. Результаты хирургического лечения перфоративной язвы пилородуоденальной зоны [Текст] / В.В. Ходаков, А.В. Малинкин, Н.Н. Константинов // Сборник научных трудов сотрудников МУ ГКБ № 40. – Екатеринбург 2005. – С.68-71.

Список сокращений

- ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
ЛО – лапароскопическая операция
ЛПУ – лечебно – профилактическое учреждение
ОАК – общий анализ крови
ПНЯ – перфоративная пилородуоденальная язва
ПЯ – перфоративная язва
РАО – реанимационное анестезиологическое отделение
СПВ – селективная проксимальная ваготомия
ТВ – трункулярная ваготомия
УЗИ – ультразвуковое исследование
ФГС – фиброгастроскопия
ЯБ – язвенная болезнь
Hr – *Helicobacter pylori*

Литература по функциональной гастроэнтерологии:

www.gastroscan.ru/literature/