

*На правах рукописи*

**БАРАНОВ ЕВГЕНИЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ**

**Непосредственные и отдалённые результаты малоинвазивных эндохирургических вмешательств у больных с осложнённой язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки**

*14.00.27 – хирургия*

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

*Москва 2008*

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Московский государственный медико-стоматологический университет» (ректор – заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор **Янушевич О.О.**) Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию Российской Федерации

**Научный руководитель:**  
доктор медицинских наук,  
профессор

*Гольдберг Александр Петрович*

**Официальные оппоненты:**

Заслуженный врач РФ,  
доктор медицинских наук,  
профессор

*Дибиров Магомед Дибирович*

Доктор медицинских  
наук, профессор

*Шаповальянц Сергей Георгиевич*

Ведущая организация: **Московская Медицинская Академия имени И.М. Сеченова, ФППОВ**

Защита диссертации состоится «\_\_\_»\_\_\_\_\_2008 г. в 14 часов на заседании диссертационного Совета Д.208.041.02. при ГОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию Российской Федерации по адресу: 127473, Москва, ул. Делегатская, д. 20/1

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке университета по адресу 125206, г. Москва, ул. Вучетича, д. 10а.

Автореферат разослан «\_\_\_»\_\_\_\_\_2008 г.

Ученый секретарь  
диссертационного совета  
доктор медицинских наук,  
профессор

**Б. М. УРТАЕВ**

## **ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ**

### ***Актуальность исследования***

Заболеваемость язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в Российской Федерации составляет в среднем 5,1-5,7 на 1000 человек. (Бахтинов В. А. 2002 г. Луцевич Э.В. 2002 Кузеев Р. Е., Станулис А.И. 2003 г.). При этом последние десятилетия характеризуются статистически достоверным повышением заболеваемости язвенной болезнью данной локализации ( Панцырев Ю. М. 1991 г., Оноприев В. И. 1995 г., Праздников Э. Н. 1995 г., Станулис А. И. 1999 г., Ярема И.В. 1997г., Дуденко Ф. И. 1998 г., Луцевич Э. В. 1998 г., Кузеев Р.Е. 2000г, Кузина О.А. 2003, Гольдберг А.П. 2006, Dooley С. 1998 г.). Достаточно часто течение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки сопровождается такими осложнениями, как пенетрация, перфорация, кровотечение, стеноз. Многочисленные отечественные и зарубежные авторы указывают на возрастание частоты осложнённого течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки до 9-18% (Кузеев Р.Е. 2003, Кузина О.А.2003, Гольдберг А.П.2005. Schafmager A., Kochler H. 2004 г., Miedema B. W., Torres P.R. 2006 г. ).

Перфорация дуоденальной язвы встречается в 5-7%, пенетрация язвы двенадцатиперстной кишки наблюдается в 10-15 % больных страдающих язвенной болезнью, рубцово-язвенные стенозы встречаются в 5-15%, кровотечения из язвы двенадцатиперстной кишки – в 15-20 % случаев ( Гринберг А.А., Панцырев Ю. М. 1996г, Луцевич Э. В. 1998г., Затевахин И.И., Щеголев А.А. 2002, Станулис А.И. 2003, Гольдберг А. П. 2006 г.). Эти осложнения остаются одной из наиболее сложных проблем в современной хирургии. Не осложнённая язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в практической медицине поддается консервативному лечению под действием противоязвенных препаратов (Дударёва Л. А., Матюнина Э. В. 2001 г.). Осложнённые формы язвенной болезни двенадцатиперстной кишки не редко требуют оперативного вмешательства. В хирургии осложнённой язвенной болезни широко применяются органосохраняющие операции, включающие в себя тот или иной вариант ваготомии с дренирующей желудок операцией. ( Маят 1995 г., Гринберг А. А. 1996 г. , 1998г., Панцырев Ю. М. 1991, 1995гг., Гринберг А. А., Затевахин И. И., Щеголев А.А. 1996 г., , Dobemeck R.C. 1993, Qvist et all 1994, Wang K et all. 1995г. Ярема И.В. и др. 1997г.)

Внедрение в хирургическую практику эндохирургии открыло новые подходы в лечении осложнённой язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Благодаря широким техническим возможностям эндохирургии, видеолапароскопическая операция, состоящая из лапароскопической ваготомии и пилоропластики из минидоступа, обладая радикальностью обычной операции выгодно отличается от неё малоинвазивностью ( Слесаренко С.С., Агапов В. В., Коссович М. А. 1997 г., Муслимов Ш. Н. 2001, Наумов П.В. 2005, Гольдберг А.П. 2005). Однако непосредственные и отдалённые результаты малоинвазивных эндохирургических вмешательств у больных с осложнённой язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в сравнении с традиционными методами хирургического лечения не получили широкого освещения в литературе. Указанные обстоятельства определили цели и задачи настоящего исследования.

### ***Цель исследования***

Улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения осложнённой язвенной болезни двенадцатиперстной кишки за счет разработки и применения видеоассистированных органосохраняющих операций.

### ***Задачи исследования***

1. Разработать и внедрить в клиническую практику методы видеоассистированных органосохраняющих операций в лечении больных с осложненным течением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.
2. Оценить непосредственные результаты применения видеоассистированных органосохраняющих операций у больных с осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, в сравнении с традиционными, «открытыми» операциями.

3. Изучить отдаленные результаты хирургического лечения осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки как с применением видеоассистированных органосохраняющих операций, так и с использованием оперативных вмешательств, выполняемых из стандартного лапаротомного доступа.

4. Предложить собственную модификацию системы оценки отдалённых результатов лечения больных с осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, позволяющую проводить объективную оценку видеоассистированных органосохраняющих операций и оперативных вмешательств, выполняемых из традиционного лапаротомного доступа.

### ***Научная новизна***

Впервые на значительном клиническом материале апробированы различные варианты видеоассистированных органосохраняющих оперативных вмешательств у больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, стенозом, перфорацией и пенетрацией, оценены их непосредственные и отдалённые результаты в сравнении с традиционными методами, предложена и апробирована система объективного сравнения результатов лечения больных с осложненной дуоденальной язвой.

### ***Практическая значимость***

Разработка и внедрение различных методик видеолaparоскопической ваготомии в сочетании с пилоропластикой из минидоступа при осложнённой язвенной болезни двенадцатиперстной кишки позволяет значительно снизить травматизм оперативного вмешательства, избежать различных послеоперационных осложнений, уменьшить длительность пребывания больных в стационаре и сократить срок временной нетрудоспособности, и, тем самым, существенно повлиять на непосредственные и отдаленные результаты лечения данной категории больных.

### ***Основные положения, выносимые на защиту***

1. Малоинвазивные эндохирургические вмешательства при осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, не связаны с существенным увеличением времени операции, сопровождаются снижением частоты и тяжести интраоперационных осложнений, применение данных методов приводит к сокращению пребывания пациентов в стационаре, снижению частоты развития послеоперационных осложнений, и значительному сокращению длительности периода послеоперационной реабилитации в сравнении с традиционными, «открытыми» хирургическими способами.

2. Предложенная система оценки отдалённых результатов хирургического лечения осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки позволяет проводить объективное сравнение таких различных по технике и операционному травматизму вмешательств, как малоинвазивные видеоассистированные методы и традиционные, «лапаротомные» способы.

3. Выполнение малоинвазивных эндохирургических операций приводит к адекватному снижению агрессивности кислотно-пептического фактора, восстановлению моторно-эвакуаторной функции желудка у большей части больных, и сопровождается существенным улучшением непосредственных и отдаленных результатов лечения пациентов с осложнениями язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

### ***Внедрение результатов исследования***

Полученные результаты нашли практическое применение в хирургических отделениях Городской клинической больницы № 70 г. Москвы, а также используются при чтении лекций и проведении практических занятий у студентов 3 – 4 курсов лечебного факультета, ординаторов и интернов на кафедре факультетской хирургии № 2 Московского Государственного Медико-Стоматологического Университета.

### ***Апробация диссертации***

Основные положения диссертации доложены на областной научно-практической конференции хирургов «Проблемы неотложной хирургии в клинической практике», Мытищи 2004 г. ; на Московской городской конференции хирургов «Актуальные вопросы неотложной хирургии», Москва 2005 г.; на 7-м международном конгрессе по эндоскопической хирургии, Москва 2006 г.; на международной конференции хирургов, Москва 2006 г. ; на XXVIII Итоговой конференции Общества молодых ученых МГМСУ 22-31 марта 2006 года ; XXIX Итоговой конференции Общества молодых ученых МГМСУ 13-16 марта 2007 года ; совместном заседании кафедр факультетской хирургии № 2 и общей хирургии лечебного факультета Московского Государственного Медико-Стоматологического Университета 8 июня 2007 года.

### *Публикации*

По материалам диссертации опубликовано 7 научных работ, из них 6 работ в сборниках научных трудов, 1 - статья в рецензируемом журнале ВАК РФ.

### *Структура и объём диссертации.*

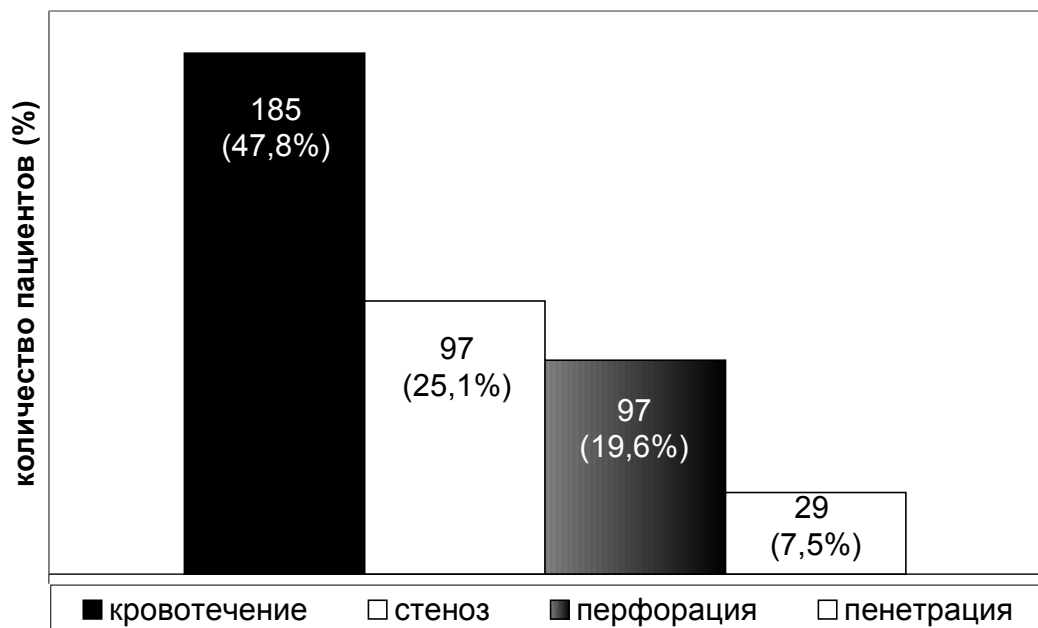
Диссертация носит клинический характер, изложена на 139 страницах машинописи, иллюстрирована 6 таблицами и 51 рисунком. Состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов и практических рекомендаций. В диссертации приведены ссылки на работы 212 отечественных и 147 зарубежных авторов.

По материалам диссертации опубликовано 7 научных работ.

Работа выполнена на кафедре факультетской хирургии №2 ( заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор И.Е. Хатьков ) Московского Государственного Медико-Стоматологического Университета.

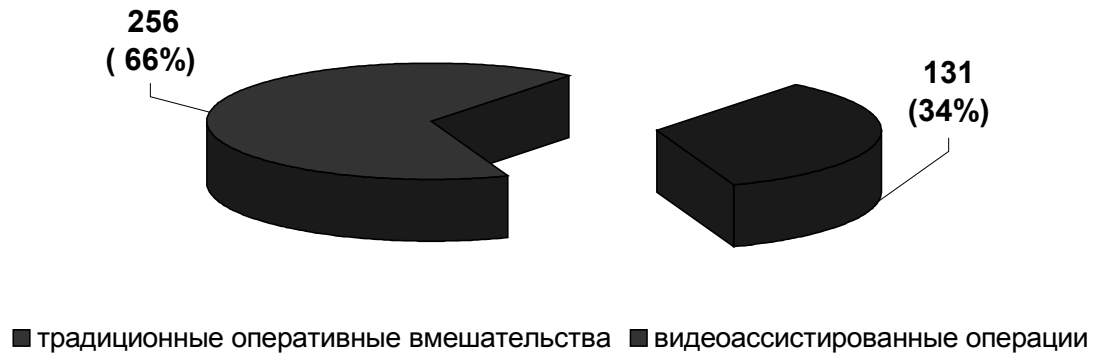
### *Содержание работы*

Данное исследование составили результаты лечения 387 больных с осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Все больные находились в хирургических отделениях ГКБ № 70 с 1992 по 2003 годы. Характер осложнений ЯБ ДПК представлен на диаграмме (рис. 1).



**Рис.1 Характер осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки**

Следует отметить, что традиционные, «открытые» оперативные вмешательства выполнены 256 больным, а малоинвазивные эндовидеохирургические операции были выполнены в 131 наблюдениях (рис. 2).



**Рис.2 Характер оперативных вмешательств у больных с осложнённой язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки**

Из 97 больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной пилородуоденальным стенозом 59 пациентам выполнены традиционные оперативные вмешательства при лапаротомии, а 38 – малоинвазивные видеолапароскопические операции.

Компенсированный пилородуоденальный стеноз был диагностирован у 46(45,1%) пациента, субкомпенсированный у 43 (42,3%) больных, декомпенсированный стеноз в 8(12,6%) наблюдениях. Следует отметить, что в настоящем исследовании мы не выделяли в отдельную группу формирующийся пилородуоденальный стеноз, относя его проявления к компенсированному стенозу.

Из 185 пациентов с язвенными кровотечениями 138 пациентам выполнены традиционные оперативные вмешательства при лапаротомии, а 47 – малоинвазивные видеолапароскопические операции.

В настоящее исследование были включены данные о 76 больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией язвы. Все больные были экстренно оперированы в первые восемь часов от начала заболевания, т.е. до развития явлений разлитого перитонита, при этом 41 больному выполнены традиционные операции при лапаротомии, а 35 – малоинвазивные эндохирургические оперативные вмешательства.

Следует отметить, что пенетрация язвы двенадцатиперстной кишки встречалось нами у 29 пациентов. Все больные были оперированы в плановом порядке, при этом 18 больным выполнены традиционные операции при лапаротомии, а 11 – малоинвазивные эндохирургические оперативные вмешательства.

Непосредственные результаты лечения оценивались нами по частоте развития послеоперационных осложнений, длительности послеоперационного койко-дня, результатам исследования желудочной секреции в послеоперационном периоде, моторики и эвакуации, а так же данных эзофагогастродуоденоскопии.

Отдаленные результаты лечения больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с применением оценивались нами по схеме Visick, в которую нами были внесены определенные усовершенствования: Отличный результат равен 10 баллам, хороший результат 9, удовлетворительный 8, неудовлетворительный 7 и менее баллам. Вместе с тем, если после лапаротомии у больного возникал грубый келоидный рубец на передней брюшной стенке, то данное осложнение интерпретировалось как -(минус) 1 балл. Развитие послеоперационной вентральной грыжи -(минус) 2 балла, спаечной болезни брюшной полости -(минус) 2 балла, а спаечной болезни с исходом в острую кишечную непроходимость, потребовавшей хирургической коррекции – (минус) 3 балла. Разработанная в клинике система оценки отдаленных результатов позволяет учитывать как «противоязвенный» эффект оперативного пособия, так и общий результат его применения, что позволяет проводить объективное сравнение таких различных по степени травматизма способов, как традиционные и

малоинвазивные операции.

В основе способа медикаментозно-термической селективной проксимальной ваготомии находится возможность избирательного разрушения ветвей блуждающих нервов, идущих к кислотопродуцирующей зоне желудка комбинацией медикаментозного (спиртоновокаиновая гиперионная смесь) и электротермического (монополярной электрокоагуляцией модулированным переменным током мощностью 250 Вт мощность на выходе 40 Вт, частота 1760 кГц, период импульса 15 микросекунд, продолжительность воздействия 10 секунд в каждой точке.)

При выполнении лапароскопической двусторонней стволовой поддиафрагмальной ваготомии фрагменты нерва направляется для гистологического исследования. Внимательно исследуется передняя и задняя полуокружности пищевода на предмет наличия дополнительных нервных стволов, которые, в случае их обнаружения коагулируются и пересекаются. Целостность серозного покрова над абдоминальным отделом пищевода восстанавливается несколькими серо-серозными швами. При выполнении дренирующей желудка операции в сочетании с тем или иным способом ваготомии у больных с язвенным пилородуоденальным стенозом мы отдавали предпочтение пилоропластике по Финнею. Этот способ пилоропластики отличается технической простотой, возможностью создания широкого гастродуоденального соустья, и не приводит к существенному нарушению нормальных анатомофизиологических взаимоотношений пилородуоденальной зоны.

При кровоточащей язве после выполнения медикаментозно-термической или двусторонней стволовой поддиафрагмальной ваготомии мы выделяли пилородуоденальную область из периульцерозных рубцов и сращений и проецировали ее расположение на переднюю брюшную стенку. В этой зоне проводили минилапаротомный доступ длиной 5-6см. Затем пилородуоденальную область выводили в рану. Если язва локализовалась на передней полуокружности луковицы двенадцатиперстной кишки, последняя иссекалась в пределах жизнеспособных тканей. Операцию завершали выполнением пилоропластики по второму способу Холле. При поражении задней полуокружности мы отдавали предпочтение разработанной в клинике методике экстрадуоденизации язвы из минидоступа в сочетании с пилоропластикой по Холле -III и лапароскопической ваготомией.

При наличии перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки оперативное вмешательство, начинается с видеолапароскопии, при которой окончательно верифицируется диагноз, определяется расположение язвы, наличие или отсутствие явлений перитонита. В том случае, если явления распространенного перитонита у больного отсутствуют, приступаем к осуществлению первого этапа хирургического вмешательства - выполнению ваготомии, после чего выполняется минилапаротомный доступ и область перфорации осторожно выводится в операционную рану. В том случае, если в качестве метода ваготомии была выполнена медикаментозно-термическая СПВ, осуществляем ушивание перфорации двумя рядами отдельных узловых капроновых швов. После осуществления видеолапароскопической двусторонней стволовой поддиафрагмальной ваготомии производим иссечение язвы и пилоропластику по Holle – 2. При дуоденальной язве, осложненной пенетрацией оперативное пособие выполняется в соответствии с ранее описанными тактико-техническими принципами.

**Таким образом,** характер оперативных вмешательств у больных с пилородуоденальными язвенными стенозами выглядел следующим образом: Стволовая ваготомия и пилоропластика выполнены 22, селективная ваготомия и пилоропластика 19, селективная проксимальная ваготомия и пилоропластика 18 больным контрольной группы. Лапароскопическая стволовая ваготомия и пилоропластика из минидоступа произведена 17, а лапароскопическая селективная проксимальная ваготомия с пилоропластикой из минидоступа 21 пациенту основной группы. При использовании стандартных методов оперативных вмешательств нами были отмечены следующие интраоперационные осложнения: в одном наблюдении при выполнении двусторонней стволовой ваготомии имело место повреждение капсулы селезенки, что потребовало выполнения спленэктомии. Развитие данного осложнения мы связываем с избыточной тракцией и натяжением большой кривизны желудка, необходимой для идентификации переднего ствола блуждающего нерва. У одного больного в ходе мобилизации малой кривизны, при выполнении антрумэктомии, развилось кровотечение из левой желудочной артерии, связанное с соскальзыванием лигатуры. Данное интраоперационное осложнение было купировано повторным взятием левой желудочной артерии на зажимы и лигированием последней.

В ходе выполнения видеолaparоскопической медикаментозно-термической СПВ нами было отмечено одно интраоперационное осложнение, связанное с дефектом хирургической техники при рассечении малого сальника. При этом была повреждена артерия до 1,5 мм в диаметре, идущая от малой кривизны желудка к прекардиальной клетчатке. В этой ситуации потребовалась конверсия доступа, была произведена лапаротомия и остановка кровотечения. После этого операция была продолжена в обычном порядке. Таким образом, частота интраоперационных осложнений в контрольной группе составила 3,4% (2 больных), а в основной группе 2,6% соответственно.

Течение ближайшего послеоперационного периода у больных, которым выполнялись традиционные оперативные вмешательства характеризовались следующими особенностями: нагноения и серомы послеоперационной раны развились у 3 пациентов (5,1%). Послеоперационная пневмония была диагностирована в 1 наблюдении (1,7%). Явления постваготомического гастростаза имели место у 4(6,7%) больных, все они получали консервативное лечение, что привело к восстановлению желудочной моторики и эвакуации.

В ближайшем послеоперационном периоде, при выполнении малоинвазивных операций нами было отмечено четыре осложнения: у одного больного образовалась гематома в зоне расположения троакара в параумбиликальной области с ее последующим нагноением (2,6%). Рана была разведена, проведено местное лечение по общим принципам ведения гнойных ран, и наступило выздоровление. В 2 наблюдениях, у больных развились явления постваготомического гастростаза.

Следует отметить, что применение малоинвазивных операций сопровождалось гладким течением послеоперационного периода у 92,2% больных. Осложнения после операции возникли в 7,8% наблюдений. Летальных исходов не было. Обращает на себя внимание снижение общей частоты послеоперационных осложнений с 13,5% до 7,8%, а также значительное сокращение вариантов осложнений и их выраженности.

Лечение по поводу гастродуоденальных язвенных кровотечений с применением традиционных, «открытых» оперативных вмешательств проводилось 138 больным. При этом стволовая ваготомия выполнялась в 80 наблюдениях, а медикаментозно-термическая селективная проксимальная ваготомия у 58 больных. Иссечение дуоденальной язвы с пилоропластикой проводились у 63, а экстрадуденизация язвы и пилороластика по Holle-2 у 75 пациентов. Малоинвазивные оперативные вмешательства выполнены 47 больным. При использовании стандартных методов оперативных вмешательств нами были отмечены следующие интраоперационные осложнения: в одном наблюдении при выполнении двусторонней стволовой ваготомии имел место разрыв капсулы селезенки, в области ее ворот, что потребовало выполнения спленэктомии. Развитие данного осложнения мы связываем с избыточной тракцией и натяжением большой кривизны желудка, необходимой для идентификации переднего ствола блуждающего нерва. У одного больного имело место ятрогенное повреждение участка тонкой кишки, связанное с выраженным спаечным процессом в брюшной полости после ранее перенесенной операции, у одного пациента разрыв капсулы левой доли печени в следствии избыточной тракции ее крючком. В двух наблюдениях при выполнении медикаментозно-термической ваготомии развилось диапедезное кровотечение из тканей малого сальника которое было остановлено прижатием этой области марлевым тампоном. Повреждение капсулы печени с незначительным кровотечением развилось у одного больного и было остановлено электрокоагуляцией. Таким образом, при выполнении традиционных, «открытых» оперативных вмешательств частота интраоперационных осложнений составила 3,6%, а при использовании малоинвазивных эндохирургических методов 4,2%. Течение ближайшего послеоперационного периода у больных, которым выполнялись традиционные оперативные вмешательства характеризовались следующими особенностями. Нагноения и серомы послеоперационной раны развились у 7 пациентов (5,1%). Послеоперационная пневмония была диагностирована в 5 наблюдениях (3,6%). Явления постваготомического гастростаза имели место у 8(5,9%) больных, все они получали консервативное лечение, что привело к восстановлению желудочной моторики и эвакуации. В одном наблюдении у больного (0,73%) возник рецидив кровотечения после экстрадуденизации язвы задней стенки двенадцатиперстной кишки, и стволовой ваготомии. Источником повторного кровотечения явилась область пилороластики на передней стенке пилородуоденальной зоны. Несостоятельность гастродуоденотомии и послеоперационный



перитонит имели место у одного больного (0,73%). Острая сердечно-сосудистая недостаточность, как отражение выраженной сопутствующей кардиальной патологии, осложнила течение послеоперационного периода у двух пациентов (1,45%). Выраженная полиорганная недостаточность на фоне тяжелой кровопотери имела место у 4 больных (2,9%). Послеоперационная летальность составила 6,5% (9 больных).

В группе с применением малоинвазивных операций нами было отмечено шесть осложнений: у двух больных образовались гематомы в зоне расположения троакара в параумбиликальной области с ее последующим нагноением (4,2%). Рана была разведена, проведено местное лечение по общим принципам ведения гнойных ран, и наступило выздоровление. У одного пациента (2,1%) развилась послеоперационная пневмония. В 3 наблюдениях (6,3%) у больных развились явления постваготомического гастростаза, которые были купированы консервативными мероприятиями. Умер один больной (п.о. летальность составила 2,1%). Причиной смерти явился развившийся в послеоперационном периоде острый трансмуральный инфаркт миокарда. Других осложнений послеоперационного периода нами не отмечено.

В настоящее время мы располагаем данными о 76 больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией язвы. Все больные были экстренно оперированы впервые восемь часов от начала заболевания, т.е. до развития явлений разлитого перитонита, при этом 41 больному выполнены традиционные операции при лапаротомии, а 35 – малоинвазивные эндохирургические оперативные вмешательства.

Традиционные оперативные вмешательства были представлены в основном, стволовой ваготомией, иссечением язвы и пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу, выполненной в 34 наблюдениях. Селективная ваготомия с пилоропластикой произведена 5, а селективная проксимальная ваготомия с ушиванием перфоративного отверстия выполнена 2 пациентам.

Среди малоинвазивных видеоэндоскопических операций в большинстве наблюдений мы выполняли лапароскопическую стволовую ваготомию с иссечением язвы и пилоропластикой из минидоступа (28 больных). Медикаментозно-термическая селективная проксимальная ваготомия и пилоропластика из минидоступа были произведены 7 пациентам.

В контрольной группе ближайший послеоперационный период характеризовался следующими осложнениями. Нагноения раны зарегистрированы у 3 (7,3%), пневмония у 2 (4,8%) пациентов. Постваготомический гастростаз развился в 5 наблюдениях (12,2%). Умер один больной (2,4%). Летальный исход связан с развитием в послеоперационном периоде субтотального смешанного панкреонекроза.

При использовании малоинвазивных видеоэндоскопических операций постваготомический гастростаз развился в 6 наблюдениях (17,1%). Отмечен один летальный исход (2,9%), связанный с несостоятельностью ушитой перфорации и развитием тяжелого послеоперационного перитонита.

Пенетрация язвы двенадцатиперстной кишки, как самостоятельное осложнение язвенной болезни встречалось нами у 29 пациентов. При этом традиционные оперативные вмешательства при лапаротомии выполнялись 18, а малоинвазивные видеоэндоскопические операции 11 больным. В контрольной группе больным была произведена стволовая или селективная ваготомия с пилоропластикой, имел место один летальный исход (3,8%), связанный с развитием тотального панкреонекроза после экстрадуоденизации язвы и стволовой ваготомии. В основной группе 11 больным выполнен тот или иной вариант лапароскопической ваготомии и пилоропластики из минидоступа. Летальных исходов не отмечено. Постваготомический гастростаз развился в 2 наблюдениях после традиционных, «открытых» операций (11,5%) и у 1 больного после применения малоинвазивных способов (10,5%).

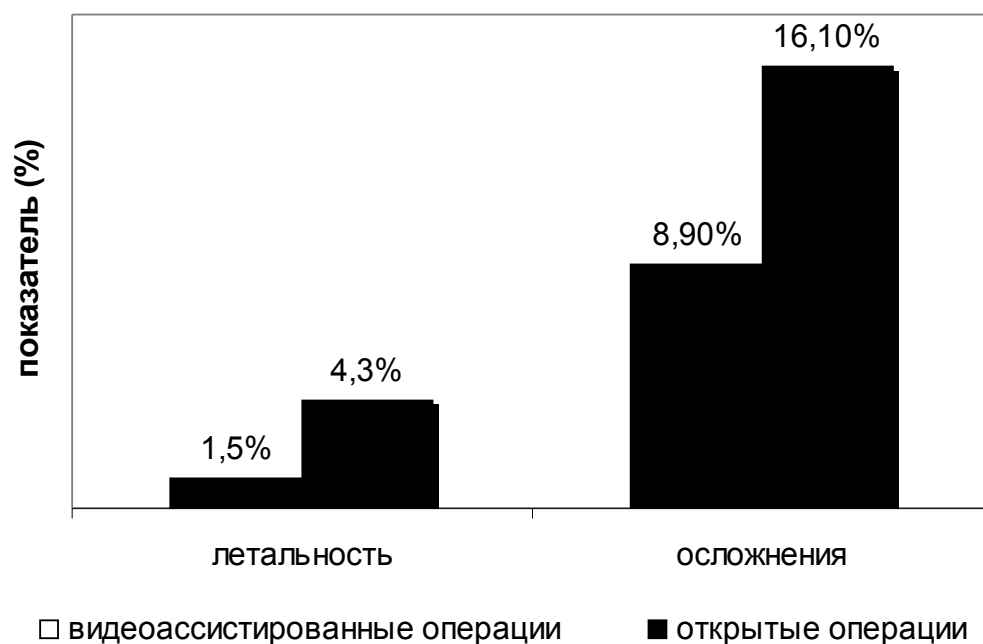
Следует отметить, что средняя продолжительность лапароскопической ваготомии в сочетании с пилоропластикой из мини доступа составила  $134,4 \pm 28,6$  мин. Данные показатели при использовании традиционных, «открытых» операций составляют  $101,7 \pm 10,4$  соответственно.

Нами отмечено, что благодаря низкой операционной травматичности малоинвазивных вмешательств, не высокой частоте развития послеоперационных осложнений, имелась небольшая продолжительность послеоперационного койко-дня ( $13,5 \pm 7,7$  дня) в сравнении с традиционными, «открытыми» операциями ( $20,9 \pm 4,1$  дня).

Обращает на себя внимание тот факт, что применение малоинвазивных вмешательств при осложнениях язвенной болезни двенадцатиперстной кишки сопровождалось значительным

сокращением периода реабилитации по сравнению с таковым после традиционных, «открытых» операций, который составил  $21,5 \pm 4,7$  и  $39,8 \pm 7,3$  суток соответственно.

*Таким образом,* анализ непосредственных результатов применения лапароскопических малоинвазивных операций у больных с осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки показал (рис. 3), что применение этих методов сопровождается снижением послеоперационной летальности с 4,3% до 1,5%, уменьшением частоты (с 16,1 до 8,9%) и тяжести послеоперационных осложнений, приводит к сокращению койко-дня и периода послеоперационной реабилитации. В раннем послеоперационном периоде эти операции не сопровождается повышением частоты развития постваготомических синдромов.



**Рис. 3** Непосредственные результаты применения малоинвазивных операций у больных с осложнённой язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки

Отдаленные результаты лечения больных с осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки оценивались нами по усовершенствованной схеме Visick. Кроме клинических критериев, при анализе отдаленных результатов, мы большое значение придавали эзофагогастродуоденоскопии, рентгенологическому исследованию желудка, сонографическому изучению желудочной моторики и эвакуации (табл. 1).

**Таблица 1.**

**Характер моторно-эвакуаторной функции желудка у больных с осложненной дуоденальной язвой в отдаленном послеоперационном периоде.**

Хирургическое лечение осложненной дуоденальной язвы с использованием:	Характер желудочной эвакуации		
	Ускоренная	Нормальная	Замедленная
Открытых методов (n=66)	2,8%	72,2%	25%
Малоинвазивных методов(n=47)	6,4%	77,5%	16,1%

Аналізу подвергались так же результаты изучения секреторной функции желудка. Сроки

наблюдения за больными составили от 6 месяцев до 5 лет (табл.2).

**Таблица 2.**

**Показатели желудочной секреции у больных с осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в отдаленном послеоперационном периоде.**

Хирургическое лечение осложненной дуоденальной язвы с использованием:	Фаза желудочной секреции	
	БПК м.моль. HCl в час	МПК м.моль. HCl в час
Открытых методов (n=66)	5,2±1,1*	15,8±3,7*
Малоинвазивных методов (N=47)	5,5±1,4*	16,3±4,5*

\* $p < 0,05$  , «р» - вероятность ошибочного отклонения нулевой гипотезы об отсутствии различий

В отдаленном периоде после традиционных и малоинвазивных оперативных вмешательств при осложненной дуоденальной язве уровень кислотопродукции не носит статистически достоверных различий и характеризуется значительным снижением продукции соляной кислоты по сравнению с предоперационным периодом у больных, перенесших различные варианты ваготомии в сочетании с пилоропластикой, как в традиционной, так и в малоинвазивной модификации, отмечается существенная редукция кислотообразования с исходом в гипо или нормоцидную реакцию (табл. 3), что свидетельствует об адекватном подавлении, в ходе выполненного оперативного вмешательства, агрессивности кислотно-пептического фактора.

**Таблица 3.**

**Результаты внутрижелудочной рН-метрии у больных с осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в отдаленном послеоперационном периоде.**

Хирургическое лечение осложнённой язвенной болезни двенадцатиперстной кишки с использованием:	Область измерения в желудке		
	Анtrum	Тело	Дно
Открытых методов(N=66)	7,2±1,1*	4,9±0,7*	2,6±0,6*
Малоинвазивных методов(N=47)	7,1±2,2*	4,7±0,8*	2,5±0,8*

\* $p < 0,05$  , «р» - вероятность ошибочного отклонения нулевой гипотезы об отсутствии различий

Хирургическое лечение сопровождалось восстановлением моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки у большей части больных. При этом существенных статистических различий при использовании традиционных, «открытых» методов и видеолaparоскопических малоинвазивных способов не отмечено.

Анализ отдаленных результатов применения лапароскопических малоинвазивных операций и традиционных «открытых» способов в лечении осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки показал, что после малоинвазивных лапароскопических операций у больных с осложнённой дуоденальной язвой отличные результаты получены у 20 (42,5%) больных, хорошие результаты – у 19 (40,5%), удовлетворительные - у 7 (14,8%) и

неудовлетворительные - у 1 (2,2%) больного ( рис. 4 , 5 ). Следует отметить, что проявления демпинг-синдрома, диареи, рефлюкс-гастрита отсутствовали.

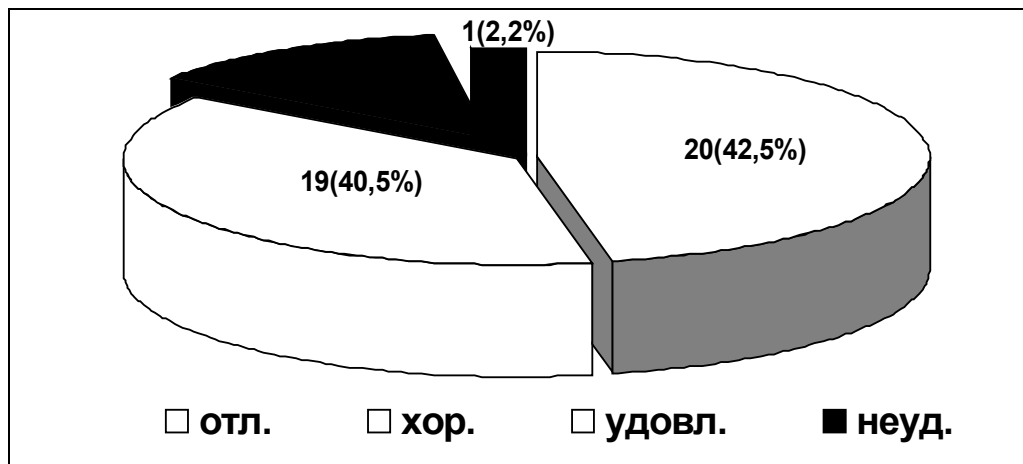


Рис.4. Отдаленные результаты лечения осложненной язвенной болезни ДПК в основной группе. (n=47)

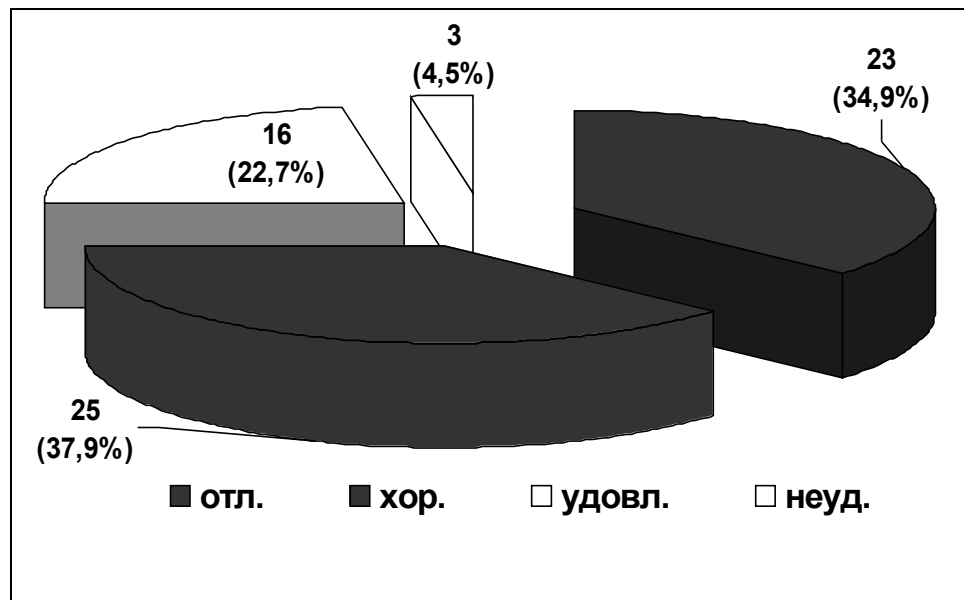


Рис.5. Отдаленные результаты лечения осложненной язвенной болезни ДПК в контрольной группе (n=66)

Как видно из диаграммы, представленной на рисунке 5, у больных с осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки после традиционных, «открытых» оперативных вмешательств, отличные результаты получены у 23 (34,9%) пациентов, хорошие – у 25 (37,9%), удовлетворительные – у 16 (22,7%), и неудовлетворительные – у 3 (4,5%).

Рецидив язвенной болезни (неудовлетворительный результат) диагностирован у одного больного после видеолапароскопической медикаментозно-термической СПВ и пилоропластики по Холле-II (частота рецидива 2,2%), и у 3 пациентов в контрольной группе, в одном наблюдении после медикаментозно-термической СПВ и пилоропластики, а в двух других – после двусторонней стволовой поддиафрагмальной ваготомии с пилоропластикой по Финнею. Частота рецидива язвообразования в данной группе составила 4,5%. По нашему мнению, существенное снижение качества жизни у больных контрольной группы нередко было связано с собственно выполненной лапаротомией. Так, у четырех больных, перенесших нагноение раны с ее вторичным заживлением сформировались послеоперационные вентральные грыжи, потребовавшие в одном случае грыжесечения с пластикой собственными тканями, а в трех других – с использованием полипропиленового аллотрансплантата. В двух наблюдениях у больных развилась спаечная болезнь брюшной полости.

*Таким образом,* проведенный анализ непосредственных и отдаленных результатов применения малоинвазивных лапароскопических методов у больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной пилородуоденальным стенозом, кровотечением, пенетрацией, перфорацией или комбинацией указанных осложнений показал, что использование этих способов приводит к снижению частоты и тяжести интраоперационных осложнений, сокращению койко-дня и периода реабилитации. Эти методы являются технически не сложными оперативными вмешательствами, которые не сопровождаются существенным увеличением времени оперативного вмешательства. Для их выполнения не требуется специального дорогостоящего оборудования, что делает выполнение этих операций возможным в широкой сети хирургических стационаров.

Следует отметить, что в ближайшем послеоперационном периоде малоинвазивные лапароскопические методики отличается уменьшением частоты послеоперационных осложнений с 16,1% до 8,9%, снижением летальности с 4,3% до 1,5%. В отдаленном периоде эти способы характеризуется адекватным и длительным снижением желудочной кислотопродукции, не сопряжены с повышением частоты поставаготомических или постгастрорезекционных синдромов, и сопровождаются хорошими и отличными результатами у большей части оперированных больных, по сравнению с традиционными, «открытыми» оперативными вмешательствами.

### ВЫВОДЫ

1. Применение малоинвазивных эндохирургических методов у больных с осложненной дуоденальной язвой, в сравнении с традиционными, «открытыми» способами, не связано со значительным увеличением продолжительности оперативного вмешательства и сопровождается снижением частоты интраоперационных осложнений с 2,9% до 2,2%.
2. Малоинвазивные эндохирургические методы лечения осложненной дуоденальной язвы характеризуются уменьшением частоты (с 16,1% до 8,9%) и тяжести послеоперационных осложнений и снижением летальности с 4,3% до 1,5%. Их применение сопровождается сокращением койко-дня с  $18,7 \pm 5,4$  до  $10,5 \pm 4,6$  суток и периода реабилитации с  $31,5 \pm 5,6$  до  $17,3 \pm 3,4$  суток.
3. Лечение больных с осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки при помощи малоинвазивных эндохирургических операций сопровождаются адекватным снижением желудочной секреции, достигающей в базальную фазу  $58,5 \pm 5,4\%$ , а в стимулированную  $46,9 \pm 4,7\%$  и приводит к восстановлению нормальной моторно-эвакуаторной функции у 65,5% больных.
4. В отдаленном периоде применение малоинвазивных эндохирургических методов не приводит к увеличению частоты рецидива язвообразования, поставаготомических и постгастрорезекционных синдромов и характеризуется отличными и хорошими результатами у 42,5% и 40,5% больных. При традиционных, «открытых» операциях данные показатели составляют 37,2% и 37,5% соответственно.

### ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Выбор метода малоинвазивного эндохирургического вмешательства при осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, пилородуоденальным стенозом или пенетрацией должен осуществляться на основании предоперационных данных эзофагогастродуоденоскопии, рентгенологического исследования желудка и двенадцатиперстной кишки, изучения желудочной секреции, внутрижелудочной РН метрии, желудочной моторики и эвакуации.
2. После выполнения видеолапароскопической ваготомии необходимо осуществить лапароскопическое проецирование пилородуоденальной зоны на переднюю брюшную стенку, что позволяет оптимизировать локализацию и протяженность минилапаротомного доступа.
3. В качестве дренирующей желудок операции, производимой из минидоступа у больных с компенсированным и субкомпенсированным пилородуоденальными язвенными стенозами и пенетрациями предпочтительно выполнять пилоропластику по Финнею, что обеспечивает

оптимальный размер создаваемого соустья и способствует раннему восстановлению функции гастродуоденального перехода. При перфорации дуоденальной язвы после ваготомии в качестве дренирующей операции целесообразно выполнить иссечение язвы с пилоропластикой по второму способу Холле.

4. При наличии язвенного кровотечения операцией выбора в срочном порядке является лапароскопическая ваготомия, иссечение язвы, или ее экстрадуоденизация с пилоропластикой по Холле-2. В случае продолжающегося или рецидивного кровотечения целесообразно отдать предпочтение лапаротомному способу.
5. Оценка отдаленных результатов малоинвазивных органосохраняющих операций, в сравнении с традиционными, лапаротомическими способами, должна проводиться с учетом «фактора лапаротомии» негативные последствия которой даже при отсутствии рецидива язвообразования и постваготомических синдромов существенно ухудшают результаты хирургического вмешательства в отдаленном периоде.

#### *Список работ, опубликованных по теме диссертации*

1. Е.А. Баранов, О.А. Кузина. «Лечение язвенных кровотечений у больных пожилой и старческой возрастных групп» // Сборник трудов XXVIII Итоговой конференции Общества молодых ученых МГМСУ, Москва 22-31 марта 2006 г., стр. 29-30.
2. Е.А. Баранов, О.А. Кузина, К.В. Кривоносов, Т.Б. Шмушкович. «Роль видеоэндохирургических операций в лечении язвенных стенозов» // Сборник трудов XXIX Итоговой конференции Общества молодых ученых МГМСУ, Москва 13-16 марта 2007 г., стр. 30-31.
3. Е.А. Баранов, О.А. Кузина, К.В. Кривоносов, Т.Б. Шмушкович. «Способ определения тактики лечения у больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями» // Сборник трудов XXIX Итоговой конференции Общества молодых ученых МГМСУ, Москва 13-16 марта 2007 г., стр. 32-32.
4. Р.Е. Кузеев, И.Е. Хатьков, А.И. Станулис, А.П. Гольдберг, П.В. Наумов, О.А. Кузина, Т.Б. Шмушкович, Е.А. Баранов. «Непосредственные и отдалённые результаты лечения больных с пилорилородуоденальными язвенными стенозами при помощи малоинвазивных видеолапароскопических методов» // Эндоскопическая хирургия. Научно-практический журнал российской ассоциации эндоскопической хирургии. Москва, Том 13, 4'2007, стр.9-12.
5. Р.Е. Кузеев, А.И. Станулис, А.П. Гольдберг, О.А. Кузина, Е.А. Баранов, Т.Б. Шмушкович. «Особенности лечения язвенных кровотечений у больных пожилого и старческого возраста» // Материалы Научно-практической конференции хирургов, посвящённые 70-летию кафедры хирургических болезней и клинической ангиологии МГМСУ, Москва 2007 г., стр. 262-264.
6. А.И. Станулис, Р.Е. Кузеев, А.П. Гольдберг, Е.А. Баранов, О.А. Кузина, Т.Б. Шмушкович. «Компьютерное прогнозирование динамики язвенных гастродуоденальных кровотечений» // Материалы Научно-практической конференции хирургов, посвящённые 70-летию кафедры хирургических болезней и клинической ангиологии МГМСУ, Москва 2007 г., стр. 284-285.
7. И.Е. Хатьков, Р.Е. Кузеев, А.И. Станулис, А.П. Гольдберг, О.А. Кузина, Е.А. Баранов, Т.Б. Шмушкович. «Малоинвазивные видеоэндохирургические операции в лечении пилородуоденальных язвенных стенозов» // Материалы Научно-практической конференции хирургов, посвящённые 70-летию кафедры хирургических болезней и клинической ангиологии МГМСУ, Москва 2007 г., стр. 285-286.

**Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии:**

[www.gastroscan.ru/literature/](http://www.gastroscan.ru/literature/)