

На правах рукописи

Болотов Константин Сергеевич

**ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ВАГОТОМИЯ В
ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ
ТЕЧЕНИЕМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

14.01.17 – хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Кемерово – 2015

Работа выполнена в государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Кемеровская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель:

доктор медицинских наук

Краснов Олег Аркадьевич

Официальные оппоненты:

Анищенко Владимир Владимирович – доктор медицинских наук, профессор, Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Новосибирский государственный медицинский университет», заведующий кафедрой хирургии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки врачей

Шевела Андрей Иванович – доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное учреждение науки «Институт химической биологии и фундаментальной медицины» Сибирского отделения Российской академии наук, руководитель центра новых медицинских технологий

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

Защита состоится «_____» _____ 2015 г. в _____ часов на заседании диссертационного совета Д 208.035.02 при ГБОУ ВПО КемГМА Минздрава России по адресу: 650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22а.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте ГБОУ ВПО КемГМА Минздрава России, www.kemsma.ru

Автореферат разослан «___» _____ 2015 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор медицинских наук,
профессор

Разумов Александр Сергеевич

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования

Язвенная болезнь (ЯБ) двенадцатиперстной кишки (ДПК) последние десятилетия остается одним из самых распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта (Акимова М. А., 2009; Панцирев Ю. М. с соавт., 2003; Помыткина Т. Е., 2010). В последние годы отмечается резкое снижение числа плановых операций по поводу гастродуоденальных язв. И как следствие возросло число оперативных вмешательств, выполняемых по экстренным показаниям в связи с перфорацией язвы и язвенным кровотечением (Бебурешвили А. Г., 2007; Оноприев В. И., 2004).

Последние десятилетия характеризуются статистически достоверным повышением заболеваемости ЯБ ДПК, её осложненных и медикаментозно резистентных форм (Армеладзе М. С., 2007; Исламова Е. А., 2009). Ежегодно 10–30% больных ЯБ нуждаются в хирургическом вмешательстве в силу различных причин, одна из которых – безуспешность консервативной терапии. Как правило основной контингент таких пациентов – лица старших возрастных групп с осложненным течением ЯБ (Белоусов Ю. В., 2006; Жерлов Г. К., 2005; Исламова Е. А., 2009; Лазебник Л. Б., 2004).

Основным показанием к плановому оперативному лечению ЯБ ДПК является пилородуоденальный стеноз. В таких случаях пациентам чаще всего выполняется резекция желудка, сопровождаемая 2–5% риском летального исхода. И не менее 10–30% больных, перенесших резекцию желудка, в дальнейшем, имеют отчетливое снижение качества жизни и стойкую утрату трудоспособности. Оптимальным вариантом хирургического лечения пациентов с ЯБ ДПК, обеспечивающий стойкую ремиссию заболевания, при сохранении высокого качества жизни пациентов являются органосохраняющие операции (Лобанков В. М., 2003; Петров В. П., 2001; Подолужный В. И. 1998), каковыми является тот или иной вид ваготомии, среди которых «золотым стандартом» является селективная проксимальная ваготомия (СПВ).

С развитием лапароскопических технологий появилась возможность выполнения органосохраняющих операций на кислотопродуцирующей зоне желудка ме-

нее травматичными способом. Но «стандартная СПВ» лапароскопическим доступом не везде применима, так как требует наличия высококвалифицированной хирургической бригады и дорогостоящего оборудования (Греков Д. Н., 2006; Ооржак О. В., 2006; Шептулин А. А., 2004).

С внедрением химической денервации появились технически менее сложные и недорогостоящие модификации операции Тейлора. В. В. Анищенко выполнил в эксперименте и на практике лапароскопическую заднюю стволовую ваготомию (СтВ) и переднюю СПВ методом химической денервации у 17 пациентов с ЯБ ДПК: через 6 месяцев отмечено стойкое снижение кислотности (Анищенко В. В., 1999).

Вышеприведенные данные позволяют сделать заключение о том, что одним из возможных направлений в улучшении результатов лечения ЯБ ДПК, могла бы стать видеолапароскопическая комбинированная ваготомия с использованием методики химической денервации.

Стремясь сделать видеолапароскопическую СПВ технически более простым и доступным широкому кругу хирургов-гастроэнтерологов оперативным вмешательством, мы поставили перед собой задачу изучения отдаленных результатов видеолапароскопической комбинированной ваготомии с использованием методики химической денервации кислотопродуцирующей зоны желудка, выполненной в плановом порядке у пациентов с рецидивирующим течением заболевания.

Степень разработанности темы исследования

Существенный вклад в исследование влияния метода химической денервации на кислотопродуцирующую функцию желудка и возможность применения данной методики для лечения пациентов с ЯБ ДПК внесли Греков Д. Н., Краснов О. А., Ооржак О. В., Подолужный В.И. Авторы изучали возможность применения данной методики у urgentных больных с перфоративными дуоденальными язвами. Однако в литературе отсутствуют четкие критерии, определяющие показания к использованию методики химической денервации у пациентов, оперированных в плановом порядке с рецидивирующим течением язвенной болезни, также остаются мало изученными отдаленные результаты применения данной методики.

Цель исследования

Улучшить результаты лечения пациентов с рецидивирующим течением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки путём выбора оптимального способа хирургического лечения.

Задачи исследования:

1. Изучить кислотопродуцирующую функцию желудка у больных с рецидивирующим течением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в раннем и отдаленном послеоперационном периоде после лапароскопической комбинированной ваготомии с применением методики химической денервации и лапароскопической селективной проксимальной ваготомии.

2. Оценить влияние лапароскопической комбинированной ваготомии с применением химической денервации и лапароскопической селективной проксимальной ваготомии на моторно-эвакуаторную функцию желудка в раннем и позднем послеоперационных периодах.

3. Изучить процент рецидива заболевания у пациентов после лапароскопической комбинированной ваготомии с применением методики химической денервации и лапароскопической селективной проксимальной ваготомии в сроки наблюдения до 5 лет.

4. Определить оптимальный способ лапароскопической ваготомии на основе сравнительного анализа ближайших и поздних исходов операций: лапароскопической комбинированной ваготомии с применением химической денервации и лапароскопической селективной проксимальной ваготомии.

5. Оценить качество жизни связанного со здоровьем у оперированных больных в отдаленные сроки после вмешательства и частоту рецидивов заболевания.

6. Разработать алгоритм планового хирургического лечения пациентов с рецидивирующим течением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Научная новизна

Установлено, что лапароскопическая комбинированная ваготомия с применением методики химической денервации, как и лапароскопическая селективная

проксимальная ваготомия достоверно снижает кислотопродукцию желудка, не вызывает клинически значимых нарушений моторно-эвакуаторной функции желудка, предупреждает рецидив язвообразования в течении пяти лет наблюдения.

Доказано, что лапароскопическая комбинированная ваготомия с применением методики химической денервации в сравнении с лапароскопической селективной проксимальной ваготомией, вызывает менее значимые нарушения качества жизни связанного со здоровьем в раннем послеоперационном периоде.

Установлено, что в позднем послеоперационном периоде показатели качества жизни связанного со здоровьем достоверно не отличаются в группах оперированных пациентов.

Установлено, что лапароскопическая комбинированная ваготомия с применением методики химической денервации является оптимальным способом хирургического лечения пациентов с рецидивирующим течением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Разработан алгоритм хирургического лечения пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, определяющий показания к применению лапароскопической комбинированной ваготомии с использованием методики химической денервации, что позволяет улучшить результаты лечения пациентов данной группы.

Теоретическая и практическая значимость

Получены новые данные по влиянию различных способов лапароскопической ваготомии на кислотопродуцирующую, моторно-эвакуаторную функции желудка, что позволяет выбрать оптимальный способ хирургического лечения пациентов с рецидивирующим течением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Внедрение в клиническую практику лапароскопической комбинированной ваготомии с применением методики химической денервации позволяет улучшить ближайшие и отдаленные результаты лечения пациентов с рецидивирующим течением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Установлены показания к выполнению лапароскопических органосохраняющих операций у пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки осложненной рецидивирующим течением.

Методология и методы исследования

Для достижения поставленной цели выполнено ретроспективное и проспективное клиническое исследование. Объектом клинического исследования были 47 пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки оперированных в плановом порядке, предметом стала оценка результатов применения предложенных методик ваготомии. Все этапы исследования выполнены с учетом принципов доказательной медицины. Весь цифровой материал обработан с использованием стандартных методов описательной статистики. Нулевую гипотезу отвергали в случае $p < 0,05$.

Положения, выносимые на защиту:

1. Применение лапароскопической комбинированной ваготомии с использованием методики химической денервации позволяет сократить длительность операции по сравнению с лапароскопической селективной проксимальной ваготомией, не требует выполнения фундопликации, в связи чем, уменьшается число осложнений в послеоперационном периоде.

2. Применение лапароскопической комбинированной ваготомии с использованием методики химической денервации позволяет сохранить нормацидное состояние желудочной секреции в сроки наблюдения до пяти лет.

3. Лапароскопическая комбинированная ваготомия с применением методики химической денервации не вызывает нарушений моторно-эвакуаторной функции желудка у оперированных пациентов в сроки наблюдения до пяти лет.

4. Качество жизни пациентов после лапароскопической комбинированной ваготомии с использованием методики химической денервации выше, чем после лапароскопической селективной проксимальной ваготомии.

5. Пациентам с рецидивирующим течением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки показано выполнение лапароскопической комбинированной ваготомии с применением химической денервации.

Степень достоверности результатов проведенного исследования

Свидетельством достоверности результатов диссертационного исследования является достаточно представительная выборка пациентов (72 человека), количе-

ство проведенных исследований, непосредственное участие автора в получении исходных данных. Математическая обработка данных современными и адекватными статистическими методами при помощи лицензированного компьютерного программного обеспечения статистики.

Апробация материалов диссертации

Материалы диссертации доложены и обсуждены на: Областном дне специалиста врача-хирурга (Кемерово, 2010), Областном дне специалиста врача-хирурга (Новокузнецк, 2011).

Публикации

По материалам диссертации опубликовано 6 печатных работ, в том числе 3 в рецензируемых журналах включенных ВАК в перечень периодических изданий, рекомендуемых к публикации основных результатов диссертационных исследований на соискание ученой степени кандидата медицинских наук.

Объём и структура диссертации

Диссертационная работа изложена на 97 страницах машинописного текста и состоит из введения, 4 глав (обзора литературы, описания материала и методов исследования, полученных результатов, сравнительной оценке полученных результатов), заключения, выводов, практических рекомендаций, списка сокращений и указателя литературы, включающего 105 отечественных и 34 иностранных источников. Работа содержит 28 таблицы и 9 рисунков.

Личный вклад автора

Дизайн исследования, анализ данных литературы по теме исследования, оперативное лечение 25,5% (12) больных, пред- и послеоперационное обследование пациентов, статистическая обработка результатов и написание работы выполнены лично автором.

Внедрение результатов исследования

Результаты исследования внедрены в практику хирургического отделения МБУЗ «Городская клиническая больница №3 им. М.А. Подгорбунского» г. Кемерово, в учебный процесс кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО КемГМА Минздрава России.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования

Клинический материал работы составили результаты хирургического лечения 47 больных обоего пола в возрасте от 28 до 58 лет с ЯБ ДПК, оперированных в хирургическом отделении № 1 МБУЗ «ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского» г. Кемерово в плановом порядке за период с 2003 по 2006 гг., которые составили основную группу (ОГ).

Оперированные пациенты были ретроспективно разделены на две подгруппы. В I подгруппе (n=17) выполнялась видеолапароскопическая СПВ методом скелетирования в период с 2005 по 2006 гг. Во II подгруппе (n=30) выполнялась видеолапароскопическая комбинированная ваготомия с применением методики химической денервации за период с 2003 по 2005 гг.

В качестве контрольной группы (КГ) дополнительно были обследованы 25 здоровых людей в возрасте от 28 до 54 лет, не имеющих клинико-анатомических проявлений патологии желудка и двенадцатиперстной кишки.

Критерий включения в исследование оперированных пациентов: пациенты с рецидивирующим течением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки с положительным атропиновым тестом медикаментозной ваготомии.

Критерии исключения из исследования: пациенты с осложненными формами ЯБ ДПК; пациенты, ранее перенесшие оперативные вмешательства на органах верхнего этажа брюшной полости; больные с сопутствующей патологией, требующей симультанного оперативного лечения (грыжа ПОД, ЖКБ и др.); пациенты отказавшиеся от участия в исследовании.

Группы были сопоставимы по возрасту (таблица 1), полу (рисунок 1), длительности анамнеза заболевания (таблица 2), степени тяжести течения заболевания (таблица 3).

Таблица 1 – Распределение больных по возрасту в основной и контрольной группах, М±σ

Возраст, лет	Количество больных					
	Основная группа				Контрольная группа (n=25)	
	подгруппа I (n=17)		подгруппа II (n=30)			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
21 до 30	5	29,4	2	6,7	1	4
31 до 40	10	58,8	20	66,7	18	72
41 до 50	-	-	3	10,0	2	8
51 до 60	2	11,8	5	16,7	4	16
Средний возраст	36,7±7,5		39,3±7,7		38,9±7,7	

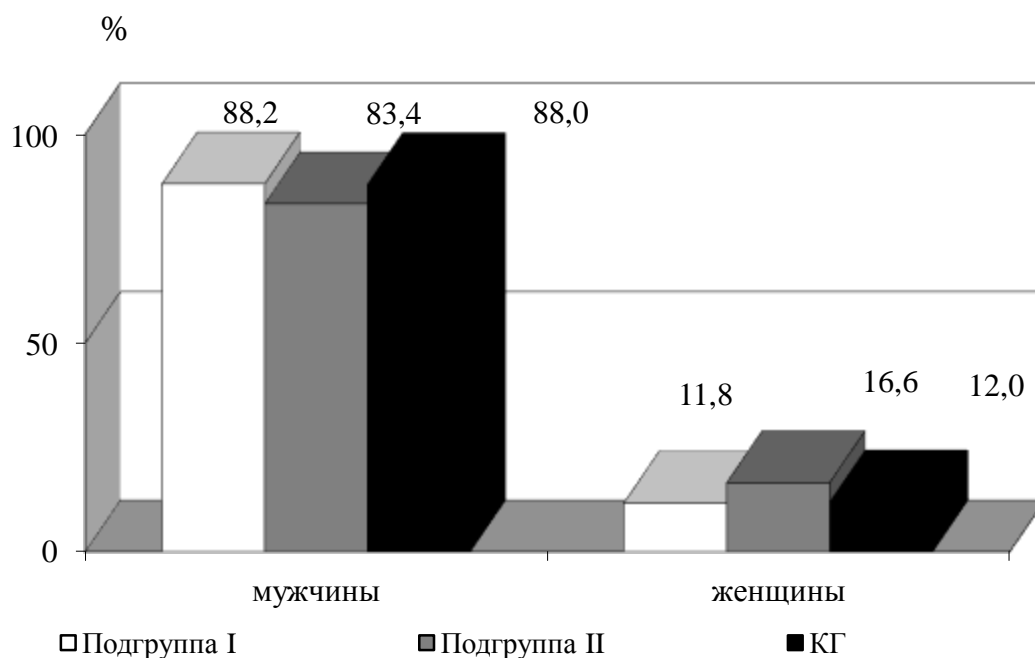


Рисунок 1 – Распределение пациентов по полу

Таблица 2 – Распределение больных по длительности язвенного анамнеза и характеру выполненного вмешательства в основной группе, $M \pm \sigma$

Длительность анамнеза	Количество больных					
	подгруппа I (n=17)		подгруппа II (n=30)		Всего (n=47)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2-3 года	2	11,76	5	16,67	7	14,89
4-5 лет	7	41,18	9	30,0	16	34,04
6-7 лет	3	17,65	6	20,0	9	19,15
8-9 лет	2	11,76	5	16,67	7	14,89
Более 10 лет	3	17,65	5	16,67	8	17,02
Средняя длительность анамнеза	6,5±3,62		6,6±3,66		6,6±3,61	

Таблица 3 – Распределение пациентов по степени тяжести течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в основной группе, $M \pm \sigma$

Степень тяжести	Количество больных					
	подгруппа I (n=17)		подгруппа II (n=30)		итого (n=47)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Легкая	3	17,65	5	16,67	8	17,02
Средняя	12	70,59	21	70,00	33	70,21
Тяжелая	2	11,76	4	13,30	6	12,77

Методики выполнения операции

Лапароскопическая селективная проксимальная ваготомия. Троякары вводились в следующих точках: первый 10 мм троакар для оптики вводился по средней линии живота над пупком; второй 10 мм троакар вводился под мечевидным отростком; третий 10 мм троакар вводился под левой реберной дугой на границе со средней ключичной и передней подмышечной линиями; четвертый 10 мм

троакар вводился на 5–6 см выше и правее пупка по наружному краю прямой мышцы живота.

Пересечение желудочных составляющих нерва Latarjet начиналось с наиболее краниальных ветвей «гусиной лапки» вверх, вблизи желудка. При этом оставались нетронутыми дистальные ветви, идущие к антральному отделу и привратнику. Пересечение проводилось с использованием ультразвукового диссектора «Sonoca-300» фирмы Soring. После достижения зоны кардии, диссекция продолжалась влево, вдоль правой стенки абдоминального отдела пищевода.

Затем диссекция выполнялась кзади, непосредственно над обнаженным мышечным слоем стенки желудка, до заднего листка брюшины малого сальника. Пересекались все сосудисто-нервные пучки. Таким образом, малый сальник отсекался от желудка вверх до уровня 2–3 см выше пищеводно-желудочного перехода с открытием мышечного слоя малой кривизны желудка.

С целью пересечения ветвей Грасси вагусов и полноты ваготомии проводилось пересечение элементов фиксации кардии. В связи с этим, учитывая риск развития ятрогенного гастро-эзофагеального рефлюкса, выполняли фундопликацию по Nissen.

Выполнялась диссекция медиальных ножек диафрагмы, до определения места, где правая и левая ножки соединяются впереди пищевода. Затем выполнялась мобилизация дна желудка путем пересечения диафрагмально-желудочной связки. Задняя стенка желудка захватывалась на 5–6 см дистальнее угла Нисс зажимом Babcock и подтягивалась вправо и кпереди. Задний лоскут подшивался непрерывным обвивным швом к пищеводу и прилежащей части дна, выведенной спереди от пищевода. Формирование манжетки проводилось при введенном в просвет пищевода желудочном зонде с наружным диаметром 11 мм. Высота манжетки составляла 3–3,5 см. Перитонизация оставшейся части скелетированной малой кривизны желудка не проводилась.

Лапароскопическая комбинированная ваготомия с использованием методики химической денервации. Способ лапароскопической комбинированной ваготомии включал в себя заднюю стволовую ваготомию и переднюю СПВ методом химической денервации. Для выполнения операции использовали четыре

порта. После создания пневмоперитонеума в двух стандартных точках (в параумбиликальной и эпигастральной областях) вводили троакары диаметром 10 мм для лапароскопа и ретрактора. Третий троакар диаметром 10 мм вводился на границе между левой средней ключичной и передней подмышечной линиями под левой реберной дугой. Четвертый троакар диаметром 5 мм вводился на 5–6 см выше и правее пупка.

После осуществления ревизии органов брюшной полости L-образным электродом дугообразным разрезом длиной 4–6 см рассекали париетальную брюшину на 0,5 см кпереди от пищеводного отверстия диафрагмы. С помощью мягкого зажима, введенного через троакар в левом подреберье, и диссектора, введенного через троакар в правом подреберье, тупо разделяли клетчатку между пищеводом, аортой и правой медиальной ножкой диафрагмы. Выделяли задний ствол блуждающего нерва, коагулировали его на протяжении 1 см и пересекали.

Далее пункционной иглой, введенной через 4-й троакар, несколькими вколами на серозной оболочке передней стенки желудка вводили субсерозно 30% водный раствор этилового спирта и формировали субсерозный инфильтрат шириной 2,0–2,5 см вдоль малой кривизны проксимальнее «гусиной лапки», кардиального отдела и дна желудка. При этом не допускали распространения инфильтрата на малый сальник и проксимальные веточки "гусиной лапки", обеспечивая селективную химическую денервацию желудочных ветвей переднего ствола блуждающего нерва с сохранением печеночных ветвей и основного ствола переднего блуждающего нерва, проходящих в малом сальнике.

Методы обследования пациентов

В дооперационном периоде, послеоперационном периоде в сроки через 2 недели и через 5 лет проводились следующие методы обследования: ЭГДС с взятием мазков-отпечатков на *Helicobacter pylori*, рентгенологическое исследование желудка и ДПК, поэтажная [суточная рН-метрия](#) («[Гастроскан 24](#)», НПО «[Исток](#)», г. Фрязино), исследование качества жизни по опросникам SF-36, GSRS.

Методы статистического анализа

Статистическая обработка материала проводилась на ПК Pentium с использованием пакета прикладных лицензионных программ EXCEL, STATISTICA 6.

Основные методы статистического анализа фактических данных выбирали согласно задачам исследования. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в исследовании принимали меньшим 0,05. Учитывая малую выборку ($n \leq 30$) и неправильное распределение в выборках статистическую обработку всех полученных результатов проводили с помощью методов непараметрической статистики. Использованы критерии Манна-Уитни для независимых выборок и Вилкоксона для зависимых выборок. Степень зависимости в выборках определяли с помощью критерия Пирсона. Количественные показатели представлены в виде $M \pm \sigma$, качественные показатели в виде абсолютных цифр и процентов от общего числа.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Длительность операции в I подгруппе ОГ составила $153,8 \pm 30,4$ мин, во II – $57,8 \pm 17,0$ мин ($U=0,00$; $p=0,001$). Время потраченное непосредственно на ваготомию в I подгруппе $117,6 \pm 27,5$ мин, во II – $51,0 \pm 15,5$ мин ($U=0,50$; $p=0,001$).

Из осложнений в послеоперационном периоде в I подгруппе оперированных пациентов у семи (41,2%) выявлялась дисфагия I–II степени, проявляющаяся затрудненным глотанием твердой и полужидкой пищи.

Явления дисфагии купировались самостоятельно без применения специальных методов лечения в период наблюдения до 6 месяцев. Дисфагия III и IV степеней нами не наблюдалась.

В послеоперационном периоде во II подгруппе основной группы осложнений не было. Средние сроки послеоперационного койко-дня статистически значимо не отличались в обеих подгруппах и составляли: в I – $7,2 \pm 0,83$ дня, во II – $7,5 \pm 0,63$ дня ($U=213,5$; $p=0,36$).

Одним из наиболее важных методов диагностики эффективности операции при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки мы считаем влияние её на кислото-продуцирующую функцию желудка (таблица 4).

По результатам суточной рН-метрии выявлено достоверное угнетение кислотопродукции в обеих подгруппах оперированных пациентов. При этом статистически значимых отличий значений рН в обеих подгруппах основной группы выявлено

не было. В послеоперационном периоде, сравнивая показатели кислотопродукции оперированных пациентов с уровнем рН КГ статистически значимых отличий мы не выявили в сроки наблюдения до пяти лет. Среднесуточные показатели рН желудка соответствовали нормацидному состоянию секреции соляной кислоты. С течением времени выявлено статистически незначимое повышение кислотности желудочного сока ОГ. Ощелачивающая способность антрального отдела за период наблюдения так же оставалась в пределах нормы (рН > 5,0).

Таблица 4 – Показатели суточной рН-метрии, М±σ

Группы сравнения		Сроки изучения	Отделы желудка		
			Анtrum	Тело	Кардия
Основная группа	I подгруппа (n=17)	через 2 недели [1]	5,83±0,26	1,88±0,19	1,90±0,16
		через 5 лет [2]	5,81±0,32	1,81±0,14	1,84±0,20
	II подгруппа (n=30)	через 2 недели [3]	5,81±0,31	1,87±0,22	1,85±0,15
		через 5 лет [4]	5,70±0,34	1,82±0,15	1,85±0,18
Контрольная группа (n=25)		[5]	5,62±0,37	1,78±0,24	1,80±0,21
Норма			2,0–8,0	1,5–2,0	1,5–2,0
Достигнутый уровень статистической значимости (p)			p ₁₋₃ =0,921 p ₂₋₄ =0,317 p ₁₋₅ =0,568 p ₂₋₅ =0,435 p ₃₋₅ =0,057 p ₄₋₅ =0,107	p ₁₋₃ =0,685 p ₂₋₄ =0,974 p ₁₋₅ =0,507 p ₂₋₅ =0,744 p ₃₋₅ =0,446 p ₄₋₅ =0,630	p ₁₋₃ =0,622 p ₂₋₄ =0,904 p ₁₋₅ =0,131 p ₂₋₅ =0,301 p ₃₋₅ =0,101 p ₄₋₅ =0,493

При сравнении моторно-эвакуаторной функции желудка в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде, изучаемой рентгенологическим методом, обеих подгрупп пациентов ОГ значительных нарушений моторно-эвакуаторной функции не выявлено (таблица 5).

Таблица 5 – Результаты рентгенологического исследования желудка основной группы

Степень нарушения эвакуации BaSO ₄	Сроки изучения			
	через 2 недели		через 5 лет	
	абс	%	абс	%
I подгруппа основной группы				
Нет нарушений	14	82,35	16	94,12
I степень	3	17,65	1	5,88
II–III степень	-	-	-	-
II подгруппа основной группы				
Нет нарушений	26	86,67	28	93,33
I степень	4	13,33	2	6,67
II–III степень	-	-	-	-

В ближайшем послеоперационном периоде в обеих подгруппах ОГ отмечена задержка эвакуации бариевой взвеси I степени у 3 пациентов в I подгруппе и 4 пациентов II подгруппе. Клинических проявлений гастростаза у оперированных пациентов не выявлено. Достоверных отличий, между сравниваемыми подгруппами в ближайшем и в отдаленном послеоперационном периоде, не выявлено. В отдаленном периоде после операции отмечено незначительное сокращение средних сроков эвакуации бариевой взвеси из желудка в обеих подгруппах (таблица 6).

Таблица 6 — Средняя длительность эвакуации водного раствора BaSO₄ из желудка в различные сроки изучения в основной группе, мин., M±σ

Показатель	Сроки изучения после операции				Достигнутый уровень статистической значимости (p)
	I подгруппа		II подгруппа		
	2 недели	5 лет	2 недели	5 лет	
	1	2	3	4	
Время эвакуации BaSO ₄ , мин	222,4±50,9	211,8±43,1	204,0±64,2	202,0±60,0	p ₁₋₃ =0,307 p ₂₋₄ =0,576 p ₁₋₂ =0,273 p ₃₋₄ =0,787

При ЭГДС, в обеих подгруппах ОГ, у всех пациентов выявлены признаки поверхностного либо атрофического хронических гастритов, проявляющиеся неяркой гиперемией, отёчностью слизистой антрального отдела желудка или её истончением. Хронический гастрит, по данным литературы и нашим наблюдениям, был обусловлен проявлением НР-инфекции выявленной у 16 (94,12%) пациентов I и у 27 (90,0%) II подгруппах, а так же дуодено-гастральным рефлюксом. Несмотря на высокий процент пациентов инфицированных НР язвенных дефектов, эрозий, прогрессирования рубцового процесса пилородуоденальной зоны не выявлено в обеих подгруппах оперированных пациентов. Признаков рефлюкс-эзофагита оперированных пациентов обеих подгрупп ОГ не выявлено (таблица 7).

Таблица 7 — Результаты эзофагогастродуоденоскопии через 5 лет после операции в подгруппах основной группы

Гастроскопическая картина	I подгруппа		II подгруппа	
	абс.	%	абс.	%
Хронический гастрит	17	100	30	100
Дуоденогастральный рефлюкс	4	23,5	8	26,7
Язва, эрозии, пилородуоденальный стеноз	-	-	-	-
Рефлюкс-эзофагит	-	-	-	-

Через две недели после операции по опроснику «SF-36» в обеих подгруппах ОГ по сравнению с КГ имеется статистически незначимое снижение показателей по всем шкалам опросника. При сравнении шкал качества жизни в I и II подгруппах ОГ так же статистически значимых отличий не выявлено (рисунок 2).

Через пять лет после операции отмечен рост средней количества баллов по всем шкалам опросника. По-прежнему статистически значимых отличий между подгруппами ОГ, КГ не выявлено (рисунок 3).

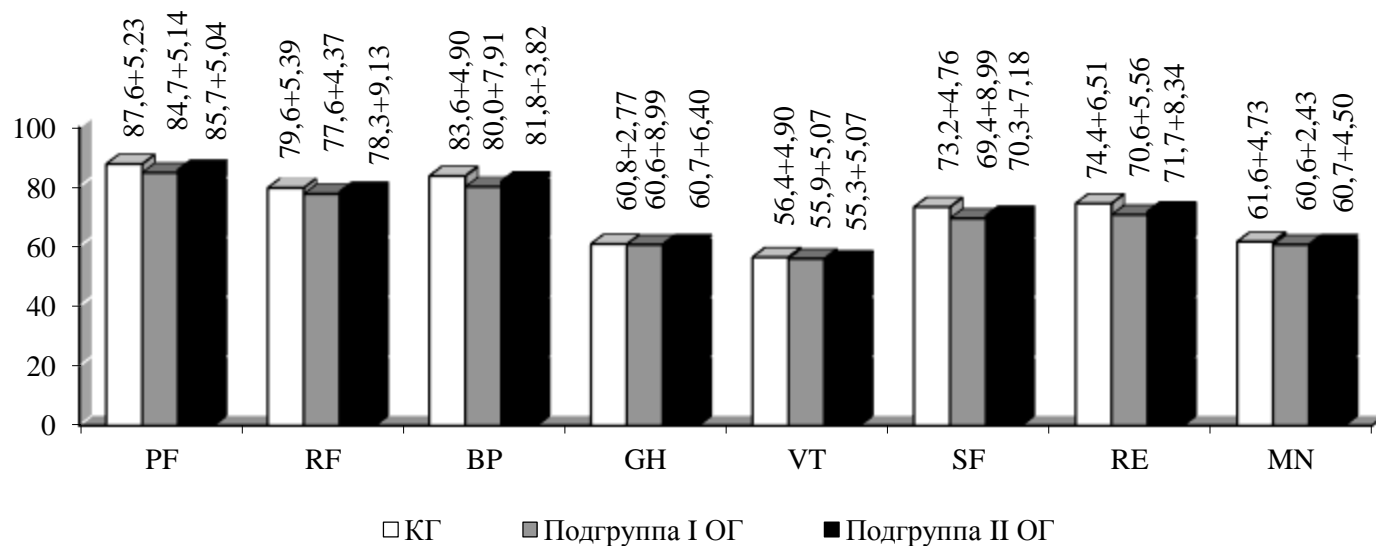


Рисунок 2 – Показатели качества жизни по опроснику «SF-36» через 2 недели после операции, $M \pm \sigma$.

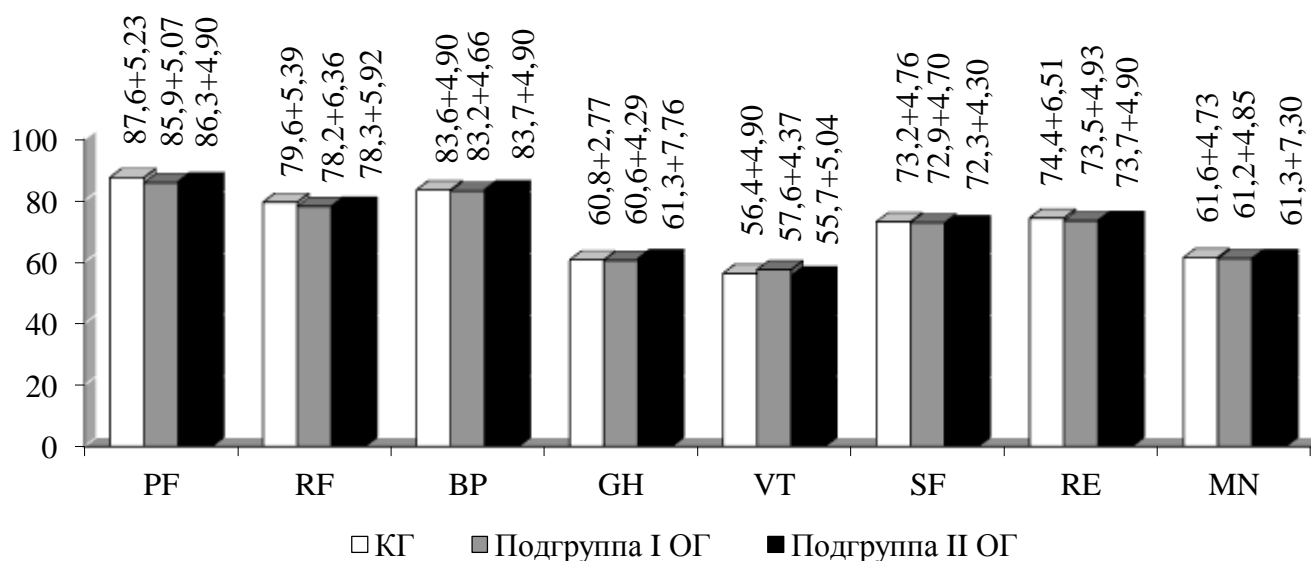


Рисунок 3 – Показатели качества жизни по опроснику «SF-36» через 5 лет после операции, $M \pm \sigma$

По опроснику «GSRs» через 2 недели после операции отмечено статически худшие показатели в I подгруппе ОГ по сравнению с КГ по шкале ДПС и СИ. Подобное отличие обусловлено выше описанными явлениями дисфагии. По всем остальным шкалам статически незначимых отличий выявлено не было. Во II

подгруппе ОГ по сравнению с КГ выявлена статистически значимая разница по СИ. При сравнении обеих подгрупп ОГ статистически значимых отличий выявлено не было (рисунок 4).

Через пять лет после операции отмечено снижение (улучшение) показателей по всем шкалам опросника в обеих подгруппах оперированных пациентов. Выше описанные статистически значимые отличия с КГ уже не выявлены. По-прежнему сохраняется отсутствие статистически значимых отличий между подгруппами оперированных пациентов (рисунок 5).

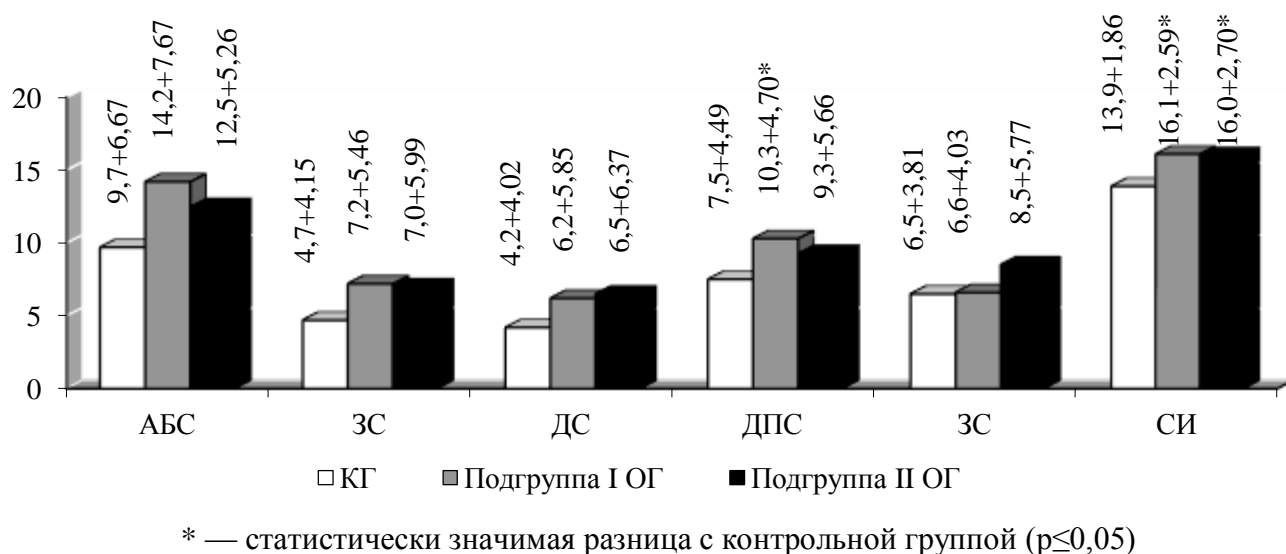


Рисунок 4 — Показатели качества жизни по опроснику «GSRs» через 2 недели после операции, $M \pm \sigma$.

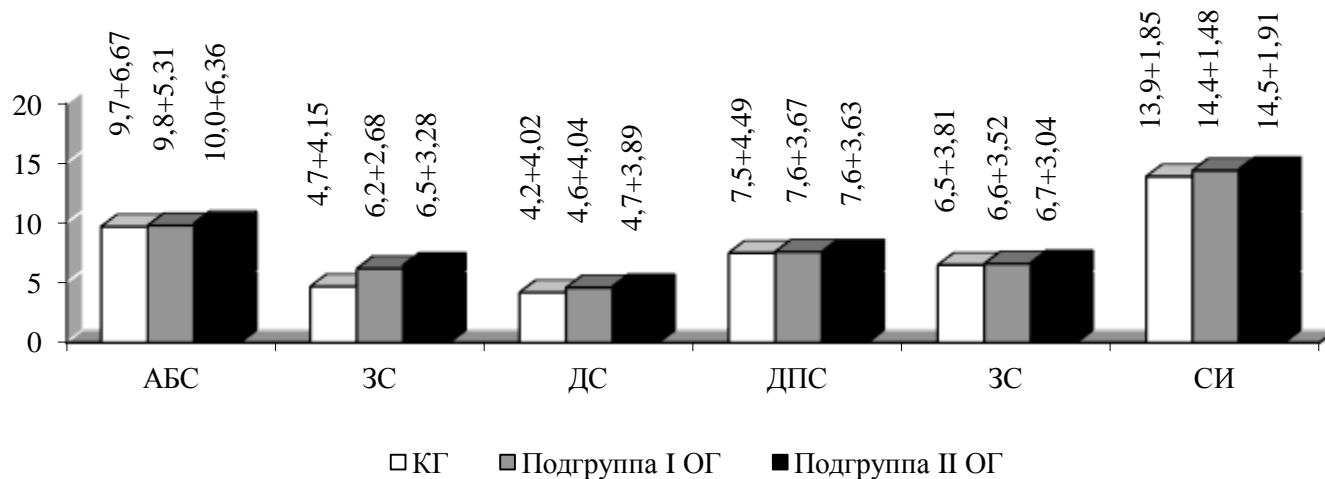


Рисунок 5 — Показатели качества жизни по опроснику «GSRs» через 5 лет после операции, $M \pm \sigma$

На рисунке 6 представлен предложенный алгоритм хирургического лечения пациентов с рецидивирующим течением ЯБ ДПК: в случае изолированной медикаментозно резистентной ЯБ ДПК пациентам целесообразнее выполнять лапароскопическую комбинированную ваготомию с использованием методики химической денервации в связи с простотой методики, меньшей длительности операции; при обнаружении же у пациента с ЯБ ДПК рефлюкс-эзофагита, в связи с необходимостью широкой мобилизации зоны hiatus, целесообразнее выполнить СПВ методом скелетирования с последующим выполнением арефлюксной операции.



Рисунок 6 – Алгоритм выбора хирургического лечения пациентов с рецидивирующим течением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

ВЫВОДЫ

1. Лапароскопическая комбинированная ваготомия с применением методики химической денервации, так же как и лапароскопическая селективная проксимальная ваготомия статистически значимо угнетает кислотопродукцию желудка ($p < 0,05$) в сроки наблюдения до 5 лет.

2. Лапароскопическая комбинированная ваготомия с применением методики химической денервации и лапароскопическая селективная проксимальная ваготомия не вызывает клинически значимых нарушений моторно-эвакуаторной функции желудка ($p > 0,05$) в сроки наблюдения до 5 лет после вмешательств.

3. Лапароскопическая комбинированная ваготомия с применением методики химической денервации и лапароскопическая селективная проксимальная ваготомия в равной степени приводят к стойкой ремиссии заболевания. В течении пяти лет наблюдения после операции рецидива заболевания не выявляется.

4. Лапароскопическая комбинированная ваготомия с использованием методики химической денервации является оптимальным способом оперативного лечения пациентов с рецидивирующим течением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки за счет достоверно меньшей длительности операции и меньшего процента послеоперационных осложнений ($p < 0,05$).

5. Показатели качества жизни связанного со здоровьем у оперированных пациентов обеих подгрупп статистически значимо не отличаются от условно здоровых в отдаленные сроки наблюдения до 5 лет.

6. Разработан алгоритм определяющий показания к применению комбинированной ваготомии с использованием методики химической денервации, позволяющий улучшить результаты лечения пациентов с рецидивирующим течением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

У пациентов с рецидивирующим течением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки целесообразно выполнять лапароскопическую комбинированную ваготомию с применением методики химической денервации, что обусловлено меньшей длительностью операции на 62,4%, меньшего процента послеоперационных осложнений, отсутствием необходимости нарушения целостности связочного аппарата желудка.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Публикации в журнале, рекомендованном ВАК

1. Ранние результаты лапароскопических органосохраняющих операций при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / К. С. Болотов, О. А. Краснов, В. В. Павленко, О. В. Ооржак // Хирургическая практика. – 2014. – №1. – С. 26–28. (0,25 п.л.)

2. Результаты органосохраняющих кислоторедуктивных операций при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / К. С. Болотов, О. А. Краснов, В. И. Подолужный и др. // Медицина в Кузбассе. – 2012. – №2. – С. 53–57. (0,63 п.л.)

3. Современные принципы лечения дуоденальной язвы, осложненной кровотечением / О. А. Краснов, К. С. Болотов, В. В. Павленко // Вестник Волгоградского Государственного медицинского университета. – 2007. – №4. – С. 63–66. (0,38 п.л.)

Статьи, опубликованные в рецензируемых журналах

4. Видеолапароскопическая комбинированная ваготомия в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением / К. С. Болотов, О. А. Краснов, О. В. Ооржак // Материалы научного конгресса «IV международные Пироговские чтения», посвященного 200-летию Н.И. Пирогова. – Винница, 2010. – Т. 1. – С. 41–42. (0,13 п.л.)

5. Лапароскопическая комбинированная ваготомия в лечении пациентов с язвенной болезнью ДПК, осложненной кровотечением / К. С. Болотов, В. И. Подолужный, О. В. Ооржак и др. // Материалы III Съезда хирургов Сибири и Дальнего Востока. – Томск, 2009. – С. 81–82. (0,13 п.л.)

6. Лечение пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением / К. С. Болотов, О. А. Краснов, О. В. Ооржак // Материалы VIII науч.-практ. конф. «Актуальные вопросы муниципального здравоохранения». – Вестник Кузбасского научного центра. – 2010. – Вып. №12. – С. 113–114. (0,13 п.л.)

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии:

<http://www.gastroscan.ru/literature/>