

На правах рукописи

**Тубашов
Василий Викторович**

**Результаты лапароскопического ушивания перфоративной язвы
двенадцатиперстной кишки в комбинации с современной
противоязвенной терапией в послеоперационном периоде**

14.01.17 – хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва - 2010

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Российском государственном медицинском университете Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

Научный руководитель

Доктор медицинских наук

Федоров Евгений Дмитриевич

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук, Профессор

Щеголев Александр Андреевич

Доктор медицинских наук, Профессор

Гуляев Андрей Андреевич

Ведущая организация

**ФГУ «Институт хирургии
им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий»**

Защита состоится 15 марта 2010г. в 14.00 часов на заседании диссертационного совета Д 208.072.03 при Российском государственном медицинском университете по адресу: 117997, г. Москва, ул. Островитянова д. 1.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Российского государственного медицинского университета по адресу: 117997, г. Москва, ул. Островитянова д. 1

Автореферат разослан «1» февраля 2010 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор медицинских наук, профессор

М.Ш. Цициашвили

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Перфорация гастродуоденальной язвы остается угрожающим жизни осложнением, развивающимся у 10-15% больных язвенной болезнью, при этом, большинство прободений приходится на дуоденальную локализацию язвы (Афендулов С.А., 2003; Маев И.В., 2005). Число перфораций резко возросло в России в 90-е годы, что отмечено на Всероссийской конференции хирургов в 2003г. За последние несколько лет намечается тенденция к уменьшению количества перфораций дуоденальной язвы, однако летальность при этом заболевании составляет 10,2% -10,7%, без тенденции к снижению (Ермолов А.С., 2007).

Наиболее часто используемой операцией при данном осложнении является ушивание перфоративной язвы (от 30% до 80%) (Шуркалин Б.К., 1999; Бронштейн П.Г., 2005; Афендулов С.А., 2008), которое не носит патогенетического характера и в отдаленном периоде частота рецидивов язвенной болезни по данным некоторых авторов может достигать 50% (Гостищев В.К., 2008; Курыгин А.А., 2008).

В настоящее время ушивание часто выполняют лапароскопическим доступом. Непосредственные и ближайшие результаты лапароскопического ушивания показывают, что этот метод позволяет надежно устранить осложнение, в том числе и при распространенном перитоните и выгодно отличается от лапаротомного ушивания малой травматичностью доступа и меньшим числом осложнений (Кригер А.Г 1999; Поташов Л.В. 2005). Предполагалось, что в отдаленном периоде число рецидивов будет таким же, как и после открытого вмешательства, так как различие между операциями заключается лишь в оперативном доступе.

Достижения современной фармакотерапии, как в лечении неосложненной дуоденальной язвы, так и при ее осложнениях меняют взгляд хирургов на выбор метода операции при перфоративной язве. В публикациях зарубежных и отечественных авторов показано, что применение современной противоязвенной терапии в послеоперационном периоде после ушивания перфоративной дуоденальной язвы снижает риск рецидива язвенной болезни до 10-20% (Ng E.K.W., 2000; Титков Б.Е., 2003; Шулутко А.М., 2003; Гуляев А.А., 2004; Kate V., 2005; Bose A.C., 2007).

Следует учитывать, что в России перфоративная дуоденальная язва часто сопровождается другими осложнениями язвенной болезни (стеноз, кровотечение), а иногда и их сочетанием (Майстренко Н.А., 2000; Курыгин А.А., 2008). Эти данные подчеркивают необходимость тщательного отбора больных для выполнения ушивания, в том числе и лапароскопическим способом, при оказании им неотложной хирургической помощи.

Оптимальным подходом к лечению корректно отобранной группы больных с перфорацией может служить вариант малоинвазивного ушивания (ликвидация осложнения) с последующей полноценной медикаментозной терапией, обеспечивающей достижение длительной ремиссии заболевания.

Обоснование такого подхода идет через всестороннюю оценку отдаленных результатов, анализ благоприятных исходов и причин рецидивов, через поиск взаимосвязей между отдалёнными результатами и клинико-инструментальной оценкой состояния больных, как на предоперационном этапе, так и в различные сроки после операции.

Цель работы – дать оценку непосредственным и отдаленным результатам лапароскопического ушивания перфоративной дуоденальной язвы с последующей современной противоязвенной терапией, при дифференцированном подходе к выбору данной операции.

Задачи исследования:

1. Разработать и применить в клинической практике неотложную диагностическую программу, позволяющую выделить группу больных, у которых возможно безопасное и эффективное выполнение лапароскопического ушивания перфоративной дуоденальной язвы с хорошими непосредственными результатами.
2. Дать всестороннюю оценку отдаленным результатам лапароскопического ушивания перфоративной дуоденальной язвы в комбинации с современной противоязвенной терапией в послеоперационном периоде, с применением методов клинико-инструментальной диагностики по шкале Visick и индексу качества жизни.
3. Изучить сроки и частоту рецидива язвенной болезни, выявить факторы, приводящие к неблагоприятным отдаленным результатам и оценить течение язвенной болезни после лапароскопического ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки.
4. Уточнить критерии отбора пациентов с перфоративной дуоденальной язвой для выполнения лапароскопического ушивания, на основании полученных непосредственных и отдаленных результатов.

Научная новизна исследования:

Разработана неотложная диагностическая программа и проведена объективизация подхода к отбору пациентов для выполнения лапароскопического ушивания, а также применению современной противоязвенной терапии в послеоперационном периоде.

Определены сроки и частота рецидива язвенной болезни у пациентов после лапароскопического ушивания перфоративной дуоденальной язвы в отдаленном послеоперационном периоде (до 10 лет). Оценка отдаленных результатов операции проведена с привлечением как классической клинико-инструментальной шкалы Visick, так и индекса качества жизни пациента.

Проведена сравнительная оценка влияния различных объективных и субъективных факторов на течение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у больных после лапароскопического ушивания с привлечением методов математической статистики. Результаты проведенного анализа позволили

конкретизировать критерии отбора больных для лапароскопического ушивания.

Практическая значимость работы.

Для клинической практики предложен алгоритм диагностических мероприятий у больных язвенной болезнью, осложненной перфорацией.

Конкретизированы показания и противопоказания к лапароскопическому ушиванию перфоративной дуоденальной язвы. Подробно представлена техника лапароскопического ушивания.

Разработана программа ведения больных после перенесенного ушивания язвы в различные сроки (непосредственные, ближайшие и отдаленные) послеоперационного периода.

Внедрение результатов исследования.

Результаты исследования внедрены в клиническую практику в трех хирургических отделениях клинической больницы №31 г. Москвы и используются в педагогическом процессе при обучении студентов пятых и sixth курсов, интернов и ординаторов Российского государственного медицинского университета Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию.

Апробация работы.

Диссертация выполнена в соответствии с планом научных исследований Российского государственного медицинского университета Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию. Основные положения диссертации доложены и обсуждены: на первой международной конференции по торакоабдоминальной хирургии к 100-летию Б.В.Петровского (5-6 июня 2008г. Москва); на конференции по оперативной эндоскопии в рамках XIV Российской Гастроэнтерологической Недели (6-8 октября 2008г. Москва); на V Всероссийской научной конференции общих хирургов (16-18 октября 2008г. Ростов-на-Дону); на XII Всероссийском съезде эндоскопических хирургов (18 – 20 февраля 2009г. Москва); на совместной научной конференции кафедры госпитальной хирургии №2 и ПНИЛ хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии РГМУ (17 декабря 2008 г. Москва).

Объем и структура диссертации.

Диссертация состоит из введения, трех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы. Работа изложена на 120 страницах машинописного текста, иллюстрирована таблицами и рисунками. Библиография содержит 169 источников, из которых 108 отечественных и 61 зарубежный.

Публикации:

По теме диссертации опубликованы 6 печатных работ, в том числе 3 (две статьи и тезисы) в центральной печати.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

В основу работы положен опыт клиники госпитальной хирургии №2 РГМУ (зав. кафедрой проф. С.Г.Шаповальянц) и ПНИЛ хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии РГМУ (зав. лабораторией член-кор. РАМН проф. Ю.М. Панцырев), расположенных на базе ГКБ №31 (гл. врач член-кор. РАМН, проф. Г.Н. Голухов), по хирургическому лечению язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией в период с октября 1996г. по декабрь 2007г. За этот промежуток времени были оперированы 704 больных с перфоративной язвой, при этом лапароскопическое ушивание было произведено у 161 (22,9%) из них. Именно эти пациенты послужили клиническим материалом проведенного исследования.

Клиническая характеристика больных.

Лапароскопическое ушивание перфоративной дуоденальной язвы было выполнено у 161 больного в возрасте от 16 до 73 лет. Средний возраст оперированных пациентов составил $34,5 \pm 10,6$ лет. Большинство больных - 141 (87,5%) на момент операции находились в трудоспособном возрасте от 20 до 59 лет. Мужчин было 141 (88%), женщин – 20 (12%).

Срок от момента перфорации до поступления в стационар не превышал 24 часов у всех пациентов и составил в среднем $5,7 \pm 2,5$ часа, причём 119 пациентов (73,9%) поступили в первые 6 часов после развития перфорации.

Предшествующий перфорации язвенный анамнез не прослеживался у 112 больных (69,6%) или был коротким (до года) у 10 пациентов (6,2%). У 13 (8,1%) человек длительность язвенного анамнеза была от 1 года до трех лет и у 26 человек (16,1%) – свыше 3 лет, с редкими обострениями. У всех пациентов не было анамнестических указаний и клинических проявлений пилородуоденального стеноза, желудочно-кишечного кровотечения и ранее перенесенных операций на желудке.

Сопутствующая патология у пациентов отсутствовала (89%) или была компенсирована (11%).

Следует отметить особенность социальной характеристики исследуемой группы больных. Лишь 91 (56,5%) из 161 пациента на момент поступления являлись жителями Москвы и Московской области.

Методы обследования

Обследование больных перед операцией.

Клиническая диагностика. Применяли классические методы физикального обследования больных с неотложными хирургическими заболеваниями. Особое внимание уделяли сбору анамнеза заболевания, уточняя его дополнительным опросом больных после стихания болевого синдрома в послеоперационном периоде. Все полученные данные вносили в специально разработанные анкеты.

Лабораторная диагностика. Выполняли всем больным. С целью выявления воспалительной реакции производили определение количества лейкоцитов в периферической крови. Кроме того, определяли содержание гемоглобина и эритроцитов. Выполняли общий анализ мочи, определяли группу крови и резус фактор пациентов методом цоликлонов.

Инструментальная диагностика. Для выбора метода оперативного вмешательства и обоснования применения малоинвазивной лапароскопической операции была разработана неотложная диагностическая программа, включавшая в себя обзорную рентгенографию брюшной полости на «свободный» газ; эзофагогастродуоденоскопию с проведением эндоскопической рН-метрии и щипцовой биопсии слизистой оболочки желудка на *H. pylori*; лапароскопию.

Рентгенографию брюшной полости выполняли в вертикальном положении больного и в необходимых случаях – в латеропозиции. Обнаружение свободного газа в брюшной полости считали прямым признаком перфорации полого органа.

ЭГДС, как правило, проводили на операционном столе под интубационным наркозом. ЭГДС выполняли с использованием гастродуоденоскопов EVIS-130, XQ-30 фирмы «Olympus» (Япония). Перед эзофагогастродуоденоскопией стояли особые задачи: подтвердить или отвергнуть наличие язвенной болезни; определить по прямым или косвенным признакам наличие перфорации (в сомнительных случаях повторно выполняли обзорную рентгенографию брюшной полости на "свободный газ"); выполнить рН-метрию (определяли базальную секрецию); произвести биопсию для морфологической верификации *H. pylori*; определить локализацию язвы, размеры язвенного дефекта и размеры перфорации; дать макроскопическую оценку язвенного дефекта; выявить, при ее наличии, вторую язву и ее локализацию, исключить вероятность развития желудочно-кишечного кровотечения; определить наличие пилородуоденального стеноза; обнаружить признаки пенетрации язвы; выявить другие патологические изменения верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Эндоскопическая пристеночная рН-метрия позволяла прицельно исследовать кислотность желудка. В работе использовали эндоскопические рН-зонды и ацидогастрометры АГМ-01 или АГМ-03 производства ГНПП «Исток-Система» (Фрязино). При этом гиперацидностью считали рН менее 1,5; нормацидностью – рН от 1,6 до 2,0; гипоацидностью от 2,1 до 5,9.

Диагностику инфекции Helicobacter pylori в биопсийном материале определяли морфологическим методом. Степень обсеменения слизистой оболочки определяли по классификации Л.И.Аруина и соавт.(1988г.): 1) слабая степень (+) – до 20 микробных тел в поле зрения при увеличении 630; 2) средняя степень (++) – от 21 до 50 микробных тел в поле зрения; 3) высокая степень (+++) – более 50 микробных тел в поле зрения.

На диагностическом этапе лапароскопии окончательно решали вопрос о возможности лапароскопического ушивания язвы. При выполнении лапароскопии использовали видеолапароскопическое оборудование и инструменты фирм MGB (Германия), Olympus (Япония) и “Эндомедиум” (Россия). При выполнении оперативного вмешательства интраабдоминальное давление поддерживали на уровне 10 – 12 мм рт.ст.

Техника лапароскопического ушивания перфоративной язвы.

Ушивание перфоративного отверстия производили отдельными узловыми швами через все слои стенки двенадцатиперстной кишки. Использовали монофиламентный шовный материал (Vicryl 3-0, Ethicon) на круглой атравматичной игле. Узлы завязывали интракорпорально. При размерах перфорационного до 3-4 мм, как правило, было достаточно одного 8-образного шва. Прядь большого сальника подшивали поверх наложенных швов. Операцию завершали промыванием брюшной полости растворами антисептиков. К месту ушивания через троакар в правом подреберье устанавливали 10-мм силиконовый дренаж. При наличии распространенных форм перитонита брюшную полость дренировали по общепринятым правилам. После завершения операции пациентам устанавливали назогастральный зонд для декомпрессии верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Обследование в послеоперационном периоде. Бактериологическое исследование выпота брюшной полости осуществляли при посеве на селективные обогащенные среды для выделения бактерий с последующим определением количества живых микробных тел (колониеобразующих единиц в мл экссудата – КОЕ/мл). У выделенных клинических изолятов бактерий и грибов определяли чувствительность к антибиотикам автоматическим или диск-диффузным методом, полученные результаты использовали для выбора оптимальной антибактериальной терапии.

Рентгенологическое исследование. Применяли полипозиционную рентгенотелескопию после приема больным водной взвеси сульфата бария, которую выполняли на 6-8 сутки после операции с целью оценки моторно-эвакуаторной функции оперированного желудка.

ЭГДС в отдаленном периоде выполняли с целью оценки состояния верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, при этом выполняли pH-метрию и проводили гастробиопсию на *H.pylori*. Особое внимание уделяли состоянию слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной

кишки, а также характеру деформации пилоробульбарного перехода (место ушитой язвы).

Оценка отдаленных результатов.

Оценку результатов проводили по шкале Visick и индексу качества жизни. Шкала Visick была модифицирована в клинике (Панцырев Ю.М. 1979), что позволяет учитывать как субъективные данные, так и данные инструментального обследования (табл. 1).

Таблица № 1. Модифицированная шкала Visick.

I – отличный результат: Жалоб нет, диеты не соблюдает, практически здоров. При объективном обследовании патологии не выявлено; может быть неадекватное снижение желудочной секреции без клинических проявлений.
II – хороший результат: Диспептический синдром (в том числе на фоне сохранившейся гиперсекреции). Симптомы постваготомических и пострезекционных расстройств легкой степени (демпинг-синдром, диарея, дисфагия, синдром приводящей петли, гипогликемический синдром), а также нарушения дуоденальной проходимости в стадии компенсации, рефлюкс-гастрит легкой степени, контролируемые диетой и медикаментозным лечением.
III – удовлетворительный результат: Симптомы постваготомических и пострезекционных расстройств средней степени тяжести; предъязвенное состояние (эрозивный дуоденит на фоне гиперсекреции), а также нарушение дуоденальной проходимости в стадии компенсации, рефлюкс-гастрит средней степени тяжести. Умеренное снижение трудоспособности и нормальной жизнедеятельности. Больной лечится амбулаторно и периодически стационарно.
IV – плохой результат: Операция не принесла выздоровления. Рецидив язвенной болезни (эндоскопически подтверждение наличия язвы), стеноз гастродуоденального соустья; нарушение дуоденальной проходимости в стадии декомпенсации, рефлюкс-гастрит тяжелой степени. Временная или постоянная утрата трудоспособности, периодическое стационарное лечение, включая и повторное хирургическое.

Индекс качества жизни (ИКЖ) определяли с помощью опросника DDQ- 15, специфического для гастроэнтерологии, который был разработан в медицинском университете Южной Каролины (США). Индекс DDQ-15 равен среднему значению ответов на 15 вопросов и может принимать значения от 1,00 до 5,00, что соответствует плохому и отличному качеству жизни. Среднее значение ИКЖ в обследованной группе ($4,5 \pm 0,3$) соответствует качеству жизни здорового человека.

Статистическую обработку исследуемых параметров проводили с использованием: критерия хи-квадрат (χ^2); Т-критерия различия средних; критерия Стьюдента; точного критерия Фишера; U-критерия Манна-Уитни. Уровень значимости (p) < 0,05.

Результаты исследования и их обсуждение

Применение лапароскопического ушивания у относительно небольшой, четко определенной группы больных с последующей противоязвенной терапией имеет обоснование. Следует отметить, что до сих пор отсутствуют четкие критерии выбора метода малоинвазивного вмешательства при этом осложнении язвенной болезни. Это потребовало разработки программы максимально полного дооперационного обследования. Раздел настоящей работы посвящен данной проблеме.

Результаты неотложной диагностики.

Отчетливая картина перфоративной язвы у всех больных не вызвала каких-либо сложностей в *клинической диагностике*. Лейкоцитоз был выявлен у 121 пациента (75,2%), содержание лейкоцитов в среднем составило $11,6 \pm 3,6 \times 10^9$ /мл. При *рентгенологическом исследовании* свободный газ в брюшной полости был выявлен только у 103 (63,9%) пациентов; у остальных 55 (34,1%) больных этот характерный признак отсутствовал.

При неотложной эзофагогастродуоденоскопии прямые признаки перфорации (глубокий язвенный дефект с отверстием и хорошо видимым сообщением просвета двенадцатиперстной кишки со свободной брюшной полостью, а также нарастание пневмоперитонеума в процессе эндоскопического исследования) были выявлены у 149 (92,5%) больных. Косвенные признаки перфорации (глубокий и, как правило, крупный язвенный дефект, расположенный на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки, без отчетливо видимого отверстия) имелись у остальных 12 (7,5%) больных. Ни в одном случае признаков стеноза, кровотечения, перфорационного отверстия более 1 см, больших хиатальных грыж и сочетанной формы язвенной болезни мы не выявили. Эффективность верификации диагноза перфоративной язвы при неотложном эндоскопическом исследовании была значительно выше, чем при обзорном рентгенологическом исследовании брюшной полости.

Эндоскопическая рН-метрия до операции выполнена у 42 (26,1%) больных. В результате у 40 (95,2%) из 42 пациентов выявлена гиперацидность, а у 2 (4,8%) пациентов – нормацидность. Полученные результаты подчеркивали абсолютную необходимость проведения эффективной антисекреторной терапии с привлечением современных фармпрепаратов тотчас после операции.

По результатам *исследования гистологического материала*, полученного до операции при ЭГДС, у 84 (92,3%) из 91 обследованного пациента имелась Н. pylori - ассоциированная язвенная болезнь, что требовало включения в схему ведения антихеликобактерных средств.

По данным *лапароскопической ревизии* брюшной полости у 55 (34,1%) пациентов имелся распространенный перитонит, а у 106 (65,9%) – местный. Выпот при перитоните носил серозно-фибринозный характер. У 2 (1,2%) пациентов с разлитым перитонитом были выполнены запрограммированные санационные релапароскопии через сутки, при которых констатировали положительную динамику, и дальнейших санаций не потребовалось. Результаты

посевов из брюшной полости были следующими: у 11% больных микроорганизмов не обнаружили, у 24% выявлен *Candida spp.*, а у 65% - сочетание *Staphylococcus spp.*, *Streptococcus spp.*, *E. Coli*. Степень контаминации брюшины была невелика – $10^3 - 10^4$ микробных тел на 1г эксудата.

Непосредственные результаты лечения. Операции выполнялись в экстренном порядке в любое время суток, в общей сложности пятнадцатью хирургами. Продолжительность операции в среднем составила 94 ± 24 мин; следует отметить, что этот показатель уменьшается по мере освоения техники операции.

Интраоперационное осложнение отмечено в одном случае (0,6%), которое пришлось на время освоения техники операции. После завершения наложения швов на язву была потеряна игла в брюшной полости. После уточнения ее локализации методом компьютерной томографии была выполнена релапароскопия, и игла успешно извлечена.

Осложнения раннего послеоперационного периода были у 4 больных (2,4%). Среди них в 2 случаях отмечена несостоятельность ушитой язвы, проявившаяся на 2 сутки после операции, что потребовало выполнения лапаротомии и повторного ушивания. В одном случае на 7 сутки выявлен поддиафрагмальный абсцесс, который успешно излечен дренированием под контролем ультразвука. Еще у одного пациента послеоперационный период осложнился перфорацией острой язвы слепой кишки, происхождение которой можно связать с техническими ошибками выполнения вмешательства. В данном случае также потребовалась повторная операция. Все данные больные выздоровели. Других осложнений, а также летальных исходов в обсуждаемой группе не было.

Основные положения послеоперационного ведения. Обязательным условием послеоперационного ведения являются схемы лечения, включающие современные антисекреторные и антихеликобактерные препараты, согласно международным и российским рекомендациям по лечению гастроэнтерологических больных.

Всем пациентам с первых суток назначали строгий постельный режим, голод в течение первых суток, затем диету (1а стол) в течение недели. Сразу после оперативного вмешательства в течение двух суток больным назначали внутримышечно или внутривенно блокатор H_2 – гистаминовых рецепторов фамотидин (40мг/сут), либо ранитидин (150–300 мг/сут), реже использовали ингибитор H^+/K^+ -АТФазы – лосек (омепразол 80мг/сут). После удаления назогастрального зонда и перехода на энтеральное питание (вторые – третьи сутки после операции) переходили на трехкомпонентную противоязвенную терапию. С третьих суток назначали: ингибитор H^+/K^+ -АТФазы (омепразол 20 мг 2 раза в день у 63 больных, лансопразол 30 мг 2 раза в день у 19 больных, париет 20 мг 2 раза в день у 28 больных, также использовали ультоп 20 мг 2 раза в день у 10 больных); блокаторы H_2 – гистаминовых рецепторов (фамотидин 20мг 2 раза в сутки у 12 больных или ранитидин 150 мг 2 раза в сутки у 29 больных). Блокаторы H_2 – гистаминовых рецепторов старались не

включать в схемы лечения, поскольку длительность их действия и выраженность кислотосупрессии меньше, чем ингибиторов протонного насоса.

В качестве антихеликобактерной терапии применяли: на начальных этапах работы комбинацию метронидазола (трихопола) 500 мг 3 раза в день и тетрациклина 500 мг 4 раза в день, в последующем эту комбинацию препаратов заменили кларитромицин 500 мг 2 раза в день + амоксицилин 1000 мг 2 раза в день. Продолжительность курса терапии составляла 10 – 14 дней. Следует отметить, что у 20 (12,4%) пациентов по разным причинам антихеликобактерная терапия не проводилась.

В целом непосредственный послеоперационный период протекал гладко: болевой синдром был не выражен, наркотических анальгетиков не требовалось, к концу суток большинству больных назначали палатный режим, активность быстро восстанавливалась, и к пероральному питанию переходили на 3-и сутки после операции. Только двое (1,2%) пациентов лечились в отделении интенсивной терапии в связи с распространенным перитонитом.

Рентгенологическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки выполнили на 8-9 сутки послеоперационного периода у 129 (80,1%) больных. Замедление эвакуации контрастного вещества до 6 часов, без клинических проявлений гастростаза, было выявлено у 10 (7,7%) из них. Замедление эвакуации мы связываем с воспалительным процессом в области ушитой язвы.

Среднее время пребывания больных в клинике после операции составило $10,0 \pm 2,0$ койко-дня, что известным образом было связано с необходимостью их обследования без выписки из стационара.

Рекомендации пациентам при выписке. После выписки назначали курс поддерживающей антисекреторной терапии длительностью 4-6 недель. Наиболее часто для поддерживающей терапии использовали ингибитор H^+/K^+ -АТФазы. С этой целью рекомендовали ежедневный однократный прием 20 мг омепразола перед сном. Рекомендовали выполнение амбулаторной ЭГДС в клинике (через 2-3 месяца) для оценки эрадикации *H. pylori* и эффективности антисекреторной терапии в ближайшем послеоперационном периоде.

Завершая данный раздел работы, подчеркнем, что непосредственные результаты лапароскопического ушивания перфоративных дуоденальных язв свидетельствуют об эффективной ликвидации жизнеопасного осложнения заболевания. При выборе малоинвазивной лапароскопической операции следует руководствоваться объективными данными, которые можно получить при проведении неотложной ЭГДС и лапароскопической ревизии. Операция являлась технически несложным и доступным хирургическим методом. Осложнения, возникшие в непосредственном послеоперационном периоде, относятся к этапу освоения методики. Послеоперационный период имеет весьма выгодные преимущества перед лапаротомным ушиванием.

Отдаленные результаты. Как мы уже отмечали к выбору больных для данной операции мы подходили весьма скрупулезно, отбирая больных с «благоприятным» и неосложненным течением язвенной болезни до опера-

ции. При изучении отдаленных результатов решали задачу оценки эффективности такого подхода.

В отдаленные сроки (свыше 2 лет) после операции обследовано 50 (31,1%) больных. Из них до 4 лет после перенесенного оперативного вмешательства обследовано 12 (24%) пациентов; от 5 до 10 лет - большинство - 26 (52%) пациентов; в отдаленные сроки от 8 до 10 лет - 12 (24%). Среднее значение времени, прошедшего после операции составило $6,2 \pm 1,7$ лет (табл. 2).

Таб. № 2. Сроки обследования больных после операции.

Сроки наблюдения после операции	От 2 до 4 лет	От 5 до 7 лет	От 8 до 10 лет
Всего обследованных пациентов – 50 (100%)	12 (24%)	26 (52%)	12 (24%)

Отличными (Visick I) результаты признаны у 22 (44%) обследованных больных. Среднее значение времени, прошедшего после операции в этой группе составило $5,9 \pm 1,9$ лет. Индекс качества жизни в этой группе соответствовал здоровым лицам - 4,6 балла. Эти пациенты не предъявляли жалоб. За время прошедшее после операции в связи с отсутствием жалоб лечение не проводили. При ЭГДС у них выявили признаки поверхностного гастрита и/или поверхностного дуоденита. По данным эндоскопической рН-метрии у 11 (50%) пациентов группы определена базальная нормацидность, у 5 (23%) – гиперацидность, а у 6 (27%) – гипоацидность. По результатам гистологического исследования у 18 (82%) пациентов выявлен Н. рyлогі слабой и средней степени обсемененности. Морфологическая картина слизистой желудка соответствовала хроническому гастриту.

Хорошие (Visick II) результаты получены у 14 (28%) обследованных в отдаленные сроки больных. Среднее значение времени, прошедшего после операции в этой группе составило $5,7 \pm 1,5$ лет. Индекс качества жизни составил 4,4 балла, что также соответствует здоровым лицам. Три пациента из этой группы предъявляли жалобы на эпизодически возникающую диспепсию, которая купировалась симптоматическим лечением. Остальные 11 пациентов жалоб не предъявляли, лечение не проводили. При ЭГДС был выявлен хронический поверхностный гастродуоденит. Признаков грубой деформации пилоробульбарной зоны, эрозивного поражения, а также рецидива язвы не выявлено. По данным эндоскопической рН-метрии у 4 (29%) пациентов группы определена базальная нормацидность, у 10 (71%) – гиперацидность. Н. рyлогі со слабой и средней степенью обсемененности выявлен у 13 (92,9%) пациентов. Морфологическая картина слизистой желудка у этой группы пациентов соответствовала хроническому гастриту.

Удовлетворительные результаты (Visick III) получены у 11 (22%) пациентов с эрозивным поражением верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Среднее значение времени, прошедшего после операции в этой группе составило $6,9 \pm 1,6$ года. В этой группе больных индекс качества жизни был

самым низким – 4,2 балла. У шести из этих больных присутствовали жалобы на боль в эпигастральной области и изжогу, а у остальных клинические проявления отсутствовали. Систематическое обследование проводилось только у двух пациентов под наблюдением гастроэнтеролога, а остальные больные за медицинской помощью не обращались. При выполнении эндоскопической рН-метрии у 9 (81,8%) выявлена гиперацидность, а у 2 (18,2%) пациентов определена нормаацидность. При гистологическом исследовании у 7 (63,6%) пациентов выявлен *H. pylori* слабой и средней степени обсеменения. Морфологическая картина слизистой желудка соответствовала хроническому гастриту с очаговым фиброзом и острыми эрозиями.

Плохой результат (Visick IV) был связан с рецидивом язвы у троих пациентов (6%). Тем не менее, индекс качества жизни у них соответствовал уровню здорового - 4,6 балла. Двое больных с рецидивом обследованы через 8 лет и один через 10 лет после операции. Жалоб у них не было, рецидив носил бессимптомный характер. После выписки больные не принимали назначенной противоязвенной терапии и не обследовались. У всех выявлена гиперацидность и наличие *H. pylori* средней и высокой степени обсеменения.

Таким образом, рецидив язвенной болезни выявлен у 6% пациентов, перенесших лапароскопическое ушивание перфоративной дуоденальной язвы, у 22% пациентов в отдаленные сроки выявлены эрозивные поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта, а у 72% пациентов получены отличные и хорошие отдаленные результаты. Следует отметить, что индекс качества жизни у пациентов из группы плохих и удовлетворительных результатов значительно не отличается от группы отличных и хороших результатов и соответствует качеству жизни здорового человека.

В настоящей работе был проведен анализ факторов, которые могли повлиять на полученные отдаленные результаты. Результаты сравнивали, объединив группы с отличными и хорошими результатами (n-36) и удовлетворительные с плохими (n-14). Полученное распределение соответствовало нормальной репрезентативной выборке ($p=0,04$), что позволило проводить статистический анализ.

Очевидно, что наличие предшествующего перфорации язвенного анамнеза отрицательным образом может повлиять на дальнейшее течение болезни, носящей хронический характер. При анализе влияния наличия или отсутствия язвенного анамнеза до операции выявлено, что пациенты с язвенным дооперационным анамнезом чаще встречаются в группе Visick I и II (78% против 57% в группе Visick III и IV), однако статистической достоверности это не имело (табл. 3).

Таблица № 3. Влияние язвенного анамнеза, предшествующего перфорации, на отдаленные результаты лапароскопического ушивания перфоративной дуоденальной язвы.

Visick	Visick III и IV n – 14	Visick I и II n – 36	χ^2 уровень значимости
Количество пациентов с язвенным анамнезом до операции	8 (57,2%)	28 (77,8%)	p=0,2

При сравнительном анализе длительности язвенного анамнеза, безусловно, обращает на себя внимание тот факт, что у всех пациентов с Visick III и IV, у которых имелись указания на наличие язвенного анамнеза, его длительность превышает 3 года (43% против 11%). Однако, математическая статистика на данном небольшом числе пациентов также не позволяет считать эти изменения статистически достоверными.

Статистически достоверного влияния возраста пациентов в момент операции на полученные отдаленные результаты также не выявлено. Это связано с тем, что лапароскопическое ушивание перфоративной дуоденальной язвы старались проводить лицам молодой возрастной группы, о чем свидетельствует таблица.

Влияния второй неосложненной язвы, выявленной при проведении предоперационной ЭГДС, на отдаленные результаты статистически не определяется, хотя данная сопутствующая патология чаще встречалась у пациентов с отличными и хорошими отдаленными результатами (25% против 7% в группе Visick I и II). Следует отметить, что основным компонентом диагностической программы, позволяющим определить возможность выполнения лапароскопического ушивания перфоративной дуоденальной язвы, являлись данные, полученные при дооперационной ЭГДС. Именно этот этап позволил нам исключить больных с сочетанным поражением двенадцатиперстной кишки, что положительно сказалось на результатах операций.

До сих пор важнейшее значение в течении язвенной болезни придается кислотно-пептическому фактору. Поэтому был проведен анализ влияния уровня базальной кислотопродукции, определенной в ургентных условиях, на полученные отдаленные результаты (табл. 4). Статистической значимости эти различия также не имели.

Таблица № 4. Влияние предоперационного уровня базальной секреции на отдаленные результаты лапароскопического ушивания перфоративной дуоденальной язвы.

Visick		Visick III и IV (n-5)	Visick I и II (n-8)	χ^2 уровень значимости	Точный критерий Фишера
pH	Гиперацидность	4 (80,0%)	7 (87,5%)	p=0,6	p=1,0
	Нормацидность	1 (20,0%)	1 (12,5%)		

Более показательная картина была выявлена при сравнении результатов базальной секреции в отдаленные сроки. У больных в группе Visick I и II гиперацидность выявлена у 41,7%, в то время как в группе Visick III и IV пациентов с повышенной секрецией - 85,7% (табл. 5). Очевидность проведения антисекреторной терапии в послеоперационном периоде не вызывает сомнения.

Таблица № 5. Влияние базальной кислотности, полученной при обследовании больных после лапароскопического ушивания перфоративной дуоденальной язвы в отдаленном периоде, на результат.

Visick		Visick III и IV (n-14)	Visick I и II (n-36)	χ^2 уровень значимости
pH	Гиперацидность	12 (85,7%)	15 (41,7%)	0,8
	Нормаацидность	2 (14,3%)	15 (41,7%)	0,01
	Гипоацидность	0	6 (16,6%)	0,05

Инфицированность слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori*, с позиций современной гастроэнтерологии, имеет важную роль в патогенезе язвенной болезни. Отметим, что у 80% больных с отличными и хорошими результатами микроорганизм *H.pylori* был обнаружен до операции и у 100% - в группе плохих и удовлетворительных результатов, однако это различие не имело статистической достоверности (табл. 6).

Таблица № 6. Влияние дооперационной *H.pylori* инфицированности пациентов на отдаленные результаты лапароскопического ушивания перфоративной дуоденальной язвы.

Visick		Visick III и IV (n-6)	Visick I и II (n-20)	χ^2 уровень значимости	Точный критерий Фишера
<i>H.pylori</i>	положительный	6 (100%)	16 (80%)	p=0,5	p=0,5
	отрицательный	0	4 (20%)		

В рамках проведенного нами исследования в отдаленном периоде мы отметили обратную тенденцию, хотя и статистически также не достоверную. Так в группе Visick I и Visick II микроорганизм *H.pylori* выявлен у 86,1% больных, а в группе Visick III и Visick IV – у 71,4% (табл. 7).

Таблица № 7. Влияние *H.pylori* инфицированности и степени обсемененности, полученных при обследовании больных после лапароскопического ушивания перфоративной дуоденальной язвы в отдаленном периоде, на результат.

<i>H.pylori</i>	Visick	Visick III и IV (n-14)	Visick I и II (n-36)	χ^2 уровень значимости
H.pylori при обследовании	Положительный	10 (71,4%)	31 (86,1%)	0,4
	Отрицательный	4(28,6%)	5 (13,9%)	
Степень обсеменённости	+++	1 (7,2%)	5 (13,9%)	0,2
	++	3 (21,4%)	6(16,6%)	0,5
	+	6 (42,8%)	20 (55,6%)	0,04
	-	4 (28,6%)	5 (13,9%)	0,9

Анализируя проводимую в непосредственном послеоперационном периоде противоязвенную терапию мы определили, что антисекреторную терапию получали все пациенты (100%) как в группе Visick I и II, так и в группе Visick III и IV. Поэтому подвергнуть статистическому анализу возможность влияния этого компонента противоязвенной терапии на отдаленные результаты не корректно. Антихеликобактерную терапию проводили у 12 (85,7%) больных в группе плохих и удовлетворительных результатов и у 29 (80,5%) в группе отличных и хороших результатов. При сравнительном статистическом анализе выявлено, что проведение антихеликобактерной терапии в непосредственном послеоперационном периоде статистически значимо не влияет на полученные отдаленные результаты, хотя полученные при анализе результаты очень близки к влияющим на результат ($p=0,07$). Считаем, что комплексная противоязвенная терапия больных перенесших лапароскопическое ушивание перфоративной дуоденальной язвы должна включать как антисекреторные, так и антихеликобактерные препараты, несмотря на полученные нами статистические результаты.

Нами проанализированы отдаленные результаты у пациентов в сроки от двух до десяти лет. Для исключения возможного влияния возраста пациента на момент обследования, а также срока после перенесенного вмешательства на полученный результат, мы провели статистический анализ данных факторов. При анализе результатов обследования в отдаленном периоде мы не выявили статистической зависимости полученных отдаленных результатов от возраста пациента на момент обследования ($p = 0,3$). Несмотря на отсутствие статистически доказанной зависимости, считаем, что отбор лиц молодой возрастной группы для проведения лапароскопического ушивания перфоративной дуоденальной язвы, положительно влияет на полученные отдаленные результаты. Отсутствие же статистической зависимости при отдаленном обследовании объясняется тем, что большинство пациентов, перенесших вмешательство, были одной (молодой) возрастной группы.

Также, нами не выявлено статистически достоверной значимости отдаленного результата операции от срока после перенесенного вмешательства ($p=0,14$), хотя среднее время после выполненного вмешательства в группе Visick I и II ($5,9 \pm 1,6$) меньше, чем группе Visick III и IV ($6,9 \pm 1,6$).

Таким образом, анализ отдаленных результатов позволяет отметить, что у четко отобранной группы больных в отдаленные сроки после выполненного вмешательства в значительном числе случаев (72%) получены отличные и хорошие результаты с небольшим числом рецидивов (6%). Плохие и удовлетворительные результаты в большей степени связаны с сохраняющейся гиперпродукцией соляной кислоты.

ВЫВОДЫ

1. Разработанная в клинике неотложная диагностическая программа дала возможность дифференцированно отобрать 161 (22,9%) из 704 больных с перфоративной дуоденальной язвой, выполнить им лапароскопическое ушивание и эффективно, без летальных исходов, устранить это опасное осложнение язвенной болезни.
2. Лапароскопическое ушивание перфоративной дуоденальной язвы предпочтительно у пациентов с отсутствием язвенного анамнеза или недлительным и благоприятным течением заболевания, когда выполненная дооперационная диагностическая программа свидетельствует об отсутствии других осложнений язвенной болезни. Это подтверждает всесторонняя оценка факторов, влияющих на отдалённые результаты операции.
3. Лапароскопическое ушивание перфоративной дуоденальной язвы является технически несложной операцией, с небольшим числом (3%) интраоперационных и послеоперационных осложнений. В комбинации с современной противоязвенной терапией она обеспечивает быструю реабилитацию пациентов.
4. Корректный отбор группы больных для лапароскопического ушивания перфоративной дуоденальной язвы позволил в отдаленные сроки ($6,2 \pm 1,7$ года) получить 72% отличных и хороших результатов, с качеством жизни 96% пациентов, соответствующим качеству жизни здорового человека. Рецидив язвенной болезни, отмечен лишь у 6% пациентов.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Лапароскопическое ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки показано пациентам с перфорацией так называемой «немой» язвы или перфорацией у больных с кратковременным и «невыразительным» язвенным анамнезом (редкие обострения не имеющие сезонного характера легко излечиваемые медикаментозными средствами), у лиц преимущественно молодого возраста.
2. Для успешного выполнения лапароскопического ушивания перфоративной дуоденальной язвы необходим ряд местных условий, а именно: отсутствие других осложнений язвенной болезни (пилородуоденальный стеноз, кровотечение или угроза его развития, пенетрация); локализация перфоративной язвы на передней стенке двенадцатиперстной кишки, размер перфорации менее 1,0 см и отсутствие выраженной периульцерозной инфильтрации.
3. Выбор данного малоинвазивного вмешательства должен быть основан не только на клинических данных, но и на результатах неотложной диагностической программы, включающей в себя рентгенографию брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопию, диагностическую лапароскопию.

4. После проведенного лапароскопического ушивания перфоративной дуоденальной язвы в непосредственном послеоперационном периоде пациентам следует назначать противоязвенное лечение, включающее антисекреторные и антихеликобактерные препараты, согласно общепринятым схемам лечения осложненного течения язвенной болезни, а после выписки - наблюдение в поликлинике у гастроэнтеролога с клинико-эндоскопическим контролем течения заболевания.

Список работ, опубликованных по теме диссертации:

1. Михалев А.И., Федоров Е.Д., Чернякевич С.А., Юдин О.И., Тубашов В.В. Результаты лапароскопического ушивания перфоративных дуоденальных язв. //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии № 5; Том 18, 2008, С. 33-38.
2. Шаповальянц С.Г., Чернякевич С.А., Федоров Е.Д., Михалев А.И., Юдин О.И., Тубашов В.В. Непосредственные и отдаленные результаты лапароскопического ушивания перфоративных дуоденальных язв. //Материалы III международной конференции "Актуальные вопросы эндоскопической хирургии" 15-16 мая 2008. Санкт-Петербург. С. 22-23.
3. Федоров Е.Д., Михалев А.И., Тубашов В.В. Результаты лапароскопического ушивания перфоративных дуоденальных язв. //Сборник тезисов I международной конференции по торако - абдоминальной хирургии 5-6 июня 2008. Москва. С. 163.
4. Панцырев Ю.М., Шаповальянц С.Г., Михалев А.И., Юдин О.И., Федоров Е.Д., Чернякевич С.А., Винокуров И.С., Зелинский Б.И., Окулова Г.Н., Тубашов В.В. Хирургическое лечение осложненной язвенной болезни. //Материалы V всероссийской научной конференции общих хирургов объединенной с пленумом проблемных комиссий РАМН "неотложная хирургия" и "инфекция в хирургии" межведомственного научного совета по хирургии. Москва - Ростов-на-Дону 2008. С. 23-24.
5. Федоров Е.Д., Чернякевич С.А., Михалев А.И., Юдин О.И., Тимофеев М.Е., Тубашов В.В. Непосредственные и отдаленные результаты лапароскопического ушивания перфоративных язв двенадцатиперстной кишки. //Тихоокеанский медицинский журнал №4 (приложение), 2008, С. 70-74.
6. Шаповальянц С.Г., Чернякевич С.А., Федоров Е.Д., Михалев А.И., Юдин О.И., Тубашов В.В. Непосредственные и отдаленные результаты лапароскопического ушивания перфоративных дуоденальных язв. // Эндоскопическая хирургия №1, том 15, 2009, С. 150

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии

www.gastroscan.ru/literature/