

На правах рукописи

Абдуллаев Абакар Эльбрусович

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРФОРАТИВНЫХ
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

14.01.17-хирургия

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва-2018

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медико-хирургический Центр имени Н.И.Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор

Левчук Александр Львович

Официальные оппоненты

Зубрицкий Владислав Феликсович, заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургии с курсами анестезиологии и реаниматологии, травматологии и ортопедии и нейрохирургии ИМСТ ФГБОУ ВПО «Московского государственного университета пищевых производств».

Мусаев Газияв Хадисович, доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии №1 «Московской медицинской академии им. Н.И.Сеченова»

Ведущая организация: Федеральное государственное казенное учреждение «Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н.Бурденко» Министерства Обороны Российской Федерации

Защита диссертации состоится « _____ » _____ 2018г. в 14-00 ч. на заседании объединенного диссертационного совета по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук Д 999.052.02. на базе ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И.Пирогова» Минздрава России и ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского» (105203 г. Москва, Нижняя Первомайская, д. 70).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Института усовершенствования врачей ФГБУ «НМХЦ им. Н.И.Пирогова» Минздрава России (105203 г. Москва, Нижняя Первомайская, д. 70) и на сайте www.pirogov-center.ru.

Автореферат разослан « _____ » _____ 2017г.

Ученый секретарь объединенного диссертационного совета на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук Д 999.052.02, доктор медицинских наук, профессор

Матвеев С.А.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы.

Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки на сегодняшний день остается одной из важнейших проблем urgentной хирургии, имеющей большую медицинскую и социальную значимость (Шулутко А.М., 2003.г, Черноусов А.Ф. и соавт., 2006г., Гришин И.Н. 2011г.; Lay J.Y., 2011г.). Данная патология поражает 2-10% населения экономически развитых стран (Ивашкин В.Т., 2001; Кузин М.И., 2002; Phillip L., 2011; Michal Z., 2014). Перфорация гастродуоденальных язв является тяжелым осложнением, непосредственно угрожающим жизни больного, ввиду развития перитонита, и требующим немедленного оперативного лечения. Этим обусловлена необходимость быстрого установления правильного диагноза, который во всех случаях является абсолютным показанием к операции. Летальность после операции варьирует от 15,5 до 31%. (Ермолов А.С, 2014г.). В 2006 г. в США по поводу осложнений язвенной болезни было госпитализировано более 150 тыс. пациентов, общая доля осложнений язвенной болезни в виде прободений была в 7 раз меньше числа кровотечений, но прободная язва стала причиной 37 % всех смертей, связанных с язвенной болезнью (Soreide K, Thorsen K., 2015). На долю перфоративных пилородуоденальных язв приходится 0,1% среди хирургических заболеваний, а в структуре urgentной абдоминальной хирургической патологии 1,9-2,6% (Крылов Н.Н., 2012г., Michal Z., 2014г.). По данным международных когортных исследований, летальность при этом осложнении язвенной болезни за последние 30 лет не имеет тенденции к снижению. В России с начала 90-х годов прошлого века отмечается рост осложнений пептической язвы. Перфоративная язва в России продолжает занимать ведущее место в структуре летальности при язвенной болезни, которая уже многие годы составляет от 5 до 17% (Вавринчук С.А., 2013г.; Ермолов А.С., 2015г.). В зависимости от различных клинических ситуаций применяется разнообразная хирургическая тактика в лечении пациентов с перфоративной гастродуоденальной язвой. Показания к операциям при перфоративной язве, выбор их методики и техники до сих пор остаются предметом обсуждения, при этом методики хирургического лечения прободной гастродуоденальной язвы разнообразны. Имеются сообщения об ассоциированной с перфоративной гастродуоденальной язвой высокой ранней смертности (10-30%) и осложнениях до 50-60 % (Sanabria A., 2013г.). Лечение больных с перфоративной гастродуоденальной язвой должно включать раннюю диагностику и быстрое начало реанимационных мероприятий (Soreide K.2014г.) Наиболее часто применяется операция простого ушивания перфорации, как наиболее простая, надежная, позволяющая спасти жизнь пациенту (Ермолов А.С., Ярцев

П.А., Кирсанов И.И., 2013г.). Применение дистальной резекции желудка, как наиболее радикального метода лечения при прободной язве, ограничивается степенью распространенности перитонита, тяжестью состояния больного и сопровождается высокой частотой послеоперационных осложнений и летальностью (Афендулов С.А., Журавлев Г.Ю., 2008г; Панцырев Ю.М., и соавт., 2008г.; Шулутко А.М., и соавт, 2005г.; Kocer V., et.al., 2007г., Lui F., Davis K.A., 2010г.).

Многочисленные авторы при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки используя различные варианты ваготомии, добились снижения послеоперационной летальности в сравнении с дистальной резекцией желудка с 5 до 1% (Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д., 2008г.; Гостищев В.К. 2009г.; Frantzides C.T., 1997г.). Патогенетическая обоснованность и адекватность стволовой ваготомии с дренирующей желудок операцией, а также значительно меньшая частота послеоперационных осложнений и низкая по сравнению с резекцией желудка летальность доказаны большим числом работ (Зубрицкий В.Ф., 2011г., Ефименко Н.А., Курьгин А.А., Стойко Ю.М., 2001г). В случае, когда перфоративное отверстие большое (более 2 см) или воспалительные ткани вокруг рыхлые, бывает проблематично добиться безопасного заживления ушитой язвы первичным натяжением. Если первая попытка закрытия дефекта оказалась неудачной, вторая также может быть несостоятельной, в таких случаях переход на резекцию желудка будет более безопасным вариантом (Темирбулатов Ш.В., 2017г.). В последние годы в лечении перфоративной гастродуоденальной язвы используются новые технологии, чаще эндоскопические. Некоторые подходы являются альтернативными, между консервативным и хирургическим лечением, например, эндоскопическое наложение клипс или стентирование (Monkemuller K., 2014г.), использование биоразлагающегося материала для закрытия дефекта в области язвы, применение мезенхимальных стволовых клеток для улучшения заживления, хотя последние методы оценены пока только экспериментально и не проверены клиническими испытаниями (Soreide K., 2015г.). Стремительное развитие малоинвазивной хирургии, в частности лапароскопических вмешательств, значительно снизили хирургическую агрессию, летальность и послеоперационные осложнения, улучшая тем самым качество жизни пациентов в послеоперационном периоде (Каримов Ш.И. 2016г.). Способ ушивания перфоративного отверстия зависит от его размеров, состояния окружающих тканей, при технических сложностях оптимально завершить операцию ушиванием из минилапаротомного доступа (Темирбулатов Ш.В., 2017г.). Одним из вариантов малоинвазивного вмешательства при перфоративной гастродуоденальной язве является сочетанное использование эндовидеохирургических технологий для ревизии и санации брюшной полости, с последующим применением мини-доступа для ушивания

перфорации (Абдуллаев М.А., и соавт.; 2010г.; Бебуришвили А.Г., и соавт, 2009г.; Гольденфарб П.Р., 2009г.; Прудков М.И., 2001г., Мусаев Г.Х., 2010г.). Видеоассистированные операции по радикализму и возможностям не уступают традиционным вмешательствам, при этом, сохраняя все преимущества миниинвазивных оперативных технологий (Абдуллаев М.А., и соавт.; 2010г.; Бебуришвили А.Г., и соавт, 2009г., Борисов А.Е., 2010г.). Эндовидеохирургические технологии позволяют своевременно и эффективно диагностировать прикрытые и атипичные формы перфорации гастродуоденальных язв, а в ряде случаев дают возможность трансформировать диагностические пособия в лечебные (Курбонов К.М., 2014г.) Однако, до сих пор не определены показания к ним, возможности их применения у различной категории больных.

Цель исследования: улучшить результаты лечения пациентов с перфоративными гастродуоденальными язвами путем использования современных методов диагностики и хирургического лечения с применением миниинвазивных технологий.

Задачи исследования:

1. Изучить факторы риска возникновения перфоративных гастродуоденальных язв.
2. Оценить возможности современных методов диагностики перфорации гастродуоденальных язв и распространенности перитонита.
3. Разработать показания и противопоказания для использования миниинвазивных методов хирургического лечения перфоративной гастродуоденальной язвы.
4. Провести сравнительный анализ результатов хирургического лечения пациентов с перфоративными гастродуоденальными язвами в раннем послеоперационном периоде при использовании традиционных и миниинвазивных методов оперативных вмешательств.
5. Изучить отдаленные результаты и качество жизни пациентов после миниинвазивного и традиционного ушивания перфоративной гастродуоденальной язвы.

Научная новизна

Внедрен диагностический алгоритм, позволяющий установить раннюю диагностику прободных пилородуоденальных язв. Сформулированы показания и противопоказания к выполнению эндовидео-ассистированного ушивания перфоративной гастродуоденальной язвы с разработкой технических приемов оперативного пособия из минидоступа с помощью набора инструментов «Мини-ассистент». Изучены отдаленные результаты миниинвазивного ушивания перфоративной гастродуоденальной язвы с последующим проведением противоязвенной эрадикационной терапии. Проведена оценка качества жизни пациентов и определена частота рецидива язвенной болезни после лапароскопического и миниинвазивного ушивания перфоративной гастродуоденальной язвы.

Практическая значимость.

На основании изучения роли и значения различных методов оперативных вмешательств доказано обоснованное применение ушивания перфоративных гастродуоденальных язв из мини-доступа. Определено, что операцией выбора при перфоративной гастродуоденальной язве, в случаях невозможности применения лапароскопической методики, является ее ушивание из мини-доступа, что не теряет преимуществ миниинвазивных вмешательств. Проведение противоязвенной терапии в послеоперационном периоде позволяет значительно сократить число рецидивов язвенной болезни, что значительно улучшает качество жизни больных в послеоперационном периоде. Качество жизни пациентов, перенесших ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы из мини-доступа, с последующей эрадикационной терапией, в сопоставимых группах характеризуется более высоким уровнем, чем у больных, перенесших традиционное ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Операцией выбора при острой перфоративной гастродуоденальной язве является ее ушивание, с использованием миниинвазивных методик.
2. Количество осложнений и летальных исходов после ушивания перфоративной гастродуоденальной язвы из мини-доступа значительно меньше, по сравнению с группой пациентов, которым выполнили резекцию желудка или ваготомию.
3. При условии проведения противоязвенного лечения в послеоперационном периоде, качество жизни больных, перенесших ушивание гастродуоденальной перфоративной язвы, остается высоким, а рецидивы наблюдаются не более чем в 2% случаев.

Апробация и реализация работы

Основные положения диссертации и результаты изложены на: заседании кафедры хирургии ИУВ ФГУ «НМХЦ им. Н.И.Пирогова», и на заседании общества хирургов г.Владимира, на III съезде Российского общества хирургов-гастроэнтерологов «Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии», 1-3 ноября 2016г., Геленджик, на XVIII съезде Российского Общества Эндоскопических Хирургов, 17.19 февраля 2015г., на XII Съезде хирургов России «Актуальные вопросы хирургии», 7-9 октября 2015г., на Всероссийском Конгрессе с международным участием «Хирургия XXI век: соединяя традиции и инновации», Москва, 2016г.

Личный вклад автора

Личный вклад автора в получении научных результатов состоит в определении направления исследования, его цели, задач, сборе материала исследования, его анализе и статистической обработке, формулировке выводов и практических рекомендаций. Автор лично принимал участие в обследовании, оперативном и консервативном лечении больных, интерпретировал результаты их обследований и лечения.

Соответствие работы паспорту научной специальности

В соответствии с формулой специальности 14.01.17- «Хирургия», согласно пункту 4 области исследования специальности, охватывающим проблемы лечения хирургического заболевания, в диссертационной работе научно обосновано использование эффективной тактики лечения пациентов с перфоративными гастродуоденальными язвами.

Публикации:

Результаты научных исследований по теме диссертации опубликованы в 4 печатных работах, в том числе 2 в изданиях, рекомендованных ВАК.

Внедрение результатов исследования

Результаты диссертационной работы внедрены в повседневную практику хирургического отделения ФГБУ «НМХЦ им. Н.И.Пирогова», отделения абдоминальной хирургии Городской Клинической Больницы Скорой Медицинской Помощи г.Владимира. Результаты диссертационного исследования используются в учебном процессе на кафедре хирургии с курсами травматологии, ортопедии и хирургической эндокринологии Института усовершенствования врачей Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медико-хирургический Центр имени Н.И.Пирогова», кафедре хирургических болезней Института последипломного образования Ивановской Государственной Медицинской Академии.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 136 странице машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, трех глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, включающего 166 отечественных и 105 зарубежных литературных источников.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования:

В основу работы положен опыт хирургического отделения НМХЦ им.Н.И.Пирогова, отделения абдоминальной хирургии ГБУЗ ВО Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г.Владимира и кафедры хирургических болезней ИПО Ивановской Государственной Медицинской академии.

В исследования вошли результаты хирургического лечения 145 пациентов с перфоративной гастродуоденальной язвой.

Среди пациентов было 121 мужчин и 24 женщин, возраст больных варьировал от 15 до 80 лет, составляя в среднем $38,3 \pm 1,7$ лет. Время от начала заболевания в контрольной группе составило $6,8 \pm 0,5$ часов, в ОГ $6,2 \pm 0,9$ часов. У 63 (46,6%) больных в обеих группах сравнения при опросе выявлялся язвенный анамнез.

Для оценки качества и эффективности хирургического лечения все пациенты с перфоративной гастродуоденальной язвой были разделены на 2 группы в зависимости от методики выполнения оперативного вмешательства:

1 группа-пациенты, которым выполнено ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы из мини-доступа (n-52). У больных этой группы переход с диагностического на лечебный этап лапароскопического вмешательства был невозможен по ряду причин.

Из 52 больных, которым выполнили ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы из мини-доступа, отмечались следующие трудности перехода на лечебный этап лапароскопического вмешательства: у 12 (23%) человек имело место «неудобное» для лапароскопического ушивания расположение язвы: на малой кривизне желудка. У 13 (25%) больных диаметр перфоративного отверстия составлял более 10 мм. У 8 (15,3%) больных выявлен плотный инфильтрат в области перфорации язвы, ввиду чего возникала необходимость накладывать широкие стежки с частичным погружением инфильтрата, что было неосуществимо лапароскопическим. У 12 (23%) пациентов имелась резко выраженная инфильтрация воспаленных краев перфоративной язвы, при попытке лапароскопического ушивания происходило прорезывание швов, что ставило под сомнение герметизм шва. У 2 (3,8%) пациентов при выполнении диагностической лапароскопии были выявлены выраженные висцеропариетальные сращения после предыдущих оперативных

вмешательств, делающие либо недоступной, либо сложной для санации пилородуоденальную зону.

Показаниями к видеоассистированному ушиванию перфоративной гастродуоденальной язвы из мини-доступа являлись:

- Отсутствие распространенного перитонита и паралитической кишечной непроходимости;
- Небольшие размеры язвенного дефекта (до 0,5 – 0,7 см);
- Локализация перфоративного отверстия по передней стенке желудка или двенадцатиперстной кишки;
- Отсутствие анамнестических, клинических, эндоскопических и лапароскопических признаков язвенного кровотечения, пилоростеноза;
- Отсутствие визуальных и морфологических признаков онкологического процесса в области перфорации.

2 группа-пациенты, которым выполнено лапароскопическое ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы (n-60).

В отдельные группы, вынесены больные, которым были выполнены резекция желудка, либо ваготомия с дренирующей желудок операцией по поводу перфоративной гастродуоденальной язвы. Резекция желудка выполнена у 28 больных. Эти пациенты составили **3 группу**.

Показанием к резекции желудка при перфоративной гастродуоденальной язве послужило:

- Сочетание перфоративной язвы желудка со стенозом выходного отдела желудка;
- Сочетание перфоративной язвы с кровотечением;
- Перфоративная язва задней стенки желудка с пенетрацией в поджелудочную железу
- Гигантская язва луковицы двенадцатиперстной кишки (диаметром более 1-1,5 см), осложненная перфорацией;
- Перфоративная язва малой кривизны желудка с признаками малигнизации;

4 группа-пациенты которым выполнена ваготомия с пилоропластикой (n-15).

По способу выполнения ваготомии и дренирующей желудка операции, больные были разделены следующим образом:

1. Селективная ваготомия с пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу-9 (60%) пациентов
2. Стволовая ваготомия с пилоропластикой по Финнею-4 (26,6%) пациентов
3. Стволовая ваготомия с пилорoduоденальным анастомозом по Джабулею-2 (13,3%) пациента

Методика обследования больных с перфоративной гастродуоденальной язвой включала: общеклинические, лабораторные, рентгенологические, ультразвуковые и эндоскопические обследования. Рентгенологическое исследование (обзорную рентгенограмму брюшной полости в положении стоя) выполняли всем больным. Присутствие свободного газа, как признака перфорации гастродуоденальной области, отмечено у 88 больных (78,5%). Ультразвуковое исследование брюшной полости выполнено у 83 (74,1%) пациентов. По данным УЗИ и интраоперационной оценке брюшной полости перитонит имел место у 108 больных (96,4%), при этом было выполнено ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы. У 58 больных (51,7%) свободная жидкость визуализировалась в пределах одной анатомической области, у 42 больных (37,5%) патологический перитониальный экссудат располагался в пределах 2-3 анатомических областей и у 8 больных (7,1%) экссудат распространялся во всех отделах брюшной полости. Эзофагогастродуоденоскопию выполняли 24 больным (21,4%), с помощью аппарата фирмы PENTAX EG-2970K. У 110 больных (98,2%) определялась перфоративная язва передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки. У 1 больного была выявлена «зеркальная» язва на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки с признаками продолжающегося кровотечения и прободная язва передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки.

Гистологическая верификация язвы выполнялась у 30 (26,7%) больных. Из них, биопсия во время выполнения ФГДС, произведена у 13 (11,6%) больных. В 8 (7,1%) случаях была выявлена аденокарцинома желудка, что потребовало выполнение субтотальной резекции желудка. В 5 (4,4%) случаях имело место гистологическая картина хронической язвы желудка, после чего была выполнена резекция 2/3 желудка по Бильрот-II.

У 17 (15,1%) пациентов выполнялась интраоперационная биопсия перфоративной язвы, с целью определения объема оперативного вмешательства. В 13 (11,6%) случаях была микроскопическая картина острой язвы двенадцатиперстной кишки. Этим больным

выполнено ушивание язвы с последующей эрадикационной терапией. У 4 (3,5%) гистологическая картина соответствовала хронической язве (в биопсийном материале участки ткани с детритом и распадающимися лейкоцитами, с гисто-лейкоцитарной инфильтрацией). Этим больным выполнено иссечение язвы с пилоропластикой и ваготомия.

Непосредственные результаты различных оперативных методик ушивания перфоративных гастродуоденальных язв

Средняя продолжительность комбинированного ушивания перфоративной гастродуоденальной язвы из мини-доступа составляла 45-50 минут. Продолжительность лапароскопического ушивания перфоративной гастродуоденальной язвы составляла от 30 до 160 минут, средняя продолжительность операции $71,8 \pm 3,9$ минут. В целом продолжительность операции определялась выраженностью явлений перитонита, наличием, либо отсутствием пареза кишечника, выраженностью периульцерозной инфильтрации. Одним из наиболее длительных этапов операции, независимо от выбранной методики вмешательства, явилась санация и дренирование брюшной полости. Наркотические анальгетики в послеоперационном периоде больным, которым выполняли ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы из мини-доступа, назначались в среднем 1 раз. Пациенты обеих групп в конце первых суток начинали вставать, активно передвигаться, предъявляли жалобы лишь на боли в месте стояния дренажа. После ушивания язвы из мини-доступа перистальтика кишечника восстанавливалась через 6-12 часов.

При исследовании болевого синдрома в течении первых суток после операции по шкале Wong-Baker суточная сумма баллов у больных КГ составила от 2 до 7, в среднем была равна $4,2 \pm 0,5$ баллов. Температура тела приходила в норму, в промежутке от 1 до 7 суток, в среднем через $3,7 \pm 0,2$ суток. Сроки пребывания в стационаре, пациентов контрольной группы варьировал от 3 до 12 койко-дней, в среднем $8,5 \pm 0,3$ койко-дней.

При исследовании болевого синдрома по шкале Wong-Baker, у пациентов которым выполнено ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы из мини-доступа, суточная сумма баллов составила от 3 до 8, в среднем $6,2 \pm 0,7$ баллов.

Сроки нормализации температуры тела в послеоперационном периоде у больных, которым выполнено ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы из мини-доступа, варьировали от 1 до 8 суток, в среднем через $3,6 \pm 0,6$ суток. Длительность пребывания в стационаре пациентов ОГ составила от 4 до 11 дней, в среднем $7,6 \pm 0,5$ койко-дней.

У 7 (13,4%) пациентов, которым выполнено ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы из мини-доступа, развивался парез кишечника, который продолжался в среднем около 2 суток. У остальных больных обеих групп сравнения перистальтика появлялась через 6-12 часов после операции. Швы снимались у больных контрольной и основной группы на 5-6 сутки после операции.

В ближайшем послеоперационном периоде у пациентов, которым выполнено ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы из мини-доступа, осложнения развились в 9 (8,8%) случаев. Абсцессы брюшной полости развились в 2 (1,9%) случаев. Им выполнены пункция и дренирование абсцессов под УЗИ контролем. Во всех случаях удалось добиться выздоровления пациентов. Несостоятельность ушитой язвы развилась в 4 (3,9%) случаях, в 3 (2,9%) наблюдениях у больных, которым выполнено ушивание язвы из мини-доступа, в 1 (0,9%) случае, у больных, которым выполнено лапароскопическое ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы. У пациентов основной группы была произведена релапаротомия, резекция желудка по Бильрот-II, у больных контрольной группы была выполнена релапаротомия, иссечение язвы, пилоропластика по Джабулею. Нагноение послеоперационной раны развилось в 3 (2,9%) случаях, у больных основной группы, и в 1(0,9%) случае у больных контрольной группы. Эвентрация пряди большого сальника развилась в 2 (1,9%) наблюдениях, в обоих случаях выполнено ушивание эвентрации под внутривенной седацией. В обоих случаях больные выписаны с клиническим улучшением (Таб.1).

Таб.1. Послеоперационные осложнения в зависимости от типа ушивания перфоративной гастродуоденальной язвы

Осложнения	Операция	
	Лапароскопическое ушивание ПГДЯ	Ушивание ПГДЯ из мини-доступа
Абсцесс бр.полости	-	2 (1,9%)
Несостоятельность	1 (0,9%)	3 (2,9%)
Нагноение раны	-	1 (0,9%)
Эвентрация	-	2 (1,9%)
Ранняя спаечная кишечная непроходимость	-	2 (1,9%)
Всего	1 (0,9)	10 (9,8%)

Наибольшее количество осложнений наблюдались после резекции желудка по Бильрот-II-7 (25%) (Таб.2). Абсцесс брюшной полости диагностирован у 2 (27,1%) больных. Обоим пациентам было выполнено пункция и дренирование абсцесса с последующим промыванием полости абсцесса. Частичное нагноение констатировали у 2 (7,1%) исследуемых. Несостоятельность гастроэнтероанастомоза отмечалась у 1 (3,5%) пациента, после резекции желудка по Бильрот-II. Тромбоэмболия возникла у 1 больного (3,5%). Летальность в данной группе составила 2 (7,1%) случая.

Таб.2- Послеоперационные осложнения после резекции желудка по поводу перфоративной гастродуоденальной язвы

Осложнения	Операция	
	РЖ по Бильрот-I	РЖ по Бильрот-II
Абсцесс бр.полости	-	2 (7,1%)
Несостоятельность	-	1 (3,5%)
Нагноение раны	-	2 (7,1%)
О.панкреатит	1 (3,5%)	1 (3,5%)
ТЭЛА	-	1 (3,5%)
Всего	1	7

Ближайшие результаты радикальных операций по поводу перфоративной перфоративной язвы характеризовались высоким процентом ранних послеоперационных осложнений-8 (28,5%). Наибольший процент осложнений был у пациентов, которым выполняли резекцию желудка по Бильрот-II.

У 15 больных с перфоративной гастродуоденальной язвой, которым были выполнены органосохраняющие операции с различными видами пилоропластик, осложнения развились у 5 (33,3%) пациентов (Таб.3). Абсцесс брюшной полости наблюдались у 2 (13,3%) больных. В обоих случаях абсцессы успешно пунктированы и дренированы под УЗИ контролем. Оба больных выписаны с клиническим выздоровлением. Несостоятельность швов наблюдали у 1 (6,6%) больного, после выполнения пилоропластики по Джабулею. Больному по экстренным показаниям была выполнена резекция желудка по Бильрот-II. Послеоперационный период осложнился нагноением раны у 1 (6,6%) пациента этой группы. Тромбоэмболию диагностировали у 1 больного (6,6%), у которого на фоне мерцательной аритмии, ожирения IV степени произошла ТЭЛА крупных ветвей легочной артерии. Летальный исход на 5-е сутки после операции. Общая летальность в данной группе составила 6,6% (1 случай).

Таб.3- Послеоперационные осложнения после ваготомии с дренирующей желудок операцией по поводу перфоративной гастродуоденальной язвы

Осложнения	Операции		
	Селективная ваготомия с пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу	Стволовая ваготомия с пилоропластикой по Финнею	Стволовая ваготомия с пилорoduоденальным анастомозом по Джабулею
Абсцесс бр.полости	1		1
Несостоятельность	1		
Нагноение раны	-	1	
ТЭЛА	1		
Всего	3	1	1

Анализируя результаты лечения больных с перфоративной гастродуоденальной язвой, которым была выполнена резекция желудка, мы пришли к выводу что исход лечения зависел от возраста больных, сроков от начала заболевания, выраженности сопутствующей патологии, длительности язвенного анамнеза и степени квалификационной подготовки хирургической бригады.

Так как основной причиной смерти пациентов с перфоративной гастродуоденальной язвой является перитонит и его осложнения, мы посчитали необходимым отдельно остановиться на способах лечения перитонита в зависимости от степени его распространенности и стадии.

Больные, которым выполнялась резекция желудка на фоне местного перитонита, осуществляли дренирование брюшной полости двумя дренажами, подведенными к зоне гастроэнтероанастомоза. Больным с диффузным перитонитом после выполнения основного этапа оперативного вмешательства выполнялось промывание брюшной полости раствором антисептиков, с дренированием брюшной полости. В послеоперационном периоде проводилась стимулирующая терапия, направленная на предотвращение пареза кишечника и профилактику абдоминального компартмент-синдрома. Наиболее тяжелые оказались пациенты, которым выполнялось оперативное вмешательство на фоне распространенного перитонита с большой давностью заболевания более 3-х суток. В данном случае резекция желудка выполнена только в одном случае, как операция «отчаяния». После выполнения основного этапа оперативного вмешательства этим больным обильно промывалась брюшная полость раствором антисептика, по возможности наложения фибрина удалялись.

Обязательным мероприятием считали выполнение назоинтестинальной интубации тонкого кишечника зондом Миллера-Эббота. В послеоперационном периоде проводилась инфузионная, антибиотикотерапия, коррекция водно-электролитных нарушений, профилактика пареза кишечника. Назоинтестинальный зонд удалялся после восстановления моторики кишечника, на 3-5 сутки.

В зависимости от степени распространенности перитонита, в нашей клинике использовались следующие схемы эмпирической антибиотикотерапии до получения результатов посева перитониального экссудата:

1. При отсутствии перитонита, либо при минимальных его проявлениях, мы ограничивались назначением цефеперазола по 2 мг по 2 раза в день, в течении 5 дней, либо сульбактам 1 мг, с обязательным проведением эрадикационной противоязвенной терапии.
2. Если интраоперационно характер перитонита определен как диффузный, то к цефалоспорином добавляли амикацин 50 мг по 2 раза в день, так же с обязательным проведением противоязвенной эрадикационной терапии
3. При распространенном перитоните в схему антибиотикотерапии добавляли метрагил по 100 мг 2 раза в день.

Все препараты вводились внутривенно и внутримышечно после получения бактериологической оценки посевов экссудата из раны и брюшной полости, назначали целенаправленную антибиотикотерапию на основании выявленного возбудителя и его чувствительности к антибиотикам.

Оценка качества жизни и отдаленных результатов у больных, перенесших оперативное вмешательство по поводу перфоративной гастродуоденальной язвы

Нами проведена сравнительная оценка отдаленных результатов лечения больных, перенесших ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы, в срок от 1 до 5 лет, у 78 (76,4%) пациента. Оценка качества жизни проводилась по шкале MOS SF-36. Больные, перенесшие комбинированное ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы, 31 человек (30,3%). Больные, перенесшие лапароскопическое ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы, 47 человек (46%).

У больных, которым выполнено комбинированное ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы показатели физического компонента здоровья незначительно меньше, чем, у пациентов которым выполнено лапароскопическое ушивание

перфоративной язвы, различия статистически достоверны. Физическое функционирование (PF) $t=7,0$, $p<0,05$; роль физических проблем (RP) $t=5,2$, $p<0,05$; общее здоровье (GH) $t=5,8$, $p<0,05$ (Таб.4).

Таб.4. Показатели физического компонента здоровья пациентов, оперированных по поводу перфоративной гастродуоденальной язвы

Показатель	Основная группа		Контрольная группа	
	Среднее значение (%)	Стандартное отклонение	Среднее значение (%)	Стандартное отклонение
Физическая работоспособность (PF)	80	11,05	78,9	10,65
Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности (RP)	48	10,1	45	9,8
Болевой синдром (BP)	54	12,1	44	11,64
Общее здоровье (GH)	87	12,21	89,52	8,58

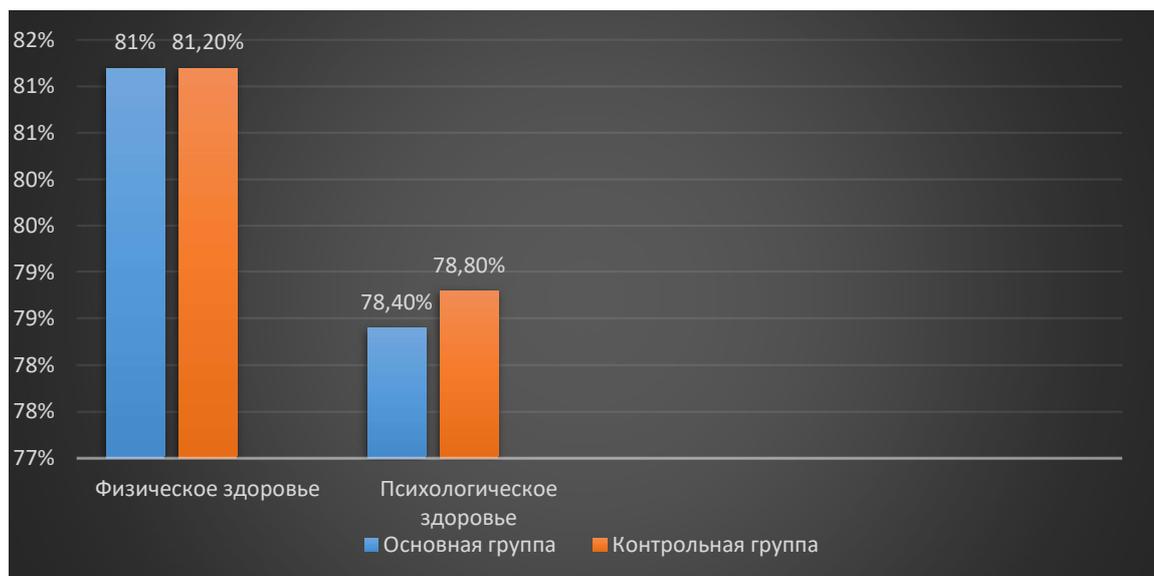
При анализе психологического состояния здоровья, нами, статистически достоверно было доказано что, данный компонент здоровья достоверно выше у пациентов после лапароскопического ушивания перфоративной гастродуоденальной язвы, чем у пациентов после комбинированного ушивания перфоративной язвы: энергичность (VT) $t=2,8$, $p<0,05$; социальная роль (SF) $t=3,5$, $p<0,05$; роль эмоциональных проблем (RE) $t=5,0$, $p<0,05$; психологическое здоровье (MH) $t=3,0$, $p<0,05$ (Таб.5).

Таб.5. Показатели психологического компонента здоровья пациентов, оперированных по поводу перфоративной гастродуоденальной язвы

Показатель	Основная группа		Контрольная группа	
	Среднее значение (%)	Стандартное отклонение	Среднее значение (%)	Стандартное отклонение
Энергичность (VT)	82	12,26	78	12,20
Социальная роль (SF)	75	11,17	74	11,18
Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (RE)	44	11,1	38	10,8
Психическое здоровье (MH)	87	12,21	89	12,3

Показатели физического компонента здоровья (PH) и психического компонента (MH) здоровья либо незначительно выше, либо такие же, как и у пациентов, которым выполнено ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы из мини-доступа (Рис.1).

Рис.1 Сопоставление физического и психологического компонентов здоровья в обеих группах



При сравнении отдаленных результатов по шкале Visick, нами было установлено, что в основной группе отмечается преобладание отличного и хорошего результата при отсутствии минимальном количестве неудовлетворительного и удовлетворительного результата. У больных основной группы отличные результаты получены в 50,6% случаев, хорошие в 9,6% случаев, по 1 (3,2%) случаю удовлетворительного и неудовлетворительного результата. Во контрольной группе преобладают отличный (82,1%) и хороший (7,1%) результаты, и отмечаются два неудовлетворительных результата и один удовлетворительный результат, потребовавших повторных оперативных вмешательств (Таб.6)

Таб.6-Структура отдаленных результатов по шкале Visick в основной и контрольной группах

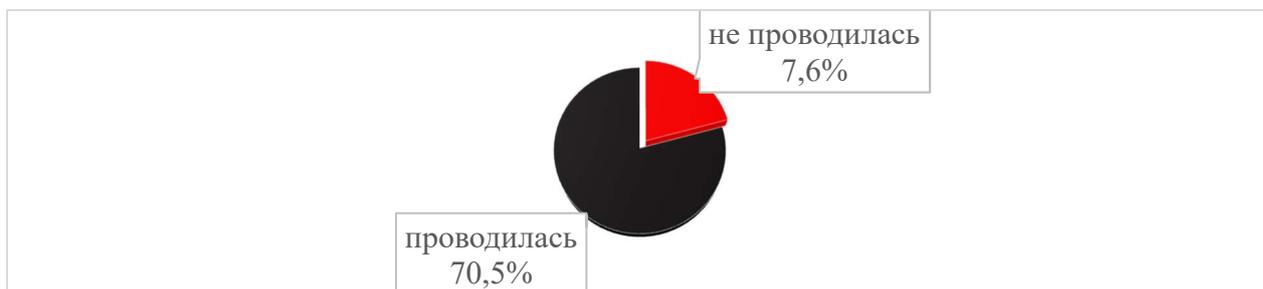
Результат	Основная группа		Контрольная группа	
	Пациенты	%	Пациенты	%
Отличный результат	25	80,6	23	82,1
Хороший результат	3	9,6	2	7,1
Удовлетворительный результат	1	3,2	1	3,5
Неудовлетворительный результат	1	3,2	2	7,1
Итого	31	100	28	100

Сравнительная оценка результатов хирургического лечения больных с гастродуоденальными язвами, осложненными перфорацией

Отдаленные результаты прослежены у 78 (76,4%) пациента. Больные, перенесшие комбинированное ушивание-31 человек (30,3%). Больные, перенесшие лапароскопическое ушивание-47 человек (46%).

Эрадикационная противоязвенная терапия проведена у 72 (70,5%) человек, из них, у 36 (46,1%) выполнено комбинированное ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы, у 42 (53,8%) выполнено лапароскопическое ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы. Эрадикационная противоязвенная терапия не проводилась, по разным причинам у 6 (7,6%) человек. Из них 4 (5,1%) перенесли комбинированное ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы, 2 (2,5%) человек после лапароскопического ушивания перфоративной язвы (Рис.2). Трехкомпонентная схема эрадикационной терапии проведена у 40 (55,5%) пациентов, двухкомпонентная схема проведена у 38 (52,7%) пациентов.

Рис.2. Соотношение больных по проведенной противоязвенной терапии



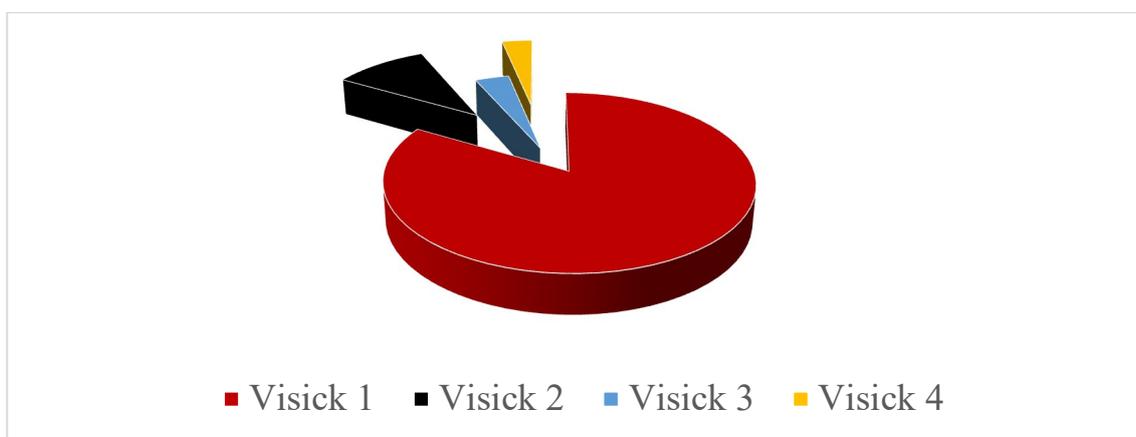
У 75% обследованных больных была выявлена выраженная контаминация *Helicobacter pylori*. У больных из группы с рецидивом язвенной, послеоперационный период характеризовался тяжелым течением, язвы трудно поддавались консервативному лечению, у 3 из них в анамнезе были эпизоды гастродуоденального кровотечения. В течение 1-го года после операции рецидив контаминации отмечен у 34 (32,9%) больных из обеих групп исследования, что потребовало повторной комбинированной терапии. Через 3 года после операции рецидив контаминации отмечен у 23 (4,8%) больных из обеих групп, через 5 лет после операции у 15 (7,4%) больных из обеих групп.

При анализе показателей шкал опросника SF-36, установлено что, у больных которым выполнено комбинированное ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы показатели физического компонента здоровья незначительно меньше, чем, у пациентов которым выполнено лапароскопическое ушивание перфоративной язвы, различия

статистически достоверны. При анализе психологического состояния здоровья, нами, статистически достоверно было доказано что, данный компонент здоровья достоверно выше у пациентов после лапароскопического ушивания перфоративной гастродуоденальной язвы.

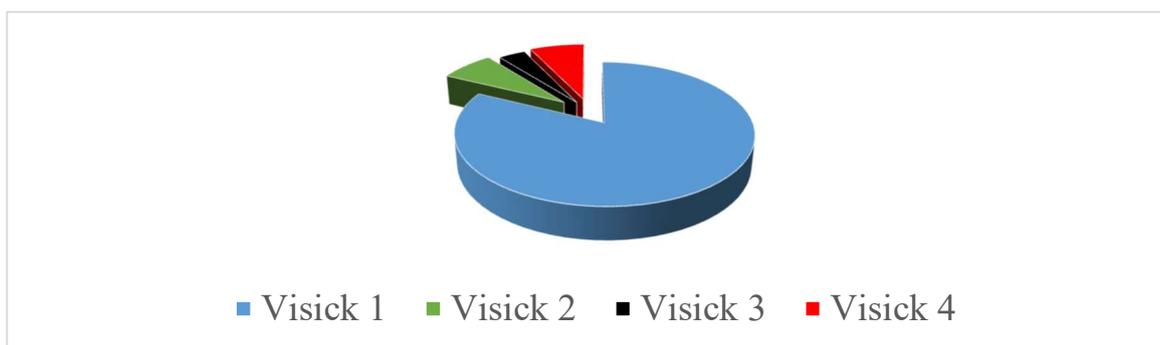
При оценки отдаленных результатов по шкале Visick получены следующие данные. В основной группе отмечается преобладание отличного и хорошего результата при отсутствии минимальном количестве неудовлетворительного и удовлетворительного результата (Рис.3).

Рис.3. Структура отдаленных результатов по Visick в основной группе (%)



Во контрольной группе преобладают отличный и хороший результаты, и отмечаются два неудовлетворительных результата и один удовлетворительный результат, потребовавших повторных оперативных вмешательств (Рис.4)

Рис.4. Структура отдаленных результатов по Visick в контрольной группе (%)



Из 3 пациентов с неудовлетворительным результатом, у 1 пациента возникла повторная перфорация гастродуоденальной язвы, потребовавшая повторного радикального вмешательства. У 1 пациента были эпизоды обострения язвенной болезни с картиной язвенного кровотечения, после проведенного комплекса противоязвенного лечения,

оперативное лечение не потребовалось. И у 1 пациента возникла клиническая картина стеноза выходного отдела желудка разной степени компенсации.

Из 10 больных с рецидивом язвенной болезни у 4 (2,8%) рецидив возник в течении первого года после перенесенного оперативного вмешательства, у 3 (3,7%) рецидив возник через 3 года после оперативного вмешательства, и у 3 (3,7%) рецидив возник через 5 лет после перенесенного оперативного вмешательства.

Отдаленные результаты после радикальных операций прослежены у 301 (100%) человек. После резекции желудка 20 человека, после ваготомии с дренирующей желудок операцией-10 человек. Отличными (Visik I) после ваготомии с дренирующей желудок операцией признаны результаты лечения у 4 (40%) больных. Хорошими (Visik II) признаны результаты лечения у 3 (30%) больных. У 1 (10%) больного мы наблюдали удовлетворительный результат лечения (Visik III). Неудовлетворительные результаты (Visik IV), получены у 2 (20%) обследованных. После резекции желудка выполненных по одной из методик отличный и хороший результаты отмечали у 6 (30%), и 5 (25%) человек соответственно. Удовлетворительные результаты наблюдали у 6 (30%) больных. Неудовлетворительные результаты наблюдали у 3 (15%) больных.

У больных перенесших комбинированное ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы, с последующей противоязвенной терапией на ФГДС-контроле выявлен рецидив язвы двенадцатиперстной кишки у 4 (6,4%) человек. Пациенты данной группы приступали к труду через 1-3 недели после вмешательства, каких-либо жалоб не предъявляли. При проведении контрольной ФГДС у пациентов, перенесших лапароскопическое ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы, у 3 (6,3%) выявлен рецидив язвенной болезни.

Все показатели качества жизни оказались схожи у пациентов основной и контрольной группы. Показатель физического здоровья в основной и контрольной группе составил 81,2%. Показатель психологического здоровья у пациентов основной группы составил 78,4%, у пациентов контрольной группы 78,8%.

При сравнении отдаленных результатов по шкале Visick, нами было установлено, что в группе пациентов перенесших комбинированное ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы отличные результаты получены у 80,6% больных, и 9,6% человек с хорошим результатом, один случай удовлетворительного результата и один случай неудовлетворительного результата. В группе пациентов, перенесших лапароскопическое ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы, преобладали также отличные

результаты (82,1%), 7,1% хороший результат, 1 случай удовлетворительного результата. Неудовлетворительный результат наблюдали в 7,1% наблюдений. Это пациенты, которым было выполнено повторное оперативное вмешательство, ввиду осложнений язвенной болезни, либо которым проводилось консервативное лечение одного из осложнений язвенной болезни, в отдаленном периоде. Нами было установлено, что проведенное противоязвенное лечение, после комбинированного ушивания перфоративной гастродуоденальной язвы, позволяет добиться стойкой ремиссии заболевания, и улучшает качество жизни пациентов. По ряду объективных причин, лапароскопическое ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы, не всегда возможно. Выходом является выполнение ушивания язвы из мини-доступа, с применением набора инструментов «Мини-Ассистент», не теряя при этом преимуществ малоинвазивной методики.

Исходя из полученных результатов отмечено, что обе группы больных репрезентативны, существенно не отличаются друг от друга продолжительностью операции. Больные в меньшей степени страдали от послеоперационных болей, что видно из количества применяемых наркотических анальгетиков. Постельный режим, количество койко-дней практически сопоставимы по длительности у пациентов контрольной и основной групп. Применение такого метода, как ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы из мини-доступа позволило нам избежать большого количества конверсий при попытке лапароскопического ушивания прободной язвы. В следствие чего мы добились уменьшения койко-дня, продолжительности операции и улучшение отдаленных результатов лечения данной категории больных.

ВЫВОДЫ

1. Патогенетическими факторами риска возникновения острых перфоративных гастродуоденальных язв являются: расстройство механизмов нервной и гуморальной регуляции, кислотно-пептическая агрессия, локальные изменения структуры слизистой оболочки и нарушение пищеварения, стрессовый фактор, конституциональный и наследственный аспекты, условия внешней среды.
2. Основой диагностической программы при перфоративной гастродуоденальной язве следует считать клинико-anamнестические данные, а также результаты рентгенологического, эндоскопического и ультразвукового исследований успешно дополняющие друг друга. Эффективность их сочетанного использования высока и достигает 95,7%.

3. При перфорации острой гастродуоденальной язвы и отсутствии распространенного перитонита, показано ушивание прободного отверстия двухрядным швом с использованием миниинвазивных технологий: лапароскопии и методики «мини-доступа». Рецидив язвенной болезни после использования щадящих технологий выявлен в 6,4% случаев.
4. При перфорации хронической язвы с коротким промежутком времени, прошедшим с момента перфорации (до 6 часов), предпочтение следует отдавать более радикальным методам хирургического лечения: при дуоденальной локализации-иссечение язвы с пилоропластикой по Джадду, в сочетании со стволовой или селективно-проксимальной ваготомией. При желудочной локализации-резекция желудка (предпочтительно по Бильрот-I), с обязательным гистологическим исследованием, с целью исключения онкологического процесса. Пострезекционные осложнения выявлены в 28,5% случаев, поставаготомические расстройства диагностированы в 17,3% случаев.
5. В случаях распространенного перитонита, источником которого явилась перфорация гастродуоденальной язвы с длительным (более 6 часов) сроком догоспитального периода, операцией выбора должна быть лапаротомия с ушиванием перфоративного отверстия, декомпрессией желудочно-кишечного тракта, тщательной санацией и дренированием брюшной полости. Рецидив язвенной болезни в данной группе составил 10,8% случаев.
6. При невозможности выполнения лапароскопического ушивания перфоративной гастродуоденальной язвы по ряду объективных причин, достойной альтернативой методу является ушивание язвы из мини-доступа, не теряя при этом преимуществ малоинвазивной методики.
7. Ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы с использованием миниинвазивных технологий, в комплексе с современной послеоперационной противоязвенной терапией, приводит к хорошим клиническим результатам и безрецидивному течению язвенной болезни в 89% случаях. Все показатели качества жизни оказались выше у пациентов, которым выполнено ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы из мини-доступа. Доказано, что у пациентов, перенесших комбинированное ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы, по шкале Visik, преобладают отличный (64%) и хороший (25,8%) результат. Полученные результаты лечения больных с перфоративной гастродуоденальной язвой показали преимущество ушивания язвы из мини-доступа, при невозможности выполнения лапароскопического вмешательства. Данный лечебно-диагностический алгоритм позволил уйти от выполнения конверсий при лапароскопических вмешательствах.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Наиболее эффективным и простым диагностическим методом при перфоративной гастродуоденальной язве является обзорное рентгенологическое исследование органов брюшной полости, при котором выявляют пневмоперитонеум-специфический признак перфорации полого органа.
2. Фиброгастродуоденоскопия, пневмогастрография, рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки с водорастворимым контрастом и компьютерная томография позволяют практически безошибочно выявить свободный газ в брюшной полости даже при атипичных локализациях язв и прикрытых перфорациях.
3. Объем операционной травмы при ваготомии и резекции желудка существенно больше, чем при ушивании перфоративной гастродуоденальной язвы. Поэтому крайне высокий операционный риск (старческий возраст пациентов, наличие тяжелых сопутствующих заболеваний в стадии декомпенсации, распространенный перитонит и полиорганная недостаточность) являются противопоказанием к их применению.
4. Видеолапароскопическое ушивание прободной гастродуоденальной язвы с санацией брюшной полости показано при наличии соответствующего оборудования, аппаратуры и подготовленной бригады хирургов. Противопоказаниями к видеолапароскопическому ушиванию являются: крайне тяжелое состояние больного, опасность создания напряженного пневмоперитонеума, выраженные местные воспалительные изменения (инфильтрат, стеноз, сочетание перфорации с желудочно-кишечным кровотечением при «зеркальных» язвах, перфорация края гигантской или пенетрирующей язвы).
5. Лапароскопически-ассистированное ушивание прободной язвы (ушивание язвы из минидоступа с лапароскопической санацией брюшной полости) технически проще, быстрее по времени, более надежно в условиях инфильтративных изменений и местном перитоните.
6. При применении миниинвазивных технологий в хирургическом лечении перфоративных гастродуоденальных язв и отсутствии осложнений, длительность госпитализации пациента сокращается до 5 суток с последующим проведением противоязвенной терапии.
7. В лечении перитонита при перфоративной гастродуоденальной язве применяется комбинированная эмпирическая антибактериальная терапия, с учетом

бактериологической оценки посевов из брюшной полости, с последующим целенаправленным назначением антибиотиков.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

А) в изданиях, рекомендованных ВАК:

1. Левчук А.Л., Абдуллаев А.Э. Сравнительная характеристика результатов лечения больных с перфоративными гастродуоденальными язвами // Вестник Национального медико-хирургического Центра им.Н.И.Пирогова.-2017.-Т.10, №4.-С.31-34.
2. Левчук А.Л., Абдуллаев А.Э. Хирургическое лечение больных с перфоративной гастродуоденальной язвой. Обзор литературы // Вестник Национального медико-хирургического Центра им.Н.И.Пирогова.-2017.-Т.10, №4.-С. 28-29.

Б) в других изданиях:

3. Абдуллаев Э.Г., Абдуллаев А.Э., Бабышин В.В. Метод комбинированного ушивания прободных язв двенадцатиперстной кишки // Материалы Всероссийской конференции «Высокие технологии в хирургии». –Махачкала.-2011.-С. 14-15
4. Абдуллаев Э.Г., Абдуллаев А.Э., Бабышин В.В. Использование малоинвазивных методов в лечении перфоративных гастродуоденальных яхв. // Материалы Всероссийского съезда хирургов.-Волгоград.-2012.-С. 19-21
5. Абдуллаев Э.Г., Бабышин В.В., Абдуллаев А.Э., Качабеков М.С. Метод комбинированного ушивания перфоративных гастродуоденальных язв // Материалы XIII Съезда эндоскопических хирургов.-Москва.-2011.-С. 51-52
6. Абдуллаев Э.Г., Левчук А.Л., Бабышин В.В., Абдуллаев А.Э.. Метод комбинированного ушивания прободных язв двенадцатиперстной кишки // Материалы XII Съезда хирургов России. –Ростов-на-Дону.-2015.-С. 17-23
7. Абдуллаев Э.Г., Бабышин В.В., Абдуллаев А.Э., Метод комбинированного ушивания перфоративных гастродуоденальных язв // Материалы XVIII Съезда эндоскопических хирургов России. –Москва.-2015.-С. 29-31.