

На правах рукописи

ООРЖАК ОРЛАН ВАЛЕРИЙОВИЧ

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ

КОМБИНИРОВАННАЯ ВАГОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ

БОЛЬНЫХ С ПЕРФОРАТИВНЫМИ

ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВАМИ

14.00.27 – хирургия

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Кемерово – 2006

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Кемеровская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», МУЗ «Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского».

Научный руководитель:

доктор медицинских наук,
профессор

Подолужный Валерий Иванович

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук,
профессор

Короткевич Алексей Григорьевич

доктор медицинских наук

Усов Станислав Александрович

Ведущая организация:

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Сибирский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Защита диссертации состоится «_____» _____ 2006 года в _____ часов на заседании диссертационного совета К 208.035.02 при ГОУ ВПО КемГМА Росздрава по адресу: 650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22а.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ ВПО КемГМА Росздрава.

Автореферат разослан «_____» _____ 2006 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор медицинских наук, профессор

Разумов А.С.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы

В Российской Федерации под диспансерным наблюдением находится свыше миллиона больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), заболеваемость составляет в среднем 5,1-5,7 на 1000 населения (Абасов И.Т., 1980; Греясов В.И. с соавт., 1995; Луцевич Э.В. с соавт., 2001.). Ежегодно выполняется около 100 тыс. плановых и экстренных операций. В настоящее время отмечается повышение количества больных язвенной болезнью ДПК (Праздников Э.Н. с соавт., 2001; Станулис А.И. с соавт., 2001; Луцевич Э.В., Праздников Э.Н., 1999).

Современная консервативная терапия у большинства больных приводит к заживлению язвы ДПК (Григорьев П.Я. с соавт., 1995; Cadiere G.V. et al., 1999). Однако после прекращения приема лекарственных препаратов или при их низких поддерживающих дозах у 30-90% пациентов возникает рецидив заболевания (Балалыкин А.С. с соавт., 1998; Емельянов С.И. с соавт., 1998; Johnson A.G., 2000).

Грозным и опасным для жизни осложнением является перфорация язвы. По данным литературы частота перфораций по отношению ко всему количеству больных язвенной болезнью колеблется от 3 до 30%, составляя в среднем 15% (Бондарев Г.А., 2003; Лобанков В.М. с соавт., 2003). Несмотря на многочисленные исследования, выбор метода и способа оперативного лечения хронической язвы ДПК остается одной из актуальных проблем гастроэнтерологии (Крапивин Б.В. с соавт., 1999; Сажин В.П. с соавт., 1999).

Небольшой объем операции ушивания перфоративных гастродуоденальных язв позволяет успешно выполнить ее современными, более совершенными методиками, в частности лапароскопическим

ушиванием перфоративного отверстия с дальнейшей санацией брюшной полости (Гуляев А.А. с соавт., 2001; Борисов А.Е. с соавт., 2000).

Развитие новых хирургических технологий, внедрение малоинвазивных эндоскопических вмешательств дали новый стимул к совершенствованию органосохраняющих способов хирургического лечения язвенной болезни ДПК. Так, в литературе появились сообщения о применении при дуоденальной язве лапароскопической ваготомии, в том числе и ее селективной проксимальной модификации (Балалыкин А.С. с соавт., 2000; Кириакиди С.Ф., Ботов А.В., 2000; Dubois R., 1991; Fasching W., 1991; Model J. et al., 1994).

Однако следует отметить, что лапароскопическая селективная проксимальная ваготомия (СПВ) методом скелетирования является длительным, технически сложным, дорогостоящим оперативным вмешательством и может успешно выполняться в специализированных лечебных учреждениях (Оноприев А.В., 1995; Емельянов С.И. с соавт., 1998; Сажин В.П. с соавт., 1999; Праздников Э.Н., 2001; Taylor T.V., Bhandarkar D.S., 1993).

В литературе имеются сообщения о возможности химической денервации кислотопродуцирующей зоны желудка - КПЗЖ (Лобанов Н.Н., 1994; Анищенко В.В., Поздняков А.В., 1999; Толстев В.К., 1999). В.И. Подолужный с соавт. (2001) экспериментально обосновали и клинически апробировали наиболее оптимальную концентрацию этилового спирта (30% водный раствор) для СПВ методом химионевролиза. В отдаленные сроки у 87,8 % больных получены отличные и хорошие результаты (Краснов О.А. с соавт., 2006).

С внедрением химической денервации были разработаны технически менее сложные и недорогостоящие модификации операции Тейлора. В.В. Анищенко и А.В. Поздняков (1999) выполнили в эксперименте, а затем и в клинике лапароскопическую заднюю стволовую ваготомию и переднюю СПВ методом химионевролиза. У 17

прооперированных пациентов с хронической язвенной болезнью ДПК в течении 6 месяцев сохранялось стойкое снижение кислотности. Н.А. Ефименко с соавт. (2001) выполнили видеолапароскопическое ушивание перфоративной язвы в сочетании с комбинированной ваготомией по Тейлору и получили отличные результаты в отдаленные сроки у 69,8 % больных. Вместе с тем операции ушивания язв пилородуоденальной зоны в сочетании с одним из видов ваготомии не получили широкого распространения из-за технической сложности и длительности выполнения операции.

Таким образом, анализ литературных данных позволяет заключить, что одним из перспективных направлений в лечении больных язвенной болезнью ДПК, является совершенствование способов ваготомии при видеолапароскопическом ушивании перфоративной пилородуоденальной язвы, что определило цель и задачи настоящего исследования.

Цель исследования

Улучшить результаты хирургического лечения больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией, путем видеолапароскопического ушивания перфоративной пилородуоденальной язвы в сочетании с комбинированной ваготомией.

Задачи исследования

1. Разработать и клинически апробировать способ видеолапароскопической комбинированной ваготомии при ушивании перфоративной пилородуоденальной язвы.
2. Оценить ближайшие клинические результаты видеолапароскопической комбинированной ваготомии при ушивании перфоративной пилородуоденальной язвы.
3. Провести сравнительный анализ кислотнопротектической

активности тела желудка у больных после видеолапароскопического ушивания перфоративной пилородуоденальной язвы в сочетании с комбинированной ваготомией, изолированного ушивания и ушивания перфоративной язвы в сочетании с селективной проксимальной ваготомией методом скелетирования малой кривизны желудка.

4. Провести сравнительную оценку моторно-эвакуаторной функции желудка после видеолапароскопического ушивания перфоративной пилородуоденальной язвы в сочетании с комбинированной ваготомией и селективной проксимальной ваготомией методом скелетирования.

5. Оценить отдаленные клинические результаты видеолапароскопического ушивания перфоративной пилородуоденальной язвы в сочетании с комбинированной ваготомией в сравнении с ушиванием перфоративной язвы в сочетании с селективной проксимальной ваготомией методом скелетирования и изолированным ушиванием.

Научная новизна

Разработан и клинически апробирован способ оперативного лечения язвенной болезни пилородуоденальной зоны (патент РФ №2268658 от 5 апреля 2004 г.). Показано, что применение видеолапароскопической комбинированной ваготомии позволяет при ушивании перфоративных пилородуоденальных язв исключить травматизацию связочного аппарата и нарушения кровоснабжения желудка, уменьшить время выполнения ваготомии, снизить количество ранних послеоперационных осложнений с 7,0% до 2,5%. Установлено, что видеолапароскопическое ушивание перфоративных пилородуоденальных язв в сочетании с комбинированной ваготомией адекватно снижает кислотнопротеолитическую активность тела желудка, не приводит к клинически значимым моторно-эвакуаторным

нарушениям функции желудка, предупреждает рецидив заболевания и снижения качества жизни в течение 3 лет после операции.

Практическая значимость

Разработан и внедрен в клиническую практику способ видеолапароскопической комбинированной ваготомии при ушивании перфоративных пилородуоденальных язв, позволяющий не травмировать связочный аппарат и кровоснабжение желудка, улучшить ближайшие и отдаленные результаты лечения.

Внедрение результатов работы

Основные результаты исследования внедрены в клиническую практику хирургических отделений МУЗ «ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского», г. Кемерово, в учебный процесс кафедры госпитальной хирургии ГОУ ВПО КемГМА Росздрава и кафедры хирургии, урологии, эндоскопии и оперативной хирургии ГОУ ДПО ГИУВ Росздрава, г. Новокузнецк.

Положения, выносимые на защиту

1. Видеолапароскопическая комбинированная ваготомия при ушивании перфоративных пилородуоденальных язв является малотравматичным оперативным вмешательством, позволяет адекватно снизить кислотопродуцирующую функцию желудка и не приводит к моторно-эвакуаторным нарушениям желудка в течение 3 лет после операции.

2. Применение видеолапароскопической комбинированной ваготомии при ушивании перфоративных пилородуоденальных язв позволяет предупредить рецидив заболевания и снижение качества жизни оперированных больных.

Апробация работы

Основные положения диссертации доложены и обсуждены на научно-практической конференции "Ведомственная медицина" (Кемерово, 2004), городском научном обществе хирургов (Кемерово, 2004, 2005), региональной научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием «Проблемы медицины и биологии» (Кемерово, 2006).

Публикации

По материалам диссертации опубликовано 10 печатных работ, в том числе 1 патент на изобретение и 2 методические рекомендации.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 125 страницах машинописного текста, иллюстрирована 9 таблицами и 32 рисунками, состоит из введения, обзора литературы, трех глав, содержащих результаты собственных исследований, заключения, выводов и практических рекомендаций. Список литературы включает 205 наименований (120 отечественных и 85 иностранных авторов).

Личный вклад

Анализ литературных данных по теме диссертации, оперативное лечение всех больных основной группы и 10% больных контрольной группы, сбор и систематизация первичных клинических материалов, анализ результатов с их статистическая обработка и написание работы выполнены лично автором.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования

Клинический материал работы составили результаты хирургического лечения 83 больных обоего пола в возрасте от 15 до 67 лет с

перфоративными пилородуоденальными язвами (ППДЯ), оперированных в хирургическом отделении № 1 МУЗ «ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского», г. Кемерово, за период с 1998 по 2006 гг. Все больные были ретроспективно разделены на две группы - контрольную и основную.

В контрольной группе (КГ, n=43; 51,8%) выполнялась СПВ методом скелетирования при ушивании ППДЯ в период с 1998 по 2001 гг. В основной группе (ОГ, n=40; 48,2%) выполнялась видеолапароскопическая комбинированная ваготомия при ушивании ППДЯ в период с 2002 по 2006 гг.

Критерии включения:

1. Размеры перфоративного отверстия не более 1,0 см.
2. Наличие хронической язвы.
3. Отсутствие стеноза выходного отдела желудка или кровотечения из язвы.
4. Длительность перитонита не более 24 часов (реактивная стадия перитонита).
5. Информированное согласие больного на ваготомию

Критерии исключения:

1. Размеры перфоративного отверстия более 1,0 см.
2. Симптоматическая язва.
3. Стеноз выходного отдела желудка или высокая вероятность его возникновения в дальнейшем в результате ушивания и рубцевания язвы, кровотечение из язвы.
4. Наличие тяжелой сопутствующей патологии.
5. Токсическая и терминальная стадия перитонита.
6. Ранее перенесенные операции на верхнем этаже брюшной полости.

Обе группы больных были сопоставимы по полу (рис. 1), возрасту (табл. 1), стадии перитонита, клинической картине заболевания.

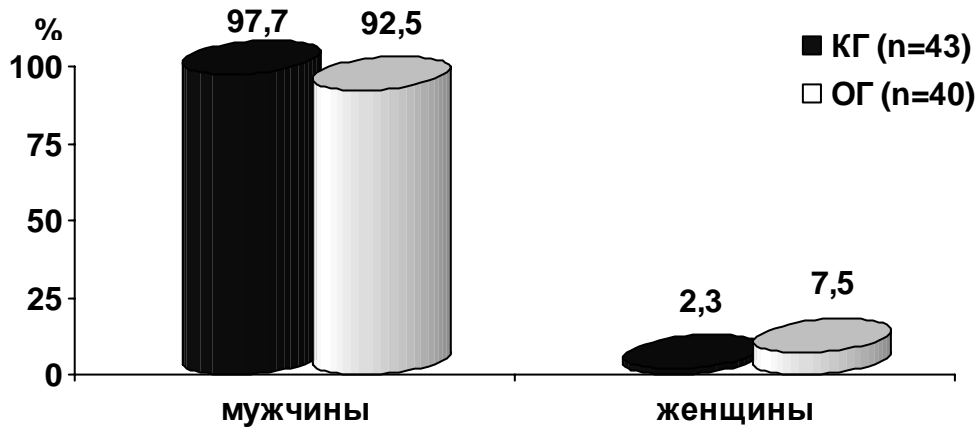


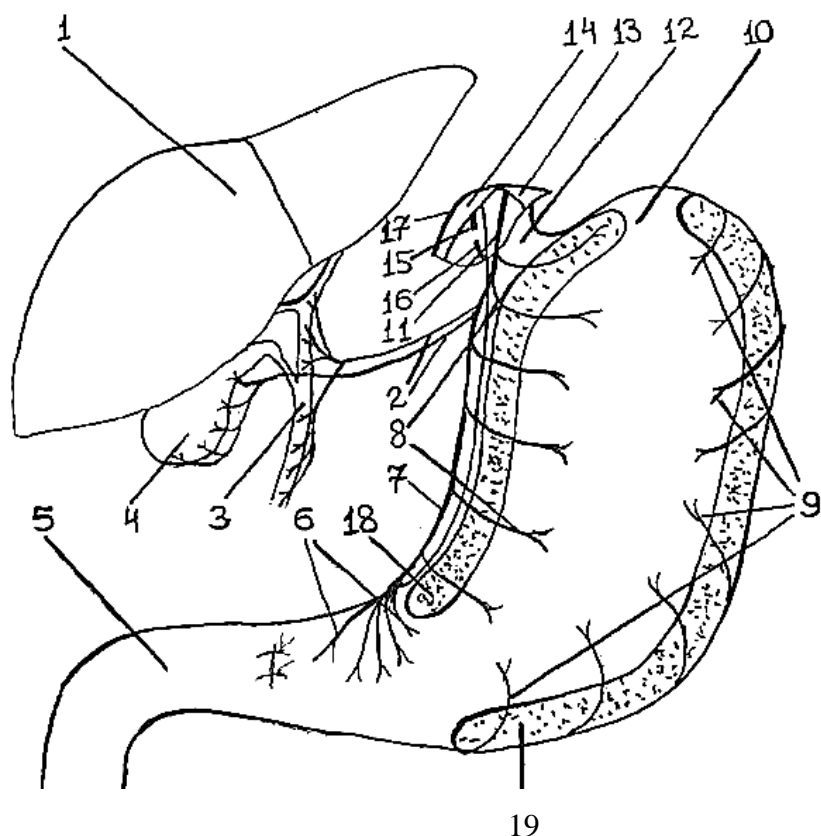
Рис. 1. Распределение больных по полу в контрольной группе (КГ) и основной группе (ОГ)

Таблица 1

Распределение больных по возрасту

Возраст, лет	Количество больных			
	КГ (n=43)		ОГ (n=40)	
	абс.	%	абс.	%
От 15 до 20	5	11,6	4	10,0
От 21 до 30	18	41,9	14	35,0
От 31 до 40	14	32,6	13	32,5
От 41 до 50	3	7,0	4	10,0
От 51 до 60	2	4,6	4	10,0
Свыше 61	1	2,3	1	2,5
Средний возраст	40,7±3,1		34±2,5	

Разработанный способ видеолапароскопической комбинированной ваготомии при ушивании ППДЯ включает в себя заднюю стволовую ваготомию и переднюю расширенную селективную проксимальную ваготомию методом химической денервации (рис. 2).



1 - печень; 2 - печеночные веточки переднего блуждающего нерва; 3 - общий желчный проток; 4 - желчный пузырь; 5 - двенадцатиперстная кишка; 6 - "гусиная лапка"; 7 - основной ствол переднего нерва Латаржье; 8 - желудочные ветви переднего блуждающего нерва; 9 - парасимпатические нервы по ходу желудочносальниковых артерий; 10 - желудок; 11 - передний блуждающий нерв; 12 - пищевод; 13 - левая ножка диафрагмы; 14 - правая ножка диафрагмы; 15 - проксимальный конец заднего блуждающего нерва; 16 - дистальный конец заднего блуждающего нерва; 17 - рассеченная париетальная брюшина; 18 - субсерозный инфильтрат вдоль малой кривизны желудка; 19 - субсерозный инфильтрат вдоль большой кривизны желудка.

Рис. 2. Схема комбинированной ваготомии

Показания и противопоказания к операции были такими же как критерии включения и исключения.

Для выполнения операции использовали 4 порта. После создания пневмоперитонеума в двух стандартных точках (в параумбиликальной и эпигастральной областях) вводили троакары диаметром 10 мм для лапароскопа и ретрактора. Место введения третьего троакара (d=5мм) определяли в зависимости от направления оси пилоробульбарной зоны (рис. 3).

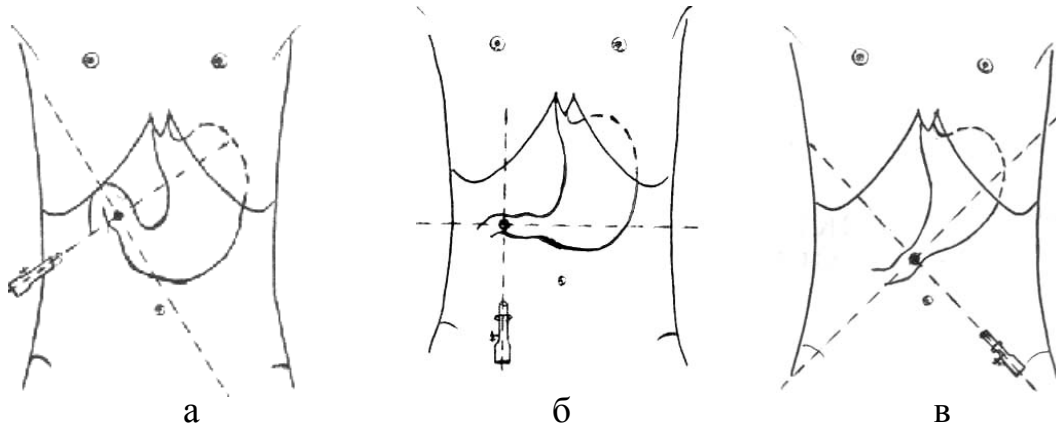


Рис. 3. Место введения троакара для иглодержателя при косовосходящем (а), горизонтальном (б), косонисходящем направлении (в) оси пилоробульбарной зоны.

Для удобства работы и наложения швов в поперечном к кишке направлении третий троакар вводили так, чтобы угол между осью, проходящей через пилоробульбарную зону, и осью инструмента был близок к прямому. Последним вводили троакар ($d=5\text{мм}$) для вспомогательного инструмента. Угол между инструментами, введенными в 3-й и 4-й троакары, был от 20° до 45° . Осуществляли ревизию брюшной полости, оценивали выраженность перитонита, локализацию и диаметр перфоративного отверстия, выраженность язвенного инфильтрата.

Для ушивания использовали атравматичный рассасывающийся материал (полисорб 2-0). Ушивание производили через все слои в один ряд узловыми швами. Чаще всего достаточно 1-2 швов. Иглу вкалывали, отступя от края перфоративного отверстия на 1 см, и обязательно выкалывали через перфоративное отверстие. Далее через него же выкалывали на противоположной стороне в 1 см от края перфоративного отверстия. Завязывание узла осуществляли интракорпорально. Особое значение придавали санации брюшной полости. Первоначально осуществляли аспирацию выпота одновременно с ревизией брюшной полости. После ушивания перфоративного отверстия проводили окончательную тщательную санацию брюшной.

Электрокрючком дугообразным разрезом длиной 4-6 см рассекали париетальную брюшину на 0,5 см кпереди от пищеводного отверстия диафрагмы. С помощью мягкого зажима, введенного через троакар в левом подреберье, и диссектора, введенного через троакар в правом подреберье, тупо разделяли клетчатку между пищеводом, аортой и правой ножкой диафрагмы. Выделяли задний ствол блуждающего нерва, коагулировали его на протяжении 1 см и пересекали с помощью ножниц, то есть выполняли заднюю стволовую ваготомию.

Далее зажимом Беккокка, введенным через троакар в левом подреберье, захватывали переднюю стенку желудка. Пункционной иглой, введенной в правом подреберье, несколькими вколами на серозной оболочке передней стенки желудка вводили субсерозно 30% водный раствор этилового спирта с красителем (26,1 мл этилового спирта + 73,7 мл дистиллированной воды + 0,2 мл индигокармина) и формировали субсерозный инфильтрат шириной 2,0-2,5 см вдоль малой кривизны проксимальной трети антрума, тела, кардиального отдела и дна желудка. При этом не допускали распространения окрашенного инфильтрата на малый сальник и проксимальные веточки "гусиной лапки", обеспечивая селективную химическую денервацию желудочных ветвей переднего ствола блуждающего нерва с сохранением печеночных ветвей и основного ствола переднего блуждающего нерва, проходящих в малом сальнике.

Пункционной иглой из нескольких вколов на серозной оболочке передней стенки желудка вдоль большой его кривизны начальной части антрального отдела, тела и дна желудка формировали субсерозный инфильтрат шириной 2,0-2,5 см введением 30% водного раствора спирта с красителем, то есть выполняли расширенную СПВ методом химической денервации передней стенки желудка.

Операцию заканчивали дренированием брюшной полости двумя трубчатыми дренажами, подведенными в полость малого таза и правое

подпеченочное пространство. Удаляли троакары с инструментами из брюшной полости и производили послойное ушивание ран.

Проводилось динамическое диспансерное наблюдение на 7 - 14 сутки, через 0,5 – 2 гг. и 2 - 3 гг. после операции. Выполнялось: фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) с взятием мазков-отпечатков слизистой желудка на предмет обсемененности *Helicobacter pylori*, рентгенологическое исследование желудка и ДПК, определение среднесуточной кислотнo-протеолитической активности (КПА) тела желудка диффузионным способом определения кислотности, сопряженным с исследованием протеолиза в верхних отделах пищеварительного тракта (Горшков В.А. с соавт., 1988). Больным ОГ дополнительно проводилась суточная внутрижелудочная рН-метрия («Гастроскан 24», НПО «Исток», г. Фрязино).

Для оценки влияния различных методов ваготомии на КПА тела желудка обследованы 20 здоровых пациентов, не имеющих клинико-анамнестических проявлений патологии желудка и ДПК, и 12 пациентов, кому была выполнена операция изолированного ушивания ППДЯ без применения ваготомии.

Для изучения качества жизни в отдаленные сроки после операции пациентов опрашивали по схеме А.Н. Visick (1948).

Полученные в ходе исследований количественные показатели были обработаны методом вариационной статистики. Результаты исследования представлены в виде среднего значения (M) и ошибки средней (m). При нормальном распределении (по критерию Колмогорова-Смирнова) достоверность различий показателей между группами оценивали с помощью t-критерия Стьюдента. Различие между группами считалось достоверным при $p < 0,05$, который рассчитывался с помощью программ «Biostatistics 4.03» Стентона А. Гланца и «Statistica 6.0» фирмы «StatSoft, Inc» на персональном компьютере.

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Время операции в КГ составило $98,8 \pm 3,9$ минуты, непосредственно ваготомии - $49,0 \pm 3,1$ минут. В ОГ длительность операции составила $105 \pm 4,7$ минут, ваготомии – $29,8 \pm 1,3$ минуты соответственно. Из приведенных данных следует, что на выполнение операции ушивания перфоративной язвы в сочетании с ваготомией у больных сравниваемых групп требуется практически равное время, а непосредственно на комбинированную ваготомию приходится в 1,6 раза меньше времени, чем на СПВ методом скелетирования ($p < 0,05$). При этом не травмируется связочный аппарат и не нарушается кровоснабжение желудка. У больных ОГ интраоперационных осложнений не было, тогда как в КГ было 1 осложнение - перфорация стенки желудка при выполнении скелетирования малой кривизны. Летальных исходов в обеих группах не было.

Таким образом, видеолапароскопическая комбинированная ваготомия при ушивании перфоративных язв является малотравматичным оперативным вмешательством.

В КГ ранние послеоперационные осложнения были у 3 (7,0%) больных, а в ОГ – у 1 (2,5%) пациента. Это осложнение (эрозии слизистой малой кривизны желудка) у пациента ОГ связано с нарушением техники выполнения химической денервации - было произведено более глубокое введение раствора этилового спирта в стенку желудка.

Моторно-эвакуаторную функцию желудка в ближайшем послеоперационном периоде исследовали рентгенологическим методом. Для оценки степени нарушения эвакуации бариевой взвеси использовали классификацию Н.А. Лепорского, К.В. Широковой (1959). Полученные результаты представлены на рисунке 4, из которых видно, что видеолапароскопическая комбинированная ваготомия не вызывает в послеоперационном периоде клинически значимые моторно-эвакуаторные

нарушения в отличие от СПВ методом скелетирования, которая вызвала у 16,3% больных нарушения эвакуации.

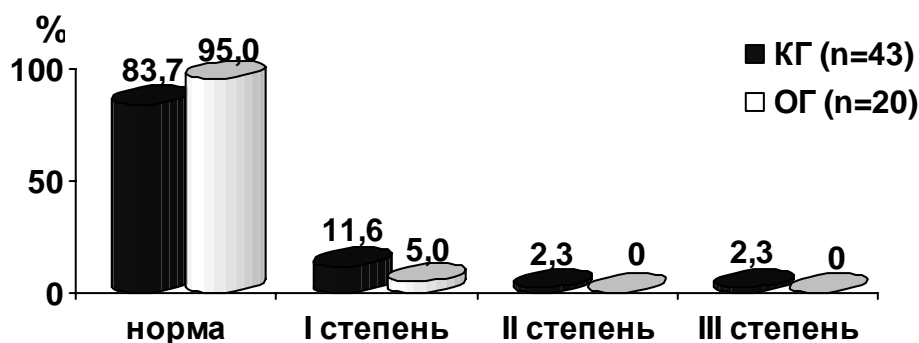
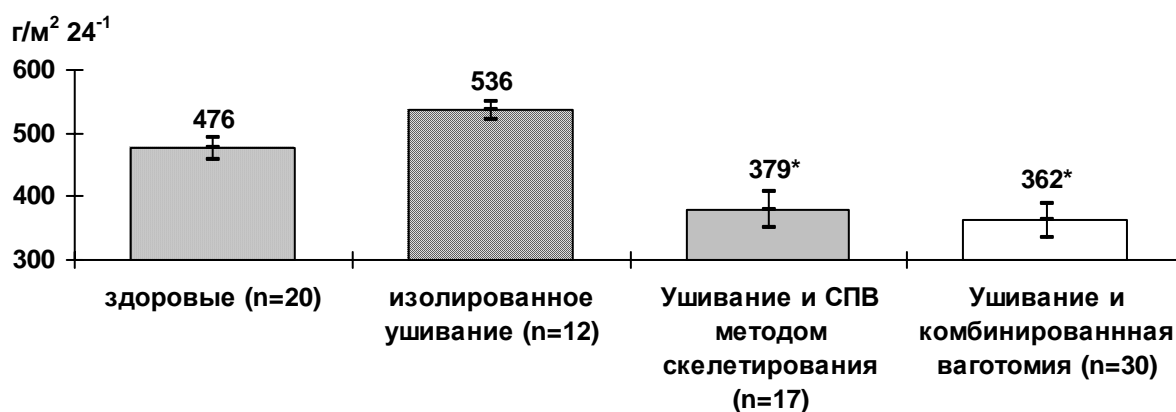


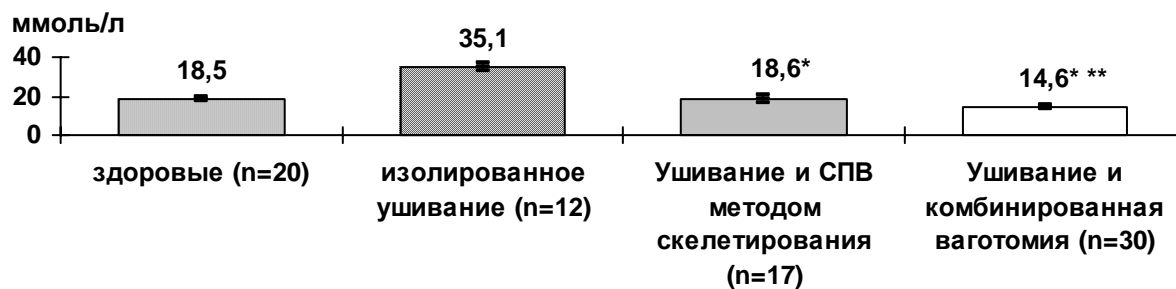
Рис. 4. Нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка в ближайшем послеоперационном периоде у больных КГ и ОГ

Результаты исследования КПА тела желудка (рис. 5 и 6) показали, что видеолапароскопическая комбинированная ваготомия, также как СПВ методом скелетирования достоверно снижает КПА в ближайшем послеоперационном периоде по сравнению с изолированным ушиванием и показателями здоровых людей.



* $p < 0,05$ – по сравнению с изолированным ушиванием и показателями здоровых людей

Рис. 5. Протеолитическая активность тела желудка у здоровых людей и на 7-14 сутки после операции ушивания ППДЯ



* $p < 0,05$ – по сравнению с больными после операции изолированного ушивания,
 ** $p < 0,05$ – по сравнению с показателями здоровых людей.

Рис. 6. Кислотная активность тела желудка у здоровых людей, больных после изолированного ушивания и на 7-14 сутки после операции ушивания ППДЯ

Таким образом, видеолaparоскопическая ваготомия при ушивании перфоративной пилородуоденальной язвы по эффективности снижения КПА тела желудка не уступает СПВ методом скелетирования. В течение 3 лет агрессивность желудочного сока остается на низком уровне и не превышает КПА здоровых людей (табл. 2).

Таблица 2
 КПА тела желудка в раннем и отдаленном послеоперационном периоде

Сроки наблюдения	Протеолиз, $\text{г}/\text{м}^2 \text{24}^{-1}$		Концентрация соляной кислоты, ммоль/л	
	КГ	ОГ	КГ	ОГ
7-14 сутки	$379 \pm 27,6^*$ (n=17)	$362 \pm 27,2^*$ (n=30)	$18,6 \pm 2,2$ (n=17)	$14,6 \pm 1,0^*$ (n=30)
0,5 - 2,0 года	$385 \pm 18,4^*$ (n=15)	$391 \pm 15,2^*$ (n=16)	$15,0 \pm 2,1$ (n=15)	$14,5 \pm 1,1^*$ (n=16)
2,1 – 3,0 года	$403 \pm 21,8^*$ (n=17)	$401 \pm 18,0^*$ (n=8)	$16,8 \pm 2,1$ (n=17)	$14,6 \pm 0,5^*$ (n=8)
Здоровые (норма)	$476 \pm 17,6$ (n=20)		$18,5 \pm 1,0$ (n=20)	

* $p < 0,05$ – по сравнению с показателями здоровых людей

Это подтверждается и результатами суточной внутрижелудочной рН-метрии, которая отражает стойкое снижение кислотности в теле и дне желудка в течении 3 лет после видеолапароскопической комбинированной ваготомии при ушивании перфоративных пилородуоденальных язв (табл. 3).

Таблица 3

Результаты внутрижелудочной рН-метрии у больных основной группы в отдаленном периоде (n=24)

Сроки наблюдения	Область измерения		
	Антральный отдел	Тело	Дно
0,5- 2,0 года (n=16)	7,3±0,1	3,9±0,2	2,7±0,4
2,1 – 3,0 года (n=8)	7,2±0,2	3,8±0,3	2,7±0,3
Норма	2,0-8,0	1,5-2,0	1,5-2,0

У больных ОГ процент нарушений эвакуации снизился с 5,0% на 7-14 сутки до 0% в отдаленные сроки после операции, а у больных КГ этот показатель уменьшился с 16,3% до 11,8% (рис. 7). Это доказывает, что видеолапароскопическая комбинированная ваготомия не вызывает клинически значимых моторно-эвакуаторных нарушений желудка в отдаленные сроки после операции.

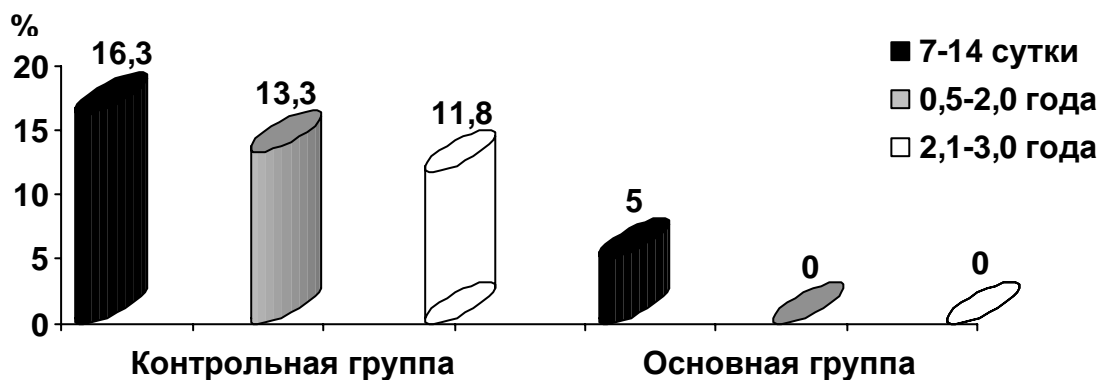


Рис. 7. Послеоперационные нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка

Результаты ФГДС показали, что видеолапароскопическая комбинированная ваготомия при ушивании перфоративной пилородуоденальной язвы предупреждает рецидив заболевания в течение 3 лет после операции, тогда как после СПВ методом скелетирования рецидив заболевания составил 6,2%, а после изолированного ушивания - 16,6% (рис. 8).

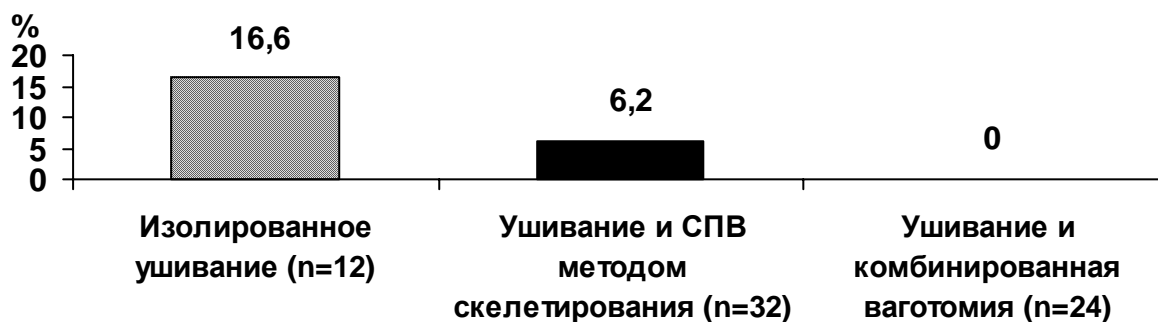


Рис. 8. Рецидив заболевания у оперированных больных

После из стационара больным была рекомендована амбулаторная эрадикационная терапия и исследование слизистой желудка на предмет инфицированности *Helicobacter pylori*.

Установлено, что инфицированность слизистой желудка в отдаленные сроки после операции у пациентов сравниваемых групп достоверно не отличается и выявляется у 92-94% прооперированных больных. Однако только 45,8% этих больных получали эрадикационную терапию, при этом практически ни один не получал адекватную и полноценную терапию, что было обусловлено игнорированием больными рекомендаций врачей.

При оценке качества жизни пациентов по схеме Visick в отдаленные сроки после операции статистически достоверной разницы не выявлено - отличные и хорошие результаты получены у больных КГ в 90,7%, а у пациентов ОГ в 96% случаев (рис. 9).

Таким образом, видеолапароскопическая комбинированная ваготомия, непосредственно воздействуя на этиопатогенетический фактор язвенной болезни (высокая КПА желудка), улучшает ближайшие и

отдаленные результаты лечения больных с ППДЯ и предупреждает снижение качества жизни в отдаленные сроки после операции.

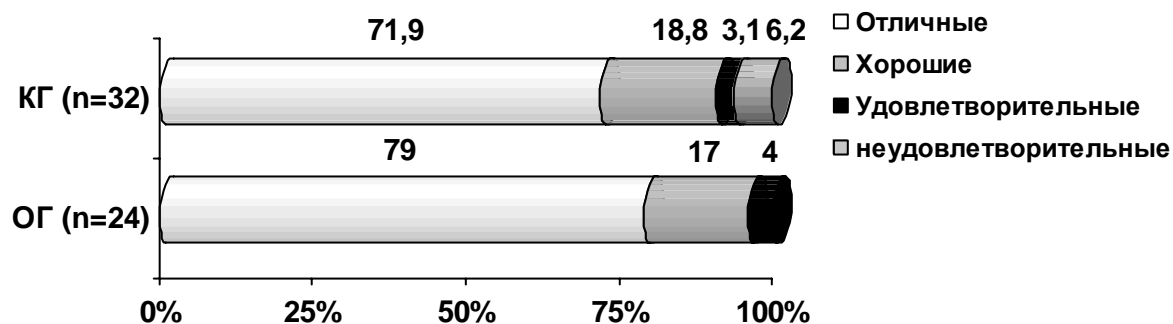


Рис. 9. Результаты оценки качества жизни у больных в отдаленные сроки после операции

Послеоперационный койко-день в ОГ составил $6,7 \pm 0,13$ суток ($n=40$), тогда как в КГ - $10,1 \pm 1,2$ суток ($n=43$, $p < 0,05$), то есть уменьшался в среднем в 1,6 раза, что доказывает малую травматичность видеолапароскопической комбинированной ваготомии при ушивании перфоративной пилородуоденальной язвы по сравнению с ваготомией методом скелетирования.

ВЫВОДЫ

1. Разработан способ видеолапароскопической комбинированной ваготомии при ушивании перфоративной пилородуоденальной язвы, позволяющий исключить травматизацию связочного аппарата, нарушения кровоснабжения желудка, и сократить время выполнения ваготомии в сравнении с селективной проксимальной ваготомией методом скелетирования малой кривизны с 49 минут до 30 минут.

2. Видеолапароскопическая комбинированная ваготомия при ушивании перфоративной пилородуоденальной язвы позволяет снизить количество ранних послеоперационных осложнений с 7,0 до 2,5%, а продолжительность послеоперационного койко-дня с 10 до 7 суток в

сравнении с селективной проксимальной ваготомией методом скелетирования при лапаротомном ушивании перфоративной язвы.

3. Видеолапароскопическая комбинированная ваготомия при ушивании перфоративной пилородуоденальной язвы обеспечивает статистически достоверное снижение кислотно-протеолитической активности тела желудка в течение трех лет после операции по сравнению с изолированным ушиванием и достоверно не отличается от такового после селективной проксимальной ваготомии методом скелетирования.

4. Видеолапароскопическая комбинированная ваготомия не вызывает клинически значимых моторно-эвакуаторных нарушений желудка в течение трех лет после ушивания перфоративной пилородуоденальной язвы операции в отличие от селективной проксимальной ваготомии методом скелетирования, вызывающей нарушения у 12% прооперированных больных.

5. Применение видеолапароскопической комбинированной ваготомии при ушивании перфоративной пилородуоденальной язвы предупреждает снижение качества жизни больных и возникновение рецидива язвенной болезни в течение 3 лет после операции, после изолированного ушивания рецидив возникает у 16,6%, а после селективной проксимальной ваготомии методом скелетирования - у 6,2% прооперированных больных при равной инфицированности слизистой желудка *Helicobacter pylori*.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для достижения стойкого и адекватного снижения кислотнопротеолитической активности желудка при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки целесообразно проводить видеолапароскопическую комбинированную ваготомию (заднюю стволовую и переднюю расширенную селективную проксимальную ваготомию методом химической денервации).

2. Для предупреждения рецидивов язвенной болезни двенадцатиперстной кишки операцию видеолапароскопического ушивания перфоративной пилородуоденальной язвы следует дополнять комбинированной ваготомией, которая не вызывает клинически значимых моторно-эвакуаторных нарушений желудка и двенадцатиперстной кишки по сравнению с селективной проксимальной ваготомией методом скелетирования.

Публикации по теме диссертации

1. Противопоказания к лапароскопическому ушиванию перфоративных пилородуоденальных язв / О.В. Ооржак, О.А. Краснов, В.И. Подолужный и др. // Многопрофильная больница: проблемы и решения: материалы Всероссийской науч.-практ. конф. - Ленинск-Кузнецкий, 2003. - С. 199-200.

2. Возможности и перспективы применения технологии химиневролиза при лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / В.И. Подолужный, О.А. Краснов, О.В. Ооржак и др. // Медицина в Кузбассе. - 2004. - № 3 - С. 38-40.

3. Ваготомия в лечении перфоративных дуоденальных язв / О.А. Краснов, О.В. Ооржак, В.И. Подолужный и др. // Медицина в Кузбассе. - 2004. - Вып. 4. - С. 109-110.

4. Способ оперативного лечения язвенной болезни пилородуоденальной зоны: пат. 2268658 Рос. Федерация: МПК⁷ А61В 17/00/ О.А. Краснов, О.В. Ооржак, В.С. Старых.; заявитель и патентообладатель Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово. - № 2004110285/14; заявл. 05.04.04; опубл. 27.01.06, Бюл. № 3 (11 ч.). - 6 с.

5. Хирургическая тактика при перфоративных дуоденальных язвах / О.В. Ооржак, О.А. Краснов, В.И. Подолужный и др. // Ведомственная медицина: сб. тез. науч.-практ. конф. - Кемерово,

2004. - С. 52.

6. Ооржак, О.В. Видеолапароскопическая комбинированная ваготомия в лечении перфоративных пилородуоденальных язв: метод. рекомендации / О.В. Ооржак, О.А. Краснов. - Кемерово, 2005. - 15 с.

7. Ооржак, О.В. Видеолапароскопическое ушивание перфоративных язв пилородуоденальной зоны: метод. рекомендации / О.В. Ооржак, А. В. Шабунин, О.А. Краснов. - Кемерово, 2005. - 16 с.

8. Краснов, О.А. Современные тенденции в хирургическом лечении перфоративных дуоденальных язв / О.А. Краснов, Д.Н. Греков, О.В. Ооржак // Медицина в Кузбассе. - 2005. - Вып. 1. - С. 141-142.

9. Краснов, О.А. Показания к лапароскопическому ушиванию перфоративных пилородуоденальных язв / О.А. Краснов, О.В. Ооржак // Эндоскопическая хирургия. - 2005. - № 1. - С. 70.

10. Краснов, О.А. Пятилетний опыт выполнения видеолапароскопической комбинированной ваготомии в лечении больных с перфоративными пилородуоденальными язвами / О.А. Краснов, О.В. Ооржак // Сб. тез. X Юбилейного международного конгресса по эндоскопической хирургии. - Москва, 2006. - С. 110-111.

Список сокращений

ДПК	- двенадцатиперстная кишка
КГ	- контрольная группа
КПА	- кислотно-протеолитическая активность
КПЗЖ	- кислотопродуцирующая зона желудка
ОГ	- основная группа
ППДЯ	- перфоративная пилородуоденальная язва
СПВ	- селективная проксимальная ваготомия
ФГДС	- фиброгастродуоденоскопия

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии

www.gastroscan.ru/literature/