

На правах рукописи

Шмушкович Тимур Борисович

“Лапароскопическая ваготомия и антрумэктомия из
минидоступа в лечении больных осложненной
язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки”.

14.00.27 - Хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени кандидата
медицинских наук

Москва, 2008

Работа выполнена в ГОУ ВПО «Московский Государственный медико-стоматологический университет» (*Ректор – заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук профессор Янушевич О.О.*)
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию Российской Федерации

Научный руководитель:
Доктор медицинских наук,
профессор

Гольдберг Александр Петрович

Официальные оппоненты:

Заслуженный деятель науки РФ,
Доктор медицинских наук,
профессор

Брискин Бенуан Семенович

Доктор медицинских наук,
профессор

Глабай Владимир Петрович

Ведущее учреждение: *Российский Государственный медицинский университет.*

Защита диссертации состоится «___» _____ 2008 г. в 14 часов на заседании диссертационного Совета Д.208.041.02. ГОУ ВПО «Московский Государственный медико-стоматологический университет» Росздрава по адресу: 127473, Москва, ул. Делегатская, д. 20/1

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ ВПО МГМСУ Росздрава по адресу (125206, г. Москва, ул. Вучетича, д. 10а).

Автореферат разослан «___» _____ 2008 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
доктор медицинских наук,
профессор

УРТАЕВ Б. М.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования

Последние десятилетия по данным большинства российских хирургических клиник, отмечены неуклонным ростом заболеваемости язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (Савельев В.С. 1995, Панцырев Ю.М. 2001, Луцевич Э.В. 2002, Гольдберг А.П. 2005). Наряду с увеличением общего числа больных язвенной болезнью статистически достоверно нарастает частота таких ее осложнений, как гастродуоденальные кровотечения, пилородуоденальные стенозы и перфорации (Гринберг А.А. 1998, Затевахин И.И. 2001, Панцырев Ю.М. 2001, Станулис А.И. 2002, Луцевич Э.В. 2002). Об актуальности данной темы свидетельствуют показатели летальности, которые составляют при язвенных кровотечениях 12 – 14%, при перфоративных язвах 10 -13% и при пилородуоденальных стенозах 7 – 9%. Высоким остается уровень осложнений послеоперационного периода, как со стороны других органов и систем, так и со стороны желудочно-кишечного тракта (Кармаза А.П. 1995; Карякин А.М. 1995; Бугаев А.И. 1996; Будневский В.И. 1996, Гринберг Л.Л. 1998; Затевахин И.И. 2001, Панцырев Ю.М. 2001, Станулис А.И. 2002, Луцевич Э.В. 2002). Следует отметить, что в целом ряде разделов неотложной абдоминальной хирургии в последние годы достигнут значительный прогресс, что связано с развитием видеоэндоскопической хирургии (Емельянов С.И. 1999; Луцевич Э.В., Праздников Э.Н. 2001, Шаповальянц В.Н. 2001; Станулис А.И. 2002).

В этой связи большой интерес представляет комплексное применение в хирургическом лечении осложненной дуоденальной язвы эндохирургических малотравматичных оперативных вмешательств, в том числе резецирующих, в сочетании с лапароскопической ваготомией. Остаются неясными вопросы выбора метода оперативного лечения осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, определение показаний и противопоказаний к их выполнению, оценка непосредственных и отдаленных результатов, разработка собственных модификаций и усовершенствование уже имеющихся методик. В современных условиях, на наш взгляд, чрезвычайно важным является группа организационно – методических вопросов и экономических

аспектов применения эндохирургических методов лечения больных с осложнениями язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Выше изложенное, определило актуальность настоящего исследования.

Цель исследования

Улучшить результаты лечения осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки путем разработки и дифференцированного применения различных вариантов лапароскопически ассистированных резецирующих операций.

Задачи исследования

1. Разработать технические и методологические аспекты выполнения различных лапароскопически ассистированных резецирующих операций при осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.
2. Внедрить методы лапароскопической ваготомии в сочетании с антрумэктомией из минидоступа в различных модификациях в клиническую практику у больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, характеризующуюся осложненным течением. Определить показания и противопоказания к этим операциям.
3. Исследовать непосредственные результаты применения этих методов у больных с осложненным течением язвенной болезни, изучить среднюю продолжительность операции, частоту развития послеоперационных осложнений, длительность послеоперационного периода и нетрудоспособности по сравнению с традиционными, «открытыми» методами.
4. Оценить эффективность отдаленных результатов использования различных вариантов лапароскопически ассистированных резецирующих операций у больных с осложненным течением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и влияние этих методов на

моторно-эвакуаторную и секреторную функцию желудка в сравнении со стандартными способами.

Научная новизна исследования

Впервые разработаны методы лапароскопической ваготомии в сочетании с антрумэктомией из минидоступа у больных с осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, оценены их непосредственные и отдалённые результаты, определены показания и противопоказания к их применению. Изучено воздействие этих методов на секреторную и моторно-эвакуаторную функцию желудка.

Практическая ценность исследования

В результате проведенного исследования были разработаны и внедрены различные способы видеолапароскопической ваготомии с антрумэктомией из минидоступа при осложненной дуоденальной язве в условиях хирургического стационара. Показано, что разработанные методы связаны с незначительным увеличением времени операции, приводят к снижению травматизма оперативного вмешательства, количества послеоперационных осложнений, уменьшению длительности пребывания больных в стационаре, сокращению сроков временной нетрудоспособности и,

тем самым, существенно влияют на эффективность лечения и качества жизни больных.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Лапароскопическая ваготомия в сочетании с антрумэктомией из минидоступа при осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки не связаны с существенным увеличением времени операции, сопровождаются снижением частоты и тяжести интраоперационных и послеоперационных осложнений. Применение их приводит к сокращению послеоперационного койко-дня и длительности периода послеоперационной реабилитации в сравнении с традиционными «открытыми» хирургическими способами.

2. Лапароскопическая ваготомия в сочетании с антрумэктомией из минидоступа показаны при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной стенозом в стадии субкомпенсации и декомпенсации, пенетрацией, а так же при наличии их комбинации.

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

Внедрение результатов

Полученные результаты нашли практическое применение в хирургических отделениях Городских клинических больниц №№ 68, 70 г. Москвы.

Основные положения диссертации используются при проведении лекций и практических занятий для студентов, клинических интернов и ординаторов на кафедре факультетской хирургии № 2 ГОУ ВПО МГМСУ Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию Российской Федерации.

Апробация работы

Материалы диссертационной работы доложены на Научно-практической конференции хирургов, посвященной 70-летию кафедры хирургических болезней и клинической ангиологии (май 2007) и на расширенном заседании кафедры факультетской хирургии № 2 лечебного факультета и кафедры хирургических болезней и клинической ангиологии стоматологического факультета ГОУ ВПО МГМСУ Росздрава с участием ординаторов и городских интернов ГКБ № 70 (июнь 2007).

Публикации по теме диссертации.

По теме диссертации опубликовано 7 печатных работ, в том числе одна в журнале, рекомендуемом ВАК РФ.

Объем, структура диссертации.

Диссертация носит клинический характер, изложена на 140 страницах машинописи, иллюстрирована 8 таблицами и 49 рисунками и состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов и практических рекомендаций. В диссертации приведены ссылки на работы 137 отечественных и 104 зарубежных авторов. Работа выполнена на кафедре факультетской хирургии № 2 ГОУ ВПО МГМСУ Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию Российской Федерации (Зав. кафедрой, д.м.н. профессор Хатьков И.Е.)

Содержание работы

Клинический материал настоящего исследования составили данные о 109 больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной пилородуоденальным стенозом, пенетрацией, а также их сочетанием. Все больные находились в хирургических отделениях ГКБ № 70 с 1992 по 2006 годы. Больных мужского пола (рис. 1) было 73 (66,4%), женского – 36 (33,6%).

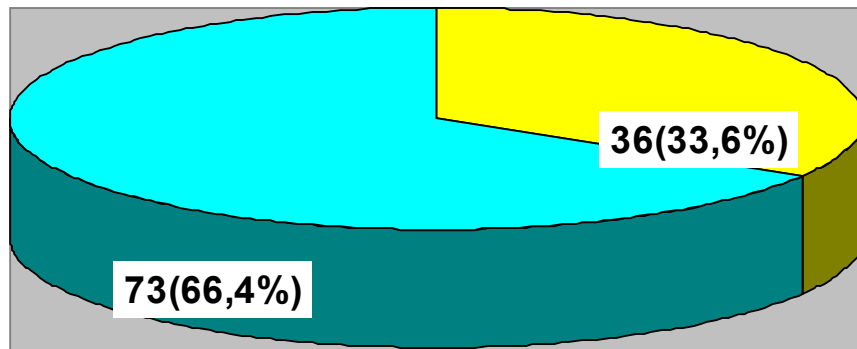


Рис.1. Распределение больных по полу

■ Женщины ■ Мужчины

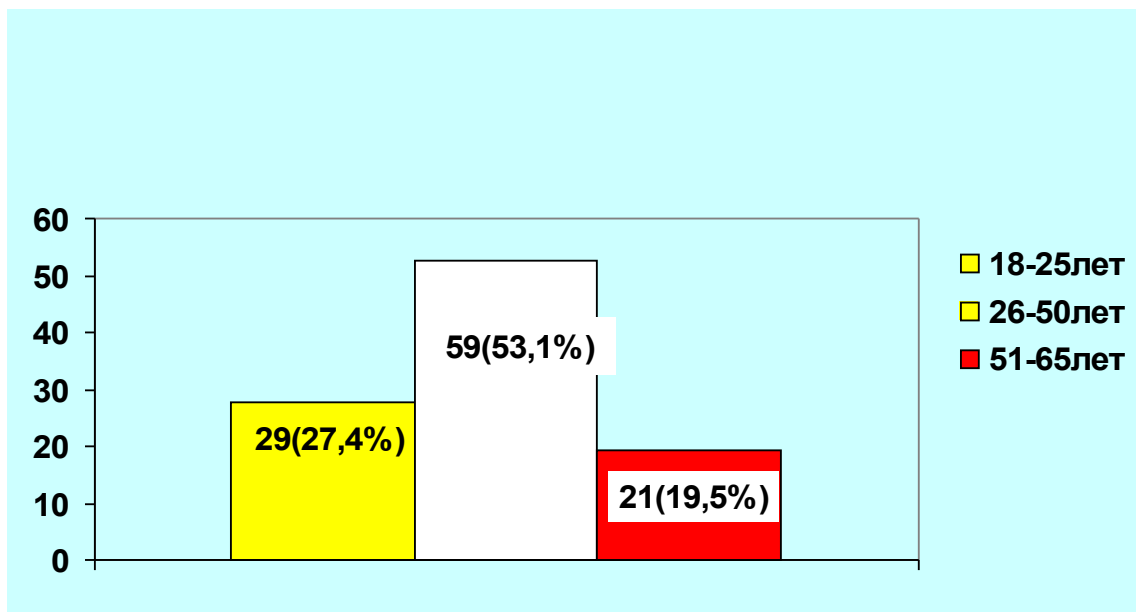


Рис.2 Распределение больных по возрасту.

Пациентов в возрасте от 18 до 25 лет (рис. 2) было 29(27,4%), от 26 до 50 лет – 59 (53,1%), от 51 до 65 лет 21 (19,5%). Средний возраст больных составил $44 \pm 3,4$ года.

Из 109 больных с осложненной дуоденальной язвой пилородуоденальный стеноз отмечен у 32 (29,4%), пенетрация у 36(33,1%) и комбинированные осложнения имели место у 41(37,6%) .Ваготомия с антрумэктомией из стандартного, лапаротомного доступа выполнена у 75 (68,8%), а

видеолапароскопическая ваготомия с антрумэктомией из минидоступа у 34 (31,2%) пациентов.

Методы обследования больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки включали общеклинические, лабораторные, рентгенологические, ультразвуковые и эндоскопические методики, а также способы исследования кислотопродуцирующей и моторно-эвакуаторной функции желудка.

Непосредственные результаты лечения оценивались нами по частоте развития послеоперационных осложнений, длительности послеоперационного койко-дня, результатам исследования желудочной секреции, моторики и эвакуации, а так же данных эзофагогастродуоденоскопии. Отдаленные результаты лечения больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки оценивались нами по схеме Visick и шкале «качества жизни» ВОЗ.

Среди большого числа вариантов резецирующих операций, использующихся при осложненной язве двенадцатиперстной кишки, мы отдаем предпочтение двум методам: первому способу Бильрота и методу Ру. При язвенных стенозах, пенетрациях, а также при комбинированных их осложнениях, возникают показания к резецирующим оперативным вмешательствам.

Этими показаниями являются: наличие субкомпенсированного и декомпенсированного пилородуоденального стеноза, а также выраженная гиперпродукция соляной кислоты в первую и вторую фазы желудочной секреции, когда выполнение ваготомии не сможет обеспечить стойкую и длительную гипоцидность желудочного содержимого, и, следовательно, может в ближайшем послеоперационном периоде привести к рецидиву язвообразования. При выполнении резецирующей операции следует учитывать наличие комбинированных осложнений дуоденальной язвы. Так, при сочетании язвенной пенетрации и пилородуоденального стеноза с массивным язвенным инфильтратом, от проведения операции по первому способу Бильрота, а также от типичной обработки культи двенадцатиперстной кишки следует воздержаться в пользу выполнения метода Ру с обработкой антральной культи «на выключение». Показанием к операции Ру мы считаем также наличие тяжелого дуоденогастрального рефлюкса, декомпенсированного пилородуоденального стеноза, «трудной»,

или атипично формируемой дуоденальной культи, а так же наличие признаков нарушения дуоденальной проходимости, как в ходе предоперационного обследования, так и результате интраоперационной видеолапароскопической ревизии двенадцатиперстной кишки и дуодено-еюнального перехода. По этой причине, считаем обязательной видеолапароскопическую ревизию связки Трейца.

При выполнении видеолапароскопически ассистированных резецирующих операций у больных с осложненным течением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки достаточно часто клиницисты сталкиваются с невозможностью применения стандартных методов обработки дуоденальной культи. К этим ситуациям относятся: наличие массивного периульцерозного инфильтрата, грубый рубцово-спаечный процесс с вовлечением близлежащих органов, обширная пенетрация язвы в головку поджелудочной железы, «низкие» постбульбарные язвы. При наличии комбинированных осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки необходимо использовать тот или иной способ атипичного формирования дуоденальной культи, в том числе и один из способов «на выключение». Большинство этих методов представлены способами, в основе которых лежит ассиметричное выкраивание из антрального отдела желудка различных по конфигурации фрагментов, которыми укрывается просвет двенадцатиперстной кишки. Методика Якубовичи обеспечивает высокий герметизм укрытия культи за счет серозно-серозной адаптации тканей. Однако, и этот метод имеет существенный риск несостоятельности из-за того, что при формировании двух циркулярных лоскутов правая желудочная артерия и правая желудочно-сальниковая артерия оказываются вовлеченными в эти циркулярные лоскуты, что приводит к их сдавлению, нарушению кровотока, и как следствие к ишемии дистальной части сформированной культи. В этой связи нами предложена модификация способа Якубовичи, позволяющая сохранить адекватное кровоснабжение на всех участках формируемой культи. После принятия решения о выполнении операции на «выключение» производится пересечения антрального отдела желудка с оставлением его культи длиной 4 см по малой и большой кривизне, при этом правая желудочно-сальниковая артерия должна быть полностью сохранена на всем протяжении от

привратника до края антральной культи. Далее производится тщательная демукоизация оставшегося антрального отдела и гемостаз из подслизистого слоя антральной культи. При помощи двух прямых зажимов производится встречное скручивание краев культи. По достижению герметизма и адаптации антральной культи, последняя фиксируется за счет сшивания краев лоскута серозно-мышечными узловыми синтетическими швами. В результате мы формируем антральную культю с адаптацией однородных тканей, высокой степенью герметизма и надежности с адекватным кровоснабжением на всем ее протяжении.

Определяя показания и противопоказания к выполнению тех или иных малоинвазивных эндохирургических операций мы исходили из результатов предоперационного исследования желудочной секреции аспирационным методом, внутрижелудочной РН-метрии, а так же изучения желудочной моторики и эвакуации.

С субкомпенсированным или декомпенсированным пилородуоденальным язвенным стенозом нами оперировано 32 больных, при этом 21 пациенту были выполнены традиционные оперативные вмешательства («открытая ваготомия с антрумэктомией»), а 11 больным, составившим основную группу, малоинвазивные эндохирургические операции - лапароскопическая ваготомия с антрумэктомией из минидоступа. По возрастному, половому составу длительности язвенного анамнеза и стадиям пилородуоденального стеноза эти группы были равнозначны. Следует отметить, что у большей части пациентов течение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки характеризовалось выраженной гиперсекрецией, прежде всего за счет повышения кислотопродукции в базальную фазу. Вместе с тем, у 15 (13,3%) больных в результате обследования была обнаружена гиперсекреция как в первую (БПК), так и во вторую (МПК) фазу. По данным РН-метрии у всех больных наблюдалась выраженная гиперацидность и непрерывное кислотообразование. Моторно-эвакуаторная функция желудка и двенадцатиперстной кишки изучалась традиционным рентгенологическим методом с исследованием пассажа бария через 6, 12 и 24 часа, а также сонографическим способом, при этом регистрировались следующие параметры: наличие содержимого в желудке натощак, нижняя граница желудка, толщина мышечной стенки антрального

отдела желудка, частота сокращений антрального отдела в минуту, скорость желудочной эвакуации.

В контрольной группе из 21 операции в 12 случаях была произведена селективная или стволовая ваготомия с антрумэктомией в модификации Ру, а в 9 – по первому способу Бильрота. В основной группе после проведения видеолапароскопической стволовой или селективной ваготомии у 8 больных выполнена антрумэктомия из минидоступа по способу Ру, а у 3–х по первому способу Бильрота.

С пенетрацией язвы двенадцатиперстной кишки было 36 пациентов. При этом традиционные оперативные вмешательства при лапаротомии выполнялись 24, а малоинвазивные видеоэндоскопические операции 12 больным. В контрольной группе пациентам выполнялась стволовая или селективная ваготомия в сочетании с антрумэктомией в модификации по Ру - 13, а по первому способу Бильрота - 11 больным. В основной группе 12 больным выполнен тот или иной вариант видеолапароскопической ваготомии в сочетании с антрумэктомией из минидоступа в модификации Ру - 7, а по первому способу Бильрота - 5 .

Комбинированные осложнения язвы двенадцатиперстной кишки отмечены нами у 41 пациента. При этом традиционные оперативные вмешательства при лапаротомии выполнялись 30, а малоинвазивные видеоэндоскопические операции 11 больным. В контрольной группе пациентам выполнялась стволовая или селективная ваготомия в сочетании с антрумэктомией в модификации Ру - 19, а по первому способу Бильрота - 11 больным. В основной группе 11 больным выполнен тот или иной вариант лапароскопической ваготомии в сочетании с антрумэктомией из минидоступа в модификации Ру - 7, а по первому способу Бильрота - 4 .

При использовании стандартных методов оперативных вмешательств нами были отмечены следующие интраоперационные осложнения: в одном наблюдении при выполнении двусторонней стволовой ваготомии имело место повреждение капсулы селезенки, что потребовало выполнения спленэктомии. Развитие данного осложнения мы связываем с избыточной тракцией и натяжением большой кривизны желудка, необходимой для идентификации переднего ствола блуждающего

нерва. У одного больного при выполнении антрумэктомии в ходе мобилизации малой кривизны развилось кровотечение из левой желудочной артерии, связанное с соскальзыванием лигатуры. Данное интраоперационное осложнение было купировано повторным взятием левой желудочной артерии на зажимы и лигированием последней.

В ходе выполнения видеолапароскопической медикаментозно-термической ваготомии нами было отмечено одно интраоперационное осложнение, связанное с дефектом хирургической техники при рассечении малого сальника. При этом была повреждена артерия до 1,5 мм в диаметре, идущая от малой кривизны желудка к прекардиальной клетчатке. В этой ситуации потребовалась конверсия доступа, была произведена лапаротомия и остановка кровотечения. После этого операция была продолжена в обычном порядке.

Течение ближайшего послеоперационного периода у больных, которым выполнялись традиционные оперативные вмешательства характеризовались следующими особенностями: нагноения и серомы послеоперационной раны развились у 3 пациентов (4,1%); несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки осложнила течение послеоперационного периода в 2 наблюдениях (2,66 %). У одного из этих больных затем развилась несостоятельность малой кривизны желудка. Оба пациента оперированы повторно, и после длительного стационарного лечения были выписаны с выздоровлением. Имел место один летальный исход (1,33%), связанный с развитием тотального панкреонекроза. Послеоперационная пневмония была диагностирована в 1 наблюдении (1,33%). Явления постваготомического гастростаза имели место у 4(5,3%) больных, все они получали консервативное лечение, что привело к восстановлению желудочной моторики и эвакуации.

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

гастростаза, которые были купированы консервативными мероприятиями. Развитие данного осложнения мы связываем, скорее всего, с повреждением моторных ветвей блуждающего нерва («гусиной лапки» нерва Латерже), которые могли иметь место в период клинического освоения методики. Других осложнений послеоперационного периода, а также летальных исходов нами не отмечено. Следует отметить, что применение малоинвазивных операций сопровождалось гладким течением послеоперационного периода у 91,3% больных.

Обращает на себя внимание снижение общей частоты послеоперационных осложнений с 16,1% в контрольной группе, до 8,7% в основной, а также значительное сокращение вариантов осложнений и их выраженности. Всем больным на 10 - 15 сутки после операции проводилось исследование желудочной секреции аспирационным методом. Результаты изучения желудочной секреции приведены в таблице 1.

Таблица 1. Показатели желудочной секреции у больных с осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в ближайшем послеоперационном периоде.

Хирургическое лечение осложненной язвенной болезни ДПК с использованием методов	Фаза желудочной секреции	
	БПК м.моль.НС1 в час	МПК м.моль.НС1 в час
Открытых (n -75)	4,3±0,8	14,3±2,4
Малоинвазивных (n – 34)	4,6±0,9	15,8±3,1

Как видно из представленной таблицы 1, у больных с использованием малоинвазивных эндохирургических методов в ближайшем послеоперационном периоде отмечалась существенная редукция кислотообразования, достигающая в базальную фазу $59,8 \pm 6,7\%$, а в стимулированную фазу $56,7 \pm 7,8\%$.

Всем больным после операции и перед выпиской проводилось изучение желудочной моторики и эвакуации

стандартным рентгенологическим методом и ультразвуковым способом.

Результаты изучения желудочной моторики и эвакуации ультразвуковым методом приведены в таблице 2.

Таблица 2. Характер моторно-эвакуаторной функции желудка у больных с осложненной дуоденальной язвой в ближайшем послеоперационном периоде.

Хирургическое лечение осложненной язвенной болезни ДПК с использованием методов	Характер желудочной эвакуации		
	Ускоренная	Нормальная	Замедленная
Малоинвазивных (n-34)	31,2%	64,3%	4,5%
«Открытых» (n-75)	36,7%	61,4%	1,9%

Как видно из таблицы 2, характер и выраженность моторно-эвакуаторных нарушений после традиционных, «открытых» методов и малоинвазивных способов оперативных вмешательств существенно не отличаются друг от друга.

Средняя продолжительность видеолапароскопической ваготомии с антрумэктомией из минидоступа составила $158,3 \pm 13,4$ мин., при использовании традиционных «открытых» операций $124,6 \pm 8,7$ мин соответственно.

В результате проведенной работы нами отмечено, что благодаря низкой операционной травматичности малоинвазивных вмешательств, невысокой частоте развития послеоперационных осложнений, имелась небольшая продолжительность послеоперационного койко-дня ($10,6 \pm 5,5$ дня) в сравнении с традиционными, «открытыми» операциями ($19,7 \pm 6,8$ дня).

При выполнении на 10 – 12 сутки послеоперационного периода эзофагогастродуоденоскопии после малоинвазивных оперативных вмешательств нами не отмечено появления раннего рецидива язвообразования, эндоскопических признаков желудочной гиперсекреции и дуоденогастрального рефлюкса.

Применение малоинвазивных вмешательств при пилородуоденальном стенозе сопровождалось значительным сокращением периода реабилитации по сравнению с таковым после традиционных, «открытых» операций, который составил $21,3 \pm 4,3$ и $32,6 \pm 6,7$ суток соответственно.

Таким образом, анализ непосредственных результатов применения лапароскопических малоинвазивных операций у больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, показал, что применение этих методов сопровождается снижением частоты и тяжести послеоперационных осложнений, приводит к сокращению койко-дня и периода послеоперационной реабилитации. Данные способы не отличаются высокой хирургической сложностью, не приводят к значительному удлинению времени оперативного вмешательства, не требуют специального дорогостоящего оборудования, что делает выполнение этих операций возможным в широкой сети хирургических стационаров. В раннем послеоперационном периоде эти операции сопровождаются адекватным снижением показателей агрессивности кислотно-пептического фактора и не сопровождаются повышением частоты развития моторно-эвакуаторных нарушений со стороны желудка и двенадцатиперстной кишки, объединяемых термином «болезни оперированного желудка».

Отдаленные результаты лечения больных с осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, оценивались нами по схеме Visick и шкале качества жизни ВОЗ у 67 больных. Кроме клинических критериев, при анализе отдаленных результатов, мы большое значение придавали эзофагогастродуоденоскопии, рентгенологическому исследованию желудка, сонографическому изучению желудочной моторики и эвакуации. Анализу подвергались так же результаты изучения секреторной функции желудка. Сроки наблюдения за больными составили от 6 месяцев до 5 лет.

Анализ отдаленных результатов применения видеолапароскопических малоинвазивных операций и традиционных «открытых» способов в лечении осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки представлен на рис. 3, 4.

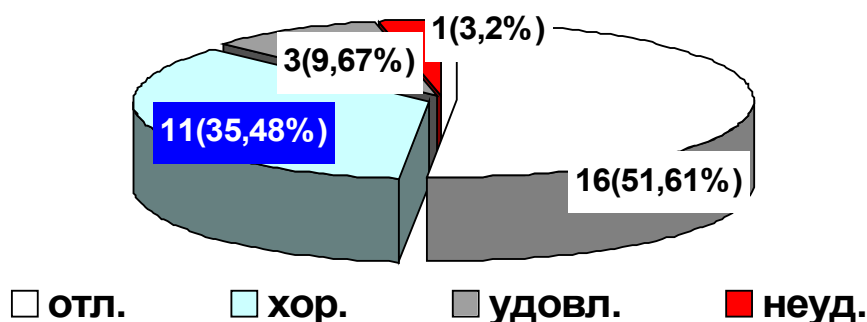


Рис. 3 Отдаленные результаты лечения осложненной язвенной болезни ДПК в основной группе

Из диаграммы 3 видно, что после малоинвазивных лапароскопических операций у больных с осложненной дуоденальной язвой отличные результаты получены у 16 (51,61%), хорошие – у 11 (35,48%), удовлетворительные - у 3 (9,67%) и неудовлетворительные - у 1 (3,2 %) больного. Следует отметить, что проявления демпинг-синдрома, диареи, рефлюкс-гастрита отсутствовали. Рецидив язвы отмечен у одного больного (неудовлетворительный результат).

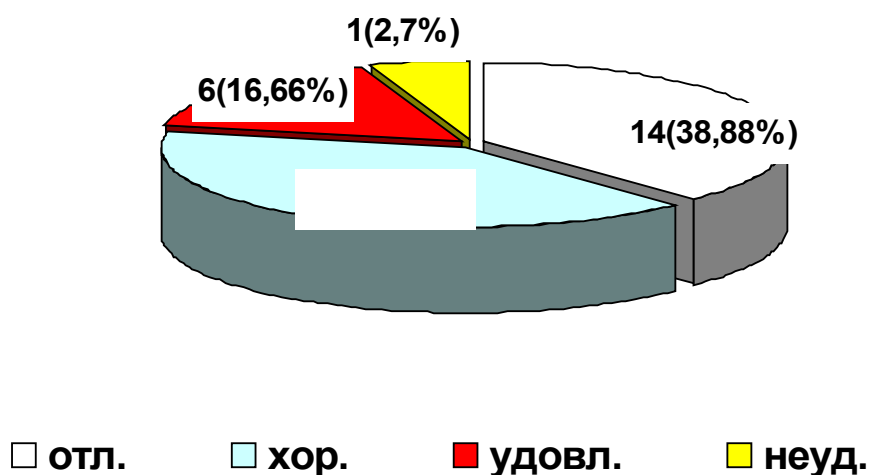


Рис. 4 Отдаленные р-ты лечения осложненной язвенной болезни ДПК в контрольной группе.

У больных с осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, после традиционных «открытых» оперативных вмешательств (рис.4) отличные

результаты отмечены у 14 (38,8%) пациентов, хорошие – у 15 (41,6%), удовлетворительные – у 6 (16,6%), и неудовлетворительные – у 1 (2,7%). Рецидив язвенной болезни (неудовлетворительный результат) диагностирован у одного больного

Изучая отдаленные результаты качества жизни по шкале ВОЗ у больных контрольной группы их снижение, нередко было связано с собственно выполненной лапаротомией. Так, у двух больных, перенесших нагноение раны с ее вторичным заживлением сформировались послеоперационные вентральные грыжи, потребовавшие в одном случае грыжесечения с пластикой собственными тканями, а в другом – с использованием полипропиленового аллотрансплантата. В одном наблюдении отмечена спаечная болезнь, по этой причине больной был дважды оперирован с диагнозом «острая спаечная кишечная непроходимость» через 1 год и 1,5 года после ранее выполненного вмешательства.

В результате анализа исследования полученного с помощью опросника SF-36 ВОЗ у больных, оперированных по поводу осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки с применением малоинвазивных методов лечения отмечено более высокое качество жизни

Таким образом, в результате выполненного исследования мы пришли к заключению, что применение лапароскопической ваготомии и антрумэктомии из минидоступа в лечении осложненной дуоденальной язвы не сопровождается существенным удлинением времени оперативного вмешательства, не приводит к повышению частоты, тяжести послеоперационных осложнений, и характеризуется адекватной редукцией кислотообразования, минимальными моторно-эвакуаторными нарушениями, ранней активизацией пациентов, сокращением периода послеоперационной реабилитации, длительности пребывания больного в стационаре и улучшением отдаленных результатов их лечения.

ВЫВОДЫ

1. Видеолапароскопическая ваготомия в сочетании с антрумэктомией из минидоступа показаны при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной стенозом в стадии субкомпенсации и декомпенсации, пенетрацией, а так же при наличии их комбинации.
2. Применение малоинвазивных эндохирургических методов у больных с осложненной дуоденальной язвой не связано со значительным увеличением продолжительности оперативного вмешательства, не приводит к повышению частоты и тяжести интраоперационных осложнений и сопровождается снижением послеоперационной летальности.
3. Малоинвазивные эндохирургические методы лечения осложненной дуоденальной язвы характеризуются уменьшением частоты и тяжести послеоперационных осложнений с 16,1% до 8,7%, сопровождаются сокращением койко-дня с $19,7 \pm 6,8$ до $10,6 \pm 5,5$ суток и периода реабилитации с $32,5 \pm 6,7$ до $21,3 \pm 4,7$ суток.
4. Лечение больных с осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с использованием малоинвазивных эндохирургических операций сопровождается адекватным снижением желудочной секреции в базальную фазу до $59,8 \pm 6,7\%$, а в стимулированную до $56,7 \pm 7,8\%$ и приводит к восстановлению нормальной моторно-эвакуаторной функции желудка у 64,3% больных.
5. В отдаленном периоде применение малоинвазивных эндохирургических методов не приводит к увеличению частоты рецидива язвообразования, постваготомических и постгастрорезекционных синдромов и характеризуется отличными и хорошими результатами у 47,1% и 41,1% больных. При традиционных, «открытых» операциях данные показатели составляют 36,1% и 37,2% соответственно.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Выбор метода малоинвазивного эндохирургического вмешательства при осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки пилородуоденальным стенозом или пенетрацией должен осуществляться на основании предоперационных данных эзофагогастродуоденоскопии, рентгенологического исследования желудка и двенадцатиперстной кишки, изучения желудочной секреции, внутрижелудочной РН метрии, желудочной моторики и эвакуации. Выбор операции при комбинированных осложнениях язвы зависит от характера сочетания основного и дополнительных осложнений язвенной болезни.
2. После выполнения видеолапароскопической ваготомии необходимо осуществить лапароскопическое проецирование пилородуоденальной зоны на переднюю брюшную стенку, что позволяет оптимизировать локализацию и протяженность минилапаротомного доступа.
3. При выполнении антрумэктомии из минидоступа на первом этапе целесообразно осуществить пересечение двенадцатиперстной кишки в пилородуоденальной зоне, затем провести мобилизацию желудка по большой и малой кривизне до анатомических границ антрального отдела. Оптимальным вариантом, при проведении этого типа малоинвазивных эндохирургических операций является антрумэктомия по первому способу Бильрота или по методу Ру.
4. Выполнению антрумэктомии по Ру должна предшествовать маркировка приводящего и отводящего фрагментов тонкой кишки двумя различными лигатурами с их фиксацией клипатором к гепатодуоденальной связки, что позволяет после выполнения минилапаротомного доступа идентифицировать приводящий и отводящий отделы тощей кишки и выполнить адекватное хирургическое пособие.

Список научных трудов.

1. Станулис А.И., Кузеев Р.Е., Гольдберг А.П., Кузина О.А., Шмушкович Т.Б. «Эндовидеохирургические вмешательства в лечении осложненной дуоденальной язвы» // Материалы V Российского научного форума «Хирургия 2004», 1-4 ноября, Москва, стр.118.
2. Баранов Е.А., Кузина О.А., Кривонос К.В., Шмушкович Т.Б. «Роль видеондехирургических операций в лечении язвенных стенозов»// Сборник трудов XXIX Итоговой конференции молодых ученых МГМСУ, Москва 13-16 марта 2007 г., стр.30-31.
3. Баранов Е.А., Кузина О.А., Кривонос К.В., Шмушкович Т.Б. «Способ определения тактики лечения у больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями»// Сборник трудов XXIX Итоговой конференции общества молодых ученых МГМСУ, Москва 13-16 марта 2007 г., стр.32-32.
4. Кузеев Р.Е., Хатьков И.Е., Станулис А.И., Гольдберг А.П., Наумов П.В., Кузина О.А., Шмушкович Т.Б., Баранов Е.А. «Непосредственные и отдаленные результаты лечения больных с пилородуоденальными язвенными стенозами при помощи малоинвазивных видеолапароскопических методов»// Эндоскопическая хирургия. Научно-практический журнал российской ассоциации эндоскопической хирургии. Москва, Т13, 4' 2007, стр.9-12.
5. Кузеев Р.Е., Станулис А.И., Гольдберг А.П., Кузина О.А., Шмушкович Т.Б., Баранов Е.А. «Особенности лечения язвенных кровотечений у больных пожилого и старческого возраста»// Материалы научно-практической конференции хирургов, посвященной 70-летию кафедры хирургических болезней и клинической ангиологии МГМСУ, Москва 2007г., стр. 262-264.
6. Станулис А.И., Кузеев Р.Е., Гольдберг А.П., Баранов Е.А., Кузина О.А., Шмушкович Т.Б. «Компьютерное прогнозирование динамики язвенных гастродуоденальных кровотечений» // Материалы научно-практической конференции хирургов, посвященной 70-летию кафедры хирургических болезней и клинической ангиологии МГМСУ, Москва 2007г., стр. 284-285.
7. Хатьков И.Е., Кузеев Р.Е., Станулис А.И., Гольдберг А.П., Кузина О.А., Шмушкович Т.Б., Баранов Е.А. « Малоинвазивные видеондехирургические операции в лечении пилородуоденальных

стенозов» // Материалы научно-практической конференции хирургов, посвященной 70-летию кафедры хирургических болезней и клинической ангиологии МГМСУ, Москва 2007г., стр.285-286.