

Назначение препаратов из группы ингибиторов «протонной помпы» в комплексе лечения заболелаваний панкреатобилиарной зоны, позволяет купировать явления воспаления слизистой пищевода в более ранние сроки.

Вышеизложенное позволяет сделать вывод о необходимости проведения больным с заболеваниями желчевыводящей системы и поджелудочной железы эзофагогастродуоденоскопии.

**А.С. Медведев**

## **ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ МЕТОД УШИВАНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ**

*Межрегиональный Центр хирургии и гастроэнтерологии ФГУЗ КБ № 81ФМБА России (Томск)*

### **ВВЕДЕНИЕ**

За прошедший период времени была проделана огромная работа по введению стандартов медикаментозной терапии, она стала более комплексной, основанной на эрадикации пилорического хеликобактера, на снижении кислотности желудочного сока, на усилении буферной защиты слизистой, на коррекции моторики и работы естественных антирефлюксных механизмов желудочно-кишечного тракта. Все это привело к снижению частоты плановых операций более чем в 2 раза, однако число экстренных оперативных вмешательств не имеет тенденции к снижению, а ведь именно здесь кроется наибольший процент осложнений вплоть до летального исхода.

Возросли требования к экстренной хирургии, как со стороны пациентов, так и со стороны организаторов здравоохранения. Общеизвестный постулат — «задача экстренной хирургии спасение жизни», безусловно, актуален и по сей день. Но хирург теперь должен не только спасти жизнь пациента, но и максимально сохранить уровень его качества жизни, косметический эффект выполняемой операции порой встает на первый план и является определяющим в выборе вида операции, и все это на фоне постоянного стремления сократить средний койко-день пребывания больного на койке.

### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

В анализе поступления больных с перфоративными язвами к нам за последние 3 года наметилась тенденция снижения числа больных с перфоративными язвами, при этом послеоперационная летальность составила 4,5 %: в 2005 г. — 27, в 2006 г. — 27, в 2007 г. — 21 случай.

Количество пациентов с данной патологией в 90-е годы было выше примерно в два раза. Это, по-видимому, является следствием более интенсивного терапевтического лечения язвенной болезни с применением современных противоязвенных препаратов, а также следствием работы НИИ гастроэнтерологии СибГМУ в г. Северске под руководством д.м.н. проф. Г.К. Жерлова.

В 2006 году в отделении был опробован лапароскопический метод ушивания перфоративной язвы однорядным узловым швом с последующей оментопексией места перфорации, санацией и дренированием брюшной полости. За два года выполнено 17 подобных операций, что составило 35,6 % от общего количества оперированных. Средняя длительность операции составила 53 минуты, лапаротомный метод в сравнении 98 минут. Метод зарекомендовал себя, как достаточно надежный, миниинвазивный и экономически оправданный.

Пациенты активизировались в послеоперационном периоде уже на вторые сутки (вставали, ходили), а после обычной лапаротомии — на 3–5. Осложнений в группе эндоскопически оперированных больных не было, конверсий и летальных исходов так же не было. Средний койко-день составил 7,4, при лапаротомном методе — 12,6.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ**

Проводя сравнительный анализ видно, что применение эндоскопических технологий позволяет сократить послеоперационный период на 41 %, т.е. практически в два раза и это без риска увеличения процента осложнений. Однако не стоит переоценивать и технические возможности метода. Считаем, что он имеет целый ряд недостатков, один из которых нерадикальность лечения и ограниченность во временных рамках: от начала заболевания до 12 часов и т.д. Практически все недостатки метода можно устранить, дополнив лапароскопию минилапаротомией с помощью минидоступа, что позволит иссечь язвенный дефект и расширит границы возможностей метода. Нами оперировались пациенты и с давностью перфорации 18 часов, при наличии распространенного серозно-фибринозного перитонита. Однако длительность операции составила 2,5 часа, и послеоперационный период протекал без заметной разницы: активизировался пациент так же на 5-е сутки и койко-день составил 13 дней. Преимущество метода в данном случае не имеет, однако риск получения осложнений связанных с неадекватной санацией, на наш взгляд, выше.

После иссечения язвы на фоне ежедневного приема ИПП с доказанной эффективностью (не рекомендуем работать с дженериками), примерно у 80 – 90 % пациентов не возникает рецидивов язвенной болезни. В данном случае ключом к успеху является ежедневный и только двухразовый прием ИПП без каких либо перерывов с прохождением профилактических обследований не реже двух раз в год. В план обследования мы включаем ЭФГДС, исследование РН желудочного сока, исследование моторики проводим как на аппарате POLIQRAF, так и посредством рентгеноскопии.

Если имеет место рецидивирующий характер течения болезни, то предпочтение отдаем органосохраняющим методикам в частности проксимальной селективной ваготомии в сочетании с тем или иным видом дуоденопластики. Каждый хирург, который оперировал пациентов с ранее ушитыми перфоративными язвами (лапаротомным доступом), знает, насколько усложняется его задача в выполнении радикальной операции. После эндоскопического ушивания язвы таких проблем просто нет. Настроить пациента на полноценное и длительное консервативное лечение после перенесенного им стресса вызванного перфорацией язвы – это и боль и страх смерти, да и страх от самой предстоящей операции, как правило, не представляет особой трудности и зависит лишь от добросовестности лечащего врача.

### ВЫВОД

Считаем, что эндоскопический метод, как самостоятельный вид оперативного пособия, так и дополненный минидоступом, является методом выбора в лечении перфоративной язвы с давностью перфорации до 12 часов и данная группа пациентов не имеющих «стандартных» противопоказаний к лапароскопии должна оперироваться именно так.

**А.С. Медведев**

## НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БУЛЬБАРНЫХ ЯЗВ

*Межрегиональный Центр хирургии и гастроэнтерологии ФГУЗ КБ № 81 ФМБА России (Томск)*

### ВВЕДЕНИЕ

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки является чрезвычайно широко распространенным заболеванием среди населения индустриально развитых стран. В России – на учёте находится около 3 млн. больных. С учетом того, что язвенная болезнь поражает, в основном, людей трудоспособного возраста, проблема лечения данной патологии весьма актуальна как в медицинском, так и в социальном аспекте. Хирургия желудка насчитывает более чем столетнюю историю. Несмотря на успешную разработку в нашей стране и за рубежом вопросов диагностики и лечения дуоденальной язвы, проблему обоснования выбора её хирургического лечения нельзя было считать окончательно решенной.

Полагаем, что эта проблема остается не решенной до настоящего времени, однако трудно не признать и успехов консервативного лечения. Язвенная болезнь перестала восприниматься «временным недугом» проходящим вместе с рубцеванием и заживлением язвы, так как даже после заживления язвы сама причина образования язвы, т.е. сама болезнь, остается и требует длительной, а порой и пожизненной терапии. Все это привело к снижению частоты плановых операций более чем в 2 раза, однако число экстренных оперативных вмешательств не имеет тенденции к снижению, а ведь именно здесь кроется наибольший процент осложнений вплоть до летального исхода. Тем самым новое направление в хирургии, в сочетании с консервативной терапией язвенной болезни позволяет добиться максимально эффективного и вместе с тем минимально инвазивного лечения язвенной болезни с хорошими ближайшими и отдаленными результатами. Это в итоге сокращает экономическую стоимость и продолжительность стационарного лечения, ускоряет восстановление данной категории больных.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами разработан способ дуоденопластики с селективной проксимальной ваготомией для лечения язв передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки. Разработанный способ включает верхнюю срединную лапаротомию, мобилизацию луковицы двенадцатиперстной кишки и иссечение язвы с одномоментным формированием клапана. Для этого на передней стенке луковицы, отступив 3 – 4 мм от пилорического жома, выполняем два полулунных разреза переднебоковых стенок, отсекая участок кишки эллипсоидной формы с язвой. После этого на передней стенке луковицы ДПК формируем клапан-створку, отступив от нижнего края 20 – 22 мм, параллельно ему выполняем дополнительный разрез полулунной формы глубиной до подслизистого слоя и отсекаем получившийся лоскут, затем ушиваем слизисто-подслизистый слой и формируем дубликатуру, путем погружения десерозированного участка, ушиваем серозно-мышечные оболочки отдельными узловыми швами узелками вовнутрь, после этого выполняем селективную проксимальную ваготомию в модификации клиники. Та-