

4. Potashev, L.V. Neposredstvennye rezultaty lecheniya pri perforativnyh gastroduodenal'nyh yazvah / L.V. Potashev [i dr.] // Vestnik hirurgii. — 1999.
5. Timerbulatov, F.B. Maloinvazivnye tehnologii v hirurgii yazvennoi bolezni dvenadcatiperstnoi kishki / F.B. Timerbulatov [i dr.] // Hirurgiya. — 1999. — № 5. — S.42—43.
6. Uteshev, N.S. Lechenie bol'nyh s perforativnymi piloroduodenal'nymi yazvami / N.S. Uteshev [i dr.] // Hirurgiya. — 2003. — № 12. — S.48—51.
7. Shilenok, V.N. [i dr.] // Hirurgiya. — 1999. — № 2. — S.11—13.
8. Shurkalin, B.K. Laparoskopicheskaya hirurgiya v lechenii perforativnyh gastroduodenal'nyh yazv / B.K. Shurkalin [i dr.] // Vestnik hirurgii. — 1999. — T. 158, № 3. — S.100—101.
9. Druart, M.L. Laparoscopic repair of perforated duodenal ulcer: a prospective multicenter clinical trail / M.L. Druart, R. van Hee [et al.] // Surg. Endosc. — 1997. — Vol. 11. — P.1017—1020.
10. Khoursheed, M. Laparoscopic closure of perforated duodenal ulcer / M. Khoursheed, M. Fuad, H. Safar [et al.] // Surg. Endosc. — 2000. — Vol. 14. — P.56—58.
11. Kathouda, N. Laparoscopic repair of perforated duodenal ulcers: outcome and efficacy in 30 consecutive patients / N. Kathouda, E. Mavor, R.J. Mason [et al.] // Arch. Surg. — 1999. — Vol. 134. — P.845—848. — Discussion 849—850.
12. Lau, W.Y. A randomized study comparing laparoscopic versus open repair of perforated peptic ulcer using suture or sutureless technique / W.Y. Lau, K.L. Leung, K.H. Kwong [et al.] // Ann. Surg. — 1996. — Vol. 224. — P.131—138.
13. Lee, K.H. Endoscope-assisted laparoscopic repair of perforated peptic ulcers / K.H. Lee, H.C. Chang, C.J. Lo // Am. Surg. — 2004. — Vol. 70. — P.352—356.
14. Lee, F.Y. Predicting mortality and morbidity of patients operated on for perforated peptic ulcers / F.Y. Lee, K.L. Leung, B.S. Lai [et al.] // Arch. Surg. — 2001. — Vol. 136. — P.90—94.
15. Mehendale, V.C. Laparoscopic versus open surgical closure of perforated duodenal ulcers: a comparative study / V.C. Mehendale, S.N. Shenoy, A.M. Joshi [et al.] // Indian. I. Gastroenterol. — 2002. — Vol. 21. — P.222—224.
16. Palanivelu, C. Laparoscopic management of acid peptic disease / C. Palanivelu [et al.] // Surg. Laparosc. Endosc. Percut. Tech. — 2006. — Vol. 16. — P.312—316.
17. Siu, W.T. Laparoscopic repair for perforated peptic ulcer: a randomized controlled trial / W.T. Siu [et al.] // Ann. Surg. — 2002. — Vol. 235. — P.313—319.
18. Siu, W.T. Routine use of laparoscopic repair for perforated peptic ulcer / W.T. Siu, C.H. Chau, B.K. Law [et al.] // Br. I. Surg. — 2004. — Vol. 91. — P.481—484.
19. Siu, W.T. Single stitch laparoscopic omental patch repair of perforated duodenal ulcer / W.T. Siu, H.T. Leong, M.K. Li // Y. R. Coll. Surg. Edinb. — 1997. — Vol. 42. — P.92—94.
20. Svanes, C. Perforated peptic ulcer: main factors of morbidity and mortality / C. Svanes [et al.] // World. J. Surgery. — 2003. — Vol. 34. — P.1666—1671.

© М.П. Тагиров, Х.М. Халилов, А.М. Закиров, М.И. Шакиров, 2013
УДК 616.33/.34-002.44-089

ВАРИАНТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

МАРАТ РАВИЛЕВИЧ ТАГИРОВ, канд. мед. наук, ассистент кафедры хирургии ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, врач-хирург ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Казани, Россия, e-mail: tagirov72@yandex.ru

ХАЛИЛ МАГОМЕДГАДЖИЕВИЧ ХАЛИЛОВ, канд. мед. наук, зав. хирургическим отделением № 2 ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Казани, Россия, e-mail: halilov.7@yandex.ru

АЗАТ МИДХАТОВИЧ ЗАКИРОВ, врач-хирург ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Казани, Россия, тел. 8-905-020-00-46, e-mail: zakirov19771@mail.ru

МАНСУР ИСХАКОВИЧ ШАКИРОВ, канд. мед. наук, врач-хирург ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Казани, Россия, e-mail: mansur35bk@mail.ru

Реферат. Статья посвящена анализу особенности диагностики и хирургического лечения перфоративных дуоденальных язв у 510 больных. Предлагаются новые способы ушивания перфоративного отверстия с использованием лапароскопических технологий, которые были успешно применены у 83 пациентов — ушивание перфоративной язвы петлевым пломбирующим швом, оментопластика со съёмной лигатурой. Определены точки введения троакаров, техника проведения оперативных вмешательств. Определены показания к различным видам лапароскопических методов ушивания перфоративных дуоденальных язв в зависимости от их размеров, расположения, сроков заболевания. Определены противопоказания к лапароскопическим вмешательствам при перфоративных дуоденальных язвах. Описано послеоперационное ведение больных, проанализированы послеоперационные результаты. Предложенные варианты лечения позволили значительно уменьшить болевую реакцию в раннем послеоперационном периоде, сократить сроки лечения в хирургическом стационаре в два раза и ускорить послеоперационную реабилитацию пациентов.

Ключевые слова: перфоративная язва, методы ушивания, лапароскопия.

OPTIONS LAPAROSCOPIC TREATMENT OF PERFORATED DUODENAL ULCERS

MARAT R. TAGIROV, kandidat of medical sciences, assistant to chair of surgery of GBOU DPO «Kazan State Medical Academy» of Ministry of Health of the Russian Federation, doctor-surgeon of GAUZ «City Clinical Hospital No. 7» of Kazan, tagirov72@yandex.ru

KHALIL M. KHALILOV, the candidate of medical sciences, the manager of surgical office № 2 GAUZ «City Clinical Hospital № 7» of Kazan, halilov.7@yandex.ru

AZAT M. ZAKIROV, doctor-surgeon of GAUZ «City Clinical Hospital № 7» of Kazan, 8-905-020-00-46, zakirov19771@mail.ru

MANSUR I. SHAKIROV, the candidate of medical sciences, doctor-surgeon of GAUZ «City Clinical Hospital № 7» of Kazan

Abstract. Article is devoted to the analysis of feature of diagnostics and surgical treatment of perforative duodenal ulcers at 510 patients. New ways of an ushivaniye of a perforative opening with use of laparoscopic technologies which were successfully applied at 83 patients — an ushivaniye of a perforative ulcer by a loopback sealing-up seam, оментопластика

with a removable ligature are offered. Introduction points троакаров, equipment of carrying out surgeries are defined. Indications to different types of laparoscopic methods of an ushivaniye of perforative duodenal ulcers depending on their sizes, an arrangement, disease terms are defined. Contraindications to laparoscopic interventions are defined at perforative duodenal ulcers. Postoperative maintaining patients is described, postoperative results are analysed. The offered options of treatment allowed to reduce considerably painful reaction in the early postoperative period, to reduce treatment terms in a surgical hospital twice and to accelerate postoperative rehabilitation of patients.

Key words: ruptured ulcer, methods of closure, laparoscopic.

Введение. Современная консервативная медикаментозная терапия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки не может полностью предотвратить развитие такого грозного и опасного для жизни осложнения, как прободение язвы. Частота таких осложнений в настоящее время колеблется в пределах 5—15% [2].

Впервые ушивание перфоративной язвы выполнено в 1880 г. G. Miculicz. Операция ушивания перфоративной язвы, спасая больных от перитонита и угрожающей смерти, является технически простой, малотравматичной и до сих пор самой распространенной [6]. Отрицательной стороной ушивания остается высокая частота рецидивов язвенной болезни, достигающая 30—50% [2, 9, 12]. Поэтому ушивание перфоративной язвы как паллиативная операция, не влияющая на этиопатогенез ее образования, была показана при разлитом перитоните больным пожилого и старческого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

В настоящее время в связи с появлением нового поколения лекарственных препаратов, обладающих доказанной способностью значительно ускорять процессы заживления язвенного дефекта желудка и двенадцатиперстной кишки и профилактировать рецидивы заболевания, открылись перспективы улучшения отдаленных результатов лечения перфоративных пилородуоденальных язв после их ушивания у больных молодого возраста [8].

Для выполнения такой сравнительно простой хирургической манипуляции, как ушивание прободного отверстия, требуется широкая лапаротомия, которая имеет свои отрицательные последствия. К ним можно отнести нагноение послеоперационной раны, образование вентральных грыж, лигатурных свищей, выраженный спаечный процесс в брюшной полости, стойкий болевой синдром, косметический дефект [5].

Использование различных вариантов лапароскопических методов лечения перфоративных язв, в сочетании с эффективным медикаментозным воздействием на патологический процесс, завоевывает с каждым годом все большее число сторонников среди хирургов [4, 9, 14].

Совместно с кафедрой хирургии КГМА нами разработаны, апробированы и защищены патентами оригинальные технологии лапароскопического лечения перфоративной язвы, определены четкие показания и противопоказания к их использованию, обоснована целесообразность применения методов в условиях острого разлитого перитонита.

Цель исследования — улучшение результатов лечения больных с перфоративными дуоденальными язвами путем совершенствования методов эндоскопической хирургии.

Материал и методы. Нами проведен анализ результатов лечения 510 больных с перфоративными пилородуоденальными язвами, находившихся в отделении неотложной хирургии № 2 Городской клинической больницы № 7 г. Казани.

Ушивание прободного дефекта пилородуоденальной зоны в различных модификациях составило 92,9% среди всех вмешательств, произведенных у 549 больных по поводу перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Мужчин было 476 человек (93,2%), женщин — 34 (6,7%). Возраст — от 17 до 82 лет. Средний возраст составил 49,5 года. 473 больных (92,7%) поступили в первые 6 ч от момента перфорации, от 6 до 12 ч — 37 больных (7,3%).

Причиной поздних госпитализаций (более 6 ч) явились случаи прикрытой перфорации, когда атипичное течение заболевания привело к несвоевременному обращению больных за медицинской помощью и диагностическим ошибкам на догоспитальном этапе.

Все пациенты были разделены на две группы: группу сравнения — 427 человек (перфоративная язва ушивалась открытым способом) и основную — 83 человека (лечение прободной язвы производилось с использованием эндоскопического метода). Большую часть (84%) больных составили пациенты молодого и среднего возраста.

Соотношение частоты перфорации язвы у мужчин и женщин составило 14:1. Локализация перфоративной язвы на передней стенке пилородуоденальной зоны наблюдалась у 348 больных (68,3%), на передневерхней стенке — у 138 больных (27%) и на верхней стенке перфоративное отверстие имело место у 24 больных (4,7%).

Все пациенты были оперированы в течение первого часа с момента поступления в стационар, после проведения необходимых диагностических исследований.

Диагноз перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки устанавливали, используя общепринятую комплексную диагностическую программу. В дополнении к клиническим и лабораторным исследованиям всем пациентам с подозрением на перфоративную язву выполнялась обзорная рентгенография брюшной полости, из специальных методов исследования в 93,2% случаев применяли ФГДС, что позволило уточнить характер заболевания, определить локализацию перфоративной язвы, а также исключить наличие второй «зеркальной» язвы на противоположной стенке двенадцатиперстной кишки, диагностировать язвенное кровотечение и стенозирование.

При несоответствии клинической картины рентгенологическим и эндоскопическим данным, в качестве завершающего этапа диагностической программы 56 пациентам (10,9%) выполнена диагностическая лапароскопия.

У больных группы сравнения при традиционном способе лечения использовались общепринятые методы хирургических вмешательств (лапаротомия, ушивание перфоративной язвы по Оппелю—Поликарпову, по Островскому, иссечение язвы по Джадду).

Лапароскопическое лечение перфоративных дуоденальных язв было проведено у 83 пациентов, которые составили основную группу исследования. В послеоперационном периоде все больные в исследуемых груп-

пах получали интенсивную внутривенную инфузионную дезинтоксикационную терапию, антибактериальную терапию, противоязвенное лечение. Противоязвенную терапию начинали в первые часы после окончания операции. Лечение включало внутривенное введение антисекреторных препаратов — H₂-блокаторы (квамател), ингибиторы протонной помпы (нексиум, лосек). Начиная с третьих суток проводили трехкомпонентную противоязвенную иррадиационную терапию по одной из схем, рекомендованных Российской гастроэнтерологической ассоциацией.

Результаты и их обсуждение Лапароскопическое ушивание перфоративных дуоденальных язв в настоящее время находит все большее число сторонников среди хирургов. Спасение жизни больного и радикальное лечение заболевания определяет тактику оказания помощи у этой категории больных.

Сочетание эндохирургических методик с эффективным медикаментозным воздействием на патологический процесс является альтернативным вариантом развития подхода к данной проблеме.

В первые 6 ч от начала заболевания поступило 78 пациентов (94%), от 6 до 12 ч — 5 пациентов (6%). Все больные оперированы в течение первого часа с момента госпитализации. У 69 больных (83,1%) язва была выявлена впервые, у 13 (16,9%) язвенный анамнез не превышал трех-четырёх лет.

С целью обеспечения простоты и надежности эндоскопического ушивания прободного отверстия нами разработан и применен петлевой пломбирующий шов (патент РФ на изобретение № 2201147), в основе которого использован принцип аутопластического закрытия дефекта, предложенный В.А. Оппелем (1896) и П.Н. Поликарповым (1927). Шов применяли для ушивания прободных язв диаметром от 4,0 до 8,0 мм.

Для успешного развития и применения эндоскопических технологий в лечении перфоративных пилородуоденальных язв необходимо четко регламентировать показания и противопоказания к их применению. Накопленный нами опыт и данные литературы позволяют утверждать, что противопоказаниями к применению лапароскопии при прободной пилородуоденальной язве являются:

- 1) повторные перфорации;
- 2) сочетание прободной язвы с кровотечением;
- 3) рубцово-язвенный стеноз;
- 4) размер прободного отверстия более 8,0 мм;
- 5) наличие распространенного перитонита, требующего тотальной интубации тонкой кишки.

При повторной перфорации язвы, язвенном кровотечении, рубцовом декомпенсированном стенозе пилородуоденального канала при отсутствии противопоказаний оптимальным методом лечения является радикальная операция. Для ее осуществления требуется выполнять лапаротомию. При длительных сроках прободения (более 12 ч), когда развивается высокая микробная контаминация экссудата и паралитическая кишечная непроходимость, для адекватной первичной санации брюшной полости и интубации тонкой кишки также необходима лапаротомия.

Лапароскопическое ушивание перфоративной пилородуоденальной язвы выполняли хирургической бригадой, состоящей из трех человек (хирурга, ассистента и операционной сестры).

После введения лапароскопа через первый троакар, расположенный выше или ниже пупка, следуя

разработанному алгоритму, вводили второй 10 мм троакар справа от мечевидного отростка. Через него проводили иглу с нитью и аспиратор-ирригатор. Третий 5 мм троакар для анатомического зажима, диссектора, инструмента для приема иглы располагали по среднеключичной линии на уровне пупка справа. Четвертый 5 мм троакар для иглодержателя и ножниц находился на 3 см выше пупка по среднеключичной линии слева (рис. 1).

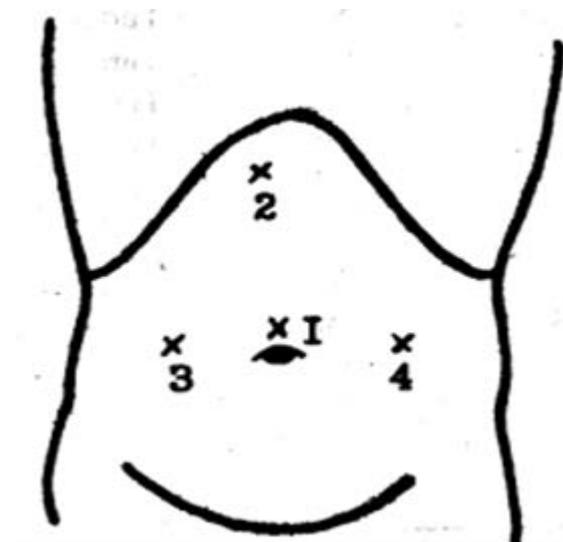


Рис. 1. Точки введения троакаров для лапароскопического ушивания перфоративной пилородуоденальной язвы

Для лапароскопического ушивания прободного дефекта применяли разработанный нами петлевой пломбирующий шов. Шов накладывали атравматической лыжеобразной иглой с нитью «Викрил» № 2/0 — 3/0.

Ушивание перфоративной язвы по данной методике состоит из следующих этапов:

1. Отступая на 6—8 мм от края прободного отверстия в поперечном направлении по отношению к продольной оси 12-перстной кишки со стороны серозного покрова через все слои дуоденальной стенки производится выкол атравматической иглой с последующим выходом ее из перфоративного отверстия в брюшную полость.

2. Без натяжения к перфоративному отверстию подводится прядь большого сальника, которая в бессосудистом участке прошивается выведенной из прободного отверстия иглой обвивным швом.

3. Через перфоративное отверстие отступая на 6—8 мм от его края со стороны слизистой 12-перстной кишки в поперечном направлении производится выкол иглы через все слои. Затем лигатура затягивается с формированием интракорпорального узла, и перфоративное отверстие оказывается герметично закрытым сальником на толщину стенки полого органа (рис. 2).

Данный метод используется нами при диаметре перфоративного отверстия от 4 до 8 мм, расположенного на передней стенке двенадцатиперстной кишки.

При трудных для лапароскопического ушивания локализациях пилородуоденальных перфоративных язв (передневерхняя, верхняя стенка пилородуоденальной зоны, а также на медиальном контуре двенадцатиперстной кишки), инфильтрации краев перфоративного отверстия с вероятностью несостоятельности швов при простом ушивании язвы был использован разработанный в эксперименте усовершенствованный метод комбинированной эндоскопической оментоплас-



Рис. 2. Лапароскопическое ушивание перфоративной язвы петлевым пломбирующим швом

тики со съемной лигатурой (патент РФ на изобретение № 2192172).

Троакары в брюшной полости располагаются в соответствии с разработанным алгоритмом. Первый троакар диаметром 10 мм для лапароскопа вводили по средней линии на 1—2 см ниже пупка. При лапароскопии определяли расположение перфоративной язвы, распространенность перитонита и возможность его лапароскопической санации. Второй 5 мм троакар для проведения диссектора вводили по среднеключичной линии слева на 3,0 см ниже реберной дуги. Третий троакар диаметром 5 мм для анатомического зажима располагали на 3,0 см выше пупка по среднеключичной линии слева. Точки введения троакаров представлены на рис. 3.

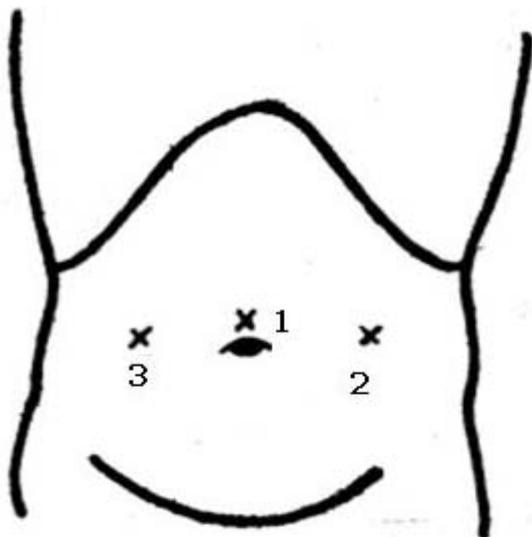


Рис. 3. Точки введения троакаров для комбинированной эндоскопической оментопластики перфоративных пилородуоденальных язв

При эндоскопической оментопластике перфоративных пилородуоденальных язв нет необходимости введения иглодержателя для наложения эндошвов. Также не используются иглы и инструмент для приема иглы. Все манипуляции выполняются с помощью двух инструментов — анатомического зажима и диссектора (или двух мягких кишечных зажимов Бэбкокка).

Сущность метода заключена в следующем: проводим интраоперационно ФГДС, через биопсийный канал фиброгастродуоденоскопа (6) в просвет ЖКТ, изнутри вводим полиэтиленовый катетер (5) со съемной лигатурой (2), который проводился через перфоративное отверстие (1) в брюшную полость на глубину 4—5 см. Затем под контролем видеолапароскопии с помощью манипуляторов петлю эндолигатуры выводим из брюшной полости наружу в правом подреберье через дополнительную контрапертуру. По петле эндолигатуры в брюшную полость вводим дренажную трубку (7) к месту перфорации, дистальный конец петли фиксируем снаружи к дренажной трубке. Затем в брюшной полости с помощью манипуляторов в петлю вводим прядь большого сальника (4). Петлю съемной лигатуры (СЛ) затягиваем вокруг сальника и катетер подтягиваем к стенке двенадцатиперстной кишки через биопсийный канал эндоскопа до соприкосновения сальника со стенкой двенадцатиперстной кишки. Эндоскоп и полиэтиленовый катетер удаляем из просвета ЖКТ. Концы СЛ выводим через носовой ход больного и фиксируем к гастродуоденальному зонду диаметром 0,5 см в 4,0 см от его закругленной концевой части. Затем хирург подтягивает съемную лигатуру через дренажную трубку за дистальный конец, а врач-анестезиолог трансасально вводит зонд в желудок. За счет тракции эндолигатуры в дистальном направлении зонд проходит в двенадцатиперстную кишку и располагается над перфоративным отверстием. По петле эндолигатуры дренажная трубка подводится к месту перфорации и прижимает сальник к двенадцатиперстной кишке. Желудочно-дуоденальный зонд фиксируется в натянутом положении к крылу носа больного. Сила тракции осуществляется до момента соприкосновения сальника со стенкой пилородуоденальной области под контролем лапароскопии. Подтягивание СЛ в проксимальном направлении подводит аутопластический материал (сальник на ножке) к краям перфоративного отверстия, пломбируя его на толщину стенки полого органа. Также прядь сальника прижималась дренажной трубкой, соединенной с петлей, обеспечивая механическую прочность и герметичность (рис. 4, 5).

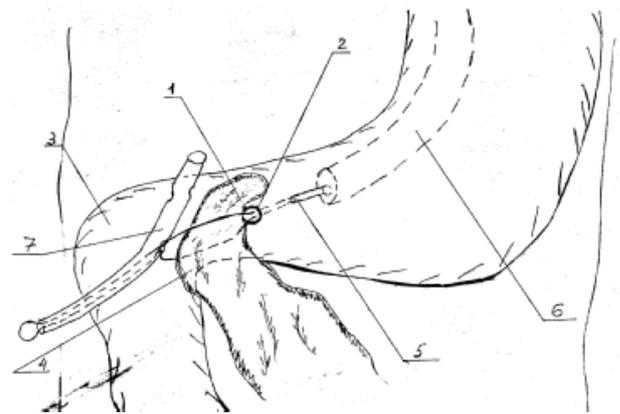


Рис. 4. Оментопластика со съемной лигатурой

Введенная по петле эндолигатуры трубка прижимает сальник к стенке двенадцатиперстной кишки и выполняет роль дренажа подпеченочного пространства и области ликвидированной перфорации.

Предложенный способ упрощает процесс лапароскопического укрытия перфорационного дефекта,

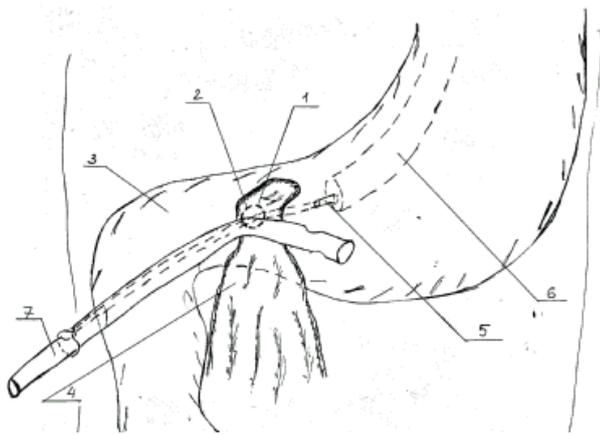


Рис. 5. Оментопластика со съёмной лигатурой

исключает сужение пилородуоденального канала, уменьшает воспаление вокруг шовного материала с одновременным достижением высокой герметичности и надежности проведенной оментопластики.

Проведение лапароскопических манипуляций осуществляли при среднем пневмоперитонеуме (10—12 мм рт. ст.).

После закрытия язвенного дефекта производили тщательную санацию брюшной полости промыванием раствором антисептика до чистых вод с обязательным удалением налета фибрина с внутренних органов. Для этого использовали разработанное в клинике ирригационно-аспирационное устройство «Брюсан» (патент РФ на изобретение № 2153888).

На момент освоения методики операции были более продолжительными. В настоящее время средняя продолжительность операции лапароскопического ушивания перфоративной язвы составила (52,5±9,2) мин. Обнаружение и ушивание язвы занимало первую половину времени операции. Вторая часть операции включала лапароскопическую санацию и дренирование брюшной полости.

После лапароскопического ушивания перфоративной язвы с целью декомпрессии в желудок и начальный отдел двенадцатиперстной кишки устанавливали постоянный трансназальный зонд. При лапароскопии зонд хорошо прослеживался через стенку желудка за счет упругой части и с помощью манипулятора укладывался по большой кривизне, затем проводился в двенадцатиперстную кишку. Дренажные трубки устанавливались в зависимости от распространенности перитонита. Всем оперированным под лапароскопическим контролем устанавливали дренажи через отдельные контрапертуры в правое подпеченочное пространство и в малый таз. Показанием к дополнительному дренированию (поддиафрагмальное пространство, боковые каналы) является разлитой характер перитонита. Для дренирования применяем силиконовые трубки с внутренним диаметром 5,0 мм.

В первые сутки больные находились на полном голоде. Со вторых суток им разрешали пить, на третьи сутки назначали жидкую пищу в объеме 300—400 мл в сутки, удаляли дренажи из брюшной полости и интубационный зонд из двенадцатиперстной кишки.

В раннем послеоперационном периоде назначали парентеральное введение препаратов, подавляющих желудочную секрецию. Параллельно с инфузионной терапией вводили «Квамател» или «Нексиум» по 40 мг

2 раза в сут с интервалом 12 ч. С 3-х сут проводили пероральную фармакотерапию язвенной болезни и хеликобактерной инфекции. После выписки амбулаторно больным рекомендовали прием антацидов и поддерживающую терапию антисекреторными препаратами в течение двух недель (H_2 -блокаторы, ингибиторы протонной помпы).

Продолжительность абдоминального болевого синдрома составила (1,9±0,6) сут, что требовало введения ненаркотических анальгетиков.

Самостоятельный подъем с постели больные осуществляли на (2,1±0,7) сут. Средние сроки снятия швов с операционной раны составили (6,8±0,7) сут. Перистальтика кишечника и отхождение газов восстанавливались на 2—3-и сут после операции. В среднем начало двигательной активности кишечника наблюдалось на (2,6±0,5) сут. Это объясняется малой травматичностью применяемого метода, когда отсутствует интраоперационное механическое воздействие на брыжейку и стенку кишечника. Средний срок стационарного лечения составил (6,9±0,8) койко-дня, однако для проведения противоязвенной терапии выписка задерживалась на сроки от 10—12 сут, либо больных переводили в отделение гастроэнтерологии.

Осложнения, связанные с лапароскопическим ушиванием перфоративной язвы, имели место в 3 случаях (3,6%), когда была диагностирована несостоятельность ушитого прободного отверстия. Во всех случаях образовалось ограниченное скопление дуоденального содержимого в правом подпеченочном пространстве. В 2 наблюдениях ограничили пункционным дренированием под УЗ-контролем, в одном была выполнена лапаротомия. Летальных исходов не наблюдалось.

Выводы. Использование лапароскопического ушивания перфоративных пилородуоденальных язв разработанным петлевым пломбирующим швом и оментопластики со съёмной лигатурой должно регламентироваться имеющимися противопоказаниями. Методы позволяют значительно уменьшить болевую реакцию в раннем послеоперационном периоде, сократить сроки лечения в хирургическом стационаре в два раза и ускорить послеоперационную реабилитацию пациентов. Выбор метода ушивания перфоративной дуоденальной язвы в настоящее время следует определять, учитывая сроки заболевания, данные фиброгастродуоденоскопии, техническую оснащенность хирургического стационара, эндохирургическую подготовку специалиста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балогланов, Д.А. Хирургическое лечение перфоративных язв двенадцатиперстной кишки / Д.А. Балогланов // Хирургия. — 2010. — № 11. — С.76—79.
2. Василенко, В.Х. Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / В.Х. Василенко, А.Л. Гребнев. — М.: Медицина, 1981. — 342 с.
3. Евсеев, М.А. Антисекреторные препараты в неотложной хирургической гастроэнтерологии / М.А. Евсеев. — М.: ООО ИИЦ «КВАНТ», 2009. — 173 с.
4. Кригер, А.Г. Опасности, ошибки и осложнения при лапароскопическом ушивании перфоративных гастро-дуоденальных язв / А.Г. Кригер, К.Э. Ржебаев // Вестник хирургии. — 1999. — № 3. — С.7—10.
5. Пахомова, Г.В. Видеолапароскопия при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки / Г.В. Пахомова, А.А. Гуляев, П.А. Ярцев [и др.] // Эндоскопическая хирургия. — 2010. — № 1. — С.8—12.

6. *Поташов, Л.В.* Сравнительная характеристика непосредственных результатов традиционного и лапароскопического ушивания перфоративных пилородуоденальных язв / Л.В. Поташов, В.В. Васильев, В.М. Савранский [и др.] // Эндоскопическая хирургия. — 2000. — № 3. — С.5—7.
7. Руководство по неотложной хирургии / под ред. В.С. Савельева. — М.: Триада-Х, 2005.—640 с.
8. *Рысс, Е.С.* Фармакотерапия язвенной болезни / Е.С. Рысс, Э.Э. Звартау. — СПб.; М.: Невский диалект — Изд-во «БИНОМ», 1998. — 253 с.: ил.
9. *Сажин, В.П.* Лапароскопические вмешательства у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки / В.П. Сажин, А.В. Федоров, В.П. Жаболенко // Эндоскопическая хирургия. — 1999. — № 3. — С.16—21.
10. *Сухопара, Ю.Н.* Основы неотложной лапароскопической хирургии / Ю.Н. Сухопара, Н.А. Майстренко, В.М. Тришин. — СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2003. — 192 с.
11. *Ходаков, В.В.* Отдаленные результаты лечения больных с перфоративными язвами пилородуоденальной зоны, оперированных с использованием малоинвазивных технологий / В.В. Ходаков, А.В. Малинкин // Вестник Уральской медицинской академической науки, 2007. — № 1. — С.75—78.
12. *Шалимов, А.А.* Хирургия пищеварительного тракта / А.А. Шалимов, В.Ф. Саенко. — К.: Здоровья, 1987. — 568 с.
13. *Rohss, K.* Esomeprazol 40 mg provides more effective acid control then standart doses of all other proton inhibitors / K. Rohss, C.H. Wilder-Smith, C. Claar-Nilsson [et al.] // Gastroenterology. — 2001. — Vol. 120. — A2140.
14. *Takahara, T.* Laparoscopic closure of perforated duodenal ulcer / T. Takahara, I. Uyama, H. Ogiwara [et al.] // Min. Invas. Ther. & Allied Technol. — 1996. — Vol. 5. — P.473—475.
3. *Evseev, M.A.* Antisekretornye preparaty v neotlozhnoi hirurgicheskoi gastroenterologii / M.A. Evseev. — М.: ООО ИС «КВАНТ», 2009. — 173 с.
4. *Kriger, A.G.* Opasnosti, oshibki i oslozhneniya pri laparoskopicheskom ushivanii perforativnyh gastroduodenal'nyh yavz / A.G. Kriger, K.E. Rzhebaev // Vestnik hirurgii. — 1999. — № 3. — С.7—10.
5. *Pahomova, G.V.* Videolaparoskopiya pri probodnoi yazve zheludka i dvenadcatiperstnoi kishki / G.V. Pahomova, A.A. Gulyaev, P.A. YArcev [i dr.] // Endoskopicheskaya hirurgiya. — 2010. — № 1. — С.8—12.
6. *Potashov, L.V.* Sravnitel'naya harakteristika neposredstvennyh rezul'tatov tradicionnogo i laparoskopicheskogo ushivaniya perforativnyh piloroduodenal'nyh yavz / L.V. Potashov, V.V. Vasil'ev, V.M. Savranskii [i dr.] // Endoskopicheskaya hirurgiya. — 2000. — № 3. — С.5—7.
7. Руководство по неотложной хирургии / под ред. В.С. Савельева. — М.: Триада-Н, 2005.—640 с.
8. *Ryss, E.S.* Farmakoterapiya yazvennoi bolezni / E.S. Ryss, E.E. Zvartau. — СПб.; М.: Nevskii dialekt — Izd-vo «BINOM», 1998. — 253 s.: il.
9. *Sazhin, V.P.* Laparoskopicheskie vmeshatel'stva u bol'nyh yazvennoi bolezni'yu zheludka i dvenadcatiperstnoi kishki / V.P. Sazhin, A.V. Fedorov, V.P. Zhabolenko // Endoskopicheskaya hirurgiya. — 1999. — № 3. — С.16—21.
10. *Suhopara, Yu.N.* Osnovy neotlozhnoi laparoskopicheskoi hirurgii / Yu.N. Suhopara, N.A. Maistrenko, V.M. Trishin. — СПб.: ELBI—СПб., 2003. — 192 s.
11. *Hodakov, V.V.* Otdalennye rezul'taty lecheniya bol'nyh s perforativnymi yazvami piloroduodenal'noi zony, operirovannyh s ispol'zovaniem maloinvazivnyh tehnologii / V.V. Hodakov, A.V. Malinkin // Vestnik Ural'skoi medicinskoi akademicheskoi nauki, 2007. — № 1. — С.75—78.
12. *Shalimov, A.A.* Hirurgiya pishevaritel'nogo trakta / A.A. Shalimov, V.F. Saenko. — К.: Zdorov'ya, 1987. — 568 s.
13. *Rohss, K.* Esomeprazol 40 mg provides more effective acid control then standart doses of all other proton inhibitors / K. Rohss, C.H. Wilder-Smith, C. Claar-Nilsson [et al.] // Gastroenterology. — 2001. — Vol. 120. — A2140.
14. *Takahara, T.* Laparoscopic closure of perforated duodenal ulcer / T. Takahara, I. Uyama, H. Ogiwara [et al.] // Min. Invas. Ther. & Allied Technol. — 1996. — Vol. 5. — P.473—475.

REFERENCES

1. *Baloglanov, D.A.* Hirurgicheskoe lechenie perforativnyh yazv dvenadcatiperstnoi kishki / D.A. Baloglanov // Hirurgiya. — 2010. — № 11. — С.76—79.
2. *Vasilenko, V.H.* Bolezni zheludka i dvenadcatiperstnoi kishki / V.H. Vasilenko, A.L. Grebnev. — М.: Medicina, 1981. — 342 s.

© Р.И. Габидуллина, Л.И. Сирматова, Э.М. Кислицина, С.Е. Савельев, 2013

УДК 618.31-07

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

РУШАНЯ ИСМАГИЛОВА ГАБИДУЛЛИНА, докт. мед. наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии № 2 ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, тел. 8(917)289-93-10, e-mail: ru.gabidullina@yandex.ru

ЛЯЙСАН ИНДУСОВНА СИРМАТОВА, зав. гинекологическим отделением ГАУЗ «Городская клиническая больница» № 7 г. Казани, тел. (843) 237-72-48

ЭЛЬЗА МУКТАСИМОВНА КИСЛИЦИНА, врач гинекологического отделения ГАУЗ «Городская клиническая больница» № 7 г. Казани, тел. 8(905) 026-10-43

СТАНИСЛАВ ЕВГЕНЬЕВИЧ САВЕЛЬЕВ, врач гинекологического отделения ГАУЗ «Городская клиническая больница» № 7 г. Казани, тел. 8(917) 253-81-10

Реферат. Проведен ретроспективный анализ 390 историй болезней пациенток, поступивших в гинекологическое отделение с подозрением на внематочную беременность. В первые часы после поступления в стационар у 358 пациенток (91,8%) установлен диагноз и выполнено оперативное лечение. Анализированы 32 случая затруднения верификации диагноза у пациенток с эктопической беременностью и увеличения сроков дооперационного пребывания в стационаре. Выявлено, что в 71,9% случаев причинами выжидательной тактики явились интерстициальная локализация и прогрессирующая трубная беременность. При внематочной беременности до 4 нед (задержка менструации до 10—14 дней) критериями правильной постановки диагноза является пророст β -субъединицы хорионического гонадотропина в динамике. При задержке менструации более 14 дней достаточно определения положительных значений β -субъединицы хорионического гонадотропина в сыворотке крови, либо положительного мочевого теста на беременность в сочетании с квалифицированным трансвагинальным ультразвуковым исследованием.

Ключевые слова: внематочная беременность, диагностика, трансвагинальное УЗИ, ХГЧ.