



Рис.3. Селективное контрастирование левой почечной вены: окклюзия гонадного притока спиральной конструкцией (стрелка)

Осмотр пациентки через 24 ч после манипуляции, жалобы на умеренную боль в области пункционных ран на правом бедре. Боль в животе не беспокоит. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Выписана через 2

сут после манипуляции в удовлетворительном состоянии.

Осмотрена через 7 мес. Болей нет. Отношения с мужем комфортные.

Заключение. Таким образом, женщинам с синдромом хронической тазовой боли необходимо в обязательном порядке проводить комплексное ультразвуковое дуплексное исследование венозного русла малого таза с оценкой гемодинамических показателей. Ангиография венозного русла с материальной окклюзией патологического венозного шунта позволяет надежно и в короткие сроки купировать клинические проявления синдрома тазовой конгестии и боли.

Литература

1. Веззгова С.В. Использование эндоваскулярных методов для диагностики и лечения варикозной болезни малого таза / С.В. Веззгова, Е.Б. Троиц // Дальневосточный медицинский журнал. - 2016. - № 2. - С. 20-22.

Vezzgova S.V. The use of endovascular techniques for the diagnosis and treatment of varicose veins of small pelvis / S.V. Vezzgova, E.B. Troik // Dal'nevostochny meditsinskiy zhurnal. - 2016. - № 2. - P. 20-22.

2. Гарбузов Р.В. Хирургическое лечение при венозной конгестии таза при патологии гонадных вен у подростков / Р.В. Гарбузов, Ю.А. Поляев // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. - 2012. - № 2. - С. 21-26.

Garbuzov R.V. Surgical treatment of pelvic venous congestion in the pathology of gonadal

veins in adolescents / R.V. Garbuzov, Yu.A. Polyayev // Rossiyskiy vestnik detskoj khirurgii, anesteziologii i reanimatologii. - 2012. - № 2. - P. 21-26.

3. Оценка эффективности хирургических способов лечения тазового венозного полнокровия / А.И. Кириенко, С.Г. Гаврилова, А.М. Янина [и др.] // Флебология. - 2016. - № 1. - С. 44-49. doi: 10.17116/flebo201610144-49.

Evaluation of surgical methods efficacy in the treatment of pelvic venous plethora / A.I. Kiriyenko, S.G. Gavrilova, A.M. Yanina [et al.] // Flebologiya. - 2016. - № 1. - P. 44-49. doi: 10.17116/flebo201610144-49.

4. Солодова А.А. Варикозное расширение овариальных вен – диагностика и лечение / А.А. Солодова, Н.Б. Цветкова // SonoAce International. - 1999. - № 4. - С. 19-22.

Sokolova A.A. Ovarian varicose veins-diagnosis and treatment / A.A. Sokolova, N.V. Tsvetkova // SonoAce international. - 1999. - № 4. - P. 19-22.

5. García-Espinosa J. Left Ovarian Vein Drainage Variant: An Exceptional Cause of Pelvic Congestion Syndrome / J. García-Espinosa, A. Martínez-Martínez // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. - 2018. - Vol. 5. - № 4. - P. 592. doi: 10.1016/j.ejvs.2018.01.002.

6. Pelvic Congestion Syndrome: Systematic Review of Treatment Success / C.L. Brown, M. Rizer, R. Alexander [et al.] // Semin. Intervent. Radiol. - 2018. - Vol. 35. - № 1. - P. 35-40. doi: 10.1055/s-0038-1636519.

7. Pelvic vein embolization of gonadal and internal iliac veins can be performed safely and with good technical results in an ambulatory vein clinic, under local anaesthetic alone: Results from two years' experience / M.S. Whiteley, C. Lewis-Shiell, S.I. Bishop [et al.] // Phlebology. - 2018. - Vol. 33. - № 8. - P. 575-579. doi: 10.1177/0268355517734952.

В.В. Савельев, М.М. Винокуров, Т.В. Ялынская

НАШ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО УШИВАНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ УРГЕНТНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

DOI 10.25789/YMJ.2019.66.35

УДК 616.33.342-002.44-084

Целью исследования являлась оценка результатов хирургического лечения больных с перфоративной гастродуоденальной язвой с учетом использования лапароскопического метода в условиях многопрофильного хирургического Центра (Республика Саха (Якутия)). Первый опыт лапароскопического ушивания перфоративной гастродуоденальной язвы продемонстрировал перспективность метода, а также его высокую эффективность и безопасность. Внедрение метода позволило снизить количество послеоперационных осложнений в 1,7 раза и уменьшить длительность пребывания в многопрофильном хирургическом стационаре на 28,6%.

Ключевые слова: перфоративная гастродуоденальная язва, лапароскопическое ушивание.

Северо-Восточный федеральный университет. М.К. Аммосова: **САВЕЛЬЕВ Вячеслав Васильевич** - д.м.н., доцент, проф., vvsaveliev@mail.ru, **ВИНОКУРОВ Михаил Михайлович** - д.м.н., проф., зав. кафедрой, **ЯЛЫНСКАЯ Татьяна Вадимовна** - клинический ординатор.

The aim of the study was to evaluate the results of surgical treatment of patients with perforated gastroduodenal ulcer, taking into account the use of the laparoscopic method in a multi-field surgical center of the Republic of Sakha (Yakutia). The first experience of laparoscopic suturing of perforated gastroduodenal ulcer demonstrated the promise of the method, as well as its high efficiency and safety. The introduction of the method allowed to reduce the number of postoperative complications by 1.7 times, and to reduce the length of stay in a multidisciplinary surgical hospital by 28.6%.

Keywords: perforated gastroduodenal ulcer, laparoscopic suturing.

Введение. В ургентной хирургической практике, операции по поводу перфоративной гастродуоденальной язвы по-прежнему остаются актуальными. По данным ряда исследователей [1], уровень заболеваемости язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки среди взрослого населения в Российской Федерации составляет 3-15%, у 5-15% пациентов течение болезни осложняется перфорацией язвы, при этом послеоперационная летальность колеблется в пределах от 1,3 до 19,4% в зависимости от сроков поступления больного в стационар [6], а количество послеоперационных осложнений достигает 17% [8].

Стоит отметить, что и в настоящее время лечение данного осложнения течения язвенной болезни является одной из многих нерешенных проблем хирургической гастроэнтерологии [4]. Операцией выбора в большинстве клинических случаев является лапароскопическое ушивание (ЛУ) перфоративного отверстия. В техническом отношении ушивание довольно легко выполнимо и обеспечивает благоприятные ближайшие результаты лечения [7]. Необходимость выполнения более сложных операций возникает редко (сочетание перфоративной язвы со стенозом выходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки, множественные и каллезные язвы, распространенный гнойный перитонит). Недостатком операции ЛУ считается высокая частота рецидивов язвенной болезни – до 45% [4]. В настоящее время с появлением нового поколения препаратов, обладающих доказанной способностью значительно ускорять процессы репарации и заживления язв, а также предотвращать их рецидивы, открылись перспективы улучшения отдаленных результатов лечения перфоративных язв после их ушивания [3].

В Республике Саха (Якутия), как и в других регионах Российской Федерации, перфорация гастродуоденальной язвы занимает одно из ведущих мест среди ургентной хирургической патологии. По данным Якутского Республиканского медицинского информационно-аналитического центра (ЯРМИАЦ), в последние годы отмечается некоторое снижение заболеваемости язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки – 6,3% в 2017 г. в сопоставлении с 7,8% в 2010 г., однако проблему в значительной степени осложняет формирование разнообразных форм тяжелых осложнений,

в том числе перфорация, кровотечение и малигнизация. Сложившаяся ситуация вызывает тревогу и создает необходимость поиска более эффективных методов диагностики, а также совершенствования существующих на сегодняшний день принципов и методов консервативного и хирургического лечения.

Материалы и методы исследования. Представленная работа основана на ретроспективном анализе результатов комплексного лечения 108 больных с перфоративной гастродуоденальной язвой, находившихся на лечении в экстренном хирургическом отделении Республиканской больницы №2 – Центре экстренной медицинской помощи Республики Саха (Якутия) в период с 2010 по 2019 г. Средний возраст пациентов составил $35,2 \pm 5,5$ года, при этом мужчин было – 73 (67,6%), женщин – 35 (32,4%). Диагноз перфоративная гастродуоденальная язва верифицирован на основании современного многоуровневого комплексного обследования. Пациенты были разделены на группы исследования. В основную группу вошли 45 (41,7%) пациентов, которым была выполнена операция ЛУ перфоративного отверстия, в контрольную – 63 (58,3%) пациента, которым выполнено иссечение перфоративной язвы (ИПЯ), в том числе с выполнением пилоро- или дуоденопластики (по Джадду-Танака, Джадду-Хорсли) в зависимости от локализации. Перфорация язвы желудка во время проведения оперативного вмешательства обнаружена нами у 27 (25,0%), двенадцатиперстной кишки – у 81 (75,0%) пациентов. При этом в 39,7% случаев был выявлен местный серозно-фибринозный перитонит, в 55,0 – диффузный и в 5,3% случаев – распространенный гнойный. Диаметр перфоративного отверстия при проведении ЛУ и ИПЯ в среднем составлял $5,0 \pm 1,4$ мм.

Все операции выполнялись с использованием эндоскопической системы Karl Storz Endovision® DCI® с системой авторотации (ARS) – цифровая одиночная камера с цветowymi системами PAL, NTSC и встроенным цифровым модулем обработки изображений, а также наборам лапароскопов DCI® HOPKINS®II (крупноформатная оптика – 10 мм), троакаров, щипцов, ножниц, диссекторов, экстракторов Karl Storz Click'Line® под комбинированным эндотрахеальным наркозом. Противопоказаниями к выполнению традиционного лапароскопического

ушивания перфоративной гастродуоденальной язвы мы считали: время от момента перфорации более 4 ч, труднодоступная локализация язвы, большой диаметр прободного отверстия, подозрение на малигнизацию язвы, каллезная язва, перифокальное воспаление стенки кишки более 10 мм, гнойный диффузный или распространенный перитонит, сепсис, наличие сопутствующих заболеваний и состояний, препятствующих наложению карбоксиперитонеума.

Статистическая обработка материала произведена с использованием программного пакета IBM.SPSS. Statistiks.v22. Коэффициент достоверности отличий (p) определялся по t-критерию Стьюдента.

Результаты и обсуждение. В ходе выполнения операции ЛУ перфоративной гастродуоденальной язвы переход на лапаротомию (конверсия) потребовался 3 (6,7%) пациентам, у которых, несмотря на 3-4-часовую экспозицию, распространенность и характер воспалительного процесса в брюшной полости соответствовали диффузному гнойному перитониту. Во всех случаях конверсии использовался лапаротомный доступ. При этом во всех трех случаях была обнаружена перфорация язвы в проекции луковицы двенадцатиперстной кишки, что потребовало выполнения широко применяемой в нашей клинике операции по типу Джадда-Хорсли с последующей санацией и дренированием брюшной полости.

От момента поступления больного в хирургический стационар (с учетом необходимого обследования) и до выполнения хирургического вмешательства проходило не более 60 мин. Время оперативного вмешательства при выполнении ЛУ колебалось в пределах от 45 до 125 мин и в среднем составило $98,5 \pm 24,8$ мин. Операция ИПЯ занимала от 60 до 130 мин (в среднем $75,3 \pm 22,1$ мин). Разница во времени была статистически значима ($p < 0,05$). Следует подчеркнуть, что основное влияние на длительность операции ИПЯ оказывает время ушивания лапаротомной раны, данный факт подтверждают и другие исследователи [5, 9].

Другим важным параметром является среднее время активизации пациентов после выполнения оперативного вмешательства, на что указывают многие исследователи [2, 10]. В нашем случае время активизации пациентов после ЛУ составило $1,6 \pm 0,6$ сут., после операции ИПЯ – $2,1 \pm 0,7$ сут. ($p < 0,05$).

Увеличение времени постельного режима после выполнения ИПЯ было во многом обусловлено болевым синдромом со стороны лапаротомной раны.

Наряду с таким параметром, как время активизации пациента, одним из важных аспектов является время появления активной перистальтики кишечника [2], возможность принимать жидкую и твердую пищу с целью поддержания энергетического баланса и пластической функции организма. В нашем случае после операции ЛУ это время составило $1,0 \pm 0,3$ сут., а после ИПЯ – $1,2 \pm 0,5$ сут.

Общее количество осложнений в основной группе составило 3 (6,7%), во всех трех случаях осложнения были связаны с несостоятельностью швов раннее ушитого перфоративного отверстия, что потребовало выполнения лапаротомии, иссечения язвенного дефекта с последующей пилоро- или дуоденопластикой по Джадду-Хорсли или Джадду-Танака, в зависимости от его локализации, с последующей санацией и дренированием брюшной полости. В контрольной группе общее количество осложнений составило 5 (7,9%). При этом зафиксировано лишь 1 (1,6%) внутрибрюшное осложнение – вялотекущий перитонит, который потребовал проведения программной санации брюшной полости, в последующем пациент выздоровел. В остальных 4 (6,3%) случаях зафиксированы осложнения со стороны операционной раны (инфильтрат, нагноение). Летальных исходов в обеих группах исследования не было. Средние сроки пребывания в стационаре после проведения ЛУ составили $5,0 \pm 1,0$, после операции ИПЯ – $7,0 \pm 2,0$ койко-дней. Пациенты после ЛУ находились в стационаре в среднем на 2 койко-дня меньше, чем перенесшие ИПЯ.

Таким образом, можно сделать **выводы**, что при широком внедрении малоинвазивных технологий наряду с выполнением таких операций, как лапароскопическая аппендэктомия, герниопластика и многие другие, в клиническую практику все более прочно входит операция лапароскопического ушивания перфоративной гастродуоденальной язвы. Прежде всего этому способствуют положительные результаты лечения: сокращение послеоперационных осложнений и сроков пребывания в хирургическом стационаре, уменьшение периода реабилитации и раннее восстановление трудоспособности. Повсеместное внедрение в практику urgentных хирургических клиник ЛУ перфоративной гастродуоденальной язвы следует считать приоритетным направлением современной технологичной медицинской помощи. Полученные нами данные позволяют рассматривать ЛУ перфоративной гастродуоденальной язвы операцией выбора, при этом особое внимание должно быть уделено теоретической и практической подготовке хирургов, а также созданию единых тактических подходов и решений в различных клинических ситуациях.

Литература

1. Видеолапароскопия при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки / Кирсанов И.И. и [др.] // Эндоскопич. хирургия. – 2010. – №1. – С. 8-12.
Video laparoscopy in perforated gastric and duodenal ulcer / Kirsanov I.I. [et al.] // Endoscopic surgery. – 2010. – №1. – p. 8-12.
2. Гольденфарб П.Р. Опыт использования малоинвазивных способов ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки / П.Р. Гольденфарб // Сибирское медицинское обозрение. – 2009. – № 4. – С. 90-93.
Goldenfarb P.R. Experience of using mini-

mally invasive methods of suturing a perforated duodenal ulcer / P.R. Goldenfarb // Siberian Medical Review. – 2009. – № 4. – p. 90-93.

3. Гостищев В.К. Проблема выбора метода лечения при острых гастродуоденальных кровотечениях / В.К. Гостищев., М.А. Евсеева // Хирургия им. Н.И. Пирогова. – 2007. – № 7. – С. 7-11.

Gostishchev V.K. The problem of choosing a treatment method for acute gastroduodenal bleeding / V.K. Gostishchev., M.A. Yevseyev // N.I. Pirogov Surgery. – 2007. – № 7. – p. 7-11.

4. Избасаров Р.Ж. Лапароскопическое ушивание перфоративных гастродуоденальных язв / Р.Ж. Избасаров // Эндоскопическая хирургия. – 2013. – № 2. – С. 15-17.

Izbasarov R.Zh. Laparoscopic suturing of perforated gastroduodenal ulcers / R.Zh. Izbasarov // Endoscopic surgery. – 2013. – № 2. – p. 15-17.

5. Лапароскопическое лечение перфоративных гастродуоденальных язв / Кудрявцев П.В. и [др.] // Там же. – № 1. – С. 3-11.

Laparoscopic treatment of perforated gastroduodenal ulcers / Kudryavtsev P.V. [et al.] // Ibid. – 2013. – № 1. – p. 3-11.

6. Лобанков В.М. «Хирургическая эпидемиология» язвенной болезни в Белоруссии в период с 1990 по 2004 год / В.М. Лобанков // Вестник хирургич. гастроэнтерологии. – 2007. – №1. – С. 50-55.

Lobankov V.M. "Surgical epidemiology" of peptic ulcer in Belarus in the period from 1990 to 2004 / V.M. Lobankov // Bulletin of surgical gastroenterology. – 2007. – №1. – p. 50-55.

7. Мовчан К.М. Хирургическое лечение язвы желудка у больных молодого возраста / К.М. Мовчан., С.И. Татарин // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 1994. – № 4. – С. 14-17.

Movchan K.M. Surgical treatment of gastric ulcer in young patients / K.M. Movchan., S.I. Tatarin // Bulletin of I.I. Grekov Surgery. – 1994. – № 4. – p. 14-17.

8. Bertleff M.J. Perforated peptic ulcer disease: a review of history and treatment / M.J. Bertleff., J.F. Lange // Digestive Surgery. – 2010. – Vol. 27. – P. 161-169.

9. Laparoscopic repair for perforated peptic ulcer: a randomized controlled trial / Siu W.T. [et al.] // Annals of Surgery. – 2002. – Vol. 235. – P. 313-319.

10. Laparoscopic versus open surgical closure of perforated duodenal ulcers: a comparative study / V.G. Mehendale [et al.] // Indian Journal of Gastroenterology. – 2002. – Vol. 21. – P. 222-224.