

На правах рукописи

Торшхоев Ибрагим Юнусович

**ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СОЧЕТАНИИ ОСТРОГО ХО-
ЛЕЦИСТИТА С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И/ИЛИ ДВЕ-
НАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

14.01.17 – хирургия

Автореферат диссертации
на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Краснодар – 2017

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России).

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Карипиди Геннадий Константинович.

Официальные оппоненты:

Белик Борис Михайлович – доктор медицинских наук, доцент, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России), кафедра общей хирургии, заведующий кафедрой;

Суздальцев Игорь Владимирович – доктор медицинских наук, профессор, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России), кафедра факультетской хирургии, заведующий кафедрой.

Ведущая организация:

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Владикавказ).

Защита состоится 26 сентября 2017 года в 12.00 часов на заседании диссертационного совета Д 208.038.01 на базе ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России (350063, Краснодар, ул. Седина, 4).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на официальном сайте (<http://www.ksma.ru>) ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России.

Автореферат разослан «____» _____ 2017 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
Д 208.038.01
доктор медицинских наук,
профессор

**Гуменюк
Сергей Евгеньевич**

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Острый калькулезный холецистит является одним из распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта. Им страдают около 10,0-15,0% населения экономически развитых стран (Бондаренко А.Г., Суздальцев И.В., Байчоров Х.М. и др., 2014). При этом количество пациентов с острым холециститом (ОХ) постоянно увеличивается. Так, по сведениям ряда отечественных и зарубежных авторов (Ильченко А.А. и соавт., 2011; Shaffer, 2006) за каждое последующее десятилетие число больных ОХ возрастает примерно в 2 раза.

В настоящее время при хирургическом лечении больных с ОХ наиболее широко применяется активная лечебная тактика.

Современные технологии обследования и лечения до минимума сократили диагностический период и значительно расширили арсенал хирургических пособий, что позволило использовать активную лечебную тактику у большинства больных с ОХ (Ковалев А.И., 2011). В связи с этим основным принципом стало использование экстренных и срочных оперативных вмешательств.

Вместе с тем, на выбор хирургической тактики влияет наличие сопутствующих заболеваний гастродуоденальной зоны. Среди них наиболее распространены такие как хронический гастрит, хронический гастродуоденит, **язвенная болезнь (ЯБ)**, дивертикулы двенадцатиперстной кишки (ДПК), хроническое нарушение проходимости двенадцатиперстной кишки (ХНП ДПК) (Никитин Н.А., Прокофьев Е.С., Онучин М.А., 2011; Поташов Л.В. и соавт., 2010). В связи с улучшением диагностики этих заболеваний в последние годы отмечается увеличение численности больных с сочетанием ОХ и заболеваний гастродуоденальной зоны (Краснов О.А., 2015). По сведениям В.З. Маховского и соавт. (2006, 2008), Э.Я. Селезневой (2012) у больных с ОХ ЯБ выявляется в 9,5- 17,6%, наблюдений, особенно среди лиц пожилого и старческого возраста.

Хирургическая тактика лечения больных с ОХ, протекающим на фоне сопутствующих заболеваний гастродуоденальной зоны, разработана недостаточно. Вместе с тем, клиническая практика свидетельствует, что подходы к оперативному лечению больных с ОХ при наличии сопутствующих заболеваний желудка и/или ДПК, требующих хирургической коррекции имеют свои особенности (Абакумов М.М. и соавт., 2013; Федоров А.В. и соавт., 2014). Тем более, что на современном этапе развития хирургии применение медикаментозных средств лечения хронического гастрита и ЯБ, оперативных вмешательств при дивертикулах ДПК и ХНП ДПК, а также разнообразие способов миниинвазивных хирургических вмешательств при ОХ вызывают необходимость выбора определенной тактики хирургического лечения данной категории больных (Черноусов А.Ф. и соавт., 2015; Поташов Л.В. и соавт., 2013; Holme et al., 2011; Tania, 2010). Следовательно, разработка подходов к лечению больных с ОХ при наличии сопутствующих заболеваний гастродуоденальной зоны является актуальной проблемой современной хирургии.

Цель исследования

Улучшение результатов хирургического лечения больных ОХ при сочетании с язвенной болезнью желудка и/или двенадцатиперстной кишки путем использования хирургической тактики, основанной на выполнении одноэтапных операций.

Задачи исследования

1. Проанализировать данные о частоте заболеваний острого холецистита с язвенной болезнью желудка и/или двенадцатиперстной кишки.
2. На основе анализа контрольной и опытной групп больных выявить частоту и характер осложнений язвенной болезни желудка и/или двенадцатиперстной кишки после холецистэктомии.
3. Выявить статистически и клинически значимые факторы риска возникновения осложнений язвенной болезни у больных, оперированных по поводу острого холецистита.

4. Разработать показания для одномоментного хирургического лечения больных с острым холециститом в сочетании с язвенной болезнью желудка и/или двенадцатиперстной кишки.

5. Провести сравнительный анализ частоты возникновения осложнений при сочетании острого холецистита и язвенной болезни желудка и/или двенадцатиперстной кишки у больных контрольной и опытной групп.

Научная новизна работы

Дана оценка частоты сочетания острого холецистита с язвенной болезнью желудка и/или двенадцатиперстной кишки.

Впервые определена хирургическая тактика при сочетании острого холецистита и язвенной болезни желудка и/или двенадцатиперстной кишки.

Дана оценка рациональности принятой тактики при сочетании острого холецистита с язвенной болезнью желудка и/или двенадцатиперстной кишки, и клинической эффективности.

Практическая значимость

Результаты статистически достоверного исследования позволяют рекомендовать к применению одномоментные вмешательства при сочетании острого холецистита с язвенной болезнью желудка и/или двенадцатиперстной кишки, обоснованно подходить к выполнению симультанных операций, предложить меры по профилактике послеоперационных осложнений, способы улучшения результатов хирургического лечения больных острым холециститом при сочетании с язвенной болезнью желудка и/или двенадцатиперстной кишки.

Реализация результатов исследования

Предлагаемые показания для выполнения одноэтапных операций при остром холецистите в сочетании с язвенной болезнью желудка и/или двенадцатиперстной кишки используются в повседневной деятельности трех экстренных хирургических отделений Краснодарской городской клинической больницы скорой медицинской помощи (МБУЗ КГК БСМП), а также

в учебном процессе на кафедре госпитальной хирургии Кубанского государственного медицинского университета.

Апробация результатов исследования

Основные положения диссертационного исследования доложены и обсуждены на Всероссийской конференции хирургов-гастроэнтерологов (Геленджик, 2011); заседании Краевого научно-практического общества хирургов (Краснодар, 2017); Региональной научно-практической конференции: «Острые заболевания органов брюшной полости. Другие разделы хирургии» (Анапа, 2013).

Внедрение результатов исследования в практику

Результаты работы используются в трех хирургических отделениях клинической больницы скорой медицинской помощи г. Краснодара и в лекционном курсе обучения студентов на кафедре госпитальной хирургии Кубанского государственного медицинского университета.

Личный вклад соискателя

Автором самостоятельно разработана программа и план изучения проблемы. Проведен аналитический обзор отечественной и зарубежной литературы. Автор лично участвовал в операциях касающихся применения одномоментного вмешательства при сочетании острого холецистита с язвенной болезнью и/или двенадцатиперстной кишки, ведение больных в до- и послеоперационном периоде; в разработке анкеты и последующего прямого анкетирования больных перенесших оперативное вмешательство давностью от двух до пяти лет с целью выявления отдаленных результатов лечения. Автор непосредственно участвовал в систематизации и обработке полученных результатов и их реализации. Формулировка выводов и практических реализаций по материалам исследования полностью выполнены самим автором.

Публикации по теме диссертации

По материалам диссертации опубликовано 5 печатных работ, из них 2 публикации в журналах, входящих в перечень рецензируемых изданий,

рекомендуемых ВАК при Минобрнауки РФ для опубликования материалов докторских и кандидатских диссертаций.

Объем и структура работы

Диссертация изложена на 125 страницах компьютерного набора и состоит из введения, обзора литературы, главы посвященной клиническим наблюдениям и методам исследования, двух глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций.

Работа иллюстрирована 31 таблицами и 1 рисунком. В качестве иллюстраций приводятся клинические наблюдения. Список литературы включает 218 отечественных и 71 зарубежных источников.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Хирургическое лечение больных острым холециститом при сочетании с язвенной болезнью желудка и/или двенадцатиперстной кишки следует проводить с учётом комплексного изучения гепатогастродуоденальной зоны, отдавая предпочтение органосохраняющим операциям на желудке и двенадцатиперстной кишке с использованием методов хирургической коррекции синдромокомплексов, отягощающих течение заболевания.

2. При хирургическом лечении острого холецистита в сочетании с язвенной болезнью желудка и/или двенадцатиперстной кишки в отсроченном порядке преимущество необходимо отдавать одномоментным операциям, предварительно определив показания к основному оперативному вмешательству, сочетанной и корригирующей операции, обосновать оперативный доступ, определить последовательность и объём оперативных пособий с учетом степени риска.

3. Корригирующие операции в ургентной хирургии, при сочетании острого холецистита с язвенной болезнью желудка и/или двенадцатиперстной кишки должны быть строго обоснованы, индивидуализированы и логически оправданы.

4. При лечении больных острым холециститом в сочетании с язвенной болезнью желудка и/или двенадцатиперстной кишки следует исполь-

зовать в полном объеме лечебно-диагностическую программу, методы корригирующих операций и индивидуализировать конструкцию оперативного пособия, учитывая объем основного этапа операции.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

В основу работы положен клинический анализ 112 больных с ОХ, имеющих язвенную болезнь желудка и/или ДПК, прошедшие лечение в Краснодарской городской клинической больнице скорой медицинской помощи за период с 2006 по 2013 гг. Все больные распределены на две группы: контрольную - 61 больной и опытную - 51 пациент.

Необходимый объем выборочной совокупности определялся по методике А.М. Меркова и В.И. Полякова (1984) был репрезентативным со степенью достоверности превышающей 95% ($p < 0,005$).

Опытная и контрольная группы больных были идентичны по возрасту, длительности анамнеза, тяжести состояния, характеру осложнений. В первую опытную группу - 51 человек (45,5%), вошли больные, которым выполнены симультанные операции; 2 - контрольная группа - 61 человек (54,4%), которым изолированно выполняли ХЭ.

Большинство больных, как в опытной, так и в контрольной группах были в возрасте от 60 до 69 лет (31,1% и 34,9% соответственно). Численность женщин превышала численность мужчин в 3,5 раза.

Все больные поступили в хирургическое отделение по скорой помощи с диагнозом ОХ.

Всем пациентам проводили комплексное обследование по органам и системам. Оно включало общеклинические исследования: жалобы больного, анамнез заболевания и жизни, проведение осмотра, пальпация, перкуссия, анализ полученных результатов клинического обследования.

Проведение лабораторных и инструментальных исследований осуществлялось по общепризнанным методикам. В процессе эндоскопическо-

го исследования при выявлении язвы желудка проводили забор биопсийного материала для проведения гистологического исследования.

Сбор и обработка данных о результатах лечения проводились в соответствии с дизайном работы с использованием клинических, инструментальных, лабораторных, опросных и статистических методов исследования. Отдаленные результаты лечения изучались путем анкетирования ранее оперированных больных. Сроки наблюдения составили от двух до пяти лет.

Анкета содержала 18 вопросов, из которых первые четыре были общими, остальные по теме опроса. В анкету включены вопросы, позволяющие сделать вывод о наличии патологии желудка и ДПК (осложнения язвенной болезни), а также со стороны других органов брюшной полости.

Оценка отдаленных результатов проводилась по трех бальной системе («хорошо», «удовлетворительно» и «неудовлетворительно»).

К хорошим результатам относили те случаи, когда лица перенесшие операцию чувствовали себя здоровыми и не предъявляли жалоб.

К удовлетворительной оценке относили больных, у которых отмечались периодические боли в эпигастральной области.

Результаты операции считались неудовлетворительными при возникновении рецидивов боли потребовавшие стационарного лечения и привели к утрате трудоспособности пациента.

Количество проанкетированных больных составило: 51 (83,65%) больной из 61 контрольной группы и 46 (91,34%) больных из 51 опытной группы. Избранный методический подход адекватен решаемым задачам исследования, поэтому использован нами для обработки анализа результатов исследования.

При обработке материала производилось вычисление экстенсивных и интенсивных показателей, использовались элементы вариационной статистики, позволившие определить возможные пределы случайных колебаний

размеров показателей путем вычисления средней величины: $M = \frac{\sum Vp}{n}$, где p - частота признака, V - числовое значение, n - число наблюдений. Вычисление средней ошибки средней величины производилось по формуле:

$$m = \sqrt{\frac{pg}{n}}.$$

Оценка достоверности полученных результатов исследования определялась по формуле $t = \frac{P_1 - P_2}{m_1^2 + m_2^2}$, где t - уровень достоверности;

P_1 – величина среднего показателя в контрольной группе больных; P_2 – величина среднего показателя в опытной группе больных. При $t = 95\%$ считалось, что различия в показателях опытной и контрольной группы статистически достоверны ($p < 0,05$).

Характеристика больных контрольной группы

Из 61 больного контрольной группы сочетание ОХ с ЯБЖ наблюдалась у 21 больного, а с ЯБ ДПК у 40 пациентов. В ходе проводимого исследования изучались все виды послеоперационных осложнений, частота их встречаемости, и послеоперационная летальность.

Больным контрольной группы выполнялись два вида оперативных вмешательств – открытая холецистэктомия (ОХЭ) и лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). ОХЭ выполнена у 16 (26,2%) больных и ЛХЭ - у 45 (74,0%) .

Возрастная структура больных оперированных ЛХЭ практически повторяет таковую при ОХЭ с той лишь разницей, что доля больных в ведущих возрастных группах (60-69 лет – 33,5%) была выше. И только лишь в возрасте 80 лет и старше выбор метода операции был в пользу ОХЭ. В остальных возрастных группах различий в двух методах выявлено не было. Выбор методов операции в контрольной группе определялся не только их возрастом, длительностью заболевания, но и частотой приступов.

Подавляющее большинство больных 93,4% оперированных как лапа-

роскопически, так и открытым методом имели длительность течения заболевания более одного года.

Данные о видах операций в зависимости от частоты приступов ОХ в контрольной группе больных представлены в таблице 1.

Таблица 1. Зависимость видов операции от частоты приступов острого холецистита в контрольной группе больных (абс.ч., %)

Вид операции	Частота приступов						Всего	
	1-й приступ		2-й приступ		более двух			
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
ОХЭ	2	13,4	5	45,5	9	25,8	16	27,8
ЛХЭ	13	86,6	6	54,5	26	74,2	45	72,2
Итого	15	100,0	11	100,0	35	100,0	61	100,0

Данные таблицы 3 свидетельствуют о том, что выбор метода операции определялся не только длительностью течения заболевания, но и частотой приступов ОХ. Так после первого приступа процент ЛХЭ значительно превышал (86,6%) процент открытых оперативных вмешательств – (13,4%).

Аналогичное соотношение наблюдалось и при частоте более двух приступов. В этом случае доля лапароскопических операций также превышала долю открытых, но менее значительно (74,2% и 25,8% соответственно). При втором приступе оперативное вмешательство обоих видов осуществлялась практически одинаково (54,5% и 45,5%).

Таким образом, выбор методов операции в контрольной группе больных определялся не только их возрастом и длительностью течения заболевания, но и в значительной мере частотой приступов холецистита, что подтверждается и уровнем статистической достоверности результатов ($p < 0,005$).

Данные, о сроках оперативных вмешательств в контрольной группе больных, свидетельствуют об их росте с увеличением возраста за исключением лиц старше 80 лет. Наибольшее количество выполнено отсроченных операций (3-5 суток) – 27 (44,2%), несколько меньше срочных (24-48

часов) – 21 (35,8%) и значительно меньше экстренных (до 24 часа) – 13 (20,0%). Вместе с тем, подтвердить статистически зависимость сроков оперативных вмешательств от возраста пациентов, не представлялось возможным в виду малочисленности возрастных групп до 60 лет. Из 61 больного контрольной группы умерло 4, из них трое в возрасте старше 80 лет и один больной в возрастной группе 70-79 лет.

При определении объема и вида оперативных вмешательств у больных ОХ в зависимости от возраста больных в контрольной группе выявить какую-либо статистически достоверную закономерность между возрастом пациентов и методами операции не представляется возможным, да и не является определяющим ($p > 0,05$).

Морфологические изменения желчного пузыря и сроки оперативных вмешательств в контрольной группе больных приведены в таблице 2.

Как видно из таблицы 2, на морфологические изменения в желчном пузыре, влияют сроки оперативных вмешательств.

Таблица 2. Морфологические изменения желчного пузыря и сроки оперативных вмешательств в контрольной группе (абс.ч., %)

Форма холецистита	Сроки вмешательств						Всего больных	
	до 24 час.		24-72 час.		Свыше 3 суток			
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%
Флегмонозный	6	46,1	15	71,4	7	25,9	28	45,9
Гангренозный	7	53,9	6	28,6	5	18,5	18	29,5
Катаральный	-	-	-	-	15	55,6	15	24,6
Итого	13	100,0	21	100,0	27	100,0	61	100,0

Послеоперационный период протекал с осложнениями у 17 (27,8%) пациентов, которым была выполнена изолированная ХЭ при наличии язвенного дефекта.

Виды послеоперационных осложнений и их исходы в контрольной группе представлены в таблице 3.

Из таблицы 3 видно, что наибольшее количество послеоперационных осложнений в контрольной группе, составили язвенные кровотечения 8 (13,1%). У 6 больных кровотечение возникло из язвы ДПК, локализован-

ных на передней стенке с рубцово-язвенной деформацией и воспалительной инфильтрацией, что потребовало выполнения оперативного пособия для остановки кровотечения.

Таблица 3. Виды послеоперационных осложнений и их исходы среди больных контрольной группы

№ п/п	Виды послеоперационных осложнений	Количество	Количество летальных исходов
1.	Кровотечение из хронических язв желудка	2	-
2.	Кровотечение из хронических язв ДПК	6	1
3.	Пневмония	1	-
4.	Острая сердечно-сосудистая недостаточность	1	1
5.	Послеоперационный панкреатит	2	1
6.	Тромбофлебит нижних конечностей и ТЭЛА	2	1
7.	Повреждение гепатикохоледоха	1	-
8.	Послеоперационный перитонит	2	-
Всего		17 (27,8%)	4 (6,5%)

У 4 больных, у которых язвенный дефект имел размеры 1 на 2 см выполнена мостовидная дуоденопластика и у двух - с циркуляционным дефектом - сегментарная дуоденопластика. Один больной умер. Причиной летального исхода послужила постгеморрагическая анемия и хирургическая агрессия. У 2-х пациентов кровотечение возникло из хронических язв желудка с воспалительной инфильтрацией. Выполнено иссечение язвы и ушивание.

У двух больных, с локализацией язвы в кардиальном отделе желудка осложнившейся кровотечением, выполнено иссечение язвенного дефекта с последующей гастропластикой. Летальных исходов не было. У всех больных контрольной группы диагностированы хронические каллезные язвы.

Как видно, выполненная изолированная ХЭ, с оставлением язвенного дефекта в желудке или ДПК, приводит к осложнению в послеоперационном периоде в виде язвенного кровотечения и тяжелой постгеморрагической анемии.

Продолжительность стационарного лечения больных в контрольной группе составила $12,1 \pm 0,16$ дней ($p < 0,05$).

Характеристика больных опытной группы

Опытную группу составили 51 больной с ОХ в сочетании с язвенной болезнью желудка и/или ДПК, которым были выполнены симультанные операции. Сочетание ОХ и язвенной болезни желудка наблюдалось у 9 больных, с язвенной болезнью ДПК - у 42 пациентов. В исследовании изучались показания к операциям, частота послеоперационных осложнений и летальность.

Наибольшее количество больных опытной группы пребывало в возрасте от 60 до 69 лет – 17 (33,3%), в возрасте от 40 до 49 лет – 11 (21,5%), от 50 до 59 лет – 9 (17,6%). Значительно меньшее количество больных находилось в возрасте старше 80 лет – 3 (5,8%) и 20-29 лет (1,9%). Мужчин было значительно меньше – 15, чем женщин – 36.

На выбор тактики лечения и конечных его результатов большое значение имеет локализация язвы и длительность язвенного анамнеза.

Длительность язвенной болезни желудка и/или ДПК при различных локализациях язвы среди больных опытной группы представлена в таблице 4.

Таблица 4. Длительность течения язвенной болезни желудка и/или ДПК у больных опытной группы различной локализации язвы

Локализация язвы \ Длительность заболевания	2-4 года	5-8 лет	9 лет и выше	всего
Язва желудка	2	3	4	9
пилорический отдел	1	1	—	2
кардиальный отдел	—	—	3	3
тело желудка	1	2	1	4
Язва ДПК	7	22	13	42
на задней стенке	2	5	4	11
на передней стенке	5	17	9	31
Всего	9	25	17	51

Как видно из данных, представленных в таблице 4, наибольшее количество составили больные (42-82,3%) с язвенной болезнью ДПК. При этом, у 31 больного язва локализовалась на передней стенке ДПК, у 11 – на задней стенке. Длительность язвенного анамнеза была наиболее значительной

(от 5 до 8 лет) у 22 больных. Менее многочисленной (13) была группа больных с длительностью течения заболевания от 9 лет и более. У 7 пациентов длительность течения язвенной болезни составила от 2 до 4 лет.

Среди больных страдающих ЯБЖ (9-17,6%), у 4 язва локализовалась в теле желудка, у 3 – в кардиальном его отделе и у 2 – пилорическом.

Длительность язвенного анамнеза среди больных с желудочной локализацией язвы была более продолжительной, чем при локализации в ДПК.

Так, из 9 больных с ЯБЖ, у 4 – длительность заболевания составила девять лет и более, у 3 от пяти до восьми лет, и у 2 – от 2 до 4 лет.

Кроме описанного выше, важное значение для выбора метода хирургического лечения, имеет морфология язвы. Всем больным с желудочной локализацией язвы при выполнении эзофагогастродуоденоскопии (ЭФГДС) выполнялась биопсия.

Из 51 больного опытной группы у 42 (82,3%) диагностированы хронические каллезные язвы ДПК и у 9 (17,6%) – хронические язвы желудка.

Наибольшее количество осложнений у больных с ЯБ наблюдалось у пациентов с наличием в анамнезе обострений заболевания – 25 (49,0%), с кровотечениями – у 18 (35,2%) и перфоративными язвами – у 8 (15,6%).

Наиболее частой сопутствующей патологией среди больных опытной группы были заболевания сердечно-сосудистой системы (50,9%) и сахарный диабет 2 типа (13,7%). Значительно меньшую часть составили больные с патологией мочевой и бронхо-легочной систем, по 2 случая (3,4%).

Длительность течения заболеваний, частота обострений острого холецистита и морфологическая картина в опытной группе больных были идентичны с данными в контрольной группе больных. Так, у 10 больных длительность течения заболевания составила один год, у 41 – свыше года. У 30 пациентов частота приступов повторялась от одного до двух раз и у 21 – более двух. У всех больных диагностировалась деструктивная форма ОХ.

Виды, объемы и сроки хирургических вмешательств в опытной группе больных

Хирургическая тактика лечения ОХ и язвенной болезни желудка и/или ДПК в большинстве случаев заключалась в одномоментном выполнении ХЭ и различных вариантов операций на желудке и/или ДПК. Опыт Таранова И.И. с соавт. (2004) показал, что после выполнения только операции ХЭ возможно возникновение осложнения в виде язвенного кровотечения в раннем послеоперационном периоде, а в том случае, когда выполняется только операция на желудке или ДПК, также возможны приступы ОХ. Нельзя недооценивать и психологический фактор, так как симультанные операции избавляют больного от трудности принятия решения о повторном хирургическом вмешательстве в будущем.

При решении вопроса о выполнении симультанных операций, нами учитывались: возраст, данные состояния больного, морфологического исследования, язвенного анамнеза (не менее 2-3 лет), осложнения и безуспешность консервативного лечения.

В соответствии с разработанной хирургической тактикой, при наличии у больных ОХ заболеваний желудка и/или ДПК, требующих хирургической коррекции, в разные сроки выполняли различные сочетания оперативных вмешательств.

Как свидетельствуют данные таблицы 5, чаще выполнялись симультанные операции при язвах ДПК (42 операции).

Таблица 5. Виды и сроки хирургических вмешательств у больных в опытной группе с момента поступления

№ п/п	Виды и объемы хирургических вмешательств	Сроки операции		Количество больных
		Экстренные (до 24 ч)	Срочные (24-48ч)	
1.	Дуоденопластика мостовидная, ХЭ	9	19	28
2.	Дуоденопластика мостовидная+СПВ, ХЭ	0	3	3
3.	Дуоденопластика сегментарная, ХЭ	2	7	9
4.	Дуоденопластика сегментарная+СПВ, ХЭ	0	2	2
5.	Резекция 2/3 желудка по БильротII, ХЭ	1	2	3
6.	Гастропластика, ХЭ	4	2	6
Всего		16	35	51

У 31 больного с локализацией каллезной язвы на передней стенке ДПК, с длительностью заболевания от 5 лет до 9 лет и частыми обострениями, выполнялась мостовидная дуоденопластика и ХЭ. При чем у 3 из них, мостовидная дуоденопластика дополнялась выполнением селективной проксимальной ваготомией (СПВ).

Сроки операции, от момента поступления зависели от клиники ОХ, сопутствующей патологии, приводимой предоперационной подготовки составляли у 35 пациентов от 24 до 48 часов и у 9 – до 24 часов.

У 11 пациентов с локализацией язвенного дефекта на задней стенке ДПК с пенетрацией, длительностью заболевания от 2 до 9 лет, имеющие осложнения (кровотечение), выполнялась сегментарная дуоденопластика и ХЭ, у 2 вмешательства дополнялось СПВ.

При локализации хронических каллезных язв в теле желудка на передней стенке у 4 больных и кардиальном отделе у 2, с длительностью анамнеза до четырех лет, периодическими обострениями проявляющимися изжогами после еды, отсутствием эффективности от консервативного лечения, наличием ОХ, выполнена ХЭ и гастропластика.

Операция резекция 2/3 желудка по Бильрот-II и ХЭ выполнена у троих пациентов. У двух больных, хронические язвы локализовались на передне-верхней стенке пилорического отдела желудка и имели размеры от 1,5 до 2 см и от 2 до 2,5 см., выраженная деформация выходного отдела желудка. У 1-го больного, язва располагалась на задней стенке пилорического отдела размером 2х3 см., в виде чашеобразного кратера, с пенетрацией в поджелудочную железу. Длительность заболевания у данной группы больных от 4 до 8 лет. Из анамнеза отмечаются язвенные кровотечения, острый панкреатит. Проводимая консервативная терапия оказалась мало эффективной.

Результаты лечения

Для оценки результатов лечения больных опытной группы, анализировались те же показатели, что и в контрольной группе, а именно: число и

виды послеоперационных осложнений и их исходы, длительность стационарного лечения. Виды послеоперационных осложнений и их исходы у больных опытной группы представлены в таблице 6.

Таблица 6. Виды послеоперационных осложнений и их исходы среди больных опытной группы

№ п/п	Виды послеоперационных осложнений	Количество осложнений	Умерло больных
1.	Несостоятельность гастроэнтероанастомоза	1	1
3.	Острое нарушение мозгового кровообращения	1	1
6.	Послеоперационный панкреатит	2	-
7.	Тромбофлебит нижних конечностей	1	-
8.	Пневмония	2	-
Всего		7 (13,7%)	2 (3,9%)

Наиболее частыми осложнениями были пневмонии (3,9%) и послеоперационный панкреатит (3,9%). В послеоперационном периоде причинами возникновения сегментарных пневмоний у двух больных послужили возраст больных (75-80 лет); недостаточная профилактика, направленная на предупреждения данного осложнения. После проведенного курса антибактериальной терапии пневмония регрессировала. Больные выписаны в удовлетворительном состоянии.

У двух пациентов, после выполнения сегментарной дуоденопластики и СПВ, по поводу каллезной язвы на задней стенке ДПК с пенетрацией в поджелудочную железу и ХЭ, на четвертые сутки возник послеоперационный панкреатит. Причиной явилась прямая травма поджелудочной железы при мобилизации ДПК.

Несостоятельность гастроэнтероанастомоза наступило у одного больного, после выполнения резекции желудка по Бильрот-II, при локализации язвы на задней стенке пилорического отдела. Выполненная релапаротомия установила несостоятельность двух швов передней губы анастомоза. Произведено ушивание дефекта. Причиной смерти послужила тромбоэмболия легочной артерии.

У одного пациента, в возрасте 63 лет, наступило нарушение мозгового кровообращения из-за резкого повышения артериального давления. Больной умер.

Острый тромбофлебит, в послеоперационном периоде, возник у одного больного. Причиной осложнения явилось не в полной мере выполнение комплекса мер направленных на предупреждения данного осложнения.

Общая продолжительность стационарного лечения составила $15,43 \pm 0,37$ дня ($p < 0,05$).

Сравнительный анализ эффективности хирургического лечения и отдаленных результатов у больных контрольной и опытной групп

Сравнительный анализ клинической эффективности хирургического лечения в основной и контрольной группах представлен в таблице 7.

Таблица 7. Сравнительный анализ клинической эффективности хирургического лечения больных опытной и контрольной групп

Сравниваемые показатели	Опытная группа	Контрольная группа
Послеоперационные осложнения (в %)	13,9	27,8
Послеоперационная летальность (в %)	1,9	6,5
Длительность предоперационного лечения (в койко-днях)	$3,57 \pm 0,16$	$2,71 \pm 0,08$
Длительность послеоперационного лечения (в койко-днях)	$11,86 \pm 0,21$	$9,30 \pm 0,08$
Длительность стационарного лечения (в койко-днях)	$15,43 \pm 0,37$	$12,01 \pm 0,16$

Из сведений, представленных в таблице 7, видно, что в опытной группе больных послеоперационных осложнений было меньше, чем в контрольной (13,9% и 27,8%, соответственно). Уменьшение числа послеоперационных осложнений в опытной группе привело к снижению послеоперационной летальности до 1,9%.

В опытной группе длительность лечения больных в стационаре была $15,43 \pm 0,37$ койко-дня, в среднем на 3 дня больше, чем в контрольной - $12,01 \pm 0,16$. Как видно, снижение длительности стационарного лечения произошло за счет сокращения времени послеоперационного лечения.

Для изучения отдаленных результатов хирургического лечения больных обеих групп, проведено комплексное обследование включающее ЭФГДС, УЗИ и анкетирование проводилось амбулаторно и стационарно.

Отдаленные результаты хирургического лечения больных в контрольной и опытной группах представлены в таблице 8.

Таблица 8. Отдаленные результаты хирургического лечения больных в контрольной и опытной группах

Результаты	Контрольная группа (n = 51)		Опытная группа (n = 46)	
	Абс.	%	Абс.	%
Хорошо	16	32,6	32	69,5
Удовлетворительно	23	47,0	13	28,3
Неудовлетворительно	10	29,4	1	2,2
Всего:	49	100	46	100

Причинами неудовлетворительных отдаленных результатов у 10 (20,4%) больных контрольной группы, явились хронические каллёзные язвы ДПК с пенетрацией в поджелудочную железу и хронический панкреатит с частными обострениями.

В опытной группе больных, неудовлетворительный отдаленный результат отмечен у 1 больного (2,2%), после резекции желудка. Выявлена пептическая язва анастомоза.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование свидетельствуют о том, что при хирургическом лечении больных с ОХ, необходимо учитывать наличие язвенного дефекта желудка и/или ДПК и при наличии показаний, наряду с ХЭ, проводить одномоментные симультанные операции.

Применение симультанных операций в лечении ОХ в сочетании с язвенной болезнью желудка и/или ДПК снижает число осложнений, операционную летальность и не приводит к существенному увеличению сроков пребывания в стационаре. Отдаленные результаты убеждают в наличии медицинских и экономических преимуществ применения симультанных операций, что позволяет рекомендовать их использование в хирургической практике.

ВЫВОДЫ

1. Сочетание ОХ с язвенной болезнью желудка и/или ДПК отмечалось у 9,5 - 17,6% пациентов.
2. Из всех видов осложнений, в контрольной группе больных, наиболее частыми (13,1%) были язвенные кровотечения в раннем послеоперационном периоде, что явилось причиной выполнения повторных операций, тогда как в опытной группе преобладали панкреатит (3,9%), не требующий хирургического вмешательства.
3. Клинически и статистически значимыми факторами риска развития осложнений в раннем послеоперационном периоде в виде кровотечения, у больных контрольной группы являются: язва желудка или ДПК; длительность язвенного анамнеза; осложнения ЯБ в анамнезе; возраст. У больных опытной группы факторами риска развития осложнений в послеоперационном периоде в виде острого панкреатита является пенетрация язвы желудка или ДПК; операционная травматизация.
4. Выполнение симультанных операций у больных с ОХ в сочетании с язвенной болезнью желудка и/или ДПК, показало: при неэффективности противоязвенной терапии; наличие каллезных язв; частые обострения ЯБ; имеющиеся в анамнезе язвенные кровотечения, перфорация.
5. Предлагаемая нами хирургическая тактика при сочетании ОХ с язвенной болезнью желудка и/или ДПК позволила снизить осложнения с 27,8% в контрольной группе до 13,7% в опытной группе, летальность с 6,5% до 3,9%.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Больным с ОХ в предоперационном периоде необходимо выполнять ультразвуковое, эндоскопическое, компьютерное исследования с целью выявления сопутствующих заболеваний. Результаты исследований позволяют определить тактику лечения, а именно: при наличии сопутствующих заболеваний желудка и/или ДПК, требующих хирургического лечения, выполнять симультанные операции; при диагностике заболеваний, не под-

лежащих хирургическому лечению, ХЭ дополнить медикаментозной терапией сопутствующих заболеваний.

2. Показаниями к симультанным операциям у больных с сочетанием ОХ и ЯБ являются: длительность язвенного анамнеза, неэффективность консервативного лечения, каллезные язвы и перенесенные ранее осложнения.
3. Выполняя симультанные операции, следует стремиться к органосохраняющим операциям.
4. При выявлении у больных с ОХ каллезных, гигантских язв желудка и ДПК, при пилородуоденальном стенозе 3-4 степени, следует выполнить ХЭ и резекцию желудка. Больным с ОХ и язвой в теле желудка целесообразно выполнить гастропластику с ХЭ, а больным с язвой ДПК – мостовидную или циркулярную дуоденопластику с СПВ.
5. Полученные в результате исследования непосредственные и отдаленные результаты лечения больных, которые перенесли симультанные операции при сочетании ОХ и язвенной болезни желудка и/или ДПК, позволяют рекомендовать этот метод к использованию в хирургической практике лечебных учреждений как метод, способствующий улучшить результаты оперативного лечения больных с данной патологией.
6. В перспективе считаем, что необходимо разработать хирургическую тактику для снижения осложнений и летальности и возможность выполнения симультанных операций лапароскопическим доступом у больных с ОХ при сочетании с ЯБ.

Работы, опубликованные по теме диссертации

1. Карипиди, Г.К. Симультанные операции при сочетании острого калькулезного холецистита и язвенной болезни / Г.К. Карипиди, И.Ю. Торшхоев // Вестник хирургической гастроэнтерологии. - 2011. - №3. - С. 43 (тезисы).
2. Торшхоев, И.Ю. Хирургическая тактика при сочетании острого холецистита и язвенной болезни / И.Ю. Торшхоев, Г.К. Карипиди, С.Б. Базлов // Материалы научно-практической конференции с международным участием, Анапа, 24-25 мая 2012 г. - Краснодар-Анапа, 2012. - С. 241-243.

3. Торшхоев, И.Ю. Хирургическое лечение острого холецистита в сочетании с язвенной болезнью / И.Ю. Торшхоев // 17-я Всероссийская научно-практическая конференция «молодые ученые в медицине», Казань, 23-24 апреля 2012 г. - Казань, 2012. - С. 37-39.
4. *Торшхоев, И.Ю. Хирургическая тактика при сочетании острого холецистита с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки / И.Ю. Торшхоев // Кубанский научный медицинский вестник. - 2013. - № 3 (138). - С. 121-124.
5. *Торшхоев, И.Ю. Об эффективности симультанных операций у больных при сочетании острого холецистита с язвенной болезнью желудка и/или двенадцатиперстной кишки / И.Ю. Торшхоев, И.В. Канксиди, Г.К. Карипиди, Ю.П. Савченко // Кубанский научный медицинский вестник. - 2016. - № 2 (157). - С. 136-141.

* - опубликовано в журналах, входящих в перечень рецензируемых изданий, рекомендуемых ВАК при Минобрнауки РФ для опубликования материалов докторских и кандидатских диссертаций.

СПИСОК ПРИНЯТЫХ СОКРАЩЕНИЙ

БДС - большой дуоденальный сосочек

ДПК - двенадцатиперстная кишка

ИОХГ - интраоперационная холангиография

ЛХЭ - лапароскопическая холецистэктомия

МХЭ – минихолецистэктомия (холецистэктомия из минидоступа)

ОХ - острый холецистит

ПГРС - постгастрорезекционный синдром

СПВ – селективная проксимальная ваготомия

ТХЭ - традиционная холецистэктомия

ХНП ДПК - хроническое нарушение проходимости двенадцатиперстной кишки

ХЭ - холецистэктомия

ЭПСТ - эндоскопическая папиллосфинктеротомия

ЭФГДС – эзофагофиброгастродуоденоскопия

ЭРПХГ - эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография

ЯБ - язвенная болезнь

ЯБ ДПК - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки

ЯБЖ - язвенная болезнь желудка