РАЗДЕЛ II. МЕДИЦИНА

Аймагамбетов М.Ж., Омаров Н.Б., Асылбеков Е.М., Ережепбаев М.Т., Сакенов Е.Т.

Результаты хирургического лечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки

*НАО «МУС» Республика Казахстан
(Казахстан, Семей)*

doi: 10.18411/lj-05-2020-06

idsp: ljjournal-05-2020-06

Анотация

В статье приведены результаты хирургического лечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки (ДПК) в хирургическом отделении УГ НАО «МУС» в различных вариантах операции. Представлен опыт лечения 35 пациентов, так же показан анализ результатов хирургического лечения и качества жизни пациентов в период с 2015 по 2019 года, после проведенного определенного вида хирургического вмешательства.

Ключевые слова: ушивание, иссечение язвы, резекция желудка, видеолапароскопическое ушивание, дуоденопластика.

Введение. Язвенная болезнь занимает одно из ведущих мест в структуре патологии органов желудочно-кишечного тракта. Заболеваемость язвенной болезнью составляет от 3 до 18 на 1000 взрослого населения. Примерно у 5% пациентов язвенная болезнь осложняется перфорацией. В настоящее время в России на учете находится более 3 млн больных с язвенной болезнью. Каждый десятый из них прооперирован по поводу данной патологии [2,3,4].

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки наиболее часто встречающееся заболевание внутренних органов, которое, по данным мировой статистики, распространено примерно у 10% взрослого населения.

В США около 10% населения страдают язвенной болезнью и хроническим гастритом.

Язвенной болезнью в основном страдают люди трудоспособного возраста. Доля больных молодого и среднего возраста составляет до 60%. Это и определяет язвенную болезнь, как социально значимое заболевание [1,6,8,12,17,18].

40 - 50% пациентов с перфоративными язвами составляют пациенты с впервые выявленной язвенной болезнью и пациенты, ранее не получавшие противоязвенную терапию. У значительного числа больных язвенной болезнью прободение язвы происходит на фоне бессимптомного течения заболевания или при стертой клинической картине. Среди лиц молодого возраста это число достигает 50%.

До настоящего времени открыт вопрос о выборе метода хирургического лечения перфоративных язв ДПК. В мировой литературе описано более 40 способов и их модификаций лечения перфоративных пилородуоденальных язв [5,7,11,13,16,23].

Наименьшее распространение получил метод консервативного лечения перфоративных язв. Показанием к применению этого метода является либо агональное состояние пациента, либо его категорический отказ от оперативного лечения [4,9,10,20,22,25]. Наибольшее распространение получила операция ушивания перфоративной язвы. Широкое использование ушивания перфоративного отверстия можно объяснить технической простотой и как следствие этого доступностью широкому кругу хирургов, небольшой продолжительностью, а также возможностью

выполнения ее у больных с тяжелым распространенным перитонитом. Частота рецидива язвенной болезни после ушивания перфораций достигает 75% [14,15,19,21,27].

Следующим вариантом оперативного лечения перфоративных пилородуоденальных является резекция желудка. Несмотря на хорошие отдаленные результаты после первичной резекции, у больных в послеоперационном периоде может развиваться постгастрорезекционный синдром. Частота развития постгастрорезекционного синдрома колеблется от 10 до 30% случаев. Имеются данные о возрастании числа случаев рака культи резецированного желудка [24,26,28].

Цель исследования

Целью исследования является анализ непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения больных с перфоративной язвой желудка и ДПК.

Методы и принципы исследования

Исследование основано на изучении результатов хирургического лечения 35 больных с перфоративной язвой желудка и ДПК находившихся в Университетском госпитале НАО МУС в отделении хирургии.

Оперативные вмешательства выполнялись за 5 лет: Все больные были разделены на три группы. Первую составили пациенты 7 (20%), у которых предпринята видеолапароскопия, санация, ушивание перфоративного отверстия ДПК. Вторую группу составили больные 23(65,7%), которым проводилась видеолапароскопия, санация с иссечением язвы ДПК с выполнением дуоденопластики из минидоступа. Третью группу составили пациенты 5 (14,3%) которым выполнено резекция желудка.

Результаты и обсуждение

Все пациенты оперированы в экстренном порядке. Из 35 оперированных преобладающее большинство составили мужчины - 31 человек (88,6%), и было лишь 4 (11,4%) женщин. В соотношении 9:1 в возрасте от 21 до 74 года. Средний возраст $39,2 \pm 1,0$ года.

Наибольшая частота перфораций отмечена в возрасте от 20-40 лет - 21 (60%) больных, наименьшая в группе старше 40 лет - 13 (37,1%) больных и до 22 лет - 1 (2,9%)

В первые язвенный анамнез был у 9 (25,7%) больных. На фоне обострения заболевания она возникла у 11 (31,4%), в период клинической ремиссии - в 15 (42,9%) наблюдениях.

Язвенный анамнез наблюдался у 32 (91,4%) больных, у 3 (8,6%) возникли острые язвы с перфорацией.

В сроки до 6 часов после перфорации язвы ДПК госпитализирован 18 пациент (51,4%), спустя 6-12 часов - 10 (28,6%), а через 12 часов и более - 5 (14,2%) больных.

В брюшной полости у 12 (34,3%) больных имелся серозный, у 18 (51,4%) - серозно-фиброзный, у 5 (14,3%) - фибринозно-гнойный выпот. Преимущественно выпот локализовался под печенью, в правом боковом канале и в малом тазу.

Диаметр перфорационного отверстия в ДПК составил в среднем $0,42 \pm 0,01$ см в 32 наблюдениях (91,4%), пенетрация язвы в головку поджелудочной железы у 1 больного (2,9%). При проведении видеолапароскопического ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки с каллезными краями в раннем послеоперационном периоде у 3,6 % развилась несостоятельность швов. У 1,8 % больных кровотечение из язвы и у 5,4 % больных сформировался стеноз ДПК.

Выбор хирургической тактики был направлен на одновременное решение следующих задач – ликвидация источника перитонита, радикальное лечение язвенной болезни, малая травматизация.

Предложенная нами технология видеолaparоскопической санации ревизии и применение иссечения язвы из малого доступа с выполнением дуоденопластики позволяет:

- хорошо санировать брюшную полость;
- провести ревизию на наличие язвы задней стенки ДПК, язвенного кратера и установить наличие стеноза,
- иссечь воспалительный вал вокруг язвы для лучшего заживления раны ДПК.

Выводы

1. Применение мини инвазивных технологии сопровождается малым количеством послеоперационных осложнений и дает хорошие и отличные результаты в отдаленном периоде у 80 % больных.
2. При использовании данной технологии позволяет у 72,1 % больных сохранить пилорический жом за счет применения мостовидной дуоденопластики.
3. При проведении видеолaparоскопического ушивания префоративной язвы двенадцатиперстной кишки с каллезными краями в раннем послеоперационном периоде у 3,6 % развилась несостоятельность швов. У 1,8 % больных кровотечение из язвы и у 5,4 % больных сформировался стеноз ДПК.
4. Более радикальная операция - первичная резекция 2/3 желудка – у 14,3% пациентов.

Конфликт интересов «Конфликт интересов не заявляется».

Финансирование. Исследование проводилось за счет собственных средств.

Благодарности. Выражаем благодарность директору Университетского госпиталя НАО «МУС» Альжанову Серику Нурибековичу за поддержку идеи и предоставлению возможности проведение данного исследование.

1. Алимов, И. А. Клиническая и социально-экономическая эффективность применения минидоступа в условиях центральной районной больницы: автореф. дис. . канд. мед. наук / И. А. Алимов. Тюмень, 2012. - 22 с.
2. Вачев А. Н Морфологическое обоснование объема иссекаемой ткани при операции по поводу перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки / А. Н. Вачев, А. А. Козлов, П. А. Сухачев и др. // Хирургия. 2011. - № 2. - С. 21-24.
3. Ветшев, П. С. Параметры оценки травматичности лапароскопических и традиционных оперативных технологий / П.С. Ветшев, С.Н. Нестеров, Б.В. Ханалиев // Хирургия. 2008. - № 12. - С. 65-67.
4. Жернакова Н.И., Медведев Д.С. Клинико-эпидемиологические особенности течения язвенной болезни в различных возрастных группах // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Медицина. Фармация. – 2010. – С. 10.
5. Козлов, А. А. Тактика хирурга в лечении больных с перфорациями хронических пилорoduodenальных язв: автореф. дис. . канд. мед. наук / А. А. Козлов. Самара, 2011. - 22 с
6. Корытцев, В. К. Расширение объема оперативного вмешательства при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки / В. К. Корытцев // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. 2010. - Т. 169, №. 3. - С.
7. Омаров, Н. Б. Миниинвазивные методы лечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки / Н. Б. Омаров // Вестник Российского государственного медицинского университета. – Москва, 2014. – № 2. – С. 281–282.
8. Омаров Н.Б., Применение аппарата мини-ассистента «Лига-7» в хирургическом лечении больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки / Н. Б. Омаров, М. Ж. Аймагамбетов, В. Г. Лубянский, Т. Л. Акпаров, А. Ж. Ахметов // Актуальные вопросы медицины в современных условиях : материалы 3-й Международной научно-практической конференции. – Санкт-Петербург, 2016. – С. 146–148.

9. Прудков, М. И. Основы минимально инвазивной хирургии / М.И. Прудков. Екатеринбург, 2007. - 64 с.
10. Лубянский, В. Г. Эффективность малоинвазивных технологий в хирургии перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки / В. Г. Лубянский, Н. Б. Омаров // Кубанский научный медицинский вестник. – 2013. – № 4. – С. 70–73.
11. Сажин А.В. Результаты лапароскопического ушивания пилородуоденальных язв / А. В. Сажин, С. В. Мосин, А. А. Коджоглян и др. // Неотложная и специализированная помощь. III конгресс московских хирургов: тезисы докладов. Москва, 2009 - С. 45-46
12. Сажин, В. П. Влияние эндовидеохирургических операций на частоту развития гнойных хирургических осложнений / В. П. Сажин, Г. В. Ющенко, Н. Г. Бодрова // Хирургия. 2007. - № 9. - С. 19-22.
13. Симультаннные операции в хирургии единого доступа / А. И. Шевела, В. В. Анищенко, И. О. Маринкин и др. // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского.-2011.-Т. 6, № 1.-С. 53-54.

Богуш Д.А., Нестерова Н.В.

Исторический опыт использования лекарственного средства на основе подмора пчел и перспективы его применения в апитерапии и фармации

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М.Сечнова Минздрава России (Сеченовский университет)
(Россия, Москва)*

doi: 10.18411/lj-05-2020-07

idsp: ljjournal-05-2020-07

Аннотация

В данной работе был проведен анализ полученных результатов исследований химического состава пчелиного подмора, биотехнологических свойств и влияние препаратов пчелиного подмора на морфологические и биохимические показатели крови лабораторных животных, что позволит в дальнейшем рассматривать данное сырье животного происхождения для производства высококачественного напитка, обладающего лечебно-профилактическими и апитерапевтическими свойствами.

Ключевые слова: апитерапия, подмор пчел, сырье животного происхождения, отвар на основе пчелиного подмора, хитин.

Abstract

This article analyzes the results of studies of the chemical composition of bee Podmore, biotechnological properties and the effect of bee Podmore preparations on the morphological and biochemical parameters of the blood of laboratory animals, which will allow us to further consider this raw material of animal origin for the production of a high-quality drink with therapeutic and apitherapeutic properties.

Key words: apitherapy, bee Podmore, raw materials of animal origin, decoction based on bee Podmore, chitin.

На сегодняшний день проблема борьбы с вирусными заболеваниями очень актуальна. Ведь еще вчера все полагали, что с эпидемиями, вирусами, инфекциями, благодаря успешной вакцинации, практически покончено. Однако жизнь вносит свои коррективы и мы стали свидетелями, как весь мир. передовые научно-исследовательские медицинские институты ищут методы и способы борьбы с новым, внезапно вспыхнувшим коронавирусом.

В ходе проведенных исследований ученым стало известно, что вирус прежде всего поражает пожилых людей и протекает у них в тяжелой форме. Исходя из этого назревает вопрос об укреплении иммунитета организма и его противостоянию вирусам и инфекциям, а также как этого добиться с помощью недорогих и эффективных средств, которыми по праву могут считаться продукты пчеловодства.