

Care. - 2016.- Vol. 20.- P. 120-127.
6. Prevention of stress-related ulcer bleeding at

the intensive care unit: Risks and benefits
of stress ulcer prophylaxis / L. Buendgens,

A. Koch, F. Tacke // World J. Crit. Care
Med. - 2016. - Vol.5(1). - P. 57-64.

Полевой В.П., Сидорчук Р.И., Паляница А.С., Воляннюк П.М., Кифяк П.В., Мишковский Ю.Н.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ
ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННОГО ГЕНЕЗА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Резюме. Важным осложнением травмы является развитие острых эрозивно-язвенных кровотечений желудочно-кишечного тракта. Исследование включало клинические наблюдения 149 пострадавших с политравмой, у которых после травмы возникли эрозивно-язвенные поражения желудочно-кишечного тракта. Пострадавшие с язвенной болезнью в анамнезе в выборку не включались. Установлено, что наиболее эффективным малоинвазивным методом гемостаза была эндоскопическая поддиафрагмальная медикаментозная блокада блуждающего нерва, которая особенно целесообразна в случае кровотечения из ряда мелких сосудов, или в случае недостаточной визуализации сосуда, что затрудняет стандартные методы гемостаза.

Ключевые слова: травматическая болезнь, эрозивно-язвенные кровотечения, эндоскопический гемостаз.

Polyovyy V.P., Sydorochuk R.I., Palyanytsia A.S., Voljanjuk P.M., Kifjak P.V., Mishkovskyy Yu.M.
COMPARISON OF ENDOSCOPIC HEMOSTASIS METHODS FOR BLEEDING OF EROSIIVE-ULCERATIVE ORIGIN
UNDER TRAUMATIC DISEASE

Summary. The development of erosive-ulcerous bleeding in gastrointestinal tract is an important complication of acute trauma. The study included clinical observation of 149 patients with polytrauma in whom the erosive-ulcerative injury of the gastrointestinal tract arose. Bearers of ulcer history were not included into the study. It was found out that the most effective method of minimally invasive endoscopic hemostasis was subdiaphragmatic pharmacological blockade of the vagus nerve, which is particularly useful in cases of bleeding from a number of small vessels, or in the event of lack of vessel visualization, making it difficult for standard methods of hemostasis.

Key words: traumatic illness, erosive-ulcerative bleeding, endoscopic hemostasis.

Рецензент - д.мед.н., проф. Шварковський І.В.

Стаття надійшла до редакції 17.11.2016р.

Полювий Віктор Павлович - д.мед.н., проф., зав. кафедри загальної хірургії ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет"; +38(0372)555649; doctorvictor@list.ru

Сидорчук Руслан Ігорович - д.мед.н., проф. кафедри загальної хірургії ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет"; +38(0372)555649; surgery_gen@bsmu.edu.ua

Паляница Андрій Семенович - к.мед.н., доц. кафедри загальної хірургії ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет"; +38(0372)555649; surgery_gen@bsmu.edu.ua

Воляннюк Петро Михайлович - к.мед.н., доц. кафедри загальної хірургії ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет"; +38(0372)555649; surgery_gen@bsmu.edu.ua

Кифяк Петро Васильович - асистент кафедри анестезіології та реаніматології ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет"; +38(0372)555649; surgery_gen@bsmu.edu.ua

Мишковський Юрій Миколайович - к.мед.н., асистент кафедри загальної хірургії ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет"; +38(0372)555649; surgery_gen@bsmu.edu.ua

© Саволук С.І., Гвоздяк М.М., Шепетько-Домбровський О.Г., Шепетько-Домбровський Г.М.

УДК: 616.342-002.45-089.819:616.381-072.1

Саволук С.І.¹, Гвоздяк М.М.¹, Шепетько-Домбровський О.Г.^{1,2}, Шепетько-Домбровський Г.М.²

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, кафедра хірургії та судинної хірургії (вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, Україна, 04112), ²Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги (вул. Братиславська, 3, м. Київ, Україна, 02660)

МАЛОІНВАЗИВНА ХІРУРГІЯ ПЕРФОРАТИВНОЇ ВИРАЗКИ
ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ В КОНТЕКСТІ ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ ПРОТОКОЛУ
МУЛЬТИМОДАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ ШВИДКОГО ВІДНОВЛЕННЯ FAST
TRACK SURGERY

Резюме. В роботі викладено результати малоінвазивного лапароскопічного лікування 160 хворих з перфоративною виразкою дванадцятипалої кишки (ДПК) за період з 2014 по 2016 рік на кафедрі хірургії та судинної хірургії НМАПО імені П.Л. Шупика та Київській міській клінічній лікарні швидкої медичної допомоги. Застосування лапароскопічних технологій довело свої переваги та ефективність у поєднанні із протоколом мультимодальної програми швидкого відновлення Fast Track Surgery у лікуванні перфоративної виразки ДПК і дозволяє покращити результати лікування хворих з цією патологією.

Ключові слова: перфоративна виразка ДПК, лапароскопія, хірургія швидкого відновлення.

Вступ

На теперішній час проблема лікування хворих з перфоративною виразкою дванадцятипалої кишки (ПВДПК)

залишається актуальною, що обумовлено високою захворюваністю на виразкову хворобу ДПК [1, 7, 8, 9, 12,

13].

Незважаючи на застосування ефективних антисекреторних препаратів та сучасних ерадикаційних схем *Helicobacter pylori*, яка є поряд з кислото-пептичним фактором, основною причиною виразкової хвороби, кількість ускладнень, а саме перфорації, не має тенденції до зменшення, коливаючись в межах від 4 до 12 % [8, 12, 13].

З початком розвитку малоінвазивних лапароскопічних технологій їх застосування в лікуванні хворих з ПВДПК зайняло провідне місце у поєднанні із застосуванням ІПП [6, 7, 8, 12, 13].

За даними літератури та клінічних спостережень чинником прогресу розвитку та використання лапароскопічних операцій у пацієнтів з ПВДПК є ефективність маніпуляцій на виразковому кратері з перфоративним отвором в умовах 3D-візуалізації, адекватність проведення санації черевної порожнини в контексті сучасної стратегії лікування наявного перитоніту [10, 11, 12].

Враховуючи широке впровадження лапароскопічного лікування хворих з ПВДПК, виникають питання їх оптимального використання та вдосконалення технологічних етапів операцій, що суттєво різняться від традиційних відкритих оперативних технологій.

Застосування малоінвазивних лапароскопічних методик призвело до зменшення термінів госпіталізації, післяопераційної реабілітації та строків відновлення працездатності оперованих хворих.

Пошук нових методів лікування хірургічних хворих з мінімізацією періопераційного ризику еволюційно призвів до розвитку нових лікувальних стратегій на основі мультидисциплінарних та мультимодальних підходів - Fast Track Surgery (швидкий шлях в хірургії або хірургія швидкого відновлення), основою яких є застосування лапароскопічних технологій [10, 11, 13, 14, 15].

На теперішній час активно розробляються та впроваджуються програми швидкого відновлення після хірургічних операцій - Enhanced Recovery After Surgery (ERAS), основою яких є принципи доказової медицини [9, 10, 11].

Протокол швидкого відновлення після хірургічних операцій був запропонований з метою вдосконалення періопераційного ведення та прискорення одужання пацієнта в плановій хірургії. Значна частина факторів ERAS поступово впроваджується в ургентній хірургії, зокрема при малоінвазивному лапароскопічному лікуванні ПВДПК.

Вдосконалення малоінвазивних лапароскопічних технологій з урахуванням всіх переваг дає можливість широко використовувати їх при лікуванні ПВДПК [9, 10, 11, 12].

Мета - покращення результатів лікування хворих з ПВДПК шляхом використання малоінвазивних технологій та оптимізації методів хірургічного лікування в контексті імплементації протоколу мультимодальної програми швидкого відновлення Fast Track Surgery.

Матеріали та методи

В основу роботи покладено результати малоінвазивного лапароскопічного лікування 160 хворих з ПВДПК, які оперовані впродовж 2014-2016 рр. на базі клінічних баз кафедри хірургії та судинної хірургії НМА-ПО імені П.Л. Шупика МОЗ України та Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги.

Із загальної кількості хворих чоловіків було 125 (78,1 %), жінок - 35 (21,9%). Середній вік пацієнтів становив $37,9 \pm 13,24$ років. Час госпіталізації хворих в хірургічний стаціонар від моменту виникнення клінічної картини перфорації порожнистого органу становив від 1 до 24 годин: до 2 годин госпіталізовано 14 (8,7%) хворих, більша частина хворих 78 (48,8%) госпіталізована від 2 до 6 годин, від 6 до 12 годин - 64 (40 %), від 12 до 24 годин - 4 (2,5%).

Усім хворим в передопераційному періоді був проведений стандартний комплекс загально-клінічних та інструментальних обстежень згідно існуючих протоколів та настанов щодо надання екстреної медичної допомоги при ургентній абдомінальній патології.

Результати. Обговорення

Усі оперативні втручання виконувались із використання лапароскопічного обладнання. Троякари для доступу в черевну порожнину встановлювались в наступних точках: вище чи нижче пупка 10 мм троакар, для лапароскопу 30°, 5 мм троакар розташовувався по середній лінії нижче мечоподібного відростка, 10 та 5 мм троакари по правій та лівій середньо-ключичній лінії нижче краю X ребер на 3 см відповідно. Троякар під мечоподібним відростком використовували з метою встановлення ретрактору для підняття правої та лівої долі печінки та візуалізації ДПК. Порти по середньо-ключичних лініях використовувались для маніпуляцій на виразковому кратері.

Основним етапом лапароскопічної операції було визначення локалізації ПВДПК та усунення перфорації, санація черевної порожнини.

У 116 (72,5%) хворих проведено лапароскопічне зашивання перфорації виразки ДПК, у 44 (27,5%) лапароскопічне висічення виразки з дуоденопластиком.

При аналізі розмірів перфорації виразки ДПК встановлено, що значна кількість хворих, а саме 100 (62,5%) мали розміри перфорації від 2 до 5 мм, від 6 до 10 мм розміри перфорації 60 (37,5%). Середній діаметр перфоративного отвору становив $5,3 \pm 2,14$ мм. Виразковий інфільтрат був виявлений у 88 (55%) хворих. Середній діаметр його становив $14,4 \pm 3,83$ мм.

У оперованих хворих з ПВДПК при ревізії черевної порожнини визначався перитоніт, тривалість якого становила від 1 до 24 годин. Так, місцевий перитоніт визначався у 34 (21,25%) хворих, дифузний у 98 (61,25%) та 38 (35,8%) хворих, розповсюджений - у 28 (17,6%).

Серозний характер ексудату в черевній порожнині виявлений у 54 (33,7%), серозно-фібринозний 79 (49,4%) хворих, фібринозно-гнійний - 27 (16,9%).

Враховуючи те, що майже у 15% хворих з перфоративною виразкою передньої стінки ДПК, поєднується з виразкою задньої стінки ДПК було розроблено та впроваджено спосіб інтраопераційної трансдуоденальної додаткової відеоскопії через перфоративний отвір виразки ДПК для огляду слизової оболонки задньої стінки ДПК з метою діагностики "дзеркальної виразки" [2]. Спосіб передбачає використання додаткової гнучкої відеокамери діаметром 3,7 мм або холедохоскопу, що вводиться в просвіт ДПК через перфоративний отвір виразки ДПК. Запропонована методика була використана у 56 хворих. Під час проведення інтраопераційної відеоскопії були отримані такі результати: у 10 (17,8%) хворих виявлені ерозії слизової оболонки ДПК діаметром до 3 мм, у 4 (7,1%) хворих виразка слизової оболонки задньої стінки ДПК до 5 мм, у 3 (5,3%) було виявлено виразку задньої стінки від 5 до 10 мм, у 39 (69,6%) хворих змін слизової оболонки ДПК не було виявлено.

Для визначення кислотопродукуючої функції шлунку при малоінвазивному лапароскопічному лікуванні хворих з ПВДПК була застосована інтраопераційна аспірація на експрес-рН-метрія у 34 хворих. За її даними у 28 (82,3%) було виявлено гіперацидний стан шлункової секреції, у 4 (11,8%) - нормаацидний стан, у 2 (5,9%) - гіпоацидний стан. В 82,3% при діагностиці гіперацидного стану були покази до виконання інтраопераційної редукції гілок блукаючого нерва 30% етиловим спиртом [5]. У 6 (17,6%) хворих, у яких виявлений нормаацидний та гіпоацидні стани шлункової секреції, редукція гілок блукаючого нерва не виконувалась. У післяопераційному періоді на 2 та 5 добу у всіх хворих відмічався гіперацидний стан шлункової секреції.

Одним із основних етапів малоінвазивного хірургічного лікування хворих з перфоративною виразкою ДПК є закриття перфоративного отвору.

Нами використовувалися різні варіанти зашивання перфорації виразки ДПК. Для виконання зашивання перфорації використовується плетена синтетична нитка №3-0 із двома колючими голками. При перфорації гострих виразок, що мають м'які краї діаметром до 5 мм виконуються 2 варіанти зашивання: **варіант 1** (рис. 1): голкою виконується проколювання всіх шарів ДПК на 3-4 мм від краю перфорації із виколом через перфоративний отвір та захоплення голки другим голкотримачем. Наступним етапом є проколювання всіх шарів стінки ДПК з боку перфорації та виколом на 3-4 мм від краю перфорації та зав'язуванням вузла; **варіант 2** (рис. 2) передбачає захоплення голкою при проколюванні тільки серозного м'язового шару на 3-5 мм від краю перфорації виразки з обох боків із наступним формуванням вузла та співставленням серозних оболонок ДПК.

Для закриття перфорації виразок ДПК діаметром 5 - 7 мм можливо використовувати варіанти зашивання із

формуванням декількох вузлів: **варіант 3** (рис. 3) передбачає прошивання стінок ДПК на 4-5 мм від краю перфорації із використання 2 або 3 ниток. Особливістю даного способу є те, що перший шов має виконуватись вище центру поперечної вісі перфорації (співпадає з повздовжньою віссю ДПК), з метою зближення країв перфорації. Аналогічно прошиваються стінки ДПК нижче центру перфорації із зав'язуванням вузла. Остаточна герметизація виконується прошиванням центральної частини із зав'язуванням вузла. Даний прийом запобігає прорізуванню швів, особливо коли перший шов формується через центральну вісь перфоративного отвору; **варіант 4** (рис. 4) передбачає фіксацію ниток, що зближують краї перфорації лапароскопічними кліпсами без зав'язування вузлів; **варіант 5** (рис. 5) передбачає застосування однієї нитки із формування вузла на серозно-м'язовому шарі по верхньому контуру перфорації із подальшим прошиванням країв перфорації через всі шари ДПК на 3-4 мм від краю до нижньої її контуру. Нитка проводиться через петлю останнього шва двічі із виколом через серозно-м'язовий шар і фіксацією кінця нитки лапароскопічною кліпсою довжиною 7 мм.

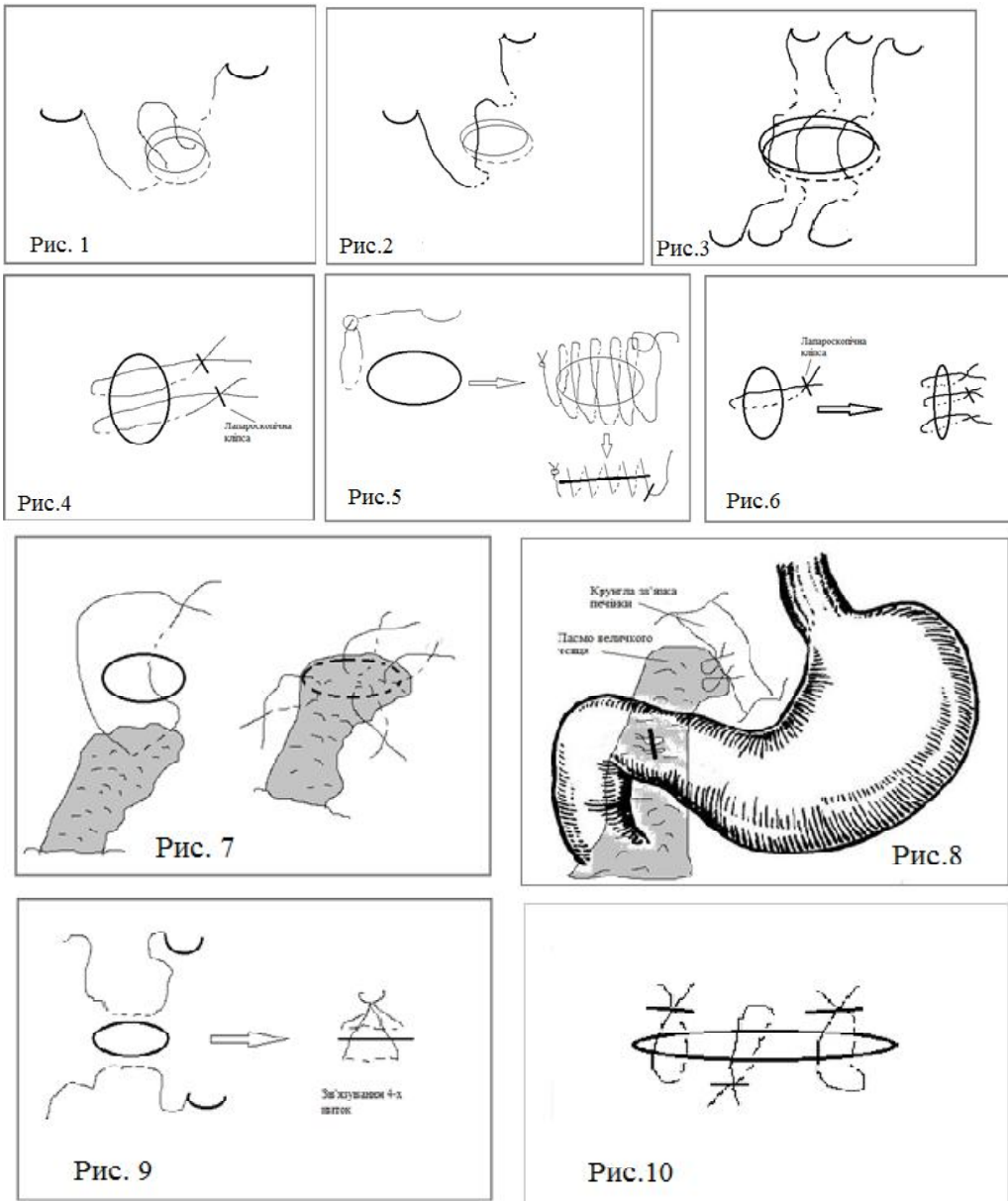
При виконанні зашивання виразки іноді виникає проблема розв'язування центрального шва при зашиванні перфорації.

Варіант 6 (рис. 6) передбачає фіксацію першого центрального шва, який виконується проколюванням країв перфорації через усі шари ДПК на 3-4 мм, лапароскопічною кліпсою довжиною 7 мм, що запобігає його розв'язуванню. В деяких випадках при наявності пружного інфільтрату виразки з перфорацією відбувається розв'язування першого подвійного вузла. В таких випадках застосовуються наступні прийоми утримання вузла до моменту формування третього вузла: утримання вузлів додатковим голкотримачем або зажимом; фіксація першого вузла титановою кліпсою по повздовжній вісі вузла. При зав'язуванні третього вузла відбувається зісковзування кліпси та фіксація третього вузла, тим самим досягається герметичність зашивання перфорації.

Особливістю цієї методики є утримання двома голкотримачами вузла і одночасна подача через 10 мм порт під мечоподібним відростком кліпатора та фіксація кліпси на вузлі. Подальша герметизація відбувається вище та нижче центрального шва одинарними вузловими швами.

Варіант 7: за умови неможливості виконання зашивання перфорації виразки ДПК виконується тампонада перфоративного отвору пасмом великого чепця (рис. 7) із захопленням в шов краю перфорації виразки ДПК та краю пасма великого чепця із подальшим доповненням декількома герметизуючими швами при необхідності.

Варіант 8 (рис. 8) передбачає додаткову герметизацію місця ушивання ПВДПК пасмом великого чепця із фіксацією його до круглої зв'язки печінки вище вер-



тером Фогарті 8Fr в просвіті ДПК та подальшою тракцією за інтракорпоральну частину [3]. Даний прийом надає можливість фіксації перфоративної виразки та створює зручні умови для виконання висічення виразки. Запропонована методика була застосована у 34 (77,2%) хворих, яким виконувалось лапароскопічне висічення виразки із дуоденопластиком. У 28 (63,3%) хворих лапароскопічна дуоденопластика виконувалась однорядним вузловим швом, а у 8 (18,2%) хворих - дуоденопластика безпервним швом із застосування апарату для ручного ендоскопічного шва [4] після чого виконувався "bubble test"- тест на герметичність швів.

Важливим етапом у виконання лапароскопічних операцій при ПВДПК є виконання адекватної санації черевної порожнини. У всіх

хнього контуру ДПК. Даний спосіб не створює навантаження на шви в ділянці ушитої перфорації, а тільки їх закриває і створює додатковий герметизм.

Варіант 9 (рис. 9) передбачає використання двох ниток, кожною з яких виконується прошивання серозно-м'язевого шару перпендикулярно до повздовжньої вісі ДПК з латерального та медіального боку перфорації із наступним зав'язування по діагоналі обох ниток.

Варіант 10 (рис. 10) виконується одиничними швами, якими прошиті всі шари ДПК, але фіксація їх відбувається за допомогою лапароскопічної кліпси, без зав'язування вузла.

При виконанні лапароскопічного висічення перфоративної виразки ДПК та дуоденопластики застосовувався прийом фіксації виразкового кратеру із перфорацією проведеним через перфоративний отвір кате-

пацієнтів санація черевної порожнини проводилась наступним чином: першочергово виконувалась аспірація рідини та фібринозних нашарувань у підпечінковому та піддіафрагмальних просторах, далі проводилась аспірація рідини по правому та лівому боковому каналу черевної порожнини. Після чого хворий переводився у Фовлерівське положення, що сприяло переміщенню рідини в малу миску, де виконувалось введення до 1,5 літра 0,9% фізіологічного розчину з аспірацією. Особливу увагу приділяли санації міжпечельних просторів. Операція закінчувалась встановлення дренажів в малу миску та правий підпечінковий простір.

Одним з основних пунктів протоколу ERAS та FAST TRACK SURGERY є застосування малоінвазивних лапароскопічних технологій. Враховуючи всі вище перераховані розробки етапів лапароскопічного лікування

ПВДПК було впроваджено деякі положення та фактори протоколу ERAS: відмова від рутинного встановлення дренажів в черевну порожнину, лише за показами - встановлення одного дренажу в правий підпечінковий простір та їх раннє видалення при умові відсутності дебіту черевного ексудату; рання активізація пацієнта, особливо, враховуючи, що частина пацієнтів (38%) були оперовані в умовах регіонарної (спінальної) анестезії; раннє видалення назогастрального зонду (в перші 12 годин післяопераційного періоду; в перші 24 години здійснювали парентеральну підтримку з метою корекції нутритивного статусу шляхом довенної інфузії мультикомпонентної амінокислотної збалансованої суміші Інфезол® 40 та через 6-8 годин після операції розпочинали раннє ентеральне харчування через встановлений назоєюнальний зонд адаптованою сумішшю Фрезубін® оригінал впродовж перших 48 годин після операції з наступним продовженням ентерального харчування шляхом перорального прийому після видалення нутритивного назоєюнального зонду; повна відмова від використання опіоїдних анальгетиків на користь препаратів класу декскетопрофену - Дексалгін® шляхом застосування пролонгованої внутрішньовенної інфузії 100 мг препарату Дексалгін® впродовж перших 6 післяопераційних годин з наступним інтервалом 50 мг кожні 8 годин парентерально, що дозволило здійснити заплановану та повноцінну ранню активізацію пацієнта згідно протоколу швидкого відновлення та досягти відповідне, статистично доведене, зниження показників оцінки болювого післяопераційного синдрому за аналоговиими шкалами (візуальна, вербальна, цифрова).

Протокол швидкого відновлення після оперативних втручань (ERAS) був застосований у 48 (30%) хворих з місцевим серозним перитонітом та діаметром перфорації виразки до 10 мм.

Антибактеріальна терапія здійснювалася за деескалаційним принципом із корекцією її згідно отриманими результатами бактеріологічного дослідження.

Обов'язковим компонентом мультимодальної програми швидкого відновлення є використання активної та раціональної профілактики тромбоемболічних ускладнень, не дивлячись на те, що оперативна корекція носить малоінвазивний характер, важкість основної нозології (ПВДПК) та її ускладнення (перитоніт) вимагають цілеспрямованої тромбoproфілактики, що в нашій країні регламентується протокольним документом-настановою (Наказ МОЗ України № 329 від 15.06.2007 р., клінічний протокол: Профілактика тромботичних ускладнень в хірургії, ортопедії і травматології, акушерстві та гінекології), який, регламентуючи та оцінюючи ступінь ймовірного ризику тромбоемболічних ускладнень, визначає режими та дозу використання низькомолекулярних гепаринів. В своїй роботі надаємо перевагу використанню препарату Цибор® (беміпарин-натрія), що має адекватну доказову базу щодо безпечного використання з метою превентивної тромбoproфілактики в хірургічних

хворих, зокрема при ургентній патології.

Антисекреторна терапія проводилася із застосуванням інгібіторів протонної помпи, при виявленні *Helicobacter pylori* (визначався серологічним методом - антитіла до *H. pylori* Ig G) - призначалась антигелікобактерна терапія згідно Маастрихтського консенсусу III.

Тривалість перебування хворих в стаціонарі становили після лапароскопічного лікування ПВДПК становив $6,5 \pm 0,9$ ліжко-дня. У хворих з ПВДПК, при лікуванні яких було застосовано положення протоколу ERAS, перебування в стаціонарі скоротилося до $3,6 \pm 0,4$ ліжко-дня.

Таким чином, на сучасному етапі розвитку малоінвазивного лапароскопічного лікування перфоративної виразки ДПК переконливо доведені всі переваги їх застосування у хворих з цією патологією. Також відмічено можливість адекватного лікування перитоніту із застосуванням лапароскопічних технологій без застосування лапаротомії та швидкого відновлення хворих в післяопераційному періоді. Вдосконалення методів закриття перфоративного отвору, висічення перфоративної виразки та виконання лапароскопічної дуоденопластики дає можливість значно розширити покази до застосування малоінвазивних технологій у хворих з ПВДПК.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Лікування хворих з перфоративною виразкою ДПК із застосуванням малоінвазивних лапароскопічних технологій доводить свою ефективність та надійність.

2. Застосування різних варіантів зашивання перфорації дає можливість виконання її герметичного закриття лапароскопічним методом та в комбінації із антисекреторною та антигелікобактерною терапією дає гарні результати у ранньому та віддаленому післяопераційному періоді.

3. Інтраопераційна допоміжна відеоскопія запобігає виникненню непередбачуваних ускладнень у післяопераційному періоді, пов'язаних із виразками задньої стінки ДПК.

4. Проведення інтраопераційної рН-метрії з наступною парціальною редуцією гілок блукаючого нерву створює оптимальні умови профілактики рецидиву виразкової хвороби ДПК у хворим з тривалим виразковим анамнезом та високою кислото-продуруючою функцією шлунку.

5. Доведена можливість якісного виконання лапароскопічного висічення перфоративної виразки ДПК із застосування способу фіксації виразкового кратеру катетером Фогарті та якісного виконання лапароскопічної дуоденопластики.

6. Лікування перитоніту при перфоративній виразці ДПК із застосуванням лапароскопічних технологій є ефективним і покращує результати лікування.

7. Застосування мультимодальної програми ERAS, що базуються на принципах доказової медицини, в лікуванні хворих з перфоративною виразкою ДПК покращує результати лікування хворих.

Перспективою подальших досліджень є більш широкое впровадження протоколу швидкого відновлення після хірургічних операцій (ERAS та Fast Track Surgery) у хворих з перфоративною виразкою ДПК.

Список літератури

1. Велигоцкий Н. Н. Опыт лечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки с учетом кислотопродуцирующей функции желудка / НН. Велигоцкий, В.В. Каорчук, А.С. Трушин // Харьковська хірургічна школа. - 2012. - № 3. - С. 47-49.
2. Пат. 94334 Україна, МПК МПК (2014.01) А61В 17/00 Спосіб інтраопераційної трансдуоденальної відеоскопії під час відеоендоскопічних операцій при перфоративній виразці дванадцятипалої кишки / Паламарчук В.І., Шепетько-Домбровський О.Г.; заявник та патентовласник Нац. Мед. а-мія імені П.Л. Шупика. - № u201405637; заявл. 26.05.2014; опубл. 10.11.2014, Бюл. №21.
3. Пат. 96410 Україна, МПК (2015.01) А61В 17/00 Спосіб дуоденопластики при відеоендоскопічному лікуванні хворих з перфоративною виразкою дванадцятипалої кишки / Паламарчук В.І., Шепетько-Домбровський О.Г.; заявник та патентовласник Нац. Мед. а-мія імені П.Л. Шупика. - № u201407394; заявл. 01.07.2014; опубл. 10.02.2015, Бюл. №3.
4. Пат. 99300 Україна, МПК(2015.01) А61В17/00 Спосіб відеоендоскопічної малоінвазивної дуоденопластики / Паламарчук В.І., Шепетько-Домбровський О.Г.; заявник та патентовласник Нац. Мед. а-мія імені П.Л. Шупика. - № u201413946; заявл. 25.12.2014; опубл. 25.05.2015, Бюл. №10.
5. Пат.100411 Україна, МПК (2015.01) А61В17 /00А61В17/22 (2006.01) Спосіб хімічної ваготомії / Саволюк С. І., Годлевський А. І., Вовчук І. М.; заявник та патентовласник Вінницький нац. Мед. у-тет ім. М.І. Пирогова. - № u201500784; заявл. 02.02.2015; опубл. 27.07.2015, Бюл. №14.
6. Сипливый В. А. Хирургическое лечение перфоративной гастродуоденальной язвы. Выбор методики операции с учетом качества жизни / В. А. Сипливый, В. В. Доценко, А. Г. Петунин // Харьковська хірургічна школа. - 2015. - № 4. - С. 164-168.
7. Тутченко М. І. Лапароскопічні технології в лікуванні перитоніту при невідкладних оперативних втручаннях / М.І. Тутченко, С.М. Васильчук, С.М. Піотрович // Хірургія України. - 2014. - № 2. - С. 91-94.
8. Шепетько Е. М. Еволюція тактики хірургічного лікування перфоративних дуоденальних виразок / Е. М. Шепетько, Д. О. Струминський. - Київ: Фенікс, 2012. - 128 с.
9. Enhanced postoperative recovery pathways in emergency surgery: a randomised controlled clinical trial / [M. Gonenc, A. Dural, F. Celik та ін.]. // The American Journal of Surgery. - 2014. - №6. - P. 807-814.
10. Laparoscopic gastric surgery in an enhanced recovery program / Т. Р. Grantcharov, Н. Kehlet // British Journal of Surgery. - 2010. - № 97. - P. 1547-1551.
11. Kehlet H. Principles of fast track surgery. Multimodal perioperative therapy programme / H. Kehlet // Der Chirurg. - 2009. - № 8. - P. 687-689.
12. Moggia E. Laparoscopic Finney pyloroplasty in the emergency setting: first case report in the literature and technical challenges / E. Moggia, P.G. Athanasopoulos, С. Hadjittofi // The Annals of Translational Medicine. - 2016. - Vol. 4(10). - P. 197.
13. Satoh K. Evidence-based clinical practice guidelines for peptic ulcer disease 2015 / K. Satoh, J. Yoshino, T. Akamatsu // Journal of Gastroenterology. - 2016. - № 51. - P. 177-194.
14. Thorsen K Epidemiology of perforated peptic ulcer: age and gender adjusted analysis of incidence and mortality / K. Thorsen, J.A. Soreide, J.T. Kvaloy // World J. Gastroenterol. - 2013. - Vol. 19. - P. 347-354.
15. Varcus F. Laparoscopic treatment of perforated duodenal ulcer - a multicenter study / F. Varcus, F. Lazr, M. Beuran // Chirurgia (Bucur). - 2013. - Vol. 108(2). - P. 172-176.

Саволюк С.І., Гвоздяк Н.Н., Шепетько-Домбровський А.Г., Шепетько-Домбровський Г.Н. МАЛОИНВАЗИВНА ХИРУРГІЯ ПЕРФОРАТИВНОЇ ЯЗВИ ДВЕНАДЦАТИПАЛОЇ КИШКИ В КОНТЕКСТЕ ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ ПРОТОКОЛА МУЛЬТИМОДАЛЬНОЇ ПРОГРАММИ БИСТРОГО ВОССТАНОВЛЕННЯ FAST TRACK SURGERY

Резюме. В роботі изложены результати малоінвазивного лапароскопічного лікування 160 пацієнтів з перфоративною язвою двенадцатиперстной кишки (ДПК) за період 2014 - 2016 г. на кафедрі хірургії і судинної хірургії НМАПО імені П.Л. Шупика в Київській городській клінічній лікарні швидкої медичної допомоги. Використання лапароскопічних технологій доказало свої переваги та ефективність в комбінації з протоколом мультимодальної програми швидкого відновлення Fast Track Surgery в лікуванні перфоративної язви ДПК і дозволило покращити результати лікування хворих з цією патологією.

Ключевые слова: перфоративная язва ДПК, лапароскопия, хирургия быстрого восстановления.

Savoliuk S.I., Gvozdiak N.N., Shepetko-Dombrovskiy O.G., Shepetko-Dombrovskiy G.N. MINIMALLY INVASIVE SURGERY OF PERFORATED DUODENAL ULCER IN THE CONTEXT OF IMPLEMENTATION OF PROTOCOL OF MULTIMODAL RAPID RECOVERY FAST TRACK SURGERY

Summary. The results of 160 patients' treatment with perforated duodenal ulcer with the use of minimally invasive laparoscopic technologies from 2014 to 2016 year at Department of Surgery and Vascular Surgery of Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education and Kyiv City Clinical Emergency Care Hospital are presented in the article. Laparoscopic technology proved their benefits and effectiveness in combination with protocol of multimodal recovery after surgery Fast Track Surgery in the treatment of perforated duodenal ulcer and helped to improve the results of treatment in patients with this pathology.

Key words: perforated duodenal ulcer, laparoscopic surgery, Fast Track Surgery.

Рецензент - д.мед.н., доц. Ходос В.А.

Стаття надійшла до редакції 14.11.2016р.

Саволюк Сергій Іванович - д.мед.н., доц., зав. кафедри хірургії та судинної хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ; +38(067)9894283; +38(063)8061338; savoluk@meta.ua

Гвоздяк Микола Миколайович - к.мед.н., доц. кафедри хірургії та судинної хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України; +38(044)4322452; ashepetkodombrovskii@gmail.com

Шепетько-Домбровський Олексій Георгійович - аспірант хірургії та судинної хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України; +38(099)2274001; ashepetkodombrovskii@gmail.com

Шепетько-Домбровський Георгій Миколайович - к.мед.н., лікар-ординатор хірургічного відділення Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги; +38(099)2274001; ashepetkodombrovskii@gmail.com
