

© ГОЛЬДЕНФАРБ П.Р.

## **ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ СПОСОБОВ УШИВАНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

П.Р. Гольденфарб

Хирургическое отделение МУ ЦГБ №7, г. Екатеринбург, гл.врач – А.А.  
Дорнбуш.

***Резюме.** В статье проанализированы результаты оперативных вмешательств у 100 пациентов, которым произведено ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки (ПЯДПК) с использованием малоинвазивных методик. Проведена сравнительная оценка течения послеоперационного периода у больных, перенесших лапароскопическое и лапароскопически дополненное из минидоступа ушивание перфорации. По результатам проведённого исследования сделан вывод о преимуществах лапароскопического ушивания ПЯДПК.*

***Ключевые слова:** перфоративная язва, двенадцатиперстная кишка, лапароскопическое ушивание язвы, минилапаротомия.*

Гольденфарб Павел Романович – врач-хирург хирургическое отделение МУ ЦГБ №7, г. Екатеринбург; тел. 8 (343) 3417583.

В связи с наличием в настоящее время высокоэффективных противоязвенных препаратов, ушивание ПЯДПК с дальнейшей консервативной терапией можно считать в большинстве случаев операцией выбора. На современном этапе развития хирургии эта операция всё чаще выполняется с использованием современных малотравматичных методик [4, 5, 6, 8, 11]. Одна из них – лапароскопическое ушивание (ЛУ) перфоративного отверстия. Другим вариантом операции является лапароскопически дополненное ушивание (ЛДУ) язвы из минилапаротомного доступа, сочетающее видеолапароскопию для диагностики и санации брюшной полости и минидоступ для ушивания

перфорации с помощью разработанного М.И. Прудковым набора инструментов [1, 9].

В настоящее время, в литературе встречается достаточное количество наблюдений, сравнивающих непосредственные результаты ушивания перфоративных дуоденальных язв традиционным и лапароскопическим способами [7, 12, 13].

Есть публикации, в которых авторы оценивают эффективность применения ЛДУ перфораций из минидоступа, в сравнении с лапаротомными [2, 3, 10]. Однако в литературе не встречается сравнительная оценка результатов лечения больных, перенесших ушивание перфоративной язвы 12-пк с использованием различных малоинвазивных способов. Научная новизна нашего исследования заключается в том, что мы сравнили течение послеоперационного периода у пациентов, перенесших ЛУ и ЛДУ ПЯДПК, чего ранее не делалось. Кроме того, мы разработали алгоритм для выбора способа ушивания перфоративного отверстия в зависимости от диаметра перфорации, измеренного во время видеолапароскопии с помощью разработанного нами эндохирургического инструмента.

### **Материалы и методы**

К настоящему времени нами накоплен опыт 100 ушиваний ПЯДПК с использованием малоинвазивных методик. Из них у 51 больного выполнено ЛУ, у 49 – ЛДУ язвы из минилапаротомного доступа. Все больные, в лечении которых использовались малоинвазивные методики, были разделены на две группы. Первую составили больные с местным характером перитонита (или без такового, что встречалось в случаях поступления больных в ранние сроки с момента перфорации или при прикрытых перфоративных язвах) – 36 пациентов. Из них: у 15 (41,67%) больных выполнялось ЛУ и у 21 (58,33%) – ЛДУ перфорации из минидоступа. Во вторую группу мы отнесли 64 пациента с распространёнными формами (диффузный, разлитой) серозного и серозно-фибринозного перитонита. ЛУ произведено 36 (56,25%) больным, ЛДУ перфоративного отверстия из минидоступа – 28 (43,75%). Все исследуемые

пациенты поступали в реактивную фазу перитонита. В обеих группах, для сравнительной оценки течения послеоперационного периода, выбраны следующие критерии сравнения: длительность операции, потребность в обезболивающих препаратах, сроки нормализации температуры, лабораторных показателей, разрешения параза кишечника в послеоперационном периоде, средний койко-день (табл. 1, табл. 2).

Статистическая обработка полученных данных проводилась методом вариационной статистики с определением средней ошибки сравниваемых величин  $m_1$  и  $m_2$ , коэффициента достоверности (Стьюдента)  $t$ .

### **Результаты и обсуждение**

Послеоперационных осложнений у пациентов первой группы отмечено не было. Осложнения во второй группе имели место у 2 (7,69%) больных после ЛДУ перфорации из минилапаротомного доступа. У одного пациента, в ближайшем послеоперационном периоде, возникло профузное кровотечение из ушитой ранее язвы ДПК, приведшее к смерти. У другого больного, после операции сформировался поддиафрагмальный абсцесс, потребовавший вскрытия и дренирования.

*Таблица 1*

#### ***Сравнительная оценка диаметров перфоративных язв двенадцатиперстной кишки, длительности операции, течения послеоперационного периода при местных формах перитонита (или без видимого перитонита)***

*Примечание: ЛДУ – лапароскопически дополненное ушивание язвы; ЛУ – лапароскопическое ушивание.*

*Таблица 2*

#### ***Сравнительная оценка диаметров перфоративных язв двенадцатиперстной кишки, длительности операции, течения послеоперационного периода при распространённых формах перитонита***

*Примечание: ЛДУ – лапароскопически дополненное ушивание язвы; ЛУ – лапароскопическое ушивание.*

Из табл. 1 и 2 видно, что в сравниваемых группах больные сопоставимы по возрасту и величине перфоративного отверстия.

Средняя продолжительность лапароскопических вмешательств была несколько больше, чем ЛДУ из минидоступа. Объясняется это тем, что наибольшая длительность лапароскопических ушиваний ПЯДПК (свыше 2-х часов) пришлось на период освоения методики. Однако по мере накопления опыта, совершенствования техники оперирования сократилась и продолжительность оперативного пособия (до 35–45 минут).

Как правило, после лапароскопического ушивания больные начинали ходить уже через несколько часов, после ЛДУ из минидоступа – к концу первых – началу вторых суток.

Как следует из табл. 1 и 2, независимо от характера перитонита, после ЛУ послеоперационный период протекал более гладко. Так в данной группе не наблюдалось осложнений, была меньшая потребность в обезболивающих препаратах. Кроме того, у них отмечены более раннее разрешение пареза кишечника, нормализации температуры, а также и лабораторных показателей. Эти факторы, в совокупности с ранней активизацией и сокращением сроков пребывания больных в стационаре, свидетельствуют о преимуществах лапароскопических ушиваний ПЯДПК перед ЛДУ из минилапаротомного доступа.

Одним из основных противопоказаний к лапароскопическому ушиванию ПЯДПК, в связи с увеличением риска несостоятельности швов, является величина перфоративного отверстия более 1см. Большинство авторов в публикациях, касающихся лапароскопического ушивания перфоративных язв [6, 8, 9], сообщают о случаях несостоятельности наложенных швов (до 5-7%) в послеоперационном периоде, и о вынужденных переходах (конверсиях) к лапаротомии ввиду прорезывания швов (от 5 до 30%). Главной причиной этого

является большой диаметр перфорации и выраженность язвенного инфильтрата. Поэтому, во время выполнения видеолапароскопии, после обнаружения перфорации стенки ДПК и первоначальной санации брюшной полости, мы, в отличие от других авторов, выполняем измерение размеров перфоративного отверстия и язвенного инфильтрата с помощью специального эндохирургического инструмента, который разработан и изготовлен нами на базе нашей клиники (патент на полезную модель № 76213). При величине перфорации более 1см (что имело место в 5 случаях), после санации и дренирования брюшной полости, выполняется ушивание отверстия из минилапаротомного доступа. Мы убедились в возможности ушивания таких язв с хорошим исходом. При меньших размерах ПЯДПК производится ЛУ перфорации двухрядным швом, с укреплением линии швов прядью большого сальника. Придерживаясь такой тактики, нам удалось избежать случаев несостоятельности швов и конверсий при видеолапароскопическом ушивании перфоративного отверстия.

Таким образом, лапароскопическое ушивание ПЯДПК является менее травматичной операцией и сопровождается более лёгким течением послеоперационного периода в сравнении с ЛДУ из минилапаротомного доступа.

Длительность лапароскопического ушивания ПЯДПК по мере совершенствования техники оперирования сопоставима с продолжительностью ЛДУ из минидоступа.

Малоинвазивные способы ушивания ПЯДПК могут использоваться последовательно, в зависимости от величины перфоративного отверстия. Такая тактика позволяет избежать несостоятельности швов в послеоперационном периоде и конверсии на лапаротомии во время операций.

## **LOW-INVASIVE TAKE IN OF DUODENAL PERFORATED ULCER**

P.R. Gol'denfarb

Surgical Department City Hospital № 7.

**Abstract.** We analyzed 100 patients after surgical operations in which perforated ulcer take in was performed by low-invasive method. We compared the post-operation periods: regular laparoscopy and laparoscopy complemented with mini access take in. It was concluded about advantages of laparoscopic take in of duodenal perforated ulcer.

**Key words:** perforated ulcer, duodenum, laparoscopic take in of ulcer, mini-laparotomia.

### Литература

1. Абдуллаев Э.Г., Феденко В.В., Ходос Г.В. и др. Роль лапароскопии в диагностике и лечении острых хирургических заболеваний и травм брюшной полости // Эндоскопич. хирургия. – 2000. – № 5. – С.12-16.
2. Абдуллаев Э.Г., Бабышин В.В., Кончугов Р.Ю. О возможностях комбинированной методики ушивания перфоративных гастродуоденальных язв. Хирургия минидоступа // Материалы Уральской межрегиональной научно-практической конференции, г.Екатеринбург. – 14-15.04.2005. – С. 51-52.
3. Бебуришвили А.Г., Михин С.В., Панин С.И. Технологические составляющие и оценка эффективности применения сочетанных минилапаротомных и лапароскопических операций // Эндоскопич. хирургия. – 2005. – №4. – С.29-34
4. Борисов А.Е., Митин С.Е., Пешехонов С.И. и др. Лапароскопическое ушивание перфоративных гастродуоденальных язв // Эндоскопич. хирургия. – 2000. – № 2. – С. 12-13.
5. Гуляев А.А., Ярцев П.Я., Самсонов В.Т. и др. Видеолапароскопическое ушивание перфоративных дуоденальных язв // Эндоскопич. хирургия. – 2001. – № 2. – С. 16.
6. Митин С.Е., Чистяков Д.Б., Пешехонов С.И. и др. Лапароскопическое ушивание перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки // Эндоскопич. хирургия. – 1999. – № 2. – С. 43.

7. Поташов В.В., Васильев В.В., Савранский В.М. и др. Сравнительная характеристика непосредственных результатов традиционного и лапароскопического ушивания перфоративных пилородуоденальных язв // Эндоскопич. хирургия. – 2000. – №3. – С. 5-7.

8. Тимербулатов В.М., Хасанов А.Г., Фаязов Р.Ф. и др. Малоинвазивные технологии в хирургии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 1999. – № 5. – С. 21-23.

9. Acevedo C., Suc B., Fourtanier G. Laparoscopic treatment of perforated peptic ulcer // Ann. Chir. – 1999. – 53, N 1. – P. 19-22.

10. Chang Y.C. Abdominal wall-lifting laparoscopic simple closure for perforated peptic ulcer // Hepato-gastroenterology. – 1999. – 46, N 28. – P. 2246-2248.

11. Kirshtein B., Bayme M., Mayer T., et al. Laparoscopic treatment of gastroduodenal perforations: comparison with conventional surgery // Surgical Endoscopy. – 2005. – 19, N 11. – P. 1487-1490.

12. Lau H. Laparoscopic repair of perforated peptic ulcer: a meta-analysis // Surgical Endoscopy. – 2004. – 18, N 7. – P. 1013-1021.

13. Lunevicius R., Morkevicius M. Systematic review comparing laparoscopic and open repair for perforated peptic ulcer // British Journal of Surgery. – 2005. – 92, N 10. – P. 1195-1207.

Таблица 1

**Сравнительная оценка диаметров перфоративных язв двенадцатиперстной кишки, длительности операции, течения послеоперационного периода при местных формах перитонита (или без видимого перитонита)**

Критерии течения послеоперационного периода	Показатели сравнительного анализа критериев в исследуемых группах (M±m)			
	ЛДУ язвы из минилапаротомного доступа (n=21)	ЛУ язвы (n=15)	Коэффициент достоверности Стьюдента t	Риск ошибки p
Средний возраст, лет	27,90 ± 3,59 (18-78)	32,53 ± 3,58 (18-66)	0,91	> 0,05
Диаметр перфоративного отверстия (сред.), мм	3,07 ± 0,43 (1-8)	3,97 ± 0,52 (1-8)	1,34	> 0,05
Длительность операции (сред.), мин.	43,33 ± 1,86 (30-60)	60,67 ± 7,46 (35-135)	2,25	< 0,05
Наркотические анальгетики (сред.), мл	1,5 ± 0,19 (0-3)	0,47 ± 0,15 (0-2)	4,29	< 0,001
Ненаркотические анальгетики (сред.), кол-во инъекций	11,11 ± 0,5 (6-14)	8,73 ± 0,15 (7-9)	4,58	< 0,001
Нормализация температуры (сред.), сутки	2,59 ± 0,31 (1-6)	1,8 ± 0,15 (1-3)	2,32	< 0,05
Разрешение пареза кишечника (сред.), сутки	2,59 ± 0,12 (2-4)	2,07 ± 0,15 (1-3)	2,74	< 0,010
Нормализация лабораторных показателей (сред.), сутки	2,68 ± 0,19 (1-4)	2,07 ± 0,15 (1-3)	2,54	< 0,05
Средний койко-день, сут.	6,41 ± 0,19 (5-8)	4,8 ± 0,15 (4-6)	6,7	< 0,001

*Примечание: ЛДУ – лапароскопически дополненное ушивание язвы; ЛУ – лапароскопическое ушивание.*

Таблица 2

**Сравнительная оценка диаметров перфоративных язв двенадцатиперстной кишки, длительности операции, течения**



**послеоперационного периода при распространённых формах  
перитонита.**

Критерии течения послеоперационного периода	Показатели сравнительного анализа критериев в исследуемых группах (M±m)			
	ЛДУ язвы из минилапаротомного доступа (n=26)	ЛУ язвы (n=24)	Коэффициент достоверности Стьюдента t	Риск ошибки p
Средний возраст, лет	32,11 ± 1,7 (17-53)	37,14 ± 2 (18-69)	1,92	> 0,05
Диаметр перфоративного отверстия (сред.), мм	3,89 ± 0,57 (2-14)	4,69 ± 0,24 (2-8)	1,29	> 0,05
Длительность операции (сред.), мин.	68,04 ± 6,37 (35-170)	71,11 ± 3,73 (35-130)	0,42	> 0,317
Наркотические анальгетики (сред.), мл	1,46 ± 0,14 (0-3)	0,92 ± 0,08 (0-2)	3,38	< 0,001
Ненаркотические анальгетики (сред.), кол-во инъекций	11,25 ± 0,52 (9-20)	9,5 ± 0,47 (6-18)	2,5	< 0,05
Нормализация температуры (сред.), сут.	2,54 ± 0,19 (1-5)	2,03 ± 0,12 (1-4)	2,32	< 0,05
Разрешение пареза кишечника (сред.), сут.	2,54 ± 0,14 (2-5)	2,25 ± 0,04 (2-3)	2,07	< 0,05
Нормализация лабораторных показателей (сред.), сут.	2,86 ± 0,28 (1-7)	2,18 ± 0,16 (1-5)	2,13	< 0,05
Средний койко-день, сут.	6,54 ± 0,28 (4-10)	5,19 ± 0,24 (3-9)	3,65	< 0,001

*Примечание: ЛДУ – лапароскопически дополненное ушивание язвы; ЛУ –*

*лапароскопическое ушивание.*