

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАДИЦИОННОГО И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО УШИВАНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

**Д.Ю. Шишов,
А.Д. Кочкин,
А.С. Мухин,
И.С. Жилова**

ФГБУЗ
«Клиническая больница № 50»
ФМБА России, г. Саров,
ГБОУ ВПО «Нижегородская
государственная медицинская
академия»

Шишов
Дмитрий Юрьевич –
e-mail: dshish@mail.ru

В КБ № 50 г. Саров за период с 2000 по 2010 г. находились на лечении 138 больных с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки. Операцией выбора при перфоративных пилородуоденальных язвах без сопутствующих осложнений язвенной болезни (стеноз, кровотечение, пенетрация) являлось ушивание перфоративного отверстия. За анализируемый период выполнены 28 эндохирургических вмешательств. В 26 случаях произведено лапароскопическое ушивание перфоративной язвы, а у 2 больных выполнена конверсия. Доля лапароскопических ушиваний при перфоративных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки возросла до 21,3% в 2010 году [1].

Ключевые слова: перфоративная язва, лапароскопия, результаты.

138 patients with perforated gastric and duodenum ulcers treated in the Clinical Hospital №50 in Sarov since the year 2000 for the year 2010. If there is no associated complications of peptic ulcer follow as pyloric stenosis, penetration of gastric or duodenum ulcer, bleeding, the operation of choice was suture placcation. During that period, completed 28 of endosurgical interventions. 26 of them performed laparoscopyc suture placcation and in 2 cases completed conversion. Percentage of laparoscopic repair of perforated gastric and duodenum ulcers has risen to 21,3% in the year 2010.

Key words: perforated gastric and duodenum ulcer, laparoscopy, results.

Среди всех осложнений язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки перфорация язвы остается одним из наиболее тяжелых и требует немедленного оперативного лечения. Данное осложнение возникает в среднем у 15% всех больных язвенной болезнью. Несмотря на появление современных противоязвенных препаратов и успехи консервативного лечения язвенной болезни, частота прободений язвы не имеет тенденции к снижению. До настоящего времени остается высокой летальность при прободной язве, составляющая от 4 до 14% [2,3].

Перфоративная язва желудка или 12-перстной кишки является абсолютным показанием к хирургическому вмешательству. Основной задачей является своевременная диагностика и определение объема и вида операции. Активное внедрение видеолапароскопической техники в ургентную хирургию расширило как диагностические, так и лечебные возможности хирургов, а появление новых противоязвенных препаратов позволяет значительно снизить количество рецидивов язвенной болезни. В связи с этим необходимо пересмотреть хирургическую тактику при перфоративных язвах желудка и 12-перстной кишки, а также определить показания и противопоказания к применению эндохирургического метода при этой патологии [3,4].

Радикальные оперативные вмешательства (резекции желудка в различных модификациях, пилоропластика с ваготомией) выполняются как правило при сочетании двух

и более осложнений язвенной болезни. В настоящее время операцией выбора следует считать простое ушивание перфорации, а применение современных противоязвенных препаратов в послеоперационном периоде позволяет достичь ремиссии язвенной болезни [3, 5, 6].

ЦЕЛЬЮ НАСТОЯЩЕЙ РАБОТЫ явилось изучение результатов лапароскопического ушивания перфоративных пилородуоденальных язв при дифференцированном подходе к выбору данной операции.

ДИАГНОСТИКА

При подозрении на перфоративную язву предусматривали следующую диагностическую программу: осуществляли рентгенографию брюшной полости на «свободный газ»; при неясной клинической картине с целью дифференциальной диагностики с острым холециститом либо панкреатитом проводили ультразвуковое исследование; выполняли эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС). Во время ЭГДС ставились задачи: подтвердить или отвергнуть диагноз язвенной болезни; установить по прямым или косвенным признакам наличие перфорации (в сомнительных случаях – повторная обзорная рентгенография брюшной полости на «свободный газ»); определить локализацию и размеры язвы, размеры перфорации; дать макроскопическую оценку язвенного дефекта; выявить (при наличии) вторую локализацию язвы, исключить вероятность развития желудочно-кишечного кровотечения; определить наличие пилородуоденального стеноза; обнаружить признаки пенетрации

язвы; выявить другие патологические изменения верхнего отдела желудочно-кишечного тракта.

Лапароскопическое ушивание считали противопоказанным, если имелось хотя бы одно из следующих условий:

- длительное, упорно рецидивирующее течение заболевания, ранее перенесенные осложнения ЯБ;
- наличие второй язвы;
- выраженная деформация пилоробульбарной зоны с явлениями стенозирования;
- перфорация в сочетании с кровотечением;
- размер перфорации более 10 мм и значительных размеров периульцерозный инфильтрат;
- локализация язвы, не позволяющая ее полностью визуализировать при лапароскопии;
- общий перитонит с плотными фибринозными наложениями, выраженным парезом кишечника, не позволяющими провести адекватную санацию брюшной полости и создающими необходимость программированных санационных релапаротомий;
- сопутствующие заболевания, при которых недопустимо наложение пневмоперитонеума.

МАТЕРИАЛ

Проанализированы истории болезни 138 больных, оперированных в ФГУЗ КБ № 50 г. Саров с 2000 по 2010 г. Женщин было 19 (13,8%), мужчин – 119 (86,2%). Возраст больных колебался от 1 года (казуистический случай – у ребенка с симптоматической прободной язвой желудка) до 80 лет. Средний возраст пациентов – 44 года.

Прободная язва 12-перстной кишки диагностирована у 85 человек (61,6%), пилорического отдела желудка – у 26 (18,8%), тела желудка – у 27 (18,2%), перфоративная язва гастроэнтероанастомоза – у 2 (1,4%).

Были выполнены следующие оперативные вмешательства:

- резекция желудка по Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера и Ру – 7;
- стволовая ваготомия в сочетании с экономной резекцией желудка либо пилоропластикой – 9;
- ушивание перфоративной язвы – 122.

Умерли 13 человек (9,4%). Средний возраст умерших составил 63 года. У 6 умерших диаметр перфоративного отверстия был более 1,5 см. Позднее 24 часов с клиникой распространенного перитонита поступили 6 человек. 5 умерших из 13 были женщинами. Таким образом, летальность у женщин составила 26,3%, у мужчин – 6,7%. У 7 из 13 умерших язва локализовалась в теле желудка, у 6 – в 12-перстной кишке. Летальность при перфорации язвы желудка составила 25,9%, при перфорации язвы ДПК – 5,4%. У 7 человек пришлось прибегнуть к релапаротомии по поводу продолжающегося перитонита, несостоятельности швов ушитой язвы, ранней спаечной кишечной непроходимости.

У выживших послеоперационный период осложнялся в 14 случаях. Отмечались такие осложнения, как нагноение послеоперационной раны, пневмония, несостоятельность швов ушитой язвы, внутрибрюшные абсцессы.

Ушивание перфоративной язвы в 26 случаев из 122 (21,3%) было выполнено с помощью эндовидеоскопической технологии.

Классически накладывался пневмоперитонеум в параумбиликальной точке с введением лапароскопа. Дополнительно вводились от 2 до 3 манипуляционных троакара. После ревизии внутренних органов выполнялся модифицированный вариант ушивания язвы по Опелю-Поликарпову с использованием свободной пряжи большого сальника и интракорпоральным завязыванием нити (полисорб, 2/0). После тщательной санации брюшной полости проводилось её дренирование. Продолжительность операции варьировала от 30 до 100 минут.

Летальных исходов после лапароскопического ушивания прободной язвы не было. Наблюдались два случая конверсии доступа: в 1 случае причиной конверсии стала нестабильность гемодинамики в ходе наложения карбоксиперитонеума, в 1 – наличие признаков стеноза выходного отдела желудка, потребовавшего пилоропластики.

Из 26 случаев отмечено лишь одно осложнение послеоперационного периода. Приводим клинический пример.

Больной И., 48 лет, поступил с классической картиной перфоративной язвы через 2 часа с момента заболевания. После дообследования и краткой предоперационной подготовки больному выполнено лапароскопическое ушивание перфоративной язвы по Опелю-Поликарпову, санация и дренирование брюшной полости. Послеоперационный период не отличался обычной гладкостью, присущей другим пациентам этой группы: длительное время сохранялись боли в животе, парез кишечника, симптомы интоксикации. Однако после коррекции антибактериальной терапии состояние больного постепенно стабилизировалось, и он был выписан на амбулаторное лечение. Пациент поступил повторно спустя 16 дней с момента операции с клиникой внутрибрюшного абсцесса: лихорадка, боли в животе. Абсцессы были верифицированы с помощью ультразвукового исследования и компьютерной томографии. Передний поддиафрагмальный абсцесс был вскрыт правосторонним подреберным разрезом внебрюшинно. Через сутки подпеченочный абсцесс был дренирован под местной анестезией под УЗ-контролем. Гладкое послеоперационное течение. Считаем, что осложнение связано с неадекватной санацией брюшной полости в ходе первой операции. На будущее сделали вывод о необходимости более активной хирургической тактики в послеоперационном периоде (релапароскопия) в случае сохранения пареза кишечника более трех суток.

Средний срок пребывания пациентов в стационаре составил 11 дней (от 7 до 16 дней). Пациенты в послеоперационном периоде не нуждались в наркотической анальгезии. Больные начинали вставать к концу первых суток, со вторых суток получали жидкую пищу. Медикаментозная терапия заключалась в инъекциях анальгина, прокинетики (метоклопрамид), в/в введении современных ингибиторов протонной помпы с последующим переводом на пероральный прием, проведение эрадикационной терапии после консультации гастроэнтеролога (кларитид, амоксициллин, трихопол). Часть больных была переведена на долечивание в гастроэнтерологическое отделение, часть больных направлена на лечение в санаторий имени ВЦСПС Нижегородской области.

ВЫВОДЫ

Непосредственные результаты лапароскопического ушивания перфоративных дуоденальных язв свидетельствуют об эффективной ликвидации этого ургентного осложнения заболевания. Описанное осложнение, возникшее в послеоперационном периоде, относится к этапу освоения методики. Послеоперационный период имеет весьма выгодные преимущества перед лапаротомным ушиванием. Лапароскопическое ушивание язвы – операция выбора при перфоративной язве пилородуоденального канала неболь-

ших размеров, при отсутствии других сопутствующих язвенных осложнений. Современная, этиологически обоснованная противоязвенная терапия позволяет достичь эффекта «медикаментозной ваготомии», что снижает вероятность рецидива язвенной болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Поташов Л.В., Васильев В.В., Савранский В.М. Сравнительная характеристика непосредственных результатов традиционного и лапароскопического ушивания перфоративных пилородуоденальных язв. Эндоскопическая хирургия. 2000. № 3. С. 10-15.
2. Ярцев П.А., Пахомова Г.В., Гуляев А.А. Видеолапароскопия в хирургическом лечении перфоративных язв двенадцатиперстной кишки. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2002. № 3. С. 8-13.
3. Бронштейн П.Г., Сажин В.П., Климов Д.Е. Выбор способа лапароскопического вмешательства при прободной пилородуоденальной язве. Эндохирургия. 2005. № 4. С. 17-20.
4. Кирсанов А. А., Гуляев Г. В., Пахомова П. А. Видеолапароскопия при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки. Эндохирургия». 2010. № 1. С. 8-16.
5. Афендулов С.А., Журавлев Г.Ю., Кадиров К.М. Сравнительная экспертная оценка трудоспособности больных после лапароскопического и лапаротомного ушивания перфоративной пилородуоденальной язвы. Тезисы XIV съезда РОЭХ. 2012. URL: http://www.laparoscopy.ru/doktoru/view_thesis.php?theme_id=8&event_id=9 (дата обращения: 16.02.2012).
6. Давыдов В. Г., Ягудин М.К., Губаев Р.Ф., Мухаметов И.Р. Опыт лапароскопического лечения перфоративных язв. Тезисы XII съезда РОЭХ/ 2009. URL: http://www.laparoscopy.ru/doktoru/view_thesis.php?theme_id=11&event_id=5 (дата обращения: 16.02.2012).