

© В.В.Стрижелецкий, Р.Ж.Избасаров, 2009
УДК 616.33/.342-002.44-007.251-072.1-089

В.В.Стрижелецкий, Р.Ж.Избасаров

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Кафедра факультетской хирургии (зав. — проф. В.М.Седов) ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им.акад. И.П.Павлова» ФАЗ и СР РФ; Городской центр эндовидеохирургии (зав. — проф. В.В.Стрижелецкий) больницы святой Преподобномученицы Елизаветы, Санкт-Петербург

Ключевые слова: эндовидеохирургия, язвы, перфорация.

Введение. Частота осложнений гастроудоденальных язв перфорацией составляет 10 — 15%, причем у женщин намного реже (до 2%), чем у мужчин [1, 3, 5, 6]. До настоящего времени это осложнение является одной из до конца нерешенных проблем хирургической гастроэнтерологии. Операцией выбора в большинстве случаев является ушивание прободного отверстия. Это хирургическое вмешательство, целью которого является спасение жизни больного, в техническом отношении легко выполнимо и обеспечивает благоприятные ближайшие результаты у больных. Отрицательной стороной операции ушивания считается высокая частота рецидивов язвенной болезни — до 45%. В настоящее время, в связи с появлением нового поколения лекарственных препаратов, обладающих доказанной способностью значительно ускорять процессы заживления дуоденальной язвы и предотвращать ее рецидивы, открылись перспективы улучшения отдаленных результатов лечения перфоративных язв после их ушивания [1, 2, 4, 8, 9].

Тактика оперативного лечения перфоративных гастроудоденальных язв остается неизменной, и по-прежнему оптимальными являются ушивание перфоративного отверстия и санация брюшной полости. Необходимость выполнения более сложных операций возникает достаточно редко. Травматичность хирургического доступа, время, затрачиваемое как на его осуществление, так и особенно на ушивание лапаротомической раны, явно не соответствуют объему самой операции,

сводящейся к наложению нескольких швов на перфоративное отверстие и санации брюшной полости.

Примерно в 25% случаев при отчетливой клинике перфорации отсутствуют объективные данные: наличие свободного газа в брюшной полости и свободной жидкости при ультразвуковом исследовании [3, 5, 7]. В таких случаях лапароскопия может быть использована в качестве диагностического метода с возможностью ушивания перфоративного отверстия при подтверждении диагноза.

Материал и методы. В нашей клинике за период с 1994 по 2007 г. подвергались эндовидеохирургическому лечению 67 больных с перфоративной гастроудоденальной язвой. Среди пациентов было 13 (19,4%) женщин и 54 (80,6%) мужчины, возраст составил от 18 до 45 лет. Диагностика перфорации гастроудоденальных язв не представляет затруднений при наличии трех известных составляющих: язвенного анамнеза, симптомокомплекса и рентгенологических данных. Из них у 62 (92,5%) больных диагноз перфорация полого органа сомнений не вызывал и был поставлен в дооперационном периоде на основании клинико-рентгенологических данных. В целях дифференциальной диагностики при неясной картине заболевания проводилась лапароскопия, при которой диагноз был подтвержден у 5 (7,5%).

В сроки до 6 ч от начала заболевания поступили 65,6% больных, от 6 до 24 ч — 28,1%, свыше 24 ч — 6,3% пациентов.

Причиной поздней госпитализации (более 6 ч) явилось наличие прикрытой перфоративной язвы, когда атипичное течение заболевания привело к диагностическим и тактическим ошибкам на догоспитальном этапе, а также запоздалое и несвоевременное обращение больных за медицинской помощью.

С целью уточнения диагноза, кроме клинического обследования и обзорной рентгенографии брюшной полости, у 38 (56,7%) больных была проведена экстрен-

ная эзофагофиброгастродуоденоскопия (ЭФГДС). Она позволила определить локализацию язвы, ее характер, а также исключить наличие второй — «зеркальной» язвы на противоположной стенке двенадцатиперстной кишки и желудка.

Результаты и обсуждение. При отчетливой клинической картине прободения гастродуоденальной язвы примерно в 25% случаев отсутствуют убедительные объективные данные, в частности, о наличии свободного газа в брюшной полости при рентгенологическом исследовании, свободной жидкости при ультразвуковом исследовании. Лишь после выполнения ЭФГДС и повышения давления в желудке отмечалось появление свободного газа в брюшной полости, который обнаруживался при повторном полипозиционном рентгенологическом исследовании у 93,7% больных.

Больные оперированы в первые часы с момента поступления в клинику. У всех пациентов имелся перитонит в реактивной фазе, и анамнез не был отягощен тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Специальной подготовки, направленной на коррекцию гомеостаза, не проводилось.

В 61 (91%) случаях у больных перфоративное отверстие локализовалось на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки и в 6 (9%) случаях — в проекциях привратника желудка. Размеры его варьировали от 1 до 7 мм с язвенно-инфильтрационным валом вокруг язвы около 10–15 мм.

После лапароцентеза и наложения пневмоперитонеума в параумбиликальной области, в точках, удобных для конкретного случая, вводили 3–4 троакара. Ушивание перфоративных язв начинали с обзорной видеолапароскопии, с целью уточнения степени распространенности перитонита (количество и характер патологического экссудата), локализации, оценки вида и формы язвы, величины перфоративного отверстия.

Эвакуировали инфицированный выпот, в 8 (11,9%) случаях брали экссудат для бактериального исследования и определения чувствительности к антибиотикам.

По характеру экссудата перитонит был серозным у 48 (71,6%) больных, а в остальных 19 (28,4%) случаях диагностирован серозно-фибринозный перитонит.

При подтверждении диагноза осуществлялось эндовидеохирургическое ушивание перфоратив-

ной язвы, использовалась следующая **методика операции**.

В левое подреберье вводится 10 мм троакар, в левое и правое мезогастрии — 5 мм троакары, параумбиликально вводится видеочамера через 10 мм троакар. Оперировавший хирург стоит слева от больного, что дает возможность уверенного манипулирования двумя руками при ушивании язвы, а эндовидеохирургическая стойка располагается справа. Ушивание дефекта начинали с верхнего края перфоративного отверстия. После наложения первого шва на верхний край перфорированного отверстия целесообразно оставить «держалку» — подтягивание вверх зоны ушивания значительно упрощает наложение последующих швов.

Обнаружение перфоративного отверстия, как правило, не составляло труда. При скоплении в подпеченочном пространстве экссудата, прикрывающего пилородуоденальную зону, в желудок по зонду вводили воздух и по выделяющимся пузырькам определяли перфоративное отверстие.

Техника ушивания зависит от размеров перфорации и перифокального инфильтрата. Чаще в нашей клинике использовалось закрытие отверстия швами с интракорпоральным формированием узлов, при диаметре инфильтрата менее 1 см. По этой методике была ушита перфоративное отверстие у 35 (52,2%) больных. В таких случаях использовали синтетический рассасывающийся шовный материал — викрил № 2/0–3/0. Можно применять прямые хирургические иглы, но только в тех случаях, когда отверстие менее 3 мм, и его можно ушить без промежуточного выкола. Однако большую свободу манипуляций предоставляют изогнутые иглы. При диаметре язвенного инфильтрата более 1 см интракорпоральные швы не могут во всех случаях обеспечить герметизм. В 18 (26,8%) случаях герметизация язвенного дефекта была достигнута с использованием синтетического нерассасывающегося монофиламентного материала № 1/0–2/0 с экстракорпоральным формированием узлов по Roeder. Монофиламентный материал производит минимальный пияющий эффект, что важно при проведении экстракорпорального шва через инфильтрат. При больших размерах инфильтрата используются только изогнутые иглы — они позволяют осуществлять промежуточный перехват тканей менее травматично. При ушивании перфоративного отверстия вкол иглы располагался не менее чем в 5 мм от края. Зоны ушивания во всех случаях дополнительно перитонизировались прядью сальника. Герметичность швов проверялась путем нагнетания через назогастральный зонд воздуха при заполненном физиологическим раствором подпеченочном пространстве. В 11 (16,4%) случаях, когда диаметр перфорационного отверстия не превышал 5 мм при ушивании, использовали методику, в основу которого положен принцип аутопластического закрытия дефекта по опелю—Поликарпову. При этом прошивался конец пряди большого сальника на питающей ножке. Затем двумя концами этой нити прошивали стенку желудка отступая на расстоянии 1 см от края отверстия. В дальнейшем при подтягивании за нити сальник инвагинировался в просвет и «пломбировал» перфоративное отверстие. Применение этой методики обеспечивает достаточную герметичность и не приводит к сужению пилородуоденального канала. Он прост

в исполнении. В 2 (2,9%) случаях для достижения герметичности достаточным оказалось наложение на перфоративное отверстие одного 8-образного шва. Узлы завязывались интракорпорально.

При использовании эндовидеохирургической технологии ушивания перфоративных язв наибольшие технические проблемы возникали при наложении эндошвов и завязывании узлов. Поэтому закономерно стремление избежать этих трудностей. Было произведено ушивание у 1 (1,4%) больного по методу Такахага. Суть методики выполнения операции заключается в следующем: прядь большого сальника, размером соответствующая перфоративному отверстию, захватывается петлей Roeder и вводится в него в виде тампона. Свободным концом нити стенка желудка прошивается, и прядь большого сальника дополнительно подтягивается в просвет желудка или двенадцатиперстной кишки для создания тугой тампонады. Рядом с выколом нити, фиксирующей прядь сальника, на стенку органа накладывается шов, к которому клипсами фиксируется нить. Этот метод оказался применимым у больных с перфоративной язвой размером до 10 мм. При этом не наблюдалось осложнений. При эзофагофиброгастродуоденоскопическом контроле через 13 дней прядь сальника была частично прикрыта слизистой оболочкой. При повторном контрольном исследовании через 6 мес в зоне перфоративного отверстия был выявлен нежный рубец. Этот метод, аналогичный способу ушивания перфоративных язв по Поликарпову, может быть с успехом применен при эндовидеохирургическом лечении перфоративных язв, размер которых не позволяет ушить их обычным способом.

После ушивания перфоративного отверстия осуществлялась окончательная санация брюшной полости. Места наибольшего скопления экссудата промывались фурациллином или диоксицином. Однако при эндовидеолапароскопической санации брюшной полости не всегда удавалось полностью удалить жидкость. Поэтому для оттока оставшейся промывной жидкости проводилось дренирование брюшной полости. Дренаж удаляется на следующий день после операции.

Активная декомпрессия желудка через назогастральный зонд продолжается обычно до 1 сут после операции. Дренажи удаляются на 2–3-и сутки. Важнейшим условием профилактики несостоятельности швов является, помимо аспирации желудочного содержимого в послеоперационном периоде, обязательное назначение с 1-х суток после операции противоязвенной терапии: внутривенное введение H_2 -блокаторов гистаминовых рецепторов (квamatел, зантак), введение в зонд жидких антацидных препаратов с экспозицией 30–60 мин (алмагель, маалокс), внутримышечное и внутривенное введение препаратов, улучшающих микроциркуляцию (реополиглюкин, трентал) и эпителизацию слизистых оболочек желудка и двенадцатиперстной кишки (актовегин, солкосерил), применение антибактериальных препаратов. Инфузионная терапия проводилась в послеоперационном периоде в течение первых 2–3 сут.

Больные после эндовидеохирургического ушивания к концу 1-х суток были активны, болевой синдром у них практически отсутствовал, анальгетики им вводили только в 1-е сутки, самостоятельно вставали с постели через 36 ч.

Длительность пребывания больных в стационаре составила от 3 до 5 сут.

Накопленный опыт и анализ использования эндовидеохирургической технологии в неотложной хирургии живота дает возможность достоверно заключить, что показания к выполнению эндовидеохирургических вмешательств не отличаются от показаний к открытым операциям. Эндовидеохирургические технологии позволяют улучшить проведение диагностического и лечебного этапа оперативного вмешательства при перфорации полого органа, с определением показаний и противопоказаний к ним, а также повышают достоверность диагностики и эффективность применения данного метода лечения.

Результаты наших исследований позволили отчетливо представить следующие противопоказания к эндовидеохирургическому вмешательству при перфоративных язвах: разлитой гнойный перитонит, пилородуоденальный стеноз, сочетание перфорации и кровотечения из язвы, размер перфорационного отверстия более 1,0 см, выраженный язвенный инфильтрат.

В наших наблюдениях осложнения возникли у 2 (2,9%) больных: у одного — нагноение послеоперационной троакарной раны, у другого — несостоятельность шва. Не удалось ушить перфоративное отверстие у 1 (1,4%) пациента. Произошло прорезывание шва, причиной которого было близкое расположение швов к краю перфорации из-за того, что для прошивания использовалась игла небольшого размера. Операция была завершена традиционным способом. У всех остальных больных удалось выполнить эндовидеохирургическое ушивание перфоративного отверстия. Во всех случаях отмечен положительный результат операции. Случаев летального исхода не было.

Выводы. 1. Эндовидеохирургическая технология способствует своевременной диагностике прикрытых и атипично протекающих прободных гастродуоденальных язв и может занять основное место в лечении перфоративных пилородуоденальных язв.

2. Методика оперирования при использовании эндовидеохирургической технологии при перфоративных гастродуоденальных язвах позволяет свести операционную травму к минимуму и обеспечивает в большинстве случаев герметичность ушивания перфоративного отверстия и санацию брюшной полости.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Абдуллаев Э.Г., Феденко В.В., Александров Л.И. Использование эндовидеохирургии и малоинвазивных методов в лечении перфоративных гастродуоденальных язв // Эндоскоп. хир.—2001.—№ 3.—С. 8–10.
2. Гринберг А.А., Нестеренко Ю.А., Лахтина В.П. Неотложная хирургия дуоденальной язвы // VIII Всерос.съезд хирургов: Тез. докл.—Краснодар, 1995.—С. 63–65.
3. Кригер А. Г. Лапароскопические операции в неотложной хирургии.—М.: Медицина, 1997.—152 с.
4. Кригер А. Г., Горский В. А., Фаллер А. П. и др. Лапароскопическое лечение перфоративных гастродуоденальных язв // 2-й Московск. межд. конгресс по эндоскоп. хирургии: Тез. докл.—М., 1997.—С. 174–176.
5. Михайлов А.П., Акимов В.П., Стрижелецкий В.В. и др. Современные аспекты диагностики и лечения перфоративных гастродуоденальных язв // Нерешенные проблемы неотложной хирургии и эндовидеохирургии: Тез. докл.—СПб., 1998.—С. 72–76.
6. Мовчан К.Н., Татарин С.И. Хирургическое лечение язвы желудка у больных молодого возраста // Вестн. хир.—1994.—№ 3–4.—С. 14–17.
7. Неймарк И.И. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки.—Л.: Медгиз, 1958.—259 с.
8. Федоров И.В., Сигал Е.И., Одинцов В.В. Эндоскопическая хирургия.—М.: Медицина, 1998.—245 с.
9. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. К вопросу о ваготомии в хирургическом лечении язвенной болезни // Клин. хир.—1981.—№ 6.—С. 6–12.

Поступила в редакцию 22.10.2008 г.

V.V.Strizheletsky, R.Zh.Izbasarov

ENDOVIDEOSURGICAL TECHNOLOGY IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PERFORATING GASTRODUODENAL ULCERS

The authors have analyzed their experiences with using endovideosurgical technologies in surgical treatment of 67 patients with perforation of gastroduodenal ulcers. The diagnosis was made in all the patients using laparoscopy, in 56.7% esophagogastroduodenoscopy was used. In 91% of the cases ulcers were localized on the anterior wall of the duodenum bulb, in 9% — in the area of the pylorus. The diameter of the perforation orifice could be from 1 to 7 cm. In 35 (52.2%) patients the perforation defect was sutured with intracorporeal formation of the nodes. The intracorporeal nodes could not give complete closure of perforations with the diameter of more than 1 cm. So, in 18 patients (26.7%) closure of the defect was made using extracorporeal node after Roeder. The zone of suturing was additionally peritonized with an omentum strand. Ulcer could not be sutured in one patient, which required conversion. All patients recovered. The duration of staying at hospital was from 3 to 5 days.