

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

В. Г. Лубянский¹, Н. Б. Омаров²

¹*ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России
(г. Барнаул)*

²*Государственный медицинский университет (Республика Казахстан, г. Семей)*

Целью исследования является улучшение непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения прободных язв двенадцатиперстной кишки. Исследование основано на изучении результатов оперативного лечения 87-ми больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки за период с 2000 по 2011 год. Способ заключался в применении видеолапароскопии, санации, иссечения перфоративной язвы, дуоденопластики из минидоступа и дренирования брюшной полости. Послеоперационные осложнения развились у 5-ти (6 %) больных: нагноение раны — 1 (1,14 %), дисфагия — 2 (2,3 %), гастростаз — 1 (1,14 %), острый панкреатит — 1 (1,14 %).

Ключевые слова: язва двенадцатиперстной кишки, дуоденопластика, видеолапароскопия.

Лубянский Владимир Григорьевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет», рабочий телефон: 8 (3852) 68-96-74, e-mail: lvg51@mail.ru

Омаров Назарбек Бакытбекович — ассистент кафедры интернатуры по хирургии Государственного медицинского университета г. Семипалатинска, Республика Казахстан, e-mail: omarov.n83@mail.ru

Введение. Перфорация — опасное для жизни осложнение, наблюдающееся в среднем у 5 % больных язвенной болезнью [9, 12]. Однако, если больные подвергаются чрезмерному воздействию неблагоприятных факторов и не получают адекватного консервативного лечения, риск перфорации может существенно повышаться [7, 11]. Подавляющее большинство прободений (75–85 %) в настоящее время приходится на дуоденальную локализацию язвы [6, 12]. Основная часть больных — лица трудоспособного возраста, отмечается значительное, в среднем 10-кратное, преобладание мужчин [1, 5]. В экономически развитых странах перфоративные язвы встречаются в 7–10-ти наблюдениях на 100 000 населения в год [9, 13]. По данным международных когортных исследований, летальность за последние 30 лет не имеет тенденции к снижению и при перфорации дуоденальной язвы составляет 5–13 %, желудочной — в 2–

3 раза выше [10, 11]. Рутинной операцией в большинстве клиник является ушивание язвы. Результаты этой нерадикальной операции оставляют желать лучшего. В течение первого года рецидив язвы отмечается у 50–70 % больных, к 10 годам из-за развития стеноза, повторной перфорации, массивного кровотечения или сочетания осложнений повторным операциям подвергается 60 % больных и более [2, 8].

В последние годы от 60 до 80 % перфоративных язв ушивают видеолапароскопическим способом, что позволило избежать этих осложнений. Однако до сих пор не существует единой позиции по поводу показаний и техники выполнения лапароскопического ушивания [13–15]. Таким образом, отсутствие единства взглядов хирургов на выбор операционного доступа и метода ушивания прободной язвы двенадцатиперстной кишки (ДПК) обуславливает необходимость стандартизировать тактику.

Материалы и методы исследования. Исследование основано на изучении результатов хирургического лечения 87-ми больных с перфоративной язвой ДПК, находившихся в клинике госпитальной хирургии г. Семипалатинска и госпитальной хирургии АГМУ на базе городской больницы № 1. Основную массу (78 человек, 89,6 %) составляли люди трудоспособного возраста. Среди общего количество больных мужчин было 82 (96 %), женщин 5 (4 %). Средний возраст составил 42 года. Период от перфорации до поступления в стационар колебался от 60 мин до 1,5 сут (в среднем 3,4 ч). У 60,1 % больных при поступлении в стационар имела типичная клиническая картина перфорации полого органа, что позволило установить показания к хирургическому лечению без дополнительного инструментального обследования.

Всем пациентам выполняли полипозиционное рентгенологическое исследование органов брюшной полости и грудной клетки, позволившее выявить свободный газ в брюшной полости в 52,19 % случаев, что явилось достоверным признаком перфорации полого органа и показанием к экстренному хирургическому вмешательству. В отсутствие свободного газа в брюшной полости и при сомнительной клинической картине следующим этапом в диагностической программе выполняли ФГДС, позволяющую выявить локализацию язвенного дефекта, признаки перфорации и сопутствующие осложнения. Наряду с этим всем больным выполнены клинические и биохимические анализы крови, которые выполнялись в динамике. В отдаленные сроки результаты оценивались по шкале Визик. Всем больным выполнялась эзофагогастродуоденоскопия, рентгеноскопия пищевода и желудка. Перфорация язвы была первым признаком язвенной болезни у 32-х (36,7 %), наступила на фоне обострения заболевания у 46-ти (53 %), в период клинической ремиссии у 21-го (24%) больного. При этом 6 (7 %) больных доставлены с повторной перфорацией, а в 7-ми случаях (8 %) сочеталась с кровотечением. Инсуфляция газа в желудок приводила к появлению пневмоперитонеума даже при прикрытых перфорациях. При повторном рентгенологическом исследовании после ФГДС свободный газ был выявлен у 98,7 % пациентов. Стертая клиническая картина (выраженный болевой синдром, наличие язвенного дефекта по данным ЭГДС, отсутствие пневмоперитонеума после ФГДС отмечена у 11-ти (12,6 %) больных. В этих случаях наиболее эффективным диагностическим методом являлась видеолапароскопия, позволившая с минимальной травматичностью выявить перфоративное отверстие и определить показания к хирургическому лечению.

Выбор хирургической тактики был направлен на одновременное решение следующих задач — ликвидация источника перитонита, радикальное лечение язвенной болезни, малая травматизация. При исследовании области перфорации язвы после видеолапароскопии выявлены следующие морфологические изменения: сочетания перфорации

с дуоденальным стенозом — у 20-ти (23 %), с пенетрацией язвы в головку поджелудочной железы у 13-ти (15 %), прикрытая перфорация у 6-ти (7 %) больных.

Все больные были разделены на 2 группы. Первую составили 42 (48,2 %) больных, которым предпринята видеолапароскопия, санация, ушивание перфоративного отверстия ДПК. Вторую составили 45 (51,8 %) больных, которым проводилась видеолапароскопия, санация с малого доступа и иссечением язвы ДПК с выполнением дуоденопластики. Использовали следующую схему расположения хирургической бригады: оперирующий хирург и ассистент стоят на стороне, противоположенной расположению патологического очага, слева от больного. Видеолапароскопическая стойка (монитор) находилась перед хирургом справа от больного. Наличие второго монитора облегчало взаимодействие оперирующего хирурга и ассистента. Троякары с инструментами вводили в следующих точках: параумбиликально 10-миллиметровый, правое подреберье 5-миллиметровый, левое подреберье 10-миллиметровый, правая подвздошная область 5-миллиметровый. Лапароскоп традиционно вводили через троакар, расположенный параумбиликально. После введения первого троакара оценивали состояние брюшной полости и принимали решение о целесообразности продолжения лапароскопического вмешательства. Противопоказаниями к лечебному видеолапароскопическому вмешательству являлись:

1. Фибринозно-гнойный перитонит с выраженной дилатацией тонкой кишки, обуславливающий необходимость назоинтестинальной интубации. Видеолапароскопическими признаками распространенного перитонита считали расширенные во всех отделах брюшной полости петли тонкой кишки (более 3,0 см), отсутствие перистальтических движений кишечника, гиперемизированную и тусклую серозную оболочку, наложения фибрина на серозной оболочке тонкой кишки и других органах брюшной полости, наличие мутного выпота во всех отделах брюшной полости.
2. Сопутствующие осложнения язвенной болезни: кровотечение, стеноз, пенетрация. Наличие сочетания этих осложнений являлось показанием к выполнению операций большего объема.
3. Спаечный процесс в брюшной полости.

У больных второй группы после видеолапароскопии и санации в правом подреберье трансректальным доступом длиной 4 см с использованием аппарата «мини-ассистент Лига-7» проводилось мобилизация ДПК по Кохеру и выполнялось иссечение язвы с ревизией привратника. При локализации язвы на боковой или задней стенке выполнялась мостовидная или циркулярная дуоденопластика. Операция завершалась дренированием подпеченочного пространства через троакар в правом подреберье (рис. 1–5).

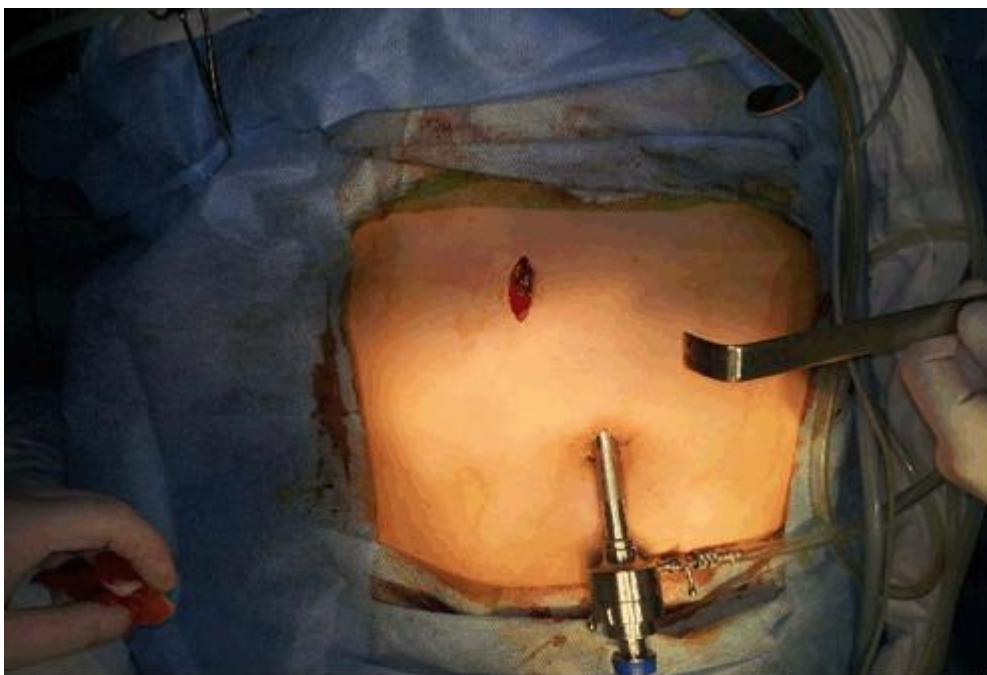


Рис. 1. В брюшную полость введен лапароскоп, в правом подреберье произведен трансректальный доступ длиной 4 см



Рис. 2. Установлен аппарат «мини-ассистент Лига 7»

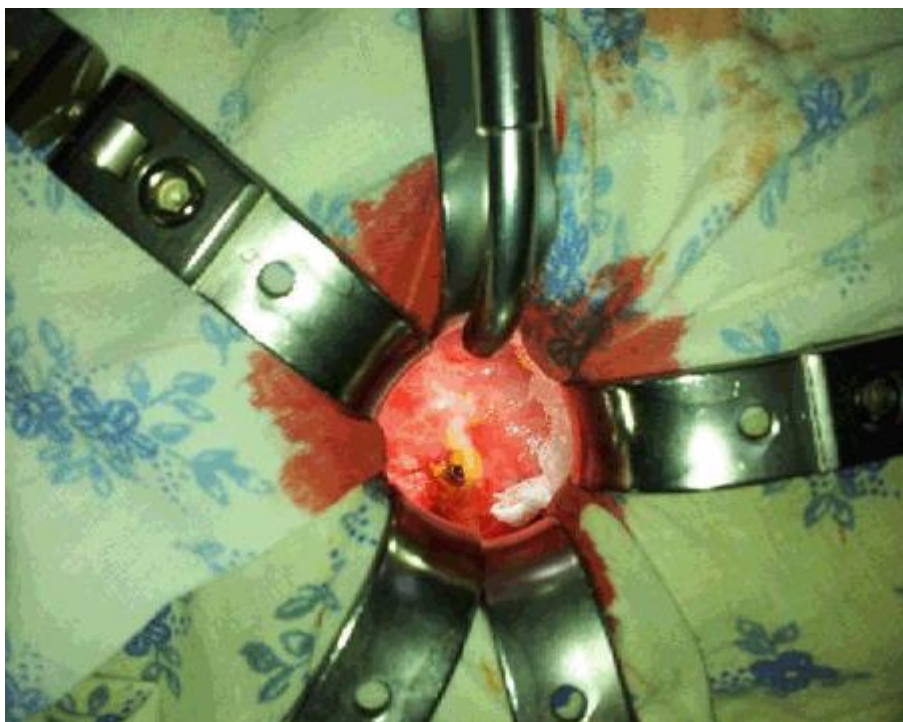


Рис. 3. Вид перфоративной язвы ДПК



Рис. 4. Вид язвы после иссечения и ушивания



Рис. 5. Наложены швы на кожу, установлены дренажные трубки

Результаты и обсуждение. При анализе течения послеоперационного периода у больных 1-й группы было установлено: в 5-ти (12 %) наблюдениях возникло нагноение параумбиликальной раны. Гастростаз в раннем послеоперационном периоде возник у 7-ми (16,6 %) больных. Послеоперационный острый панкреатит развился у 2-х (4,7 %) больных. Несостоятельность швов ушитой перфоративной язвы возникла у 4-х (8,2 %) больных. В 3-х (7,1 %) наблюдениях установлено наличие абсцесса в подпеченочном пространстве. Умерло двое (4,7 %) больных. Смерть наступила вследствие продолжающегося перитонита у лиц старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией. Во 2-й группе больных осложнения в послеоперационном периоде возникли у 4-х (8,8 %) больных. Нагноение подкожной клетчатки возникло у одного (2,2 %) больного, гастростаз — у 2-х (4,4 %) больных. В одном случае (2,2 %) развился острый послеоперационный панкреатит (рис. 6).

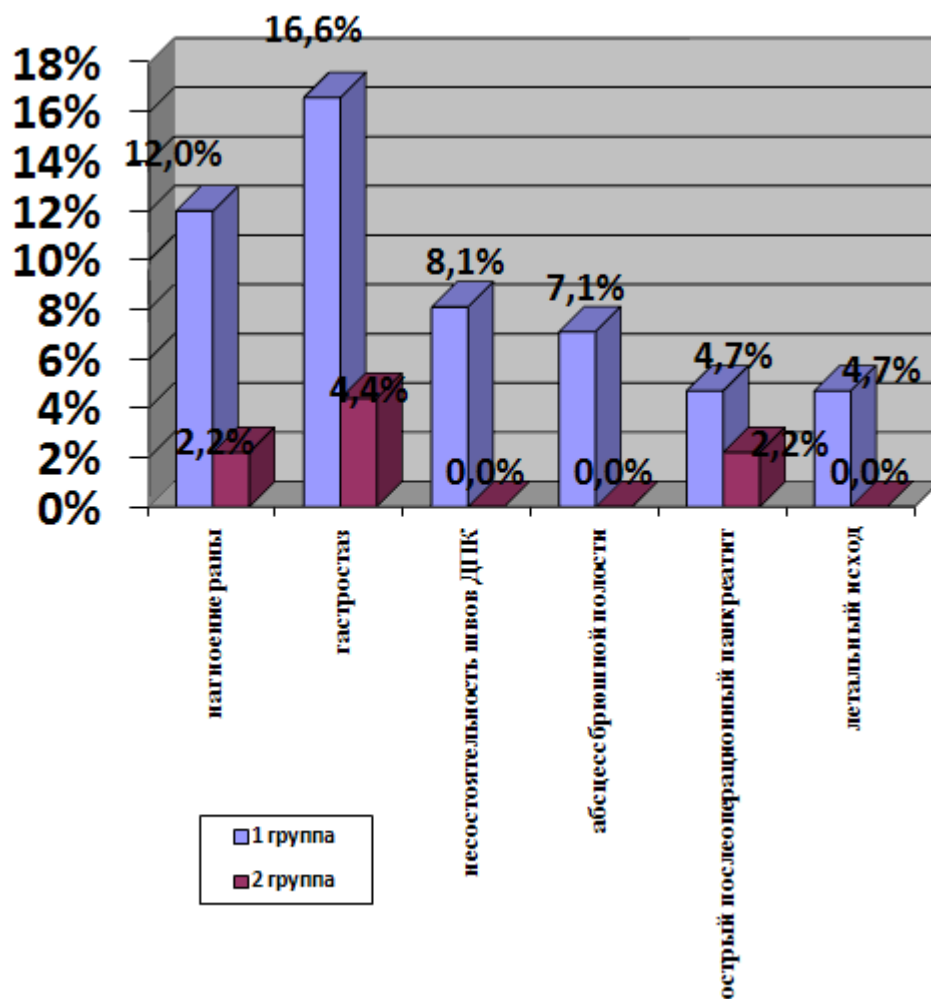


Рис. 6. Течение послеоперационного периода

При сопоставлении течения послеоперационного периода в этих группах больных установлено, что больные, вошедшие во вторую группу, имели меньше послеоперационных осложнений. У них не было летальных исходов. Прежде всего, это связано с удалением язвенного субстрата вместе с инфильтративным валом, а также ликвидацией деформации ДПК, приводящей к нарушению эвакуации из желудка. Наряду с этим ревизия задней стенки ДПК позволяет выявить язву на противоположной стенке, предупредить возможность кровотечения из нее и ликвидировать пенетрацию в связочный аппарат и поджелудочную железу. При анализе отдаленные результаты в первой группе прослеживались у 10-ти больных. Отличный и хорошие результаты получены в 3-х (30 %), удовлетворительные — 5-ти (50 %) случаях, неудовлетворительные — у 2-х (20 %) больных. Во второй группе отдаленные результаты были изучены у 10-ти больных. Отличный и хорошие результаты получены в 9-ти (90 %), удовлетворительные — 1 (10 %) случаях. У всех больных была положительная динамика массы тела, трудоспособность восстановлена через 21–28 дней после операции. Эндоскопическое и рентгенологическое исследования существенных патологических изменений не выявили.

Выводы. Таким образом, операции видеолaparоскопического зашивания перфоративного отверстия заняли прочное место в хирургии прободной язвы ДПК. Однако в случаях пенетрации и наличия язвы на противоположной стенке ДПК, а также инфильтративного вала выполнение только зашивания язвы может сопровождаться осложнениями, такими как несостоятельность швов, формирование абсцессов и возникновение стойкого гастростаза. В отдаленные сроки у 8-ми (31 %) больных развивается стенозирование.

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

1. Адекватно санировать брюшную полость.
2. Провести ревизию язвенного кратера и установить наличие стеноза и пенетрирующей язвы задней стенки ДПК.
3. Выполнение иссечения язвы из малого доступа в правом подреберье является возможным и представляется перспективным методом профилактики осложнений в ближайшем послеоперационном периоде и уменьшением количества больных со стенозами в отдаленные сроки после операции.

Список литературы

1. Асадов С. А. Формирование дуоденальной культи при резекции желудка по поводу «трудных» язв двенадцатиперстной кишки / С. А. Асадов, Я. С. Салехов, Э. Э. Алиев // Хирургия. — 2004. — № 2. — С.78—81.
2. Лечение нарушений эвакуаторной функции желудка после операций при язвенной болезни / В. И. Белоконев, Л. Б. Павлишин, О. В. Морозов [и др.] // Хирургия. — 1998. — № 3. — С.17—21.
3. Хирургическое лечение при хронических гастродуоденальных язвах / А. Е. Борисов, В. П. Земляной, К. Г. Кубачев [и др.] // Вестн. хирургии. — 2002. — № 1. — С.79—81.
4. Велиев Н. А. Способы снижения риска осложнений при резекции желудка по Бильрот I / Н. А. Велиев // Вестн. хирургии. — 2003. — № 6. — С. 61—64.
5. Величенко В. М. Хирургическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / В. М. Величенко, Ю. Б. Мартов // Хирургия. — 1984. — № 9 — С. 81—85.
6. Гостищев В. К. Рецидив острых гастродуоденальных язвенных кровотечений / В. К. Гостищев, М. А. Евсеев // Хирургия. — 2003. — № 7. — С. 43—49.
7. Гостищев В. К. Перфоративные гастродуоденальные язвы: взгляд на проблему / В. К. Гостищев, М. А. Евсеев, Р. А. Головин // Рус. мед. журн. (хирургия, урология). — 2005. — Т. 13, № 25 (249). — С. 1663—1667.
8. Курбонов Р. Т. Хирургическая тактика при перфоративных гастродуоденальных язвах, сочетающихся с пенетрацией и стенозом / Р. Т. Курбонов, Б. О. Назаров // Хирургия. — 2005. — № 3. — С. 17—21.
9. Лохвицкий С. В. Резекция желудка с терминолатеральным гастродуоденоанастомозом / Б. О. Лохвицкий, И. Р. Рабин, В. В. Дарвин. — Караганда, 1996. — 145 с.
10. Лубянский В. Г. Острый панкреатит после резекции желудка по поводу низкой дуоденальной язвы / В. Г. Лубянский, С. В. Насонов // Хирургия. — 2001. — № 3. — С. 8—11.
11. Майстренко Н. А. Ваготомия при хронической дуоденальной язве, осложненной кровотечением / Н. А. Майстренко, А. А. Курыгин, А. В. Беляков // Вестн. хирургии. — 2003. — № 4. — С. 108—112.
12. Атлас органосохраняющих операции в лечении пилородуоденальных язв / Н. Р. Рахметов [и др.]. — Семипалатинск, 2001.
13. Репин В. Н. Хирургическое лечение язвенной болезни при артериомезентериальной компрессии двенадцатиперстной кишки / В. Н. Репин, М. В. Репин // Хирургия. — 2005. — № 1. — С. 33—37.
14. Restoration of digestive continuity after subtotal gastrectomy: comparison of the methods of Billroth-1, Billroth-2 and Roux en Y. Randomized prospective study / A. D Amado, C. Montesani, M. Cristaldi [et al.] // Ann. Ital. Chir. — 1999. — Vol. 70, N 1. — P. 51—56.

15. Arteriomesenteric duodenal compression syndrome. Its association with peptic ulcer / W. C. Anderson, R. Vivit, J. E. Kirsh, H. B. Greenlee // Am. J. Surg. — 1973. — Vol. 125, N 6. — P. 681–689.
16. Pancreatiteacutapostoperatione nostra esperienziadiretta / J. Bacchini, C. Martino, C. F. Falaschi [et al.] // Minerva Chir. — 1980. — Vol. 35, N 6. — P. 420–427.
17. Long-term results of duodenectomy with highly selective vagotomy in the treatment of complicated duodenal ulcer / T. M. Chang, D. C. Chan, Y. C. Liu [et al.] // Am. J. Surg. — 2001. — Vol. 181, N 4. — P. 372–376.

LOW-INVASIVE ENDOSURGICAL METHODS OF TREATMENT OF DUODENUM RUPTURED ULCER

V. G. Lubyansky¹, N. B. Omarov²

¹*SBEI HPE «Altai State Medical University of Ministry of Health» (Barnaul c.)*

²*State medical university (The Republic of Kazakhstan, Semey c.)*

The objective of the research is improvement of short-term and remote results of surgical treatment of perforated ulcers of duodenum. Research is based on studying the results of expeditious treatment at 87 patients with ruptured ulcer of duodenum from 2000 for 2011. The way consisted in application of video laparoscopy, sanation, excising of ruptured ulcer, duodenoplasty from miniaccess and drainage of abdominal cavity. Postoperative complications developed at 5 (6 %) patients: wound pyesis — 1 (1,14 %), dysphagia — 2 (2,3 %), gastrostasis — 1 (1,14 %), acute pancreatitis — 1 (1,14 %).

Keywords: duodenum ulcer, duodenoplasty, video laparoscopy.

About authors:

Lubyansky Vladimir Grigoryevich — doctor of medical sciences, professor, head of hospital surgery chair at SBEI HPE «Altai State Medical University of Ministry of Health», office phone: 8 (3852) 68-96-74, e-mail: lvg51@mail.ru

Omarov Nazarbek Bakytbekovich — assistant of chair of internship on surgery at Semipalatinsk State medical university, the Republic of Kazakhstan, e-mail: omarov.n83@mail.ru

List of the Literature:

1. Asadov S. A. Formation of duodenal stump at stomach resection apropos «difficult» ulcers of duodenum / S. A. Asadov, Y. S. Salekhov, E. E. Aliyev // Surgery. — 2004. — № 2. — P. 78-81.
2. Treatment of disturbances of evacuative function of stomach after operations at peptic ulcer / V. I. Belokonev, L. B. Pavlishin, O. V. Morozov [etc.] // Surgery. — 1998. — № 3. — P. 17-21.

3. Surgical treatment at chronic gastroduodenal ulcers / A. E. Borisov, V. P. Zemlyanoy, K. G. Kubachev [etc.] // Bull. of surgery. — 2002. — № 1. — P. 79-81.
4. Veliyev N. A. Ways of depressions of complications risk at stomach resection on Billroth I / N. A. Veliyev // Bull. of surgery. — 2003. — № 6. — P. 61-64.
5. Velichenko V. M. Surgical treatment of peptic ulcer of duodenum / V. M. Velichenko, Y. B. Martov // Surgery. — 1984. — № 9 — P. 81-85.
6. Gostishchev V. K. Recurrence of acute gastroduodenal ulcerative bleedings / V. K. Gostishchev, M. A. Yevseyev // Surgery. — 2003. — № 7. — P. 43-49.
7. Gostishchev V. K. Ruptured gastro-duodenal of ulcer: view on the problem / V. K. Gostishchev, M. A. Yevseyev, P. A. Golovin // Russian medical journ. (surgery, urology). — 2005. — V. 13, № 25 (249). — P. 1663-1667.
8. Kurbonov R. T. Surgical tactics at ruptured gastroduodenal ulcers which are combined with penetration and stenosis / R. T. Kurbonov, B. O. Nazarov // Surgery. — 2005. — № 3. — P. 17-21.
9. Lokhvitsky S. V. Resection of a stomach with term lateral gastroduodenoanastomosis / B. O. Lokhvitsky, I. R. Rabin, V. V. Darvin. — Karaganda, 1996. — 145 P.
10. Lubyansky V. G. Acute pancreatitis after stomach resection concerning low duodenal ulcer / V. G. Lubyansky, S. V. Nasonov // Surgery. — 2001. — № 3. — P. 8-11.
11. Maystrenko N. A. Vagisection at the chronic duodenal ulcer complicated by bleeding / N. A. Maystrenko, A. A. Kurygin, A. V. Belyakov // Bull. of surgery. — 2003. — № 4. — P. 108-112.
12. The atlas organ-preserving operations in treatment of pyloroduodenal ulcers / N. R. Rakhmetov [etc.]. — Semipalatinsk, 2001.
13. Repin V. N. Surgical treatment of peptic ulcer at arteriomesenteric compression of duodenum / V. N. Repin, M. V. Repin // Surgery. — 2005. — № 1. — P. 33-37.
14. Restoration of digestive continuity after subtotal gastrectomy: comparison of the methods of Billroth-1, Billroth-2 and Roux en Y. Randomized prospective study / A. D Amado, C. Montesani, M. Cristaldi [et al.] // Ann. Ital. Chir. — 1999. — Vol. 70, N 1. — P. 51-56.
15. Arteriomesenteric duodenal compression syndrome. Its association with peptic ulcer / W. C. Anderson, R. Vivit, J. E. Kirsh, H. B. Greenlee // Am. J. Surg. — 1973. — Vol. 125, N 6. — P. 681-689.
16. Pancreatiteacutapostoperazione nostra esperienzadiretta / J. Bacchini, C. Martino, C. F. Falaschi [et al.] // Minerva Chir. — 1980. — Vol. 35, N 6. — P. 420-427.
17. Long-term results of duodenectomy with highly selective vagotomy in the treatment of complicated duodenal ulcer / T. M. Chang, D. C. Chan, Y. C. Liu [et al.] // Am. J. Surg. — 2001. — Vol. 181, N 4. — P. 372-376.