

Профессор В.И. Мидленко, А.Л. Чарышкин

МИНИ-ЛАПАРОТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

*Ульяновский государственный
университет*

Перфорация язвы является одним из самых опасных осложнений язвенной болезни, которое, по данным различных авторов, встречается у 5—30% больных. Перфоративные гастродуоденальные язвы в структуре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости устойчиво занимают одно из ведущих мест [3]. Несмотря на все достижения медицинской науки, это заболевание продолжает составлять для общества социальную проблему. Особенно это касается больных в пожилом и старческом возрасте, летальность у которых при прободении язвы достигает 25—36%, что в 3—7 раз выше числа смертельных случаев в более молодых возрастных группах [2,4]. Минимальным объемом оперативного вмешательства при перфорации язвы является ее ушивание с санацией и дренированием брюшной полости. В то же время широкое применение находят и более радикальные оперативные вмешательства, направленные на снижение кислотнопептической активности желудочного сока и излечение от язвенной болезни, такие как резекция желудка и различные виды ваготомии. И все же в настоящее время в связи с наличием высокоэффективных противоязвенных препаратов простое ушивание перфоративной язвы с дальнейшей консервативной терапией можно считать в большинстве случаев операцией выбора у пациентов данной категории [2].

С появлением эндовидеохирургической техники в арсенале хирургов появился метод, позволяющий выполнить ушивание и санацию брюшной полости без травматичной для больного лапаротомии. С начала 90-х годов появляется все больше работ, посвященных возможности лапароскопического ушивания перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Так как надежность такого

шва пока что вызывает сомнения у некоторых хирургов, они предлагают после диагностической лапароскопии ушивать язву традиционно через микролапаротомное отверстие и далее вновь лапароскопически санировать и дренировать брюшную полость [1]. Но большинство авторов говорят о хороших результатах применения эндошва, для которого используется рассасывающийся атравматичный шовный материал (викрил), а само ушивание производится одно- или двухрядным серозно-мышечным швом. Оментопексия применяется не всегда. Иногда линию швов укрепляют тахокомбом — коллагеновой пленкой, покрытой компонентами фибринового клея [1]. Сведения о несостоятельности эндошва крайне немногочисленны [1]. Таким образом, накопленный практический опыт свидетельствует не только о возможности, но и о высокой эффективности лапароскопического ушивания перфоративных язв гастродуоденальной зоны. В то же время для лапароскопического ушивания перфоративных язв необходимо наличие дорогостоящего оборудования, что препятствует более широкому распространению этого малоинвазивного метода. В связи с этим целью настоящей работы является создание способа мини-лапаротомии при перфоративных гастродуоденальных язвах, обеспечивающего меньшую травматизацию передней брюшной стенки, снижение возникновения послеоперационных грыж, раннюю активизацию больных, снижение тромбоэмболических осложнений, обеспечение дешевизны способа из-за отсутствия дорогостоящего оборудования.

Материалы и методы исследования

Для проведения малоинвазивных оперативных вмешательств на органах брюшной полости нами разработан универсальный рамочный ранорасширитель, патент на полезную модель № 35704 «Универсальный рамочный ранорасширитель». Универсальный рамочный ранорасширитель, содержащий зубчатую рейку с червячным механизмом и ретракторы, отличающийся тем, что в него введены две планки, концы которых закреплены в корпусе для обеспечения прямого угла между ними с возможностью их перемещения и дополнительная зубчатая рейка с червячным механизмом, соединенные между собой таким образом, что они образуют рамку в форме квадрата, при этом зубчатые рейки жестко соединены между собой, на планках и зубчатых рейках имеются прямоугольные пазы, в которых выполнены отверстия, а в них установлены фиксаторы.

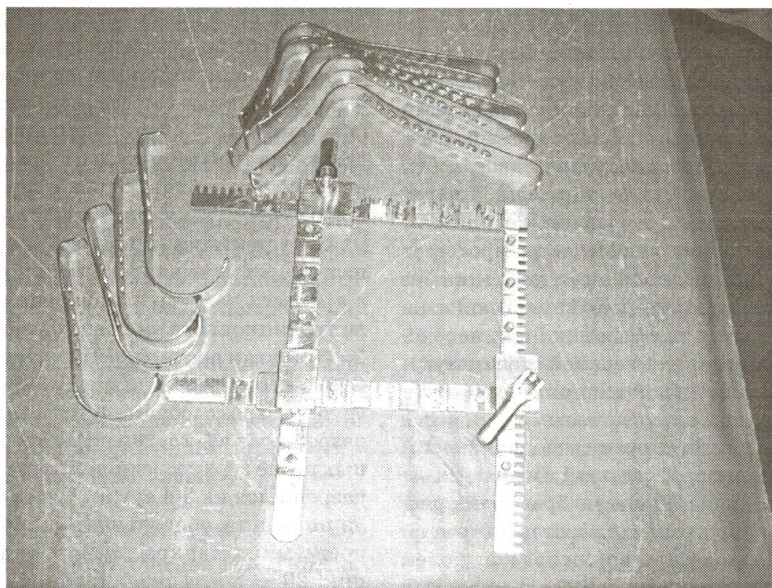


Фото 1. Универсальный рамочный ранорасширитель

Нами на кафедре госпитальной хирургии Ульяновского государственного университета разработана модель перфоративной язвы на трупном материале и оптимальные варианты мини-лапаротомий для закрытия перфоративных гастродуоденальных язв и санации брюшной полости (патент № 2257163). Поочередно выполняют три разреза на передней брюшной стенке длиной 3-4 см. Первый разрез — в месте локализации язвы. Второй разрез — параректально в левом подреберье, ниже реберной дуги на 2 см. Третий разрез — ниже пупочного кольца на 2-3 см по средней линии. При пилородуоденальной язве первый разрез выполняют трансректально в правом подреберье, ниже реберной дуги на 2 см. При желудочной язве первый разрез выполняют ниже мечевидного отростка на 2-3 см. В рану устанавливают ранорасширитель. Мы использовали ранорасширитель с червячным механизмом, патент на полезную модель № 35704 «Универсальный рамочный ранорасшири-

тель». Раны расширяются с помощью универсального рамочного ранорасширителя с червячным механизмом, saniруется брюшная полость с помощью электроотсоса и тупферов с марлевыми салфетками. В начальном этапе ранорасширитель устанавливается в первом доступе, производится оперативное вмешательство при перфоративных гастродуоденальных язвах и санация в данной области. Затем поочередно устанавливаются в другие вышеуказанные доступы и производится санация брюшной полости. При желудочной язве дополнительно выполняют четвертый разрез — параректальный — в правом подреберье, ниже реберной дуги на 2 см частном случае. У астеников при перфорациях пилородуоденальных язв закрытие перфорации и санацию брюшной полости возможно выполнить из двух мини-доступов без использования видеолапароскопии (фото 2).

В период с 2005-го по 2006 год оперировано по данной методике 6 пациентов.

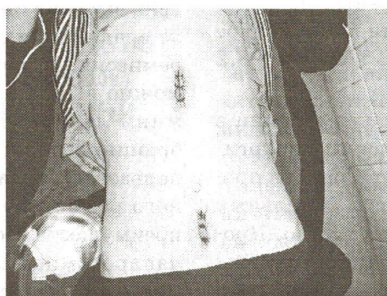


Фото 2

Результаты исследования

В 30 случаях при ушивании перфорации применяли традиционный доступ — верхнесрединную лапаротомию, 6 (50,8%) больным ушивание было выполнено из мини-доступа с использованием набора инструментов универсального рамочного ранорасширителя. 7 пациентам вмешательство проводили с использованием видеолапароскопии. Мини-лапаротомии выполнялись по предложенной методике без использования видеолапароскопии. Такой способ позволял ушить перфорацию, при необходимости с мобилизацией верхней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки. Перфоративное отверстие ушивали отдельными узловыми швами через все слои стенки двенадцатиперстной кишки викриловой нитью 1/0 на атравматичной игле в 2 ряда. Санацию брюшной полости из мини-лапаротомных разрезов по предложенной методике осуществляли под контролем зрения, с помощью электроотсоса и марлевых туфферов.

Проводили послеоперационную антибиотикопрофилактику (цефалоспорины 3-го поколения) и курс противоязвенной, антихеликобактерной терапии. В отдаленные сроки (6—24 мес) после операции осуществляли ФГДС с биопсией для диагностики НР-инфекции.

При традиционном ушивании перфоративной язвы у 2 больных возникла несостоятельность швов, при релапаротомии выявлено их прорезывание. Было выполнено повторное ушивание перфорации. Из других осложнений отмечались эвентрация (3 пациента), серома послеоперационной раны (1 случай). Летальность в этой группе составила 10% (умерли 3 больных, пациенты были пожилого и старческого возраста, поступили более чем через 24 ч от начала заболевания, одному из них был поставлен конкурирующий диагноз инфаркта миокарда). Продолжительность пребывания в стационаре в среднем составила 14,5 койко-дня.

В группе больных с ушиванием перфорации из мини-доступа хирургических осложнений, в том числе раневых, не отмечено. Летальных исходов в этой группе больных не было. Продолжительность пребывания в стационаре больных этой группы составила в среднем 8,2 койко-дня.

У больных при ушивании перфорации с использованием видеолапароскопии хирургических осложнений не отмечено. Средняя продолжительность операции 2,3 часа. Летальных исходов в этой группе больных не было. Продолжительность пребывания в стационаре больных этой группы составила в среднем 8,1 койко-дня.

При сравнении ближайших результатов операций было отмечено, что для больных после мини-лапаротомии и видеолапароскопии были характерны менее выраженный болевой синдром (в 43% случаев наркотические анальгетики не требовались, в 61% — вводились однократно, тогда как больным после традиционной операции наркотики вводили до 5 раз), ранняя активизация (к концу 1-х суток все больные самостоятельно вставали и передвигались в пределах палаты, активизация больных после традиционного вмешательства наступала на 2—3-и сутки после операции), менее продолжительный парез кишечника (у 68% больных этой группы парез вообще отсутствовал, у остальных разрешился в 1-е сутки после операции). У больных после верхнесрединной лапаротомии парез разрешился на 3-4 сутки. Через 6 месяцев после операции обследовано 30 больных: 10 — после мини-лапаротомии и видеолапароскопии, 20 — после традиционной операции с целью изучения отдаленных результатов. Рецидив язвы обнаружен у 19 (63%) больных, причем лишь у 7 больных это сопровождалось субъективными ощущениями. Среди этих больных 1 был после ушивания перфорации из мини-доступа, 18 — после традиционной операции. У всех больных с рецидивом язвы была обнаружена высокая степень обсемененности НР-инфекции. После курса противоязвенной терапии язвы зарубцевались, гистологически подтверждена эрадикация НР. У трех пациентов после традиционной операции была обнаружена послеоперационная грыжа.

Таким образом, ушивание перфорации путем малоинвазивного вмешательства с последующей противоязвенной терапией является адекватным методом лечения больных с пилородуоденальными перфоративными язвами. Через 6 месяцев после операции у большинства больных достигнуты отличные и хорошие результаты. Минимально инвазивное оперативное пособие обеспечивает высокое качество жизни, а возникающие рецидивы легко корригируются стандартной противоязвенной терапией. У всех больных с рецидивом язвы выявлена высокая степень обсемененности НР, после эрадикации инфекции достигнута стойкая ремиссия. У значительной части больных возможно выполнение оперативного пособия из мини-лапаротомии с адекватной санацией брюшной полости. Мини-лапаротомия с использованием набора инструментов универсального рамочного ранорасширителя имеет ряд преимуществ. По сравнению с верхнесрединной лапаротомией для этого метода характерны меньшая операционная травма с меньшим болевым синдромом, ранняя активизация боль-

ных, отсутствие пареза кишечника, отсутствие раневых осложнений и послеоперационных грыж. По сравнению с видеолaparоскопическим ушиванием перфорации мини-лапаротомия также имеет ряд преимуществ. К ним относятся короткая продолжительность операции, отсутствие осложнений, связанных с пневмоперитонеумом, возможность ушивания «более сложных» язв, обычные приемы наложения швов. В случаях с неясной клинической картиной оптимально сочетание видеолaparоскопии с мини-лапаротомией.

В сочетании с современной медикаментозной терапией ушивание перфораций путем малоинвазивного вмешательства является адекватной методикой лечения перфоративной пилородуоденальной язвы.

Список литературы

1. Горлунов А.В., Кузнецов В.А., Калашников И.В., Назаренко Е.А. Лапароскопия в диагностике и лечении перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки // Эндоскопическая хирургия. — 1998. — № 1. — С. 15.
2. Ефименко Н.А., Стойко Ю.М., Курыгин А.А. с соавт. Перфоративные гастродуоденальные язвы: Патогенез осложнений, их профилактика и лечение. — М. — СПб., 2001. — 192 с.
3. Крылов А.А., Земляной А.Г., Михайлович В.А., Иванов А.И. Неотложная гастроэнтерология. — Л.: Медицина, 1988. — С. 106—108.
4. Svanes C. Trends in perforated peptic ulcer: Incidence, etiology, treatment, and prognosis // World J. Surg. — 2000. — Vol.24, №3. — P. 277-283.