

© Л.А.Левин, С.И.Пешехонов, 2006
УДК 616.33/.342-002.45-089.819.84:616.381-072

Л.А.Левин, С.И.Пешехонов

ВЫБОР И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО УШИВАНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Кафедра хирургии им. Н.Д.Монастырского (зав. — проф. А.Е.Борисов) Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования, Александровская больница (главврач — В.П.Козлов), Санкт-Петербург

Ключевые слова: перфоративная гастродуоденальная язва, лапароскопия, лапароскопическое ушивание язв, гастродуоденоскопия.

Введение. При прободных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки простое ушивание перфорации было и остается самой распространенной операцией из-за ее простоты и надежды на возросшие возможности фармакотерапии язвенной болезни. Все хирурги сходятся во мнении, что травматичность операции уменьшается при лапароскопическом ушивании язвы. Но единства во взглядах на противопоказания к такому способу лечения нет. По-разному оцениваются и непосредственные результаты лечения. Одни считают, что лапароскопический способ ушивания язв не приносит никакой выгоды [7], другие отмечают улучшение результатов лечения, в том числе снижение летальности в 3,5 раза [4].

Мы попытались определить реальное влияние малотравматичного способа операции на непосредственные результаты лечения этой категории больных в целом, а также обозначить тактические подходы к выбору операции лапароскопического ушивания перфоративной язвы.

Материал и методы. Ретроспективно проанализированы результаты лечения больных с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки в Александровской больнице в период 1997–2003 гг. Всего пролечены 655 человек, из них 533 (81,4%) мужчины и 122 (18,6%) женщины в возрасте от 17 до 89 лет. Средний возраст мужчин (39 ± 14) лет, женщин — $(50,5 \pm 18)$ лет. У 152 (23,2%) пациентов перфорировавшая язва располагалась в желудке и у 503 (76,8%) — в двенадцатиперстной кишке. Ушивание язвы выполнено у 526 (80,3%) больных, в том числе лапароскопическим способом у 191. Лапароскопические операции производились 14 хирургами, личный вклад каждого из которых составил от 2 до 32 операций.

Контрольная группа — больные с тем же заболеванием (390 человек), лечившиеся в том же стационаре в 1992–1996 гг. (до внедрения там эндовидеохирургического метода лечения). Группы были сопоставимы по полу, возрасту и другим характеристикам. Для оценки статистической значимости различия показателей использовался критерий χ^2 (хи-квадрат).

Результаты и обсуждение. Лапароскопия с диагностической и лечебной целью была применена у 267 (40,8%) больных. До лапароскопии клинический диагноз прободной язвы в 35 наблюдениях был сомнителен, а в 18 — предполагались иные заболевания. У всех остальных пациентов диагноз перфоративной язвы исходно сомнений не вызывал. Фиброгастродуоденоскопию (ФГДС) до операции выполнили 124 (46,4%) из 267 больных, у которых хирургическое вмешательство начали с лапароскопии. У 18 (6,7%) пациентов это исследование произвели во время операции.

Чаще всего к лапароскопическому ушиванию перфоративной язвы прибегали у пациентов в возрасте до 20 лет. В каждой последующей возрастной категории больных такой способ операции применялся все реже (табл. 1). Средний возраст больных составил $(34,7 \pm 12,6)$ лет [у оперированных открытым способом — $(43,8 \pm 15,6)$ лет]. Анамнез язвенной болезни имели 28 (14,7%) человек.

Окончательное решение о возможности эндохирургической операции принималось на основании результатов лапароскопии, но иногда не она определяла выбор в пользу лапаротомного вмешательства (табл. 2). В итоге лапароскопическое вмешательство свелось к диагностическому в 28,5% наблюдений.

Эндовидеохирургические операции выполнялись в сроки от 1,5 до 22 ч с момента перфорации [в среднем через $(5,6 \pm 3,6)$ ч]. У всех больных имел место перитонит в реактивной стадии. Чаще всего он был разлитым, в 8 наблюдениях перитонит расценен как диффузный и в 3 — как местный. Объем свободной жидкости в брюшной полости у 38 пациентов не превышал 100 мл, у 14 был более 500 мл, но обычно составлял 200–400 мл. Перитонит чаще имел серозный характер — у 103 (53,9%) больных, у 86 (45%) он был серозно-фибринозным, а у 2 (1,1%) — фибринозно-гнойным. Диаметр перфорационных отверстий находился в пределах от 1 до 7 мм, в среднем — $(3,7 \pm 1,3)$ мм.

Таблица 1

Частота применения лапароскопического способа ушивания перфоративных гастродуоденальных язв у больных разных возрастных групп

Возраст, лет	Число больных	Число лапароскопических операций	%
15–19	31	21	67,7
20–29	140	54	38,6
30–39	156	50	32,0
40–49	160	40	25,0
50–59	81	18	22,2
60–69	44	6	13,6
Более 70	43	2	4,6
Всего	655	191	29,2

Таблица 2

Причины выбора лапаротомного способа операции после лапароскопии при перфоративных гастродуоденальных язвах

Основная причина перехода к лапаротомной операции	Число наблюдений
Разлитой гнойный или фибринозно-гнойный перитонит	28
Не удалось обнаружить перфорационное отверстие	12
Труднодоступная локализация язвы (верхняя стенка двенадцатиперстной кишки, малая кривизна желудка, верхняя $\frac{1}{3}$ тела желудка)	7
Плотный периульцерозный инфильтрат в стенке кишки	7
Тяжесть сопутствующих заболеваний	6
Брюшинные спайки, препятствовавшие ушиванию и санации	3
Подозрение на малигнизацию язвы	2
Перфорация кровоточащей язвы	2
Пилородуоденальный стеноз	2
Диаметр перфорационного отверстия более 8 мм	2
Диаметр язвы 2 см (по данным интраоперационной ФГДС)	1
Воспалительный инфильтрат в подпеченочном пространстве	1
Причина не указана	3
Всего	76

Продолжительность лапароскопической операции варьировала от 25 до 145 мин и в среднем составила (67 ± 19) мин. Осложнений по ходу лапароскопических операций не возникало, но в послеоперационном периоде они развились у 6 (3,1%) человек: несостоятельность швов — у 4 (в том числе с образованием поддиафрагмального абсцесса у одного больного), желудочное кровотечение — у 1, пневмония — у 1. У 2 пациентов нарушение герметичности возникло из-за прорезывания тканей нитями. Они были наложены слишком близко к краю язвы, внутренний диаметр которой оказался большим, чем предполагал хирург. У одного пациента шов был недостаточен — закрывал только передний край прободного от-

верстия пенетрирующей язвы верхней стенки двенадцатиперстной кишки, истинные размеры и локализация которой не были уточнены ни до, ни во время операции. Источником кровотечения, возникшего после ушивания дуоденальной перфорации, была хроническая язва в теле желудка, т. е. осложнение явилось следствием тактической ошибки хирурга из-за недостаточного объема предоперационного обследования.

Летальных исходов после лапароскопических операций не было. Средняя продолжительность стационарного лечения после лапароскопического ушивания прободных язв составила ($8,3 \pm 3,6$) койко-дня (в последние годы показатель снизился до 6,3 койко-дней).

Поскольку группы больных, оперированных лапароскопическим и открытым способом, были несопоставимы по возрасту, давности перфорации, тяжести перитонита и сопутствующих болезней, оценить влияние лапароскопической технологии на основные лечебные показатели можно было только путем их сопоставления в хронологически смещенных, но идентичных когортах. Для этого все больные с прободными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, оперированные любым способом в период 1997–2003 гг., объединены в одну группу (табл. 3). Ни по одному из указанных в табл. 3 показателей статистически значимых различий между группами не выявлено.

Самыми частыми послеоперационными осложнениями как в основной, так и в контрольной группе соответственно были нагноение раны ($3,4-4,4\%$) и пневмония ($2,1-2,6\%$), реже встречались несостоятельность швов кишки и желудка ($1,2-0,8\%$) и абсцессы брюшной полости ($0,9-1\%$). Многообразные прочие осложнения встречались еще реже, у ряда больных осложнения сочетались. Статистически значимых групповых различий их частоты не обнаружено.

Мы провели анализ всех наблюдений, в которых наступил летальный исход, на предмет чисто теоретической оценки возможности выполнения лапароскопической операции у этих пациентов. Такая вероятность была исключена во всех наблюдениях. В большинстве из них применению эндохирургического метода препятствовал разлитой фибринозно-гнойный перитонит в поздних стадиях и(или) крайне тяжелые сопутствующие заболевания, реже — перфорация в недоступной зоне, сочетание перфорации с кровотечением, с декомпенсированным пилородуоденальным стенозом, с пенетрацией язвы.

Применяя лапароскопический способ закрытия язвенной перфорации, мы придерживались положений, разработанных в традиционной хи-

Таблица 3

Некоторые статистические показатели при перфоративных гастродуоденальных язвах до и после внедрения лапароскопического метода лечения

Показатели	До внедрения лапароскопии (1992–1996 гг.)	После внедрения лапароскопии (1997–2003 гг.)
Число оперированных больных	390	655
Число госпитализированных позже 6 ч от начала заболевания	168 (43,1)	229 (35,0)
Число оперированных позже 6 ч от момента поступления	40 (10,3)	87 (13,3)
Число операций ушивания прободной язвы	319 (81,8)	526 (80,3)
Число больных с послеоперационными осложнениями	49 (12,6)	74 (11,3)
Число умерших после операции	24 (6,2)	47 (7,2)
Средний койко-день	14,8	11,8
Примечание. В скобках указан %.		

рургии. Тактически ошибочным считалось ограничиваться ушиванием перфорации в тех ситуациях, когда необходимы операции большего объема — от иссечения язвы до резекции желудка — и больные в состоянии их перенести. С позиций традиционной хирургии наличие таких осложнений язвенной болезни, как пилородуоденальный стеноз, сочетание перфорации с кровотечением, пенетрацией, а также большие размеры и каллезный характер краев язвы, высокая вероятность ее малигнизации и т. д., не рассматриваются как противопоказания к ушиванию язвы, поскольку к нему вынужденно прибегают у каждого второго больного из-за тяжести сопутствующих заболеваний и поздних стадий перитонита [6]. Но для лапароскопического ушивания перфорации их можно считать тактическим противопоказанием, так как у тяжелых больных оказывается неприемлем эндхирургический способ операции, а у более легком состоянии пациентов он не обеспечивает ее должного объема. Помимо указанных, существуют и иные барьеры, которые значительно ограничивают круг оперируемых больных.

Мы считаем целесообразным выделять *общесоматические, тактические и технические* противопоказания к лапароскопическому ушиванию перфоративной язвы. К первым относятся общие заболевания, препятствующие операции в условиях напряженного пневмоперитонеума. Тактические противопоказания не позволяют ограничиться простым ушиванием перфорации. Они обнаруживаются обычно при ФГДС. К техническим противопоказаниям должны быть отнесены обстоятельства, затрудняющие наложение надежного шва и(или) мешающие проведению полноценной санации брюшной полости. Это расположение язвы в недоступном или труднодоступном месте, сложность ее визуализации, обширные висцеропариетальные сращения. Сюда же следует отнести перитонит с трудноудаляемыми отложениями фибрина на брюшине, парезом и вздутием кишки, требующим назоинтестинальной

интубации. «Неудобное» для лапароскопической операции расположение язвы можно констатировать уже при ФГДС, другие технические противопоказания становятся очевидными только на этапе лапароскопической ревизии.

Отсутствие эндоскопической информации об имевшихся тактических или технических противопоказаниях к лапароскопическому ушиванию перфоративной язвы стало причиной ряда напрасных лапароскопий. По той же причине у нескольких больных лапароскопическая операция оказалась неадекватной, и возникли осложнения. В 18 наших наблюдениях ФГДС выполнялась по ходу лапароскопического вмешательства и сыграла важную роль в выборе вида и способа операции. При этом у 10 больных предпочтение было отдано лапаротомному способу лечения, а начальный лапароскопический этап операции оказался, по сути, напрасным. Становится очевидным, что если придерживаться определенной последовательности применения инструментальных методов исследования, можно уменьшить число безуспешных лапароскопических вмешательств и тактически ошибочных операций.

Лапароскопические операции без предшествующей ФГДС чаще всего выполняли молодым людям (до 30 лет) без язвенного анамнеза с несомненным диагнозом перфоративной язвы, поскольку вероятность тактических противопоказаний у них была минимальной. Отсутствие предоперационного эндоскопического исследования у одного из этих больных имело негативные последствия — прорезывание швов из-за недооценки истинных размеров язвы. Поэтому мы разделяем мнение тех, кто считает предоперационную ФГДС показанной у всех пациентов, кроме поздних стадий перитонита, где она не может повлиять на выбор объема операции [1, 3]. У больных с несомненным диагнозом перфоративной язвы можно избрать щадящую тактику и проводить эндоскопическое исследование в операционной под наркозом непосредственно перед началом операции.

Время, прошедшее с момента перфорации, важный, но не очень надежный критерий выбора способа операции. Лучше ориентироваться на характер, распространенность и стадию перитонита. При таком подходе лапароскопические операции оказывались возможными и в более поздние сроки, чем 6 или 12 ч, которыми разные авторы ограничивают допустимые пределы [2, 5], в частности, при прикрытых перфорациях.

Внедрение лапароскопического способа ушивания перфоративных язв не повлияло на частоту послеоперационных осложнений. Прежде всего, это связано с тем, что большинство осложнений возникало у людей пожилого и старческого возраста, а их оперировали открытым способом. У молодых людей и после открытых операций осложнения, в том числе гнойные, наблюдались редко. Сказалось то, что в первые часы после перфорации желудка и двенадцатиперстной кишки бактериальная контаминация брюшной полости невелика. Летальность при перфоративных язвах, как правило, была связана с поздним обращением за медицинской помощью. У всех умерших имелись противопоказания к операции лапароскопическим путем. Следовательно, нет должных оснований говорить о возможности с помощью лапароскопического способа ушивания перфорации повлиять на летальность при прободных язвах.

Снижение среднего показателя продолжительности стационарного лечения не достигло статистически значимых различий с предшествующим периодом лишь потому, что доля лапароскопических операций была невелика — 29% от общего их числа и 36% среди операций ушивания язвы. Повышение эндохирургической активности в этом направлении должно благоприятно сказаться на рассматриваемом показателе.

Лапароскопический способ операции, помимо сокращения длительности стационарного лечения, обеспечивал больным более комфортное самочувствие в послеоперационном периоде, ускорял восстановление физической активности. Однако малая травматичность операции вряд ли может существенно сказаться на продолжительности реабилитационного периода и сроках возвращения больных к труду. Они определяются динамикой заживления язвы и продолжительностью курса медикаментозной противоязвенной терапии, которая нередко перекрывает период хирургической реабилитации.

Выводы. 1. Лапароскопическое ушивание прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки имеют все преимущества малотравматичных операций, но не оказывает существенного влияния на частоту послеоперационных

осложнений и летальность при таком осложнении язвенной болезни.

2. Целесообразно выделение трех групп противопоказаний для лапароскопического способа ушивания перфоративных гастродуоденальных язв: 1) общесоматических — препятствующих поддержанию напряженного пневмоперитонеума; 2) тактических — не позволяющих ограничиться простым ушиванием язвы; 3) технических — затрудняющих наложение надежных швов, санацию брюшной полости и требующих интубации кишки.

3. К лапароскопическому ушиванию перфоративных гастродуоденальных язв не следует прибегать без ФГДС, которая выявляет большинство тактических и некоторые технические противопоказания к такой операции. Это исследование не причинит дополнительных страданий больному, если его выполнить в операционной под наркозом непосредственно перед операцией.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Гринберг А.А., Шаповальянц С.Г., Мударисов Р.Р. Видеолапароскопическое ушивание перфоративных дуоденальных язв // Хирургия.—2000.—№ 5.—С. 4–6.
2. Емельянов С.И., Матвеев Н.Л., Феденко В.В. Лапароскопическая хирургия желудка.—М.: Медпрактика-М, 2002.—164 с.
3. Крапивин Б.В., Орлов Д.А., Агафонов И.В. Целесообразна ли эзофагогастродуоденоскопия при установленном диагнозе перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки // Эндоскоп. хир.—2004.—№ 1.—С. 85–86.
4. Розанов В.Е., Кильдяшов А.В., Юдин В.Е., Бондаренко А.В. Лечение перитонита, обусловленного перфоративными пилородуоденальными язвами, с использованием видеолапароскопии // Там же.—С. 135–136.
5. Сажин В.П., Авдовенко А.Л., Юрищев В.А. и др. Перспективы малоинвазивных операций при перфоративных гастродуоденальных язвах // Там же.—С. 146–147.
6. Сацукевич В.Н. Хирургическое лечение прободных гастродуоденальных язв // Хирургия.—2001.—№ 5.—С. 24–27.
7. Bergmaschi R., Marvik R., Johnsen G. et al. Open vs laparoscopic repair of perforated peptic ulcer // Surg. Endosc.—1999.—Vol. 13, № 7.—Р. 679–682.

Поступила в редакцию 10.02.2006 г.

L.A.Levin, S.I.Peshekhonov

CHOICE AND RESULTS OF LAPAROSCOPIC SUTURE OF PERFORATED GASTRODUODENAL ULCERS

Results of treatment of 655 patients aged from 17 through 89 years for perforative ulcers of the stomach and duodenum were analyzed retrospectively. Simple suturing of ulcer was performed in 526 (80.3%) patients, laparoscopic methods included. Comparison of general results of treatment of 655 patients with the data of the control group consisting of 390 patients treated at the same hospital before introduction of laparoscopic operations failed to reveal statistically significant differences in frequency of postoperative complications and lethality. The authors defined general somatic, technical and tactical contraindications for laparoscopic operations.