

УДК 616.34-002.44-037

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

И.С. Малков, М.Р. Тагиров, Е.К. Салахов, В.А. Филиппов,
ГБОУ ВПО «Казанская государственная медицинская академия»

Малков Игорь Сергеевич – e-mail: ismalkov@yahoo.com

Авторы проанализировали особенности диагностики и хирургического лечения перфоративных дуоденальных язв у 449 больных. Предлагается новый способ ушивания перфоративного отверстия с использованием видеолaparоскопических технологий, который был успешно применен у 72 пациентов. Определены противопоказания к его использованию, проанализированы послеоперационные результаты.

Ключевые слова: перфоративная язва, методы ушивания, видеолaparоскопия.

The authors analyzed the features of the diagnosis and surgical treatment of perforated duodenal ulcers in 449 patients. A new method of suturing perforated holes with videolaparoscopic technology, which has been used successfully in 72 patients is suggested. Defined contraindications to its use, postoperative results were analyzed.

Key words: perforated duodenal ulcer, method of suturing, videolaparoscopy.

Введение

Начиная с 1880 года, когда G. Miculicz впервые выполнил ушивание перфоративной язвы, эта операция до сих пор остается самой распространенной [1, 2]. В настоящее время известно более 20 способов закрытия перфорационного отверстия. Несложная в техническом исполнении и непродолжительная по времени, данная операция имеет такие серьезные последствия, как нагноение послеоперационной раны, спаечная болезнь брюшной полости, образование вентральных грыж, лигатурных свищей, косметический дефект, длительный болевой синдром. Отрицательной стороной ушивания оставалась высокая частота рецидивов язвенной болезни, достигающая 30–50% [3, 4, 5]. Поэтому ушивание перфоративной язвы как паллиативная операция, не влияющая на этиопатогенез её образования, была показана при распространенном перитоните у больных пожилого и старческого возраста с тяжёлыми сопутствующими заболеваниями.

В настоящее время в связи с появлением нового поколения лекарственных препаратов, обладающих доказанной способностью значительно ускорять процессы заживления язвенного дефекта желудка и двенадцатиперстной кишки и профилактировать её рецидивы, открылись перспективы улучшения отдаленных результатов лечения перфоративных пилородуоденальных язв после их ушивания у больных молодого возраста [6, 7].

В период интенсивного развития малоинвазивной хирургии использование различных вариантов лапароскопических методов лечения перфоративных язв, в сочетании с эффективным медикаментозным воздействием на патологический процесс, завоевывает с каждым годом все большее число сторонников среди хирургов [5, 8]. Однако, это современное направление требует серьезного изучения.

Необходимо определить четкие показания и противопоказания к его использованию, разработать технологию лапароскопического ушивания перфоративной язвы и обосновать целесообразность применения метода в условиях распространенного перитонита.

Цель исследования – улучшение результатов лечения больных с перфоративными дуоденальными язвами путем совершенствования методов эндоскопической хирургии.

Материалы и методы

Нами проведен анализ результатов лечения 449 больных с перфоративными пилородуоденальными язвами, находившихся в отделении неотложной хирургии МУЗ ГKB № 7 г. Казань за последние 10 лет. Мужчин было 418 (93%), женщин – 31 (7%). В исследование были включены пациенты в возрасте от 17 до 82 лет. Средний возраст составил 49,5 года. В первые 6 часов от момента перфорации поступило 415 пациентов (92,4%), от 6 до 12 часов – 34 (7,6%). Причиной поздних госпитализаций (более 6 часов) явились случаи прикрытой перфорации, когда атипичное течение заболевания привело к несвоевременному обращению больных за медицинской помощью и диагностическим ошибкам на догоспитальном этапе.

Все пациенты были разделены на две группы: группу сравнения (перфоративная язва ушивалась лапаротомным способом) – 377 человек и основную – 72 (лечение прободной язвы с использованием эндоскопической методики). Большую часть больных (85%) составили лица молодого и среднего возраста.

Соотношение частоты перфорации язвы у мужчин и женщин составило 14:1. Операционно-анестезиологический риск у всех больных соответствовал III–IV степени по классификации Гологорского. Сопутствующие заболевания со стороны сердечно-сосудистой системы составили 10,5%,

хронические воспалительные заболевания органов дыхания – 15,3%.

У 296 больных (66%) язвенный анамнез отсутствовал, у 153 (34%) не превышал четырёх лет.

Локализация перфоративной язвы на передней стенке пилородуоденальной зоны наблюдалась у 305 больных (68%), у 121 (27%) на передне-верхней стенке и на верхней стенке перфоративное отверстие имело место у 23 больных (5%).

Все пациенты были оперированы в течение первого часа с момента поступления в стационар, после проведения необходимых диагностических исследований.

Диагноз перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки устанавливали, используя общепринятую комплексную диагностическую программу. Из специальных методов исследования, кроме обзорной рентгенографии брюшной полости, в 93,2% случаев применяли ФГДС, а в диагностически трудных случаях – лапароскопию (5,6%) и у 10% больных пневмогастрографию.

Результаты исследования

В большинстве случаев клиническая диагностика перфоративной пилородуоденальной язвы не представляла особых затруднений. Наиболее достоверными и типичными признаками наступления перфорации являлись: внезапное начало в виде острой «кинжальной» боли в области желудка с быстрым последующим распространением на весь живот (81,4%), «доскообразное» напряжение мышц передней брюшной стенки (73,1%), общее тяжёлое состояние больного вследствие болевого шока и интоксикации (29,7%).

Ошибки в диагностике случаются чаще на догоспитальном этапе оказания помощи, также ввиду отсутствия вспомогательных инструментальных исследований, а чаще – в результате атипичного течения клиники прободения.

Диагноз перфоративной язвы до операции был выставлен 422 больным (94%). В 6% случаев (27 пациентов) клиника перфорации была атипичной. Так, у 12 больных первоначально был диагностирован острый аппендицит, у 8 – острый панкреатит, у 7 – гастрит и обострение язвенной болезни. У них после внезапного или постепенного начала боли в эпигастрии стихли, пальпаторно имелась болезненность в эпигастрии, в правой половине живота, в правой подвздошной области, отсутствовало «доскообразное» напряжение мышц передней брюшной стенки, отмечались сомнительные симптомы раздражения брюшины. Трудности в диагностике при этом в 3 случаях были обусловлены спячным процессом, который ограничивал распространение дуоденального содержимого по брюшной полости, симулируя острый гастрит (2 больных), острый холецистит (1 больной). В процессе динамического наблюдения диагноз перфоративной язвы был установлен у 25 из 27 больных (92,6%) с помощью лапароскопии. У 2 больных истинную патологию выявили лишь во время аппендектомии.

По нашему мнению проведение экстренной ФГДС показано всем больным с подозрением на перфоративную дуоденальную и желудочную язву.

По данным проведенных ФГДС признаки перфоративной язвы были выявлены у 368 больных (82%). Эндоскопическое установление размеров и локализации язвенного дефекта, а также исключение «целующихся» язв определяло в последствии методику оперативного пособия. У 107 пациентов (23,8%) имелась эндоскопическая картина рубцово-

язвенной деформации луковицы двенадцатиперстной кишки. Однако во всех наблюдениях желудок и двенадцатиперстная кишка были свободно проходимы для эндоскопа.

На завершающем этапе диагностической программы 56 пациентам (29,5%) выполнена диагностическая лапароскопия.

При традиционном способе лечения использовались общепринятые методы хирургических вмешательств (лапаротомия, ушивание перфоративной язвы по Оппелю-Поликарпову (92,3%), ушивание язвы по Островскому (4,8%), у 2,9% выполнено иссечение язвы по Джадду).

Эндоскопическое лечение перфоративных пилородуоденальных язв было проведено у 72 пациентов, которые составили основную группу исследования. В послеоперационном периоде все больные в исследуемых группах получали интенсивную внутривенную инфузионную дезинтоксикационную терапию, антибактериальную терапию, противоязвенное лечение. Противоязвенную терапию начинали в первые часы после окончания операции. Лечение включало внутривенное введение антисекреторных препаратов – H₂-блокаторы (квamatел), ингибиторы потонной помпы (нексиум, лосек). Начиная с третьих суток проводили трёхкомпонентную противоязвенную терапию по одной из схем, рекомендованных Российской гастроэнтерологической ассоциацией.

Лапароскопическое ушивание перфоративных пилородуоденальных язв в настоящее время находит все большее число сторонников среди хирургов. Спасение жизни больного и радикальное лечение заболевания определяет тактику оказания помощи у этой категории больных.

Сочетание эндохирургических методик с эффективным медикаментозным воздействием на патологический процесс является альтернативным вариантом развития подхода к данной проблеме.

В первые 6 часов от начала заболевания поступило 68 пациентов (94,4%), от 6 до 12 часов – 4 пациента (5,6%).

Все больные оперированы в течение первого часа с момента госпитализации.

С целью обеспечения простоты и надежности эндоскопического ушивания прободного отверстия нами разработан и применен петлевой пломбирующий шов (патент РФ на изобретение № 2201147) в основе которого использован принцип аутопластического закрытия дефекта, предложенный В.А. Оппелем (1896) и П.Н. Поликарповым (1927). Шов применяли для ушивания прободных язв диаметром не более 5,0 мм.

У 61 больного (84,7%) язва была впервые выявлена, у 11 (15,3%) язвенный анамнез не превышал трех лет.

Для успешного развития и применения эндоскопических технологий в лечении перфоративных пилородуоденальных язв необходимо чётко регламентировать показания и противопоказания к их применению. Накопленный нами опыт и данные литературы позволяют утверждать, что противопоказаниями к применению лапароскопии при прободной пилородуоденальной язве являются:

1. повторные перфорации;
2. сочетание прободной язвы с кровотечением;
3. рубцово-язвенный стеноз;
4. размер прободного отверстия более 5,0 мм;
5. наличие распространенного перитонита, требующего тотальной интубации тонкой кишки.

При повторной перфорации язвы, язвенном кровотечении, рубцовом декомпенсированном стенозе пилородуоденального канала при отсутствии противопоказаний оптимальным методом лечения является радикальная операция. Для её осуществления требуется выполнять лапаротомию. При длительных сроках прободения (более 12 часов), когда развивается высокая микробная контаминация экссудата и паралитическая кишечная непроходимость, для адекватной первичной санации брюшной полости и интубации тонкой кишки также необходима лапаротомия.

Лапароскопическое ушивание перфоративной пилородуоденальной язвы выполняли хирургической бригадой, состоящей из трёх человек (хирурга, ассистента и операционной сестры).

После введения лапароскопа через первый троакар, расположенный выше или ниже пупка, следуя разработанному алгоритму, вводим второй 10 мм троакар справа от мечевидного отростка. Через него проводят иглу с нитью и аспиратор-ирригатор. Третий 5 мм троакар для анатомического зажима, диссектора, инструмента для приёма иглы располагали по среднечлвочичной линии на уровне пупка справа. Четвёртый 5 мм троакар для иглодержателя и ножниц находился на 3 см выше пупка по среднечлвочичной линии слева.

Для лапароскопического ушивания прободного дефекта применяли разработанный нами петлевой пломбирующий шов.

Шов накладывали атравматической лыжеобразной иглой с нитью «Викрил» № 2/0–3/0.

Ушивание перфоративной язвы по данной методике состоит из следующих этапов:

1. Отступая на 6–8 мм от края прободного отверстия в поперечном направлении по отношению к продольной оси 12-перстной кишки со стороны серозного покрова через все слои дуоденальной стенки, производится вкол атравматической иглой с последующим выходом её из перфоративного отверстия в брюшную полость.

2. Без натяжения к перфоративному отверстию подводится прядь большого сальника, которая в бессосудистом участке прошивается выведенной из прободного отверстия иглой обвивным швом.

3. Через перфоративное отверстие, отступая на 6–8 мм от его края со стороны слизистой 12-перстной кишки в поперечном направлении, производится выкол иглы через все слои. Затем лигатура затягивается с формированием интракорпорального узла, и перфоративное отверстие оказывается герметично закрытым сальником на толщину стенки полого органа.

Данный метод используется нами при диаметре перфоративного отверстия не более 5 мм, расположенного на передней стенке двенадцатиперстной кишки.

Проведение лапароскопических манипуляций осуществляли при среднем пневмоперитонеуме (10–12 мм рт. ст.). Считаем использование пневмоперитонеума более целесообразным по сравнению с лифтинговыми методиками, при которых обзору хирурга предоставлены лишь определённые области брюшной полости. При пневмоперитонеуме передняя брюшная стенка расправляется равномерно в виде сферического купола, что даёт возможность адекватного обзора и доступа всех отделов брюшной полости. Это условие явля-

ется обязательным для качественной эндоскопической санации и дренирования в условиях распространённого прободного перитонита.

После ушивания язвенного дефекта производили тщательную санацию брюшной полости промыванием раствором антисептика до чистых вод с обязательным удалением налёта фибрина с внутренних органов. Для этого использовали разработанное в клинике ирригационно-аспирационное устройство «Брюсан» (патент РФ на изобретение № 2153888).

На момент освоения методики операции были более продолжительными. В настоящее время средняя продолжительность операции лапароскопического ушивания перфоративной язвы составила $52,5 \pm 9,2$ мин. Обнаружение и ушивание язвы занимало первую половину времени операции. Вторая часть операции включала лапароскопическую санацию и дренирование брюшной полости.

С целью декомпрессии в желудок и начальный отдел двенадцатиперстной кишки устанавливали постоянный трансназальный зонд. При лапароскопии зонд хорошо прослеживался через стенку желудка за счёт упругой части и с помощью манипулятора укладывался по большой кривизне, затем проводился в двенадцатиперстную кишку. Дренажные трубки устанавливались в зависимости от распространённости перитонита. Всем оперированным под лапароскопическим контролем устанавливали дренажи через отдельные контрапертуры в правое подпечёночное пространство и в малый таз. У 6 пациентов дополнительного дренирования потребовало правое поддиафрагмальное пространство. У 9 больных дополнительная дренажная трубка была установлена в левый боковой канал.

В первые сутки больные находились на полном голоде. Со вторых суток им разрешали пить, на третьи сутки назначали жидкую пищу в объёме 300–400 мл в сутки, удаляли дренажи из брюшной полости и интубационный зонд из двенадцатиперстной кишки.

В раннем послеоперационном периоде назначали парентеральное введение препаратов, подавляющих желудочную секрецию. Параллельно с инфузионной терапией вводили «Квамател» или «Нексиум» по 40 мг 2 раза в сутки с интервалом 12 часов. С 3-х суток проводили пероральную фармакотерапию язвенной болезни и геликобактерной инфекции. После выписки амбулаторно больным рекомендовали приём антацидов и поддерживающую терапию антисекреторными препаратами в течение двух недель (H_2 -блокаторы, ингибиторы протонной помпы).

Продолжительность абдоминального болевого синдрома составила $1,9 \pm 0,6$ суток, что требовало введения ненаркотических анальгетиков.

Самостоятельный подъем с постели больные осуществляли на $2,1 \pm 0,7$ сутки. Средние сроки снятия швов с операционной раны составили $6,8 \pm 0,7$ суток. Перистальтика кишечника и отхождение газов восстанавливались на 2–3-и сутки после операции. В среднем начало двигательной активности кишечника наблюдалось на $2,6 \pm 0,5$ сутки. Это объясняется малой травматичностью применяемого метода, когда отсутствует интраоперационное механическое воздействие на брыжейку и стенку кишечника. Средний срок стационарного лечения составил $6,9 \pm 0,8$ койко-дней, однако, для проведения противоязвенной терапии выписка задерживалась на

сроки от 10–12 суток либо больных переводили в отделение гастроэнтерологии.

Осложнения, связанные с лапароскопическим ушиванием перфоративной язвы, имели место в 3 случаях (4,2%), когда была диагностирована несостоятельность ушитого прободного отверстия. Во всех случаях образовалось ограниченное скопление дуоденального содержимого в правом подпечечном пространстве. В 2 наблюдениях ограничились пункционным дренированием под УЗИ-контролем, в 1 – была выполнена лапаротомия. Летальных исходов не наблюдалось.

Выводы

1. Выбор метода ушивания перфоративной дуоденальной язвы в настоящее время следует определять, учитывая сроки заболевания, данные фиброгастродуоденоскопии, техническую оснащенность хирургического стационара, эндохирургическую подготовку специалиста.

2. Использование лапароскопического ушивания перфоративных дуоденальных язв разработанным петлевым пломбирующим швом должно регламентироваться имеющимися противопоказаниями. Метод позволяет значительно уменьшить болевую реакцию в раннем послеоперацион-

ном периоде, сократить сроки лечения в хирургическом стационаре в два раза и ускорить послеоперационную реабилитацию пациентов.



ЛИТЕРАТУРА

1. Поташов Л.В., Васильев В.В., Савранский В.М. и др. Сравнительная характеристика непосредственных результатов традиционного и лапароскопического ушивания перфоративных пилородуоденальных язв. Эндоскопическая хирургия. 2000. № 3. С. 5–7.
2. Руководство по неотложной хирургии. Под редакцией В.С. Савельева. М.: Издательство «Триада-Х», 2005. 640 с.
3. Василенко В.Х., Гребнев А.Л. Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. М.: Медицина, 1981. 342 с.
4. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта. К.: Здоровья, 1987. 568 с.
5. Евсеев М.А. Антисекреторные препараты в неотложной хирургической гастроэнтерологии. М.: ООО ИИЦ «КВАНТ», 2009. 173 с.
6. Rohss K., Wilder-Smith C.H., Claar-Nilsson C. et al. Esomeprazol 40 mg provides more effective acid control than standart doses of all other proton inhibitors. Gastroenterology. 2001. V. 120. P. 2140.
7. Сажин В.П., Федоров А.В., Жаболенко В.П. Лапароскопические вмешательства у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Эндоскопическая хирургия. 1999. № 3. С. 16-21.
8. Сухопара Ю.Н., Майстренко Н.А., Тришин В.М. Основы неотложной лапароскопической хирургии. С.-Пб.: ЭЛБИ-СПб., 2003. 192 с.