

УДК 616.18

© А.А. Глухов, П.И. Кошелев, Б.В. Емельянов, Г.Н. Карпухин, А.В. Горлунов, С.Н. Боев, И.В. Калашников, А.П. Остроушко

Опыт применения видеолaparоскопических технологий в комплексе лечения больных с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки

А.А. ГЛУХОВ, П.И. КОШЕЛЕВ, Б.В. ЕМЕЛЬЯНОВ, Г.Н. КАРПУХИН, А.В. ГОРЛУНОВ, С.Н. БОЕВ, И.В. КАЛАШНИКОВ, А.П. ОСТРОУШКО

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж, Российская Федерация

Цель исследования Обобщение опыта применения видеолaparоскопических технологий у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией.

Материалы и методы Анализированы результаты лечения 712 пациентов с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки. Больные были распределены на три клинические группы. Основную группу составили 257 больных, которым было произведено ушивание перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки с применением видеолaparоскопических технологий. В контрольную группу вошли 406 пациентов, которым было выполнено ушивание перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки традиционным лапаротомным доступом. Отдельную группу составили 49 больных, у которых была осуществлена конверсия.

Результаты и их обсуждение Видеолaparоскопическая санация имеет определенные преимущества перед лапаротомной, так как обеспечивает возможность обработки под контролем зрения практически любого отдела брюшной полости, с последующим ее прицельным дренированием. Значительное количество времени экономится на завершающем этапе операции, так как ушивание проколов передней брюшной стенки, в отличие от лапаротомного разреза, требует, в большинстве случаев, минимальных временных затрат. При проведении контрольной ЭГДС через 0,5-3,0 года пациентам контрольной группы было отмечено, что у 166 из них (65,6%) имеет место рецидив язвенной болезни и у 192 (75,9%) имеется выраженная рубцовая деформация пилоро-дуоденальной зоны; 80,6% обследованных пациентов предъявляли жалобы на периодически возникающие боли в эпигастриальной области. При контрольной ЭГДС в основной группе в сроки 0,5-10 лет после операции установлено, что рецидив язвенной болезни наблюдался у 32 пациентов (19,4%), а выраженные рубцовые изменения пилородуоденальной зоны отмечены только у 5 (3,0%). В 24,8% случаях при ЭГДС рубцы на стенке желудка или двенадцатиперстной кишки в зоне ушивания обнаружены не были.

Выводы Применение видеолaparоскопических технологий у больных с перфорационными язвами желудка или двенадцатиперстной кишки позволило значительно сократить длительность стационарного этапа лечения, ускорить в 4-5 раз сроки восстановления трудоспособности, а в сочетании с полноценной консервативной терапией достоверно улучшить отдаленные результаты лечения.

Ключевые слова Видеолaparоскопические технологии, язва желудка и двенадцатиперстной кишки, перфорация

Experience of Application Videolaparoscopic Technologies in Complex Treatment of Patients with Perforated Ulcers of the Stomach and Duodenum

A.A. GLUKHOV, P.I. KOSHELEV, B.V. EMELIANOV, G.N. KARPUKHIN, A.V. GORLUNOV, S.N. BOEV, I.V. KALASHNIKOV, A.P. OSTROUSHKO

Voronezh State Medical Academy named after N.N. Burdenko, Voronezh, Russian Federation

The purpose of the study To summarize the experience of application videolaparoscopic technology in patients with gastric ulcer and duodenal ulcer complicated by perforation.

Materials and methods Analyzes the results of treatment of 712 patients with perforated ulcers of the stomach and duodenum. Patients were divided into three clinical groups. Two main groups were 257 patients who had been made suturing of perforated ulcers of the stomach or duodenum using videolaparoscopic technologies. The control group included 406 patients who underwent closure of perforated ulcers of the stomach or duodenum traditional laparotomy access. A separate group comprised 49 patients who had carried out the conversion.

Results and their discussion Videolaparoscopic sanitation has certain advantages over laparotomic, as it provides an opportunity reorganization under the control of virtually any department of the abdomen, followed by her sighting drainage. A significant amount of time saved at the final stage of operation as suturing the abdominal wall puncture, unlike abdominal incision, requires in most cases, the minimum time-consuming. In carrying out the control endoscopy after 0.5-3.0 years in the control group, it was noted that 166 of them (65.6%) there is a relapse of peptic ulcer disease and in 192 (75.9%) have a pronounced scar deformity pyloro- duodenal area, 80.6% of the patients complained of recurrent epigastric pain.

Conclusion Application videolaparoscopic technology in patients with perforated ulcers of the stomach or duodenum has significantly reduced the duration of inpatient treatment, speed of 4-5 terms rehabilitation, and in combination with a full conservative therapy significantly improved long-term outcomes.

Key words Videolaparoscopic technology, gastric and duodenal ulcers, perforation

Лечение больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией, до настоящего времени остается одной из наиболее актуальных проблем абдоминальной хирургии [3, 4, 7-9]. Внедрение в широкую клиническую практику видеолaparоскопических технологий позволило улучшить результаты лечения данного контингента больных, однако еще ряд вопросов, касающихся показаний и техники выполнения малоинвазивных вмешательств при перфоративных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки, требуют дальнейшего изучения [1, 2, 5, 6].

Целью настоящего исследования явилось обобщение опыта применения видеолaparоскопических технологий у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией.

Материалы и методы

Анализированы результаты лечения 712 больных с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки в возрасте от 15 до 82 лет (средний возраст – 39,7±4,1 лет) на клинических базах кафедры общей хирургии Воронежской государственной медицинской академии имени Н.Н. Бурденко в период с 1998 по 2011 гг.

Больные с перфоративной язвой желудка составили 29,6% (211 пациент), перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки – 70,4% (501 пациент). Среди пролеченных пациентов мужчин было 614 (86,2%), женщин – 98 (13,8%).

Все пациенты были разделены на три группы. Основную группу составили 257 больных, которым было произведено ушивание перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки с применением видеолaparоскопических технологий, в том числе 130 больных с использованием оригинального способа видеолaparоскопического ушивания перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки (патент № 2191546 от 14.08.2000 г.). Мужчин было 218 (84,8%), женщин – 39 (15,2%). В контрольную группу вошли 406 пациентов, которым было выполнено ушивание перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки традиционным лапаротомным доступом. Мужчин было 337 (83,0%), женщин – 69 (17,0%). Отдельную группу составили 49 больных, у которых была осуществлена конверсия. Наиболее частой причиной перехода с видеолaparоскопического доступа на лапаротомный явилась невозможность выведения перфорационного отверстия в рабочее положение (53,1% случаев). Мы считаем, что перфорационное отверстие находится в рабочем положении и, соответственно, можно приступить к его ушиванию только в том случае, если четко визуализируются края перфорационного дефекта и стенка желудка или двенадцатиперстной кишки на 1,0-2,0 см вокруг зоны перфорации (в зависимости от размера и характера язвы). В 14,2% случаев конверсия была обусловлена выраженным спаечным

процессом в верхнем этаже брюшной полости, в 12,2% - наличием запущенного гнойно-фибринозного перитонита. В 4 случаях (8,2%) было обнаружено сравнительно небольшое перфорационное отверстие, но с выраженным перифокальным воспалением (более 3,0 см) и плотными краями, вследствие чего решено было завершить операцию из лапаротомного доступа. В 3 (6,1%) наблюдениях видеолaparоскопическому ушиванию перфоративной язвы препятствовали большие размеры (более 2 см) перфорационного отверстия. Еще в 3 случаях (6,1%) после видеолaparоскопического ушивания перфорационного дефекта во время санации брюшной полости было отмечено кровотечение из сосудов большого сальника, источник которого обнаружить не удалось. После внедрения в практику разработанного в клинике способа не было произведено ни одной конверсии.

Среди пациентов, оперированных по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией, язвенный анамнез до 3-х лет имели 65 больных (9,1%), более 3-х лет – 136 (19,1%); 511 пациентов (71,8%) язвенного анамнеза не имели.

Объем предоперационной подготовки был одинаковым для больных основной и контрольной групп. Длительность предоперационной подготовки, в зависимости от тяжести состояния пациента, составляла от 1 до 3 часов. Алгоритм диагностических мероприятий на предоперационном этапе включал проведение общеклинических лабораторных исследований, обзорной рентгенографии брюшной полости и эзофагогастроуденоскопии (ЭГДС), которая необходима для окончательного выбора операционного доступа.

С осторожностью относились к больным, у которых во время дооперационного обследования выявлены большие размеры перфоративной язвы, рубцовая деформация, малигнизация язвы, а также имелись в анамнезе лапаротомии на верхнем этаже брюшной полости, выраженная дыхательная недостаточность. Длительность заболевания или возраст больного, как и повторное прободение, по нашему мнению, не могут являться причиной отказа от лапароскопического доступа.

В настоящее время считаем, что наличие у пациента стеноза, кровотечения, а также локализации перфорации на задней стенке является абсолютным противопоказанием к лапароскопическому доступу. Во время ЭГДС стеноз у обследуемых больных выявлен у 16 пациентов (2,2%), перфорация задней стенки – у 13 пациентов (1,8%), кровотечение – у 8 (1,1%).

В редких случаях, в результате выраженного перитонита, возникает парез и резкое вздутие кишечных петель, что также может склонить хирурга выбрать лапаротомный доступ. Данная патология встретилась у 3 (0,4%) больных.

Сравнительный анализ эффективности проводимого оперативного лечения выполняли на основании

изучения особенностей течения раннего послеоперационного периода, частоты и характера послеоперационных осложнений, длительности стационарного этапа лечения. При изучении отдаленных результатов обращали внимание на следующие моменты: данные контрольной ЭГДС (степень выраженности деформации выхода из желудка при ее наличии; имеется ли рецидив язвенной болезни); самочувствие пациента на настоящий момент; возникают ли какие-либо жалобы, связанные с приемом пищи; через какое время пациент приступил к своей обычной трудовой деятельности.

Результаты и их обсуждение

При оценке длительности оперативных вмешательств были получены следующие данные. При использовании традиционного лапаротомного доступа на длительность операции большое влияние оказывала толщина передней брюшной стенки. При использовании видеолaparоскопической техники данный фактор особого значения не имел. Одним из наиболее длительных этапов оперативного вмешательства как в основной, так и контрольной группах больных являлось проведение тщательной санации брюшной полости с последующим ее дренированием. На наш взгляд, видеолaparоскопическая санация имеет определенные преимущества перед лапаротомной, так как обеспечивает возможность санации под контролем зрения практически любого отдела брюшной полости, с последующим ее прицельным дренированием. Значительное количество времени экономится на завершающем этапе операции, так как ушивание проколов передней брюшной стенки, в отличие от лапаротомного разреза, требует, в большинстве случаев, минимальных временных затрат. Средняя продолжительность оперативного вмешательства у больных основной группы составила $61 \pm 13,3$ мин., у больных контрольной группы – $65 \pm 15,7$ мин.

Использование видеолaparоскопической техники позволяет накладывать герметизирующий шов на перфорационное отверстие с минимальной травматизацией окружающих тканей стенки желудка или двенадцатиперстной кишки, что значительно снижает степень выраженности отека тканей в послеоперационном периоде. В свою очередь, это позволяет удалять назогастральный зонд после видеолaparоскопической операции на первые сутки. При лапаротомном доступе травма стенки полого органа, как правило, выражена в большей степени, что способствует развитию выраженного отека, последующей рубцовой деформации и, в ряде случаев, стенозированию выхода из желудка. Это диктует необходимость проведения назоинтестинальной интубации желудка в течение 3-4-х суток.

Отмена постельного режима у больных основной группы, перенесших видеоэндоскопическое вмешательство происходила на 1-2-е сутки, в то время как у больных контрольной группы – на 3-4-е сутки. Обезболивание наркотическими анальгетиками у больных

основной группы проводили в среднем один раз, у больных контрольной группы – 3-4 раза.

Более тщательная санация брюшной полости при видеолaparоскопическом вмешательстве позволяла удалять дренажи в более ранние сроки – на 2-3-е сутки послеоперационного периода (отделяемое по дренажам на первые сутки послеоперационного периода в большинстве случаев не превышало 50 мл). В контрольной группе больных после ушивания перфоративных язв традиционным способом отделяемое по дренажам в первые сутки послеоперационного периода составляло от 50 до 200 мл, а дренажи удаляли на 3-4-е сутки.

После лапаротомного вмешательства больные нуждались в более длительной антибиотикотерапии.

В ближайшем послеоперационном периоде после ушивания перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки основными осложнениями явились: стеноз выходного отдела желудка, несостоятельность герметизирующего шва, гнойные осложнения со стороны брюшной полости и со стороны лапаротомной раны, эвентрация.

В основной группе больных, перенесших видеолaparоскопическое вмешательство, в 11 наблюдениях развились гнойные осложнения со стороны брюшной полости – у 5 пациентов сформировались абсцессы в сальниковой сумке, у 3 – межкишечные абсцессы и у 3 – абсцессы правого поддиафрагмального пространства. 8 больным выполнена ревидеолaparоскопия – в 6 случаях удалось санировать абсцессы брюшной полости видеолaparоскопическим способом, у 2 пациентов с абсцессами сальниковой сумки ликвидировать гнойный очаг видеолaparоскопическим способом не удалось, вследствие чего были произведены санации через лапаротомный доступ с благоприятным исходом. В 3 случаях абсцессы брюшной полости были санированы путем применения пункционно-дренажного метода под ультрасонографической навигацией. Летальных исходов не было.

В контрольной группе имели место следующие виды осложнений раннего послеоперационного периода: стеноз выходного отдела желудка (3 больных), несостоятельность герметизирующих швов (3 больных), эвентрация (5 больных), нагноение послеоперационной раны (12 больных), развитие гнойных осложнений брюшной полости (16 больных). Летальность в контрольной группе составила 0,7%.

Отдаленные результаты прослежены у 165 пациентов основной группы (64,2%) и 253 контрольной (62,3%), перенесших оперативное вмешательство по поводу перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки.

После ушивания перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки в условиях видеолaparоскопической техники при контрольной ЭГДС через 0,5-10 лет после операции наличие рецидива язвенной болезни (язвы) обнаружено у 32 пациентов (19,4%), при этом выраженные рубцовые изменения пилородуоде-

нальной зоны имели место только у 5 (3,0%). В 24,8% случаях при проведении контрольной ЭГДС рубцы на стенке желудка или двенадцатиперстной кишки в зоне ушивания обнаружены не были. Пациенты основной группы приступали к трудовой деятельности через 1-4 недели после завершения стационарного этапа лечения в зависимости от условий работы.

При проведении контрольной ЭГДС через 0,5-3,0 года пациентам контрольной группы было отмечено, что у 166 из них (65,6%) имеет место рецидив язвенной болезни и у 192 (75,9%) имеется выраженная рубцовая деформация пилоро-дуоденальной зоны; 80,6% обследованных пациентов предъявляли жалобы на периодически возникающие боли в эпигастриальной области. К трудовой деятельности пациенты, перенесшие ушивание перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки традиционным лапаротомным способом, смогли приступить спустя 1-4 месяца после завершения стационарного этапа лечения, в зависимости от условий своей работы.

Список литературы

1. Афендулов С.А., Журавлёв Г.Ю., Смирнов А.Д. Стратегия хирургического лечения язвенной болезни. Хирургия. 2006; 5: 26–30.
2. Винник Ю.С., Чайкин Н.А., Аксютенко А.Н., Петрушко С.И., Колесницкий О.А., Теплякова О.В. Отдаленные результаты радикальных органосохраняющих операций в лечении перфоративных гастродуоденальных язв у больных пожилого и старческого возраста. Вестник экспериментальной и клинической хирургии 2011; IV: 1: 21-28.
3. Гостищев В.К., Евсеев М.А., Головин Р.А. Перфоративные гастродуоденальные язвы: взгляд на проблему Российский медицинский журнал. 2006; 13: 25.
4. Кузин М.И. Актуальные проблемы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Хирургия 2001; 1: 27–32.
5. Тарасенко С.В., Зайцев О.В. Прободная язва у пожилых – есть ли универсальная операция? Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2001; IV: 1: 29–30.
6. Vettoretto N., Poiatti R., Fisogni D. et al. Comparison between laparoscopic and open repair for perforated peptic ulcer: A retrospective study Chir. Ital. 2005; 57: 3: 317–322.
7. Kok K.Y.Y., Mathew V.V., Yapp S.K.S. Laparoscopic omental patch repair for perforated duodenal ulcer. Am. Surg. 1999; 65: 27–30.
8. Lagoo S.A., Pappas T.N. Laparoscopic repair for perforated peptic ulcer. Ann. Surg. 2002; 235: 3: 320–321.
9. Lunevicius R.I., Morkevicius M.I. Systematic review comparing laparoscopic and open repair for perforated peptic ulcer. Br. J. Surg. 2005; 92: 10: 1195–1207.

Поступила 08.01.2013 г.

Выводы

1. Больным, поступившим в стационар с направляющим диагнозом перфоративная язва желудка или двенадцатиперстной кишки необходимо производить ЭГДС и при отсутствии таких сопутствующих осложнений как кровотечение и стеноз, а также локализации язвы на задней стенке, выполнять видеолапароскопию. При подтверждении диагноза и решении вопроса об ушивании перфорационного отверстия предпочтительным является использование видеолапароскопической техники.

2. Ушивание перфорационного дефекта видеолапароскопическим доступом, при соответствующих навыках хирурга, возможно более чем в 94 % случаев.

3. Применение видеолапароскопических технологий у больных с перфорационными язвами желудка или двенадцатиперстной кишки позволяет значительно сократить длительность стационарного этапа лечения, ускорить в 4-5 раз сроки восстановления трудоспособности, а в сочетании с полноценной консервативной терапией достоверно улучшить отдаленные результаты лечения.

References

1. Afendulov S.A., Zhuravlev G.Iu., Smirnov A.D. The strategy of surgical treatment of peptic ulcer. *Khirurgiia*, 2006; 5: 26–30. – (In Russian).
2. Vinnik Iu.S., Chaikin N.A., Aksyutenko A.N., Petrushko S.I., Kolesnitskii O.A., Tepliakova O.V. The remote results of radical organ-preserving operations in the treatment of perforated gastroduodenal ulcers in patients with middle and old age. *Vestnik eksperimental'noi i klinicheskoi khirurgii*, 2011; IV: 1: 21-28. – (In Russian).
3. Gostishchev V.K., Evseev M.A., Golovin R.A. Perforated gastroduodenal ulcers: a look at the problem. *Rossiiskii meditsinskii zhurnal*, 2006; 13: 25. – (In Russian).
4. Kuzin M.I. Actual problems of surgery of gastric ulcer and duodenal ulcer. *Khirurgiia*, 2001; 1: 27–32. – (In Russian).
5. Tarasenko S.V., Zaitsev O.V. Perforated ulcer in the elderly - is there a universal operation? *Vestnik eksperimental'noi i klinicheskoi khirurgii*, 2001; IV: 1: 29–30. – (In Russian).
6. Vettoretto N., Poiatti R., Fisogni D. Comparison between laparoscopic and open repair for perforated peptic ulcer: A retrospective study. *Chir. Ital.*, 2005; 57: 3: 317–322.
7. Kok K.Y.Y., Mathew V.V., Yapp S.K.S. Laparoscopic omental patch repair for perforated duodenal ulcer. *Am. Surg.*, 1999; 65: 27–30.
8. Lagoo S.A., Pappas T.N. Laparoscopic repair for perforated peptic ulcer. *Ann. Surg.*, 2002; 235: 3: 320–321.
9. Lunevicius R.I., Morkevicius M.I. Systematic review comparing laparoscopic and open repair for perforated peptic ulcer. *Br. J. Sur.*, 2005; 92: 10: 1195–1207.

Recieved 08.01.2013

Информация об авторах

1. Глухов А.А. – д.м.н., проф., заведующий кафедрой общей хирургии, директор НИИ хирургической инфекции Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н. Бурденко, заслуженный изобретатель Российской Федерации, председатель Воронежского отделения Российского общества хирургов.
2. Кошелев П.И. – д.м.н., проф. кафедры общей хирургии Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н. Бурденко, заслуженный врач Российской Федерации.
3. Емельянов Б.В. – к.м.н., врач-хирург Воронежской городской клинической больницы №2 им. К.В.Федяевского, ассистент кафедры общей хирургии Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н. Бурденко
4. Карпукhin Г.Н. – врач-хирург Воронежской городской клинической больницы №2 им. К.В.Федяевского
5. Горлунов А.В. – к.м.н., заместитель главного врача Воронежской городской клинической больницы №10.
6. Боев С.Н. – к.м.н., доц. кафедры общей хирургии Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н. Бурденко
7. Калашников И.В. – к.м.н., заведующий хирургическим отделением Воронежской городской клинической больницы №10, бщей хирургии Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н. Бурденко
8. Остроушко А.П. – к.м.н., асс. кафедры общей хирургии Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н. Бурденко

Information about the Authors

1. Glukhov A. – MD, Professor, Corresponding Member of the RANH, Head of the Department of General Surgery, Director of the Institute of Surgical Infection of Voronezh State Medical Academy named after N.N. Burdenko, Honored Inventor of the Russian Federation, Chairman of the Voronezh Branch of the Russian Society of Surgeons.
2. Koshelev P. - MD, Professor of the Department of General Surgery of Voronezh State Medical Academy named after N.N. Burdenko, Honored Doctor of the Russian Federation.
3. Emelianov B. – Ph.D., Surgeon of the Voronezh City Clinical Hospital N2 named after K.V. Fedyaevsky
4. Karpukhin G. - Surgeon of the Voronezh City Clinical Hospital N2 named after K.V. Fedyaevsky
5. Gorlunov A. - Ph.D., Deputy Chief Doctor of the Voronezh City Clinical Hospital N10.
6. Boev S. – Ph.D., Associate Professor of the Department of General Surgery of Voronezh State Medical Academy named after N.N. Burdenko.
7. Kalashnikov I. - Ph.D., Head of the Surgery Department of Voronezh State Medical Academy named after N.N. Burdenko.
8. Ostroushko A. – Ph.D., Assistant Professor of the Department of General Surgery of Voronezh State Medical Academy named after N.N. Burdenko.