

Использование малоинвазивных хирургических методов в лечении перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки

П. Р. Гольденфарб

Кафедра хирургических болезней стоматологического факультета УГМА, хирургическое отделение МУ ЦГБ №7, г. Екатеринбург

Резюме

В статье проанализированы результаты оперативных вмешательств у 81 пациента, которым произведено ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки (ПЯДПК) с использованием малоинвазивных методик. Эти больные разделены на две идентичные по клиническим показателям группы: основную — 35 пациентов, перенесших лапароскопическое ушивание ПЯДПК, и контрольную — 46 больных после лапароскопически дополненного ушивания (ЛДУ) язвы из минилапаротомного доступа.

В работе проведена сравнительная оценка течения послеоперационного периода у больных этих групп. По результатам проведенного исследования сделан вывод о преимуществах лапароскопического ушивания ПЯДПК. Отмечено, что длительность лапароскопического ушивания ПЯДПК по мере совершенствования техники оперирования сопоставима с продолжительностью ЛДУ из минидоступа. При наличии перфоративного отверстия свыше 1 см ЛДУ перфорации из минидоступа является предпочтительным.

Ключевые слова: перфоративная язва, двенадцатиперстная кишка, ушивание язвы, минилапаротомия, лапароскопические операции.

Введение

В настоящее время проблема хирургического лечения ПЯДПК остается актуальной. Это обусловлено тем, что в последние годы количество больных с ПЯДПК не имеет тенденции к снижению. Частота этого грозного осложнения язвенной болезни составляет 10-15% [1], количество операций по поводу перфоративных язв (ПЯ) стабильно держится на уровне 7,5-13,0 на 100 000 человек [2], послеоперационная летальность при этом состоянии уже в течение многих лет составляет от 5 до 17,9% [3, 4].

Среди всех оперативных вмешательств, используемых при данном заболевании, ушивание перфоративной дуоденальной язвы остается самым распространенным. Частота выполнения этой операции в разных клиниках России колеблется от 30 до 97% [5]. Ранее, после паллиативных операций рецидив заболевания достигал 75-85% [6]. В настоящее время, при использовании в лечебной практике современной трехкомпонентной схемы медикаментозного лечения (Маастрихтское соглашение, 2000), показатель рецидивов язвенной болезни снизился до 5-10%, а потребность в плановых хирургических вмешательствах до 10-15%. Поэтому ушивание ПЯДПК с дальней-

шей консервативной терапией можно считать в большинстве случаев операцией выбора.

На современном этапе развития абдоминальной хирургии важным направлением является разработка малотравматичных методов оперирования. В настоящее время имеется достаточное количество наблюдений, сравнивающих непосредственные результаты ушивания перфоративных дуоденальных язв традиционным и лапароскопическим способами [9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16]. Есть публикации, в которых авторы оценивают эффективность применения ЛДУ из минидоступа, в сравнении с лапаротомными [17, 18]. Однако, в литературе нет сообщений о сравнительной оценке результатов лечения больных, перенесших ушивание язвы лапароскопическое и ЛДУ из минилапаротомного доступа.

Поэтому основной целью нашего исследования явилось сравнение исходов этих оперативных вмешательств у больных с ПЯДПК.

Материалы и методы

С 2002 года в хирургическом отделении МУ ЦГБ №7 был оперирован 341 больной с ПЯДПК. Ушивание ПЯ было выполнено 307 (90,03%) пациентам, ваготомия с пилоропластикой—19-ти (5,57%), резекция желудка произведена в

15 (4,40%) случаях. Традиционная срединная лапаротомия при ушивании перфоративного отверстия использовалась в 226 (73,62%) случаях. Малоинвазивные методики применялись у 81 (26,38%) пациента: лапароскопическое ушивание язвы выполнено 35 (11, 40%) больным; ЛДУ из минилапаротомного доступа производилось 46 (14,98%) раз.

При видеолaparоскопическом ушивании ПЯДПК мы использовали 3 троакара, вводимых в удобных для конкретного случая точках. Ушивание перфорации производилось двухрядным швом с укреплением линии швов прядью большого сальника. Узлы завязывались экстракорпорально. При ЛДУ из минидоступа сначала выполнялась видеолaparоскопия с оценкой величины перфорации и язвенного инфильтрата. Затем (при необходимости) проводилась лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости. После этого в правом подреберье (в проекции луковицы 12-пк) выполнялась продольная минилапаротомия и ушивание язвы с использованием набора «МиниАссистент». Обе малоинвазивные методики применялись с учетом общепризнанных противопоказаний к их выполнению.

Все пациенты, в лечении которых использовались малоинвазивные методики, разделены на 2 группы. Первую группу составили больные с местным характером перитонита (или без видимого перитонита)-31 случай. Из них: в 11 (35,48%) случаях выполнялось лапароскопическое ушивание ПЯДПК, в 20 (64,52%)-ЛДУ перфорации из минидоступа. Средний возраст больных составил 35,91 и 28,3 года соответственно.

Во вторую группу мы отнесли пациентов с распространенными формами (диффузный, разлитой) серозного и серозно-фибринозного перитонита. Таких больных было 50. Лапароскопическое ушивание этим пациентам произведено в 24 (48%) случаях, ЛДУ перфоративного отверстия из минидоступа-в 26 (52%). Средний возраст составил 37,67 (18-69) и 32,12 (от 21 до 53) лет соответственно. В обеих группах, для сравнительной оценки течения послеоперационного периода у лиц, перенесших малоинвазивные вмешательства, были выбраны следующие критерии: длительность операции, наличие и число послеоперационных осложнений, потребность в обезболивающих препаратах, сроки активизации больных, нормализации температуры, лабораторных показателей, разрешения пареза кишечника в послеоперационном периоде, средний койко-день (табл. 1 и табл. 2). Статистическая обработка цифровых данных проводилась методом вариационной статистики с определением средней ошибки сравниваемых величин m_1 и m_2 , коэффициента достоверности (Стьюдента) t с помощью программы Excel из пакета Microsoft Office.

Результаты и обсуждения

Сравнительная оценка пациентов двух выбранных доля исследования групп приведена в табл. 1 и 2.

Средняя продолжительность лапароскопических вмешательств была несколько больше, чем ЛДУ из минидоступа. Объясняется это тем, что наибольшая длительность лапароскопических ушиваний ПЯ (свыше 2-х часов) пришлось

Таблица 1. Сравнительная оценка диаметров ПЯДПК, длительности операции, течения послеоперационного периода при местных формах перитонита (или без видимого перитонита)

Критерии течения послеоперационного периода	ЛДУ язвы из минилапаротомного доступа, $M \pm m$, (n=20)	Лапароскопическое ушивание язвы, $M \pm m$, (n=11)	t (коэф достоверности Стьюдента)
Диаметр перфоративного отверстия (сред.), мм	4,23±0,67 (1-8)	2,32±0,42 (1-8)	<2
Длительность операции (сред.), мин.	43,0±2,1 (30-65)	65,91±9,52 (35-135)	2,35
Наркотические анальгетики (сред.), мл	1,19±0,18 (0-3)	0,55±0,19 (0-2)	2,46
Ненаркотические анальгетики (сред.), кол-во инъекций	10,84±0,54 (6-15)	8,64±0,19 (7-9)	3,86
Нормализация температуры (сред.), сут.	2,9±0,54 (2-11)	1,64±0,095 (1-2)	2,29
Разрешение пареза кишечника (сред.), сут.	2,52±0,06 (2-3)	2,0±0,19 (1-3)	2,6
Нормализация лабораторных показателей (сред.), сут.	3,51±0,72 (1-13)	2,0±0,19 (1-3)	2,04
Средний койко-день, сут.	6,9±0,6 (5-15)	5±0,19 (4-6)	3,02

Таблица 2. Сравнительная оценка диаметров ПЯДПК, длительности операции, течения послеоперационного периода при распространенных формах (диффузном, разлитом) перитонита

Критерии течения послеоперационного периода	ЛДУ язвы из минилапаротомного доступа М±m, (n=26)	Лапароскопическое ушивание язвы М±m, (n=24)	t, (коэф. достоверности Стьюдента)
Диаметр перфоративного отверстия (сред.), мм	4,56±0,78 (2-15)	4,47±0,67 (2-9)	<2
Длительность операции (сред.), мин.	61,15±2,72 (35-90)	77,29±5,0 (45-140)	2,84
Наркотические анальгетики (сред.), мл	1,82±0,15 (0-3)	1,29±0,21 (0-4)	2,04
Ненаркотические анальгетики (сред.), кол-во инъекций	10,88±0,45 (9-18)	9,05±0,63 (6-18)	2,38
Нормализация температуры (сред.), сут.	2,5±0,2 (1-5)	2,04±0,11 (1-3)	2
Разрешение пареза кишечника (сред.), сут.	2,48±0,05 (2-3)	2,33±0,05 (2-3)	2,14
Нормализация лабораторных показателей (сред.), сут.	2,88±0,3 (1-7)	2,01±0,21 (1-5)	2,36
Средний койко-день, сут.	6,9±0,15 (5-8)	5±0,32 (4-10)	5,43

на период освоения методики. Однако, по мере накопления опыта, совершенствования техники оперирования сократилась и продолжительность оперативного пособия (до 35-45 минут).

Как правило, после лапароскопического ушивания больные начинали ходить уже через несколько часов, после ЛДУ из минидоступа-к концу 1-х-началу 2-х суток.

Следует отметить, что послеоперационных осложнений у больных первой группы отмечено не было. Осложнения во второй группе имели место у 2 пациентов (4%) после ЛДУ перфорации из минилапаротомного доступа. В одном случае, в ближайшем послеоперационном периоде, возникло профузное кровотечение из ушитой ранее язвы ДПК, приведшее к смерти больного. В другом случае, после операции у больного сформировался поддиафрагмальный абсцесс, потребовавший вскрытия и дренирования.

Как видно из таблиц, независимо от характера перитонита, после лапароскопического ушивания послеоперационный период протекает более гладко. У больных, перенесших данный вид оперативного вмешательства, отсутствовали осложнения, требовалось меньшее количество обезболивающих препаратов, наступало более раннее разрешение пареза кишечника, нормализация температуры, лабораторных показателей (коэффициент достоверности $t \geq 2$). Все эти факторы, в совокупности с ранней активизацией и сокращением сроков пребывания больных в стационаре, свидетельствуют о преимуществах лапароскопических ушиваний ПЯДПК перед ЛДУ из минилапаротомного доступа.

Кроме того, хотелось бы остановиться на вопросе о выборе способа ушивания ПЯ в зависимости от диаметра перфорации. Большинство авторов [11-16] считает, что перфоративное отверстие более 1 см в диаметре с выраженным перифокальным воспалением является противопоказанием к лапароскопическому ушиванию. Попытки ушивания больших отверстий видеолапароскопическим способом значительно увеличивают риск несостоятельности наложенных швов, что способствует дискредитации метода. В то же время (как видно из табл. 1 и 2), при использовании ЛДУ из минилапаротомного доступа, мы успешно ушивали ПЯ большего диаметра. То есть, выполнив видеолапароскопию и оценив величину перфорации и выраженность язвенного инфильтрата, можно выбрать один из малоинвазивных способов ушивания перфоративного отверстия.

Выводы

1. Лапароскопическое ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки является менее травматичным и сопровождается меньшим числом осложнений, более легким течением послеоперационного периода, сокращением сроков пребывания больных в стационаре в сравнении с лапароскопически дополненным ушиванием из минилапаротомного доступа.

2. Длительность лапароскопического ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки по мере совершенствования техники оперирования сопоставим с продолжительностью лапароскопически дополненного ушивания из минидоступа.

3. При наличии перфоративного отверстия свыше 1 см лапароскопически дополненное ушивание перфорации из минидоступа является предпочтительным.

Литература

1. Борисов А. Е., Митин С. Е., Пешехонов С. И. и др. Лапароскопическое ушивание перфоративных гастроудоденальных язв. Эндоскопическая хирургия. 2000; 2: 12-13.
2. Абдуллаев Э. Г., Феденко В. В. и соавт. О возможности применения эндовидеохирургии и малоинвазивных методик при перфоративных гастроудоденальных язвах. Эндоскопическая хирургия. 2002; 5: 54-58.
3. Афендулов С. А., Журавлев Г. Ю. Лечение прободной язвы. М.; 2005.
4. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни. М.; 2005; 1: 223.
5. Шуркалин Б. К., Кригер А. Г., Ржебаев К. Э. Лапароскопическая хирургия в лечении перфоративных гастроудоденальных язв. Вестн. хир. 1999; 158 (3): 100-102.
6. Шайн М. и соав. Здравый смысл в неотложной абдоминальной хирургии. М.: ГЭОТАР-МЕД. 2003: 82-87.
7. Lunevicius R., Morkevicius M. Comparison of laparoscopic versus open repair for perforated duodenal ulcers. Surg Endosc 2005; 19 (12): 1565-71.
8. Lam P.W.F., Lam M.C.S. Laparoscopic repair of perforated duodenal ulcers: the «three-stitch» Graham patch technique. Surg Endosc 2005; 19 (12): 1627-30.
9. Поташев Л. В., Васильев В. В. Анализ результатов лечения больных с перфоративными пилоробульбарными язвами эндовидеохирургическим методом. Материалы Международного хирургического конгресса. М., 2003: 29.
10. Праздников Э. Н., Галлямов Э. А., Петров Р. В. и соавт. Видеолaparоскопические вмешательства при прободных гастроудоденальных язвах. Материалы Международного хирургического конгресса. М., 2003: 30.
11. Kirshtein B., Bayme M., Mayer T., Lantsberg L., Avinoach E. and Mizrahi S. Laparoscopic treatment of gastro-duodenal perforations: comparison with conventional surgery. Surgical Endoscopy 2005; 19(11): 1487-90.
12. Koninger J., Bottinger P., Redecke J. and Butters M. Laparoscopic repair of perforated gastroduodenal ulcer by running suture. Langenbeck's Archives of Surgery 2004; 1: 389.
13. Lunevicius R., Morkevicius M. Systematic review comparing laparoscopic and open repair for perforated peptic ulcer. British Journal of Surgery 2005; 92(10): 1195-1207.
14. Lau H. Laparoscopic repair of perforated peptic ulcer: a meta-analysis. Surgical Endoscopy 2004; 18 (7): 1013-21.
15. Sanabria A.E., Morales C.H., Villegas M.I. Laparoscopic repair for perforated peptic ulcer disease. The Cochrane Library 2006 ; 4.
16. Vettoretto N., Poiatti R., Fisogni D., Diana D.R., Balestra L., Giovanetti M. Comparison between laparoscopic and open repair for perforated peptic ulcer. A retrospective study. Chir Ital 2005; 57(3) :317-22.
17. Абдуллаев Э. Г., Ходос Г. В., Бабышин В. В., Александров А. И., Федоров Д. В., Суханов М.Ю. Сравнительная характеристика результатов ушивания перфоративных пилородуоденальных язв традиционным методом и из минидоступа. Эндоскопическая хирургия. 2003; 5: 20-21.
18. Бебуришвили А. Г., Михин С. В., Панин С. И. Технологические составляющие и оценка эффект. применения сочетанных минилапаротомных и лапароскопических операций. Эндоскопическая хирургия. 2005; 4: 29-34.

Миниинвазивные видеосопровождаемые вмешательства в торакальной хирургии

И. Я. Мотус, Д. Н. Голубев, А. В. Неретин
Уральский НИИ Фтизиопульмонологии Росмедтехнологий,
Клиника легочной хирургии ГУЗ СО ПТД №2, Екатеринбург.

Резюме

Представлен опыт применения миниинвазивных видеосопровождаемых вмешательств в торакальной хирургии. Дано определение понятия «миниинвазивный оперативный доступ». Приведена классификация миниинвазивных доступов и оперативных вмешательств, выполняемых из таких доступов. С 1994 по 2006 год выполнено 1660 операций: медиастиноскопий — 764, торакоскопий — 566 и операций на легких и плевре из миниинвазивного доступа с видеоподдержкой — 330. Показаниями к применению указанных операций служили: верификация диагноза при поражении внутригрудных лимфатических узлов и диффузных поражениях легких (n=293), уточнение резектабельности при раке легкого (n=563), плевральный синдром (n=308), свернувшийся гемоторакс (n=19), спонтанный пневмоторакс (n=276), коррекция искусственного пневмоторакса (n=23), поражение артерий верхней конечности (n=57), ладонный и подмышечный гипергидроз (n=27), туберкулома (n=67), опухоли и кисты средостения (n=27). Описаны особенности оперативной техники при данной патологии. Видеосопровождаемые миниинвазивные хирургические вмешательства в торакальной хирургии высокоэффективны, хорошо воспроизводимы и могут быть рекомендованы к широкому внедрению в хирургическую практику.

И. Я. Мотус — д. м. н. рук. лаб. хирургии Уральского НИИ Фтизиопульмонологии Росмедтехнологий;
Д. Н. Голубев — д. м. н., профессор, директор Уральского НИИ Фтизиопульмонологии Росмедтехнологий;
А. В. Неретин — к. м. н., мл. научный сотрудник Уральского НИИ Фтизиопульмонологии Росмедтехнологий.