

УДК 616.33-002.44-06:616.33-018

Результаты лапароскопического ушивания перфоративных дуоденальных язв

А.И. Михалев¹, Е.Д. Федоров¹, С.А. Черныкевич¹, О.И. Юдин², В.В. Тубашов¹¹ ПНИИЛ хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии и кафедре госпитальной хирургии № 2Российского государственного медицинского университета, ² Городская клиническая больница № 31, Москва)

Results of laparoscopic closure of perforative duodenal ulcers

A.I. Mikhalev, Ye.D. Fedorov, S.A. Chernyakevich, O.I. Yudin, V.V. Tubashov

Цель исследования. Изучение результатов применения лапароскопического (ЛСК)-ушивания перфоративных дуоденальных язв при дифференцированном подходе к выбору данной операции.

Материал и методы. В ретроспективном исследовании проанализированы результаты ЛСК-ушиваний перфоративных язв двенадцатиперстной кишки (172 пациента), оперированных в 31 ГКБ с 1996 по 2007 г.

Результаты. Непосредственный послеоперационный период протекал гладко у 167 (97,0%) из 172 больных. Осложнения различной тяжести имели место у 5 (2,9%) пациентов, в том числе интраоперационное у 1 (0,6%) и послеоперационные у 4 (2,3%). Летальных исходов не было. В ближайшие сроки обследованы 22 (12,7%) и в отдаленные 42 (25,0%) из 168 больных. По шкале Visick отдаленные результаты расценены как отличные и хорошие у 31 (73,8%) пациента, удовлетворительные (эрозивные поражения) – у 8 (19,1%), плохие (рецидив язвенной болезни) – у 3 (7,1%).

Выводы. ЛСК-ушивание перфоративной дуоденальной язвы с последующей современной противоязвенной терапией – эффективное малоинвазивное вмешательство с небольшим количеством осложнений, хорошими непосредственными и отдаленными результатами.

Ключевые слова: лапароскопическое ушивание, перфоративная язва, язвенная болезнь.

Aim of investigation. Studying of results of laparoscopic closure (LC) of perforative duodenal ulcers at differentiated approach to choice of surgery method.

Stuff and methods. In original study results of LC for perforative ulcers of duodenum (172 patients), operated in Moscow city hospital #31 in 1996–2007 were analyzed.

Results. The early postoperative period was uncomplicated in 167 (97,0%) of 172 patients. Complications of various severity developed in 5 (2,9%) patients, including intraoperative in 1 case (0,6%) and postoperative in 4 cases (2,3%). No lethal outcomes occurred. In the short terms 22 (12,7%) and in remote terms 42 of 168 patients (25,0%) were investigated. According to Visick scale long-term results were assessed as excellent and good in 31 patients (73,8%), satisfactory (erosions) – in 8 (19,1%), bad (relapse of peptic ulcer) – in 3 patients (7,1%).

Conclusions. LC application at perforative duodenal ulcer followed by modern antiulcerative therapy is an efficient noninvasive intervention with low complication rate, good immediate and long-term results.

Key words: laparoscopic suture appliance, perforative ulcer, peptic ulcer.

По данным отечественных и зарубежных публикаций, отмечается общая в разных странах ситуация по проблеме перфоративных гастродуоденальных язв. Однозначно можно сказать, что перфорация остается угрожающим жизни осложнением, развивающимся у 10–15%

больных язвенной болезнью (ЯБ), причем число прободений, большинство из которых приходится на дуоденальную локализацию язвы, за последние годы не имеет тенденции к снижению [1, 4–6, 8–15, 17, 18]. Наиболее часто используемой операцией при этом осложнении является ушивание,

которое во многих случаях стали выполнять при помощи лапароскопии [4–6, 8, 16, 17].

По ряду социально-экономических и организационных причин общая ситуация в нашей стране по рассматриваемой проблеме отличается от экономически развитых государств, где судя по публикациям уже реализованы достижения фармакотерапии, приведшие к почти полному исчезновению плановой хирургии при ЯБ [12–15, 18–20]. В то же время общее число urgentных осложнений заболевания (перфораций и кровотечений) практически не изменилось вследствие увеличения числа пациентов старшей возрастной группы при уменьшении процента больных молодого и среднего возраста [12, 13, 19, 20]. Нередко осложненные язвы у этих больных носят симптоматический характер [14, 18, 19], что вносит определенный диссонанс при сравнении зарубежной и отечественной статистик. Следует отметить, что в отечественной литературе традиционно вопросы лечения ЯБ и симптоматических язв рассматриваются, как правило, отдельно.

Призывы зарубежных ученых к ушиванию перфоративных язв в надежде на успехи консервативной терапии в послеоперационный период и их мнение об отсутствии необходимости выполнения кислоторедуцирующих вмешательств выглядят убедительными [9, 12–16]. Иная ситуация в нашей стране. Настораживающий рост осложнений ЯБ во всех регионах отмечен на Всероссийской конференции хирургов, состоявшейся в 2003 г. [8]. В 2005 г. издан приказ Минздравсоцразвития РФ об организации гастроэнтерологической службы, которую планируется завершить только к 2010 г. [7]. В опубликованных материалах подчеркивается, что прободения язвы нередко сочетаются с другими осложнениями [1, 5, 6, 10, 11]. Среди пациентов с перфоративными гастродуоденальными язвами преобладают лица молодого и среднего возраста [5, 6, 8]. В столице, по данным Департамента здравоохранения, за

период 1997–2006 гг. летальность при прободных язвах составляет 10,2–10,7% без тенденции к снижению [4]. Тем самым, призывы зарубежных коллег к *лапароскопическому* (ЛСК)-ушиванию перфоративной язвы практически во всех случаях не соответствуют нашим реальным условиям на сегодняшний день. Таким образом, вопросы эффективности подобных вмешательств в отечественных условиях остаются открытыми.

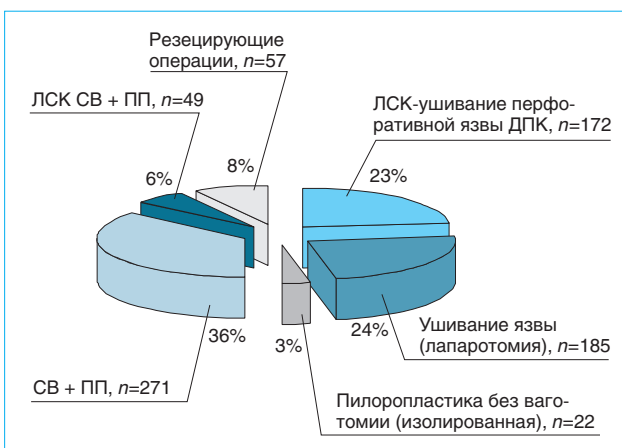
Целью настоящей работы явилось изучение результатов применения лапароскопического ушивания перфоративных дуоденальных язв при дифференцированном подходе к выбору данной операции.

Материал и методы исследования

В нашей клинике ЛСК-ушивание перфоративной дуоденальной язвы начали применять с октября 1996 г. К концу 2007 г. мы располагали результатами 172 операций такого рода, которые составили 23% среди всех 756 вмешательств, выполненных по поводу данного осложнения (см. рисунок). Ушивание было направлено в первую очередь на спасение жизни пациента, особенно в тяжелой ситуации (24%). *Стволовую ваготомию с пилоропластикой* (СВ + ПП) считаем золотым стандартом при перфоративной язве *двенадцатиперстной кишки* (ДПК), позволяющим ликвидировать другие осложнения ЯБ (36%). *Лапароскопическую стволовую ваготомию* (ЛСК СВ) с иссечением язвы и пилоропластикой из минилапаротомного доступа выполняли прежде всего при диагностированных сочетанных с перфорацией осложнениях (6%). Ваготомию с антрэктомией (резецирующие операции) использовали в случаях, когда имела место поздняя стадия стеноза, а также при сочетанной форме ЯБ (8%). ПП с иссечением язвы, а в ряде случаев с прошиванием второй кровоточащей язвы на задней стенке применяли вынужденно при сочетанных осложнениях у крайне тяжелых больных, когда ушить язву тем или иным способом было невозможно (3%).

Клиническая характеристика больных. Возраст пациентов, перенесших ЛСК-ушивание перфоративной язвы ДПК, составлял от 16 до 73 лет (средний $34,3 \pm 10,5$ года). Из общего числа больных большинство – 150 (87,2%) – были наиболее трудоспособного возраста (от 20 до 49 лет). Мужчин было 153 (89%), женщин – 19 (11%). Срок от момента перфорации до поступления в стационар не превышал 24 ч (в среднем $5,7 \pm 2,6$ ч), причем у 129 (75%) пациентов он не превышал 6 ч.

Язвенный анамнез не прослеживался или был коротким (до 1 года) у 131 (76,1%) больного, у 13 (7,5%) длительность его была от 1 года до 3 лет и у 29 (16,2%) – свыше 3 лет, но с редкими



Характер операций, выполненных по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в 1996–2007 гг.

обострениями. Ни у одного из этих пациентов не было указаний на наличие пилородуоденального стеноза, желудочно-кишечных кровотечений и ранее перенесенных перфораций язв. Чуть больше половины больных (52,9%) являлись постоянными жителями Москвы и Московской области, остальные находились в Москве временно, приехав на работу из других регионов и стран дальнего зарубежья. Все это определяло специфику наблюдавшегося контингента и повлияло на обследование в послеоперационный период.

Диагностика. При подозрении на перфоративную язву предусматривали следующую диагностическую программу: осуществляли рентгенографию брюшной полости на «свободный газ»; при неясной клинической картине с целью дифференциальной диагностики с острым холециститом либо панкреатитом проводили ультразвуковое исследование; выполняли *эзофагогастродуоденоскопию* (ЭГДС).

Во время ЭГДС ставились такие задачи: подтвердить или отвергнуть диагноз ЯБ; установить по прямым или косвенным признакам наличие перфорации (в сомнительных случаях повторная обзорная рентгенография брюшной полости на «свободный газ»); выполнить рН-метрию (определяли базальную секрецию); произвести биопсию для морфологической верификации *Helicobacter pylori* (*H. pylori*); определить локализацию и размеры язвы, размеры перфорации; дать макроскопическую оценку язвенного дефекта; выявить (при наличии) вторую локализацию язвы, исключить вероятность развития желудочно-кишечного кровотечения; определить наличие пилородуоденального стеноза; обнаружить признаки пенетрации язвы; выявить другие патологические изменения верхнего отдела желудочно-кишечного тракта.

При верифицированном диагнозе прободения ЭГДС проводили на операционном столе под интубационным наркозом. Окончательно вопрос о возможности ЛСК-ушивания язвы решали на диагностическом этапе лапароскопии. В 6 (3,3%) случаях данные лапароскопической ревизии обусловили отказ от планируемой операции.

Критерии исключения и включения больных в исследование. Критериями включения были: язвенная болезнь ДПК, осложненная перфорацией; мужчины и женщины без ограничения по возрасту и сопутствующей патологии (за исключением противопоказаний к пневмоперитонеуму); пациенты с перфорацией «немой» язвы (дебют заболевания); перфорацией при «невыразительном» язвенном анамнезе (редкие обострения). Исключали из исследования больных с симптоматической перфоративной дуоденальной язвой.

ЛСК-ушивание считали противопоказанным, если имелось хотя бы одно из следующих условий: длительное, упорнорецидивирующее течение заболевания, ранее перенесенные осложнения ЯБ;

наличие второй язвы; выраженная деформация пилоробульбарной зоны с явлениями стенозирования; перфорация в сочетании с кровотечением; размер перфорации более 10 мм и значительных размеров периульцерозный инфильтрат; локализация язвы, не позволяющая ее полностью визуализировать при лапароскопии. Кроме того, помимо общих противопоказаний для лапароскопических вмешательств (ранее перенесенные операции на верхнем этаже брюшной полости или по поводу общего перитонита, сопутствующие заболевания, при которых недопустимо наложение пневмоперитонеума), к числу противопоказаний относили общий перитонит с плотными фибринозными наложениями, выраженным парезом кишечника, не позволяющими провести адекватную санацию брюшной полости и создающими необходимость программированных санационных релапаротомий.

Техника лапароскопического ушивания. Ушивание перфоративного отверстия осуществляли отдельными швами с захватом достаточного количества тканей в области язвы. Использовали рассасывающуюся монофиламентную нить на атравматической игле. Узлы завязывали интракорпорально. Прядь большого сальника подвязывали поверх сформированных швов. При размерах перфорации до 3–4 мм, как правило, было достаточно одного ∞-образного шва, в который подхватывали прядь большого сальника. Операцию завершали промыванием брюшной полости растворами антисептиков. К месту ушивания устанавливали силиконовый дренаж через троакар в правой мезогастральной области. При наличии распространенных форм перитонита брюшную полость дренировали по общепринятым правилам.

Послеоперационное ведение. Согласно Российским рекомендациям по лечению гастроэнтерологических больных, для обеспечения скорейшего заживления ушитого язвенного дефекта и обеспечения длительной ремиссии применяли трехкомпонентные схемы терапии, включающие современные антисекреторные и антигеликобактерные препараты. У ряда пациентов эффективность антисекреторной терапии определяли методом 24-часовой рН-метрии. Моторно-эвакуаторную функцию желудка и ДПК оценивали рентгенологически.

После завершения послеоперационного лечения в стационаре больным рекомендовали наблюдение гастроэнтеролога в амбулаторных условиях, возлагая надежды на оценку эрадикации *H. pylori* и эффективность антисекреторной терапии в ближайший послеоперационный период. Помимо соблюдения диеты и режима, пациентам назначали курс поддерживающей противоязвенной терапии длительностью 4–6 нед, а затем противорецидивное лечение.

В отдаленные сроки оценку результатов операции проводили с помощью критериев Visick и специфической для гастроэнтерологии шкалы *индекса качества жизни* (ИКЖ) DDQ-15, разработанной в медицинском университете Южной Каролины (США). Среднее значение ИКЖ $4,4 \pm 0,2$ соответствует качеству жизни здорового человека. Индекс DDQ-15 равен среднему значению ответов на 15 вопросов и может принимать значения от 1,00 до 5,00, что соответствует плохому и отличному качеству жизни.

Результаты исследования и их обсуждение

В обсуждаемой группе больных сложностей для постановки диагноза не было. Тем не менее при обзорном рентгенологическом исследовании «свободный газ» в брюшной полости был обнаружен только у 109 (63,4%) пациентов, у остальных этот характерный признак отсутствовал.

При ЭГДС прямые признаки перфорации выявлены у 165 (92,8%) больных, косвенные — у 12 (7,2%). Усиление болей и появление нарастающего пневмоперитонеума подтвердили наличие перфорации у 9 пациентов. У 3 человек пневмоперитонеум пришлось подтвердить обзорной рентгенографией брюшной полости.

Эндоскопическую рН-метрию выполнили у 42 больных, у 40 (95,2%) из них выявлена гиперацидность и лишь у 2 (4,8%) — нормацидность.

Диагностику *H. pylori* морфологическим методом провели у 91 (52,9%) пациента, при этом только у 7 (7,7%) тест был отрицательным.

По данным лапароскопической ревизии брюшной полости у 55 (33%) больных имелся распространенный перитонит, у 117 (67%) — местный. Выпот носил серозно-фибринозный характер. У 2 (1,1%) пациентов с разлитым перитонитом через сутки выполнены запрограммированные санационные релапароскопии, при которых констатирована положительная динамика и дальнейших санаций не потребовалось. Результаты посевов из брюшной полости были следующими: у 11% больных микроорганизмы не найдены, у 24% выявлен *Candida spp.*, у 65% — сочетание *Staphylococcus spp.*, *Streptococcus spp.*, *E. coli*. Степень контаминации микроорганизмов в 1 мл экссудата не превышала 10^3 – 10^4 микробных тел.

Продолжительность ЛСК-ушивания в среднем достигала 94 ± 24 мин. На этапе освоения техники операции она была большей, а в последние годы составляет 40–60 мин. Интраоперационное осложнение отмечено в одном (0,6%) случае, пришедшемся на время освоения методики. После завершения наложения швов на язву была потеряна игла в брюшной полости. После уточнения локализации иглы методом компьютерной томо-

графии была выполнена релапароскопия и игла успешно извлечена.

После операции только 2 (1,2%) пациента лечились в отделении интенсивной терапии в связи с разлитым перитонитом перед санационной релапароскопией. В целом непосредственный послеоперационный период при ЛСК-ушивании выгодно отличался: болевой синдром был невыраженным, наркотических анальгетиков не требовалось, к концу суток большинству больных назначали палатный режим, активность быстро восстанавливалась и к пероральному питанию переходили к 3-м суткам после вмешательства.

Осложнения раннего послеоперационного периода наблюдались у 4 (2,3%) больных: у 2 отмечена несостоятельность ушитой язвы, проявившаяся на 2-е сутки после операции, что потребовало выполнения лапаротомии и повторного ушивания, у одного пациента на 7-е сутки обнаружен поддиафрагмальный абсцесс, который успешно излечен дренированием под контролем УЗИ, еще у одного послеоперационный период осложнился перфорацией острой язвы подвздошной кишки, происхождение которой можно связать с техническими ошибками выполнения вмешательства. В последнем случае также потребовалась повторная операция. Все указанные больные выздоровели. Других каких-либо осложнений и летальных исходов не было.

Рентгенологическое исследование пищевода, желудка и ДПК выполняли на 8–9-е сутки послеоперационного периода у 137 (79,7%) пациентов. Замедление эвакуации контрастного вещества до 6 ч без клинических проявлений гастростаза, вызванное воспалительным процессом в области ушитой язвы, выявлено у 10 (7,3%).

Среднее время пребывания больных после операции составило $10,3 \pm 2,0$ дня, что было связано с их обследованием.

В ближайшие сроки (2–3 мес) обследованы только 22 человека (13%), остальные на прием не явились, что свидетельствовало о характере отношения к своему здоровью у данного контингента больных. Жалоб в этой группе не отмечено. Все пациенты приступили к труду через 2–4 нед. У 88% определена гипоацидность, у 50% — отсутствие эрадикации.

В отдаленные сроки (свыше 2 лет) обследованы 42 больных (24,4%): от 2 до 5 лет — 17 (40,5%), от 5 до 10 лет — 25 (59,5%). Плохой результат (Visick 4) был связан с рецидивом язвы у 3 (7,1%) пациентов. Данные больные обследованы через 8 лет после операции. Жалоб у них не было, рецидив носил бессимптомный характер. После операции они не получали терапию и не обследовались. У всех выявлены гиперацидность и *H. pylori*. Тем не менее ИКЖ соответствовал уровню здорового человека — 4,6 балла.

Удовлетворительные результаты (Visick 3) отмечены у 8 (19%) пациентов (рефлюкс-эзофагит на фоне хиатальной грыжи у 2 и эрозивный гастродуоденит у 6). У 4 из этих больных имелись жалобы на боль в эпигастральной области и изжогу, у остальных клинические проявления отсутствовали. Систематическое обследование проводилось только у 2 пациентов под наблюдением гастроэнтеролога, остальные больные за медицинской помощью не обращались. У 7 (87,5%) пациентов выявлена гиперацидность, у одного — нормацидность. У 75% больных найден *H. pylori*. В этой группе ИКЖ был самым низким — 4,4 балла.

У 31 (73,8%) больных, обследованных в отдаленные сроки, получены хорошие и отличные (Visick 1 и 2) результаты. Эти пациенты не предъявляли жалоб. При ЭГДС у них выявлены незначительные воспалительные изменения слизистой оболочки желудка и/или ДПК. У 13 человек при ЭГДС обнаружены небольшие аксиальные хиатальные грыжи без явлений гастроэзофагеального рефлюкса. Немногим меньше чем у половины из них (49%) была определена нормацидность, у остальных — гиперацидность. *H. pylori* выявлен у 26 (83,8%) пациентов. ИКЖ соответствовал таковому у здоровых лиц — 4,5 балла.

Список литературы

1. Афендулов С.А., Журавлев Г.Ю. Хирургическое лечение больных язвенной болезнью. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 336 с.
2. Бронштейн П.Г., Сажин В.П., Климов Д.Е., Шляхова М.А. Выбор способа лапароскопического вмешательства при прободной пилородуоденальной язве // Эндоскопическая хирургия. — 2005. — № 2. — С. 17–20.
3. Гуляев А.А., Пахомова Г.В., Ярцев П.А. и др. Опыт лечения больных с перфоративными пилородуоденальными язвами // Эндоскопическая хирургия. — 2005. — № 2. — С. 21–24.
4. Ермолов А.С. О состоянии экстренной хирургической помощи при острых заболеваниях органов брюшной полости в Москве за 1997–2006 гг. // Протокол заседания Московского общества хирургов № 2606, 2007 г.
5. Лобанков В.М. Медико-социальные аспекты хирургического лечения больных язвенной болезнью в Беларуси (Клинико-эпидемиологическое исследование): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук, 2007. — С. 3–5.
6. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв // Хирургия. — 2003. — № 3. — С. 43–49.
7. Приказ № 539 Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25.08.2005 г. «О мерах по совершенствованию организации гастроэнтерологической помощи населению Российской Федерации».
8. Резолюция Всероссийской конференции хирургов «Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки» (25–26 сентября 2003 г., Саратов) // Хирургия. — 2004. — № 3. — С. 86.
9. Рекомендации по диагностике *Helicobacter pylori* у больных язвенной болезнью и методам их лечения // Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. — 1998. — Т. 8, № 1. — С. 105–107.

Выводы

Непосредственные результаты лапароскопического ушивания перфоративных дуоденальных язв свидетельствуют об эффективной ликвидации жизнеопасного осложнения заболевания. Осложнения, возникшие в непосредственный послеоперационный период, относятся к этапу освоения методики. Послеоперационный период имеет весьма выгодные преимущества перед лапаротомным ушиванием.

В ходе обследования относительно небольшой группы больных в отдаленные сроки в 74% случаев получены хорошие и отличные результаты, в 7% имелся рецидив. Считаем, что такие показатели в большей степени связаны со строгим отбором больных к данной операции нежели с проведенным лечением в послеоперационный период. По ряду причин послеоперационное обследование и лечение (профилактика рецидива) были неадекватными по отношению к требованиям современной гастроэнтерологии. Мы возлагаем серьезные надежды на противоязвенную терапию, организованную в строгой преемственности между хирургом и гастроэнтерологом поликлиники, которую планируется реализовать в отечественном здравоохранении.

10. Рухляда Н.В., Назаров В.Е., Ермолаев И.А. Диагностика и лечение язвенной болезни, осложненной стенозом. — СПб: ДЕАН, 2006. — 240 с.
11. Синенченко Г.И. и др. Сочетанные осложнения язвы двенадцатиперстной кишки. — СПб: Фолиант, 2007. — 192 с.
12. Goldacre M.J. et al. Inflammatory bowel disease, peptic ulcer and diverticular disease as certified causes of death in an English population 1979–2003 // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. — 2008. — Vol. 20, N 2. — P. 96–103.
13. Kang J.Y., Elders A., Majeed A. et al. Recent trends in hospital admissions and mortality rates for peptic ulcer in Scotland 1982–2002 // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2006. — Vol. 24, N 1. — P. 65–79.
14. Louw J. Peptic ulcer disease // Lippincott Williams Wilkins. — 2006. — Vol. 22, N 6. — P. 607–611.
15. Ng C., Busuttill A. Acute abdomen as a cause of death in sudden, unexpected deaths in the elderly // Scott. Med. J. — 2007. — Vol. 52, N 1. — P. 20–23.
16. Ng E., Lam Y., Sung J. et al. Eradication of *Helicobacter pylori* prevents recurrence of ulcer after simple closure of duodenal ulcer perforation: randomized controlled trial // Ann. Surg. — 2000. — Vol. 231. — P. 153–158.
17. Siu W. et al. Laparoscopic repair for perforated peptic ulcer: A randomized controlled trial // Ann. Surg. — 2002. — Vol. 235, N 3. — P. 313–319.
18. Smith B. et al. Emerging trends in peptic ulcer disease and damage control surgery in the *H. pylori* era // Am. Surg. — 2005. — Vol. 71, N 9. — P. 797–801.
19. Sonnenberg A. Causes underlying the birth-cohort phenomenon of peptic ulcer: analysis of mortality data 1911–2000, England and Wales // Int. J. Epidemiol. — 2006. — Vol. 35, N 4. — P. 1090–1097.
20. Thors H. et al. Trends in peptic ulcer morbidity and mortality in Iceland // J. Clin. Epidemiol. — 2002. — Vol. 55, N 7. — P. 681–686.