

РОЛЬ ЭНДОВИДЕОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ, ОСЛОЖНЕННЫХ ПЕРФОРАЦИЕЙ

Сокольчук Д.И., Грибок А.С., Большов А. В.

*Белорусский государственный медицинский университет,
2-я кафедра хирургических болезней*

Ключевые слова: прободная язва, лапароскопия, лапаротомия, ушивание.

Резюме. В работе представлены результаты сравнительного анализа хирургического лечения пациентов с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки эндовидеоскопическим и лапаротомным способами.

Resume. The scientific work contains the results of a comparative analysis of surgical treatment of patients with perforated gastric and duodenal ulcer by endovideoscopic and laparotomic methods.

Актуальность. Перфорация является вторым после кровотечения по частоте осложнением язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Согласно статистическим данным Республики Беларусь в 2019 году по поводу прободной язвы желудка и ДПК прооперировано всего 1058 пациентов, послеоперационная летальность составила 4,82% (51 пациент). В связи с широким внедрением в медицину малоинвазивных методик в современной хирургической практике остается открытым вопрос о выборе способа хирургического лечения пациентов с перфорацией гастродуоденальных язв.

Цель: оценить роль эндовидеоскопических методов в хирургическом лечении пациентов с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки.

Задачи: 1. Провести анализ структуры и частоты различных видов хирургических вмешательств, используемых при лечении пациентов с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки; 2. Оценить распространенность владения методикой лапароскопического ушивания прободной язвы среди хирургов; 3. Изучить результаты эндовидеоскопического метода лечения пациентов с перфоративной язвой.

Материал и методы. Ретроспективное исследование. Проведен анализ стационарного лечения 297 пациентов, находившихся в УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Минска» (УЗ «ГК БСМП г. Минска») в период с января 2017 по март 2021 гг. с диагнозом Язва желудка и ДПК с прободением. Было сформировано две группы: пациенты, которым оперативное вмешательство выполнено эндовидеоскопическим способом (25 человек), и пациенты, которым операция выполнена лапаротомически (36 человек). Критериями отбора пациентов в группы являлись: возраст пациентов до 60 лет, госпитализация в течение нескольких часов, отсутствие тяжелой сопутствующей патологии, локализация перфорации на передней стенке желудка и ДПК, размер дефекта не превышает 10 мм, наличие серозного или серозно-фибринозного перитонита, отсутствие комбинации осложнений язвы желудка и ДПК. Статистический анализ полученных данных выполнен с помощью программы Microsoft Excel. При сравнении исследуемых групп учитывался непараметрический критерий Манна-Уитни (статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$).

Результаты и их обсуждение. Среди пациентов с перфоративной язвой желудка и ДПК преобладают мужчины (66%). Однако среди лиц старческого возраста отмечается преобладание женщин. Пик заболеваемости приходится на молодой и зрелый возраст (рисунок 1).

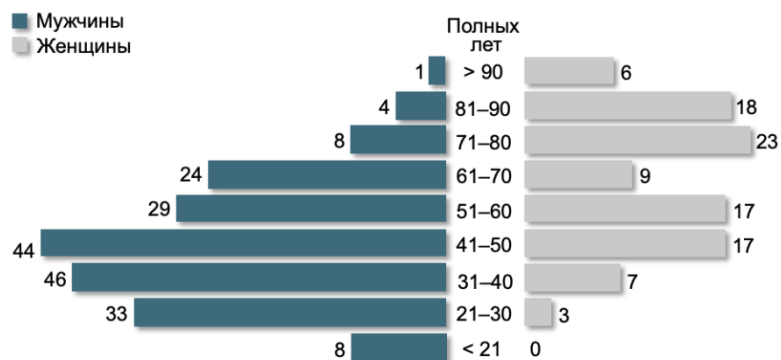


Рис. 1 – Половозрастная структура пациентов прооперированных в УЗ «ГК БСМП г. Минска» по поводу прободной язвы желудка и ДПК с января 2017 по март 2021 гг.

Самый частый способ хирургического лечения прободной язвы желудка и ДПК – операция иссечения с пилоропластикой по Джадду. Эндовидеоскопическое ушивание занимает небольшую долю. Тем не менее, за последние годы наблюдается постепенное усиление роли и этого метода оперативного лечения (рисунок 2 и 3).



Рис. 2 – Структура оперативных вмешательств, выполненных по поводу перфоративной язвы желудка и ДПК в УЗ «ГК БСМП г. Минска» в период с 2017 – начало 2021 гг.



Рис. 3 – Количество выполненных оперативных вмешательств лапаротомными эндовидеоскопическим методами при прободной язве желудка и ДПК в УЗ «ГК БСМП г. Минска» в 2017 – начало 2021 гг.

На основании изученных протоколов операции приводим технику выполнения

эндовидеоскопического ушивания и прободной язвы желудка и ДПК. Для доступа в брюшную полость и инсуффляции CO₂ используют 10 мм троакары, установленные выше или ниже пупка. Через него вводят лапароскоп и осматривают содержимое брюшной полости. В верхнем отделе живота устанавливают четыре дополнительных троакара (рисунок 4). Далее обнажают место перфорации. На дефект накладывают участок большого сальника (оментопексия по Graham) и ушивают вместе с ним перфоративное отверстие тремя узловыми швами. После устранения перфорации брюшную полость промывают физиологическим раствором, устанавливают дренажные трубки. Проводят контроль гемостаза. Накладывают швы в местах проколов.

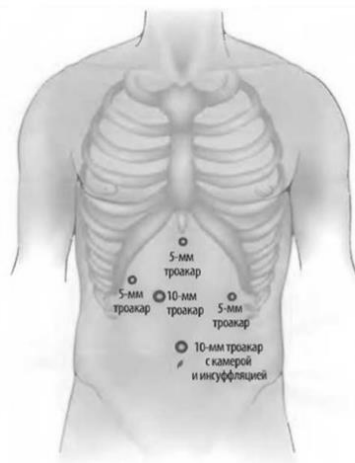


Рис. 4 – Схема расположения троакарных портов

В настоящее время в 4-ом хирургическом отделении УЗ «ГК БСМП г. Минска» не все хирурги владеют методикой лапароскопического ушивания прободной язвы желудка и ДПК. За период с января 2017 года по март 2021 года в отделении операцию лапароскопическим методом выполняли 8 из 36 хирургов (рисунок 5).

Длительность эндовидеоскопического ушивания превышает длительность выполнения лапаротомной операции. Медиана длительности выполнения лапаротомного вмешательства составила 75 мин [30; 120]. Медиана длительности эндовидеоскопического ушивания составила 85 мин [60; 190] (рисунок 6).

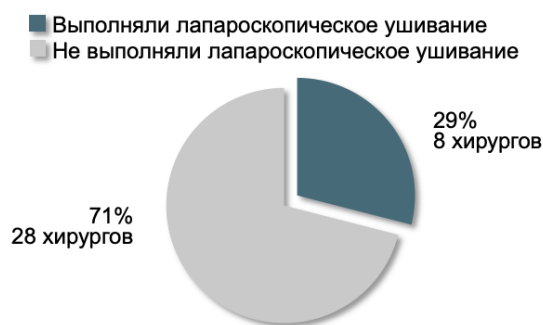


Рис. 5 – Количество хирургов в 4-ом хирургическом отделении УЗ «ГК БСМП г. Минска», выполнявших эндовидеоскопическое ушивание прободной язвы желудка и ДПК в 2017 – начале 2021 гг.

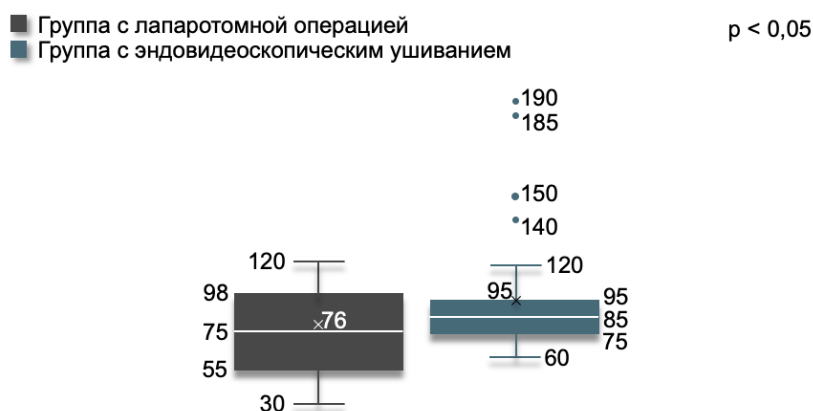


Рис. 6 – Длительность (в мин.) выполнения оперативного вмешательства по поводу прободной язвы желудка и ДПК в исследуемых группах.

Пациенты после эндовидеоскопического вмешательства значительно реже нуждались в лечении в условиях отделения интенсивной терапии и реанимации (ОИТР): 8% (2 пациента из 25) – после эндовидеоскопического ушивания и 25% (9 пациентов из 36) – после лапаротомной операции.

При эндовидеоскопическом ушивании послеоперационных осложнений у пациентов не установлено. При лапаротомическом способе хирургического вмешательства послеоперационные осложнения отмечены у 1 пациента (3%) – поддиафрагмальный абсцесс, спаечная болезнь. У 4 пациентов с выполненным лапаротомным вмешательством (7%) в послеоперационном периоде отмечалось увлажнение повязок в области послеоперационных ран.

У пациентов после лапароскопического оперативного лечения назогастральный зонд извлекался раньше, застойное желудочное отделяемое наблюдалось значительно реже (у 32% пациентов), чем у пациентов с выполненной лапаротомной операцией (у 67% пациентов). Длительность сохранения назогастрального зонда в двух группа одинакова, медиана ее составила 2 дня [1; 3].

Количество дренажных трубок, длительность их сохранения не различались в двух группах исследуемых пациентов. У 75% пациентов после лапаротомной операции и у 68% пациентов после эндовидеоскопического ушивания было установлено 2 дренажа. Медиана длительности сохранения дренажных трубок составила 6 дней [3; 8] и 5 [2; 8] соответственно. В обеих группах у пациентов отмечалось скудное серозно-геморрагическое отделяемое по дренажам.

Самыми частыми локализациями установки дренажных трубок в двух группах явились малый таз у 100% пациентов в двух группах, и подпеченочное пространство – у 75% пациентов, которым было выполнено эндовидеоскопическое ушивание, и у 43% пациентов, которым оперативное вмешательство проводилось лапаротомным способом.

Отмечено уменьшение длительности пребывания пациента в стационаре при выполнении эндовидеоскопического лечения (рисунок 7).

Летальных случаев среди отобранных пациентов в двух группах после оперативного лечения не установлено.

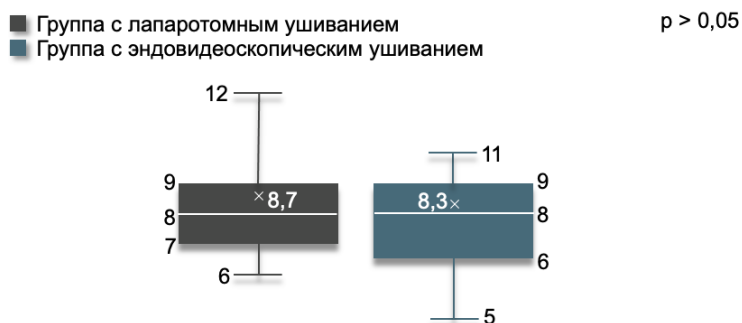


Рис. 7 – Количество койко-дней, проведенных пациентами в стационаре

Выводы: 1. На современном этапе наряду с традиционными подходами к лечению пациентов с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки более широкое распространение получают операции с использованием эндовидеоскопических методик; 2. Для дальнейшего развития этого направления в urgentной хирургии необходимо планомерное обучение врачей-специалистов овладению техники выполнения оперативного вмешательства лапароскопическим способом; 3. Лапароскопические хирургические вмешательства при перфорациях язв желудка и двенадцатиперстной кишки являются безопасными и эффективными, характеризуются благоприятным течением послеоперационного периода и более ранней реабилитацией пациентов.

Литература

1. Perforated and bleeding peptic ulcer: WSES guidelines [Электронный ресурс] / World J Emerg Surg. – Электрон. дан.: Соединенное королевство Великобритании и Северной Ирландии, 2020. – Режим доступа: <https://doi.org/10.1186/s13017-019-0283-9> (дата обращения: 09.11.2020).

2. Laparoscopy is an available alternative to open surgery in the treatment of perforated peptic ulcers: a retrospective multicenter study [Электронный ресурс] / BMC Surg. – Электрон. дан.: Соединенное королевство Великобритании и Северной Ирландии, 2018. – Режим доступа: <https://doi.org/10.1186/s12893-018-0413-4> (дата обращения: 09.11.2020).

3. Керимов, М. К. Роль лапароскопии в лечении перфоративных гастродуоденальных язв / М. К. Керимов, Н. Ю. Коханенко, А. Л. Львович и др. // Медицина и организация здравоохранения. – 2018. – № 4. – С. 35–42.

4. Алиев, С. А. Лапароскопические технологии в хирургии перфоративных гастродуоденальных язв / С. А. Алиев, Э. С. Алиев // Вестник хирургии имени И. И. Грекова. – 2018. – № 4. – С. 101–105.