

## МАТЕРІАЛИ ІV СИМПОЗИУМУ АСОЦІАЦІЇ ЛІКАРІВ-ЕНДОСКОПІСТІВ УКРАЇНИ «СУЧАСНА ДІАГНОСТИЧНА ТА ЛІКУВАЛЬНА ЕНДОСКОПІЯ»

26-27 травня 2011 р., м.Полтава — м.Миргород, Україна

### ЛАПАРОСКОПІЧНІ ВТРУЧАННЯ У ХВОРИХ ПЕРФОРАТИВНОЮ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЮ ВИРАЗКОЮ, УСКЛАДНЕНОЮ ПЕРИТОНІТОМ

Бондарев Р.В., Бондарев В.І., Селіванов С.С.

Кафедра хірургії з основами абдомінальної та ендоскопічної хірургії, Луганський державний медичний університет, Україна

#### Вступ

Перфоративна виразка лишається одним із найбільше тяжких, небезпечних для життя ускладнень виразкової хвороби і виникає у 7% хворих [2-4]. Летальність при перфоративних пептичних виразках складає в середньому 10-12%. Пошук шляхів поліпшення результатів оперативного лікування хворих цього контингенту зумовило впровадження нових і перспективних методів лікування із застосуванням відеолапароскопічної технології. Наряд з цим, визначення показань і вибір способів відеолапароскопічного ушивання продовжується широко дискутуватися в літературі. Слід також відмітити, що ряд тактичних і технічних питань застосування таких операцій потребує додаткового вивчення і уточнення.

Мета дослідження — покращення результатів хірургічного лікування хворих перфоративними пептичними виразками із застосуванням відеолапароскопічної техніки.

#### Матеріал і методи

Обстежені в динаміці і проаналізовані безпосередні і віддалені результати хірургічного ендоскопічного ушивання 23 хворих з перфоративними гастродуоденальними виразками. Чоловіків було 22, жінок — 1. Вік хворих коливався від 17 до 53 років. Виразковий анамнез був відсутній у 47,8%, тривалість захворювання до 3 років складала 21,7%, від 3 до 5 років — 13,1%, більше 5 років — 17,4% хворих. Хворі поступали переважно в перші 6 годин від початку захворювання — 65,2% спостережень, до 12-14 годин — 34,8% хворих. Основним об'єктом діагностичних заходів, післяопераційного лікування хворих відповідав прийнятним сучасним стандартам. Під час операції діагностовано перфоративна пілородуоденальна виразка у 17,4% хворих, перфоративна виразка дванадцятипалої кишки (ДПК) — 82,6% пацієнтів. Місцевий перитоніт виявлений у 13% хворих, дифузійний — 52,2% і розлитий у 34,8% хворого. Серозний перитоніт виявили в 696% спостережень, серозно-фібринозний — 17,4% і гнійний — в 13% спостережень.

У хворих спостережень здійснювалось прогнозування динаміки перебігу і результатів лікування перитоніту за допомогою шкали SAPS, а також оцінювалась тяжкість запального процесу в черевній порожнині за розробленою методикою [1] для вибору тактики хірургічного лікування. Морфологічно і морфо метрично вивчали характер і ступінь вираженості запальних змін в інтраопераційних біоптатах парієтальної очеревини [1]. Статистична обробка отриманих даних здійснювалась за допомогою програми із пакета "Статистика".

#### Результати та обговорення

Діагноз перфоративна виразка шлунка і ДПК є абсолютним показанням до оперативного лікування. Основними критеріями, що дозволяють виконати відеолапароскопічну операцію, були дані езофагогастродуоденоскопії (ЕГДС), діагностичної оглядової відеолапароскопії та структурних змін парієтальної очеревини. ПРИ ЕГДС виявляли наявність одної виразки, відсутність кровотечі, стенозу. Під час відеолапароскопії уточнювали локалізацію перфоративного отвору, його розміри, перифокального запалення навколо виразки, характер запального процесу в черевній порожнині.

Морфологічні показники парієтальної парієтальної очеревини характеризували тяжкість фібринозно-гнійного запалення в очеревині під час оперативного втручання і водночас служили вихідним моментом для визначення ефективності лікування, що проводиться. Із морфологічних параметрів, отриманих при першій лапаротомії, найбільш об'єктивними і демонстративними, які відображають рівень інтоксикації у хворих, були відносний обсяг нейтрофільно поліморфноядерних лейкоцитів (НПЯЛ), макрофагів, лімфоцитів, фібробластів і вогнищ некрозу (табл. 1).

При цьому у хворих (SAPS<10) в інфільтраті НПЯЛ значно переважали над макрофагами і лімфоцитами, їх співвідношення в середньому 1,8:0,3:0,6. Мали місце одиночні вогнища некрозу, присутність ознак активації фібробластів і вогнищ грануляційної тканини. Водночас у хворих (SAPS>10<20) чітко зростає різниця об'ємних частин НПЯЛ, макрофагів, лімфоцитів, вогнищ некрозу, їх співвідношення в середньому — 3,7:0,06:0,1:0,1. Різно понижается активність фібробластів, вогнищ грануляційної тканини. Напротив, у хворих (SAPS>20) принципово важливим є значна перевага в інфільтраті НПЯЛ, вогнищ некрозу над макрофагами і лімфоцитами. Їх співвідношення в се-

редньому складає 3,3:0,04:0,19:0,2. Відсутні ознаки активації фібробластів і вогнищ грануляційної тканини. Таким чином, відсліджується пряма залежність між співвідношеннями різних видів клітинних структур, судинної реакцією парієтальної очеревини і тяжкістю фібринозно-гнійного запалення в очеревині.

На основі отриманих даних були розроблені показання для виконання ендоскопічного зашивання перфоративної виразки: відсутність виразкового анамнезу, нетривалий виразковий анамнез; локалізація виразки на передній або медіальній стінці цибулини ДПК; діаметр перфоративного отвору до 8 мм, відсутність вираженої інфільтрації навколо виразки, вираженого злукового процесу; відсутність інших виразкових ускладнень (кровотеча, стеноз, множинні виразки); перевага репаративно-резорбтивного запального процесу в черевній порожнині (SAPS≤10).

Після встановлення показань до виконання операції відеолапароскопічним методом відеолапароскопія із діагностичного заходу становить лікувальним. У зв'язку з цим під обов'язковим візуальним контролем вводили троакар в лівому, правому підребер'ях на 2-3 см нижче реберних дуг (для інструмента хірурга-оператора) по передньому язовим лініям 11 мм і 5 мм відповідно, в правій клубовій області в точці Мак-Бурнея (для інструмента асистента) — 5 мм. Троакар для відеокамери — по верхньому краю пупкової кільця. Перевагою методики є те, що хірург працює обома інструментами, не міняючись місцями з асистентом під час операції, відводячи останню роль оператора камери.

Після ревізії черевної порожнини визначали кінцеву тактику оперативного втручання. Частіше всього причиною конверсії є неможливість виведення перфоративного отвору в робоче (зручне для ушивання) положення. Нерідко операція ускладнюється із-за того, що перфоративний отвір, як правило, прикритий печінкою. У зв'язку з чим нами розроблений і впроваджений спосіб (декларативний патент на корисну модель UA 11801) ушивання перфоративного отвору, що дозволяє пілородуоденальну зону з місцем перфорції вільно вивести в поле зору, значно зменшити технічні складності накладення швів і надійно захити перфоративний отвір [5].

Методика полягає в наступному: загискачем, введеним через троакар в правій клубовій області, зміщається сальник донизу, захвативається пілоричний відділ шлунка зі сторони великої кривизни і виконується його тракція донизу і латерально до лівої половини живота. Водночас оператор м'яким кишечним загискачем через інструментальний порт, установлений в правому підребер'ї, бере круглу зв'язку печінки на 1-2 см від краю печінки і здійснює тракцію вверх, латерально і назад. Ця методика дає можливість вивести практично будь-яку перфоративну язву ДПК і зменшити кількість конверсій. Потім в черевну порожнину вводиться вікрилова нитка 1,0-2,0 з голкою. Один кінець нитки лишається екстракорпорально. Отвір до 3 мм ушивається Z-подібним однорядним швом, більше 3 мм ушивається кількома окремими швами через всі шари з обов'язковим видаленням голки через перфоративний отвір з перехватом її повторним видаленням голки через нього. Вкол і видалення голки виконується відступачкою від краю дефекту не менше ніж на 0,5 см. Перший вузлик подвійний, другий — простий. Завдяки тому, що під час зав'язування вузла хірург через нитку зберігає тактильну чутливість, співставлення країв перфоративного отвору виконується більше чітко. Лінійні шви додатково укріплюють сальником, який фіксують окремими швами навколо.

Після зашивання перфоративного отвору виразки вводили асептичний розчин в підпечіночковий простір з послідовним роздуванням шлунок через зонд. Відсутність пухирків газу в ріднині свідчить про хорошу герметичність ушкодженої перфорції. Операцію закінчували санацією черевної порожнини і дренажуванням. При відеолапароскопічній опера-

Таблиця 1. Відносний обсяг клітинних популяцій в очеревині у залежності від тяжкості перебігу перитоніту (M±m)

Відносний обсяг	Оцінка фізичного стану хворих			p*	
	SAPS≤10 (1)	SAPS>10≤20 (2)	SAPS>20 (3)	1-2	1-3
НПЯЛ	0,1314±0,0546	0,2614±0,0431	0,3128±0,0334	<0,05	<0,01
Макрофаги	0,0046±0,0013	0,0039±0,0010	0,0049±0,0016	>0,05	>0,05
Лімфоцити	0,0145±0,0008	0,0126±0,0003	0,0202±0,0013	<0,05	<0,05
Фібробласти	0,1238±0,0023	0,1203±0,0022	0,1192±0,0027	<0,05	<0,05
Вогнища некрозу	0,0053±0,0016	0,0153±0,0016	0,0173±0,0046	<0,001	<0,025

\*Примітка: p — достовірність між групами.

ції є можливість розвинути, промити і ретельно осушити будь-який відділ черевної порожнини, а також вірно поставити дренажі. Серед хворих спостереження у 26% пацієнтів лапароскопічне ушивання перфоративної виразки доповнено задньою столовою ваготомією і передньою сероміотомією тіла і кардіофундального відділу шлунка.

При вивченні особливостей перебігу післяопераційного періоду відмічено, що у хворих спостереження больовий синдром виражений значно менше, що підтверджується кількістю введень наркотичних анальгетиків, постільний режим відмінено через 12 год після закінчення операції (при традиційній лапаротомії — 3-4 доба). Середня тривалість перебування хворих в стаціонарі склала 6-7 діб.

Післяопераційні ускладнення спостерігались у 2 (8,7%) пацієнтів. Серед них: атонія шлунка — 2. Летальних випадків не було. Відділені результати лікування вивчені у хворих в терміні до 2 років. Хороші результати були у 69,6% хворих, задовільні — у 8,7%, незадовільні — у 4,3% хворих (рефлюкс-гастрит, ерозивний гастродуоденіт). Рецидива виразки не було.

Таким чином, проведене дослідження показало високу специфічність і прогностичну значимість шкали SAPS в сполученні з морфологічними критеріями вираженості запальних змін в очеревині, у хворих перитонітом. Вони можуть застосовуватися як для оцінки ефективності проведеного лікування, так і для визначення показань до відеолапароскопічного зашивання перфоративної виразки у хворих перитонітом.

#### Висновки

1. Морфометричні параметри клітинної інфільтрації парієтальної очеревини мають високу чутливість, інформативність при перитоніті, є об'єктивним показником ступеня

тяжкості запального процесу в черевній порожнині. В сполученні із шкалою SAPS можуть бути використані для визначення показань до відеолапароскопічного ушивання виразки при різних формах перитоніту.

2. Запропонована методика виведення виразки в зручне для роботи хірурга положення дозволяє значно поширити показання до застосування відеолапароскопічного ушивання перфоративної виразки.
3. Відеолапароскопічні операції при перфоративних гастродуоденальних виразках дозволяють знизити травматичність втручання, скоротити термін перебування хворих в стаціонарі, покращити як безпосередні, так і відділені результати лікування.

#### Література

1. Бондарев В.І., Бондарев Р.В. (2006). Особливості лапароскопічного зашивання перфоративних пілородуоденальних виразок, ускладнених розповсюдженим перитонітом. Львівський медичний часопис (Acta Medica Leopoliensis). XII; 1: 38-40
2. Дзюбовський І.Я., Ремезюк Е.В., Максимлюк В.І. (2004). Прогнозування перебігу і вибір об'єму оперативного втручання при перитоніті в результаті проривної пілородуоденальної виразки. Шпитальна хірургія. 4: 50-54
3. Черноусов А.И., Наумов Б.А., Котаев А.Ю. и соавт. (2007). Хирургическое лечение больных с перфоративными пептическими язвами. Хирургия. 6: 34-39
4. Rubertson Z.S., Wemyss-Holden S.A., Maddern Z.J. (2000). Laparoscopic repair of perforated peptic ulcer. The role of laparoscopy in generalized peritonitis. Am. R. Coll. Surg. Engl. Vol. 82: 6-10
5. Patent UA № 1180, МПК (2006) E 21B37/00, A61B17/94, № 200505872. Спосіб лапароскопічного ушивання перфоративних пілородуоденальних виразок, ускладнених поширеним перитонітом. Бондарев Р.В. Заяв. 14/06-2005; Опубл. 16/01-2006; Бюл. 1: 6

## ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ФЛЕБИТ ПУПЧОНОЙ ВЕНЫ, КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕ ПИРСИНГА ПУПКА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Бондарев Р.В., Бондарев В.И., Алексеев А.В., Селиванов С.С., Кириченко С.В.

Кафедра хірургії с основами абдоминальної і ендоскопічної хірургії, Луганський державний медичний університет, Україна

Острый гнойный флебит пупочной вены является распространенным осложнением после прокола пупка (пирсинг), чаще в возрастной группе от 16 до 24 лет. По данным различных авторов частота возникновения данного осложнения колеблется до 13%.

Больная У., 22 лет, поступила в клинику хирургических болезней 18/10-2010 с диагнозом острый аппендицит, острый холецистопанкреатит. Состояние больной при осмотре расценено как удовлетворительное. Из анамнеза и беседы с сопровождающими родственниками удалось выяснить, что около 5 дней назад после приема жирной, острой пищи появились интенсивные боли эпигастриальной и околопупочной областях, которые затем сместились в правую подвздошную область. Для купирования боли начала принимать спазмолитики. Однако состояние больной ухудшалось, повысилась температура до 38,2°C, усилились боли в животе. В связи с чем обратилась за медицинской помощью.

При осмотре в приемном покое отмечено: общее состояние средней степени тяжести. Гемодинамика: АД на уровне 130/90 мм рт.ст., пульс — 98 ударов в мин., температура тела — 37,5°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот овальный, симметричен, не вздут. В области пупка определяется инородное тело (пирсинг), в местах прокола кожи инфильтрации нет. Правая половина живота отстает в акте дыхания. При пальпации живота определяется болезненность в эпигастриальной области и по правому фланку, умеренная ригидность мышц брюшной полости в эпигастрии и правом подреберье. Симптомы Воскресенского 1, Ровзинга положительные. Печень у края реберной дуги, желчный пузырь не пальпируется, симптомы Ортнера, Воскресенского 2, Чухриенко — положительные. Перитонеальные симптомы отрицательные. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Перистальтика кишечника выслушивается во всех отделах, справа — ослаблена. Притупления по фланкам нет. Газы отходят, стул был 17/10-2010. Температура тела 37,3°C. Клинический анализ крови: гемоглобин — 132 г/л, число эритроцитов — 4,3 10<sup>12</sup>/л, число лейкоцитов — 16,4 10<sup>9</sup>/л, лейкоцитарная формула: палочкоядерные нейтрофилы — 8%, сегментоядерные нейтрофилы — 71%, эозинофильные нейтрофилы — 1%, лимфоциты — 17%, моноциты — 4%, СОЭ — 25 мм/час. Клинический анализ мочи: белок — 0,017 г/л, сахар — нет, эпителий — немного, лейкоциты — 6-7 в поле зрения, эритроциты — свежие 8-10 в поле зрения, соли — мелкие оксалаты.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости: печень не увеличена, контуры ровные, четкие, эхогенность нормальная. Общий желчный проток 4 мм, дополнительные образования не определяются. Желчный пузырь увеличен в размерах, в просвете желчного пузыря определяется неоднородное содержимое "взвесь", стенка желчного пузыря однородная, с ровным контуром, утолщена до 4 мм. Сосудистый рисунок в русле нижней полой вены усилен. Поджелудочная железа визуализируется с трудом из-за пневматоза кишечника. В правой подвздошной области визуализируется конгломерат с нечетким размытым контуром, гетерогенной структуры. Четко связать с органом не удается в связи с плохой визуализацией.

Осмотрена гинекологом — данных за острую гинекологическую патологию нет.

Дополнительно из анамнеза жизни известно, что больной был выполнен пирсинг пупка 6 лет назад. В области прокола кожи в течение 1 месяца определялась инфильтрация мягких тканей. За последние 2 года больная отмечала появление уплотнения в области прокола пупка 3 раза. Указанная инфильтрация тканей регрессировала самостоятельно, без применения медикаментозных средств.

На основании клинического, лабораторных и УЗ-исследования поставлен диагноз: Острый аппендицит? Острый холецистопанкреатит?

В течение трех часов больной проводилась инфузионная терапия в объеме 2 500 мл. Состояние больной не улучшилось, сохранялись боли в правой половине живота. Не отмечалось улучшения лабораторных показателей крови и мочи. В связи с чем, под общей анестезией произведена диагностическая видеолапароскопия.

При ревизии в брюшной полости экссудата нет. Между диафрагмальной поверхностью печени и диафрагмой около круглой связки печени определяются налеты фибрина. Паритетальная брюшина круглой связки отечна, резко гиперемирована, с участками наложения фибрина. Произведено рассечение указанного участка паритетальной брюшины. При дальнейшей ревизии определена пупочная вена в виде плотного, резко инфильтрованного и отечного тяжа, синюшной окраски. Окружающие ее ткани инфильтрованы серозно-гнойным содержимым. Взят гнойный экссудат на бактериологическое исследование. Диагностирован гнойный флебит пупочной вены. В остальных отделах брюшной полости паритетальная брюшина не изменена. Печень, селезенка, желудок, 12-перстная кишка, желчный пузырь, тонкая и толстая кишка, червеобразный отросток, тело матки и придатки с обеих сторон не изменены. Удалены налеты фибрина в области круглой связки печени. В подпечечное пространство установлен трубчатый микроиригатор. Швы ран. Асептическая повязка.

Послеоперационный период протекал благополучно. Сбалансированная антибактериальная и инфузионно-детоксикационная, антикоагулянтная терапия дала положительный эффект. На 3 сутки купировались боли, нормализовалась температура тела, показатели лабораторных анализов, исчезли симптомы интоксикации. 26/10-2010 в удовлетворительном состоянии больная выписана.

#### Вывод

Приведенный случай наблюдения указывает на то, что хроническая инфекция в околопупочной области на фоне инородного тела, в результате пирсинга, может послужить источником к возникновению острого гнойного флебита пупочной вены и "симулировать" острую хирургическую патологию живота, которую сложно клинически диагностировать. В отсутствии эффекта от консервативных мероприятий адекватным и патогенетически обоснованным методом диагностики больных с подозрением на острую патологию живота является видеолапароскопия. Использование последней в данном наблюдении позволило диагностировать острый гнойный флебит пупочной вены и избежать напрасной лапаротомии.

## СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ГЕЛІКОБАКТЕРІОЗУ

Бурій О.М., Дмитренко М.П.\*, Шандренко С.Г.\*

Інститут хірургії та трансплантології ім. О.О.Шалімова АМН України, Київ

Інститут біохімії ім. О.В.Палладіна НАН України, Київ\*

Гелікобактеріоз шлунка (ГБШ) — інфекування бактеріями *Helicobacter pylori* (HP), як доведено чисельними дослідженнями, є одним з основних чинників розвитку хронічного гастриту та виразкової хвороби [32]. Крім того, HP признано канцерогеном першого порядку [31]. Тому своєчасна діагностика ГБШ має важливе значення для постановки діагнозу захворювання та вибору адекватних медикаментозних схем лікування. Відповідно до Маастрихтської угоди III (2005) в якості рекомендованих методів діагностики ГБШ було затверджено два тесту: уреаз ний дихальний тест з ІЗС-сечовиною та імунферментний аналіз в калі [13]. Однак, в клінічній практиці широко використовується

достатньо велика кількість інших методів діагностики ГБШ з високою чутливістю та специфічністю. Враховуючи реалії клінічної та поліклінічної практики в Україні досить актуальним є також впровадження нових більш простих експрес-методів діагностики ГБШ з низькою вартістю.

Всі методи діагностики ГБШ діляться на інвазійні та неінвазійні, а також на прямі методи, що виявляють безпосередньо бактерій HP, та опосередковані, що визначають продукти життєдіяльності HP. Інвазійні методи діагностики ГБШ проводяться при ендоскопічному обстеженні пацієнта, при якому можливе взяття біопсійного матеріалу. До інва-