

ЛАПАРОСКОПІЧНІ ВТРУЧАННЯ У ХВОРИХ ПЕРФОРАТИВНОЮ ГАСТРОДУДЕНАЛЬНОЮ ВИРАЗКОЮ, УСКЛАДНЕНОЮ ПЕРИТОНИТОМ

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 перитонітичних 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 перитонітичними виразками із застосуванням відеолапароскопічної техніки.

Матеріал і методи

Обстежені в динаміці і проаналізовані безпосередні і віддалені результати хірургічного ендоскопічного ушивання 23 хворих з перфоративними гастроуденальними 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 обсягом діагностичних заходів, післяопераційного лікування хворих відповідав прийнятий сучасним стандартам. Під час операції діагностовано перфоративну пілородуоденальну виразку 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 69% 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 й обговорення

Діагноз перфоративна виразка шлунка і ДПК є абсолютним показанням до оперативного лікування. Основними критеріями, що дозволяють виконати відеолапароскопічну операцію, були дані езофагогастроуденоскопії (ЕГДС), діагностичної оглядової відеолапароскопії та структурних змін парієтальної очеревини. При ЕГДС виявляли наявність однієї 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 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 нейтрофільного поліморфноядерних лейкоцитів (НПЯЛ), макрофагів, лімфоцитів, фіброblastів 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 однієї вогнища некрозу, присутність ознак активації фіброblastів і вогнищ грануляційної тканини. Водночас у хворих (SAPS>10) чітко зростає різниця об'ємних частин НПЯЛ, макрофагів, лімфоцитів, вогнищ некрозу, їх співвідношення в середньому — 3,7:0,06:0,1:0,1. Різно понижаяється активність фіброblastів, 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 середньому складає 3,3:0,04:0,19:0,2. Відсутні ознаки активації фіброblastів 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 шлунка 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).

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	SAPS>10≤20	SAPS>20	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
Фіброblastи	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.

Після встановлення показань до виконання операції відеолапароскопічним методом відеолапароскопія із діагностичного заходу становиться лікувальним. У зв'язку з цим під обов'язковим візуальним контролем вводили троакари в лівому, правому підбер'ях на 2,0-3,0 см нижче реберних дуг (для інструмента хірурга-оператора) по передньому язвину лінійям 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 киля. Перевагою методики є те, що хірург працює обома інструментами, не міняючись місцями з асистентом під час операції, відводячи останньому 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 перфорації вільно вивести в поле зору, значно зменшити технічні складності накладення швів і надійно зашити перфоративний отвір [5].

Методика полягає в наступному: затискачем, введеним через троакар в правій клубовій області, змишається саліник донизу, захоплюється пілоричний відділ шлунка зі сторони великої кривизни і виконується його тракція донизу і латерально до лівої половини живота. Водночас оператор м'яким кішечним затискачем через інструментальний порт, установлений в правому підбер'ях, бере круглу зв'язку печінки на 1-2 см від краю печінки і здійснює тракцію вгору, 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 виколком голки через перфоративний отвір з перевахтом її повторним виколком голки через нього. Вкол і викол голки виконуються відступаючи від краю дефекту не менше ніж на 0,5 см. Перший вузлик подвійний, другий — простий. Завдяки тому, що під час зв'язування вузла хірург через нитку зберігає тактильну чутливість, співставлення країв перфоративного отвору виконується більше чітко. Лінія швів додатково укріплюють саліником, який фіксують окремими швами навколо.

Після зашивання перфоративного отвору виразки вводили асептичний розчин в підпечінковий простір з послідовним роздуванням шлунка через зонд. Відсутність пухирців газу в рідині свідчить про хорошу герметичність ушкодженої перфорації. Операцію закінчували санацією черевної порожнини і дренажуванням. При відеолапароскопічній операції є можливість роздвинути, 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 задною шлунковою ваготомією і передньою сероміотомією тіла і кардіофундальною відділу шлунка.

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

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

Література

- 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.
- Дзюбановський 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.
- Черноусов А.І., Наумов Б.А., Котаев А.Ю. і др. (2007) Хирургическое лечение больных с перфоративными перитоническими язвами. Хирургия. 6: 34-39.
- 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. 82: 6-10.
- Патент UA №1180. МПК (2006) E 21B37/00. А61В17/94 Спосіб лапароскопічного ушивання перфоративних пілородуоденальних виразок, ускладнених поширеним перитонітом. Бондарев Р.В. №200505872. Заяв. 14/06-2005. Опубл. 16/01-2006. Бюл. 1: 6.