

УДК: 616.366-003.7-089

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Нарзуллаев Санат Иноятovich, Карабаев Худойберди Карабаевич, Мизамов Фуркат Очилович, Шоназаров Искандар Шоназарovich

1 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд;
2 - Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ПИЛОРОДУОДЕНАЛ ЯРАЛАР ПЕРФОРАЦИЯСИДА ЭНДОВИДЕОХИРУРГИК ДАВОЛАШ УСУЛИНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

Нарзуллаев Санат Иноятovich, Карабаев Худойберди Карабаевич, Мизамов Фуркат Очилович, Шоназаров Искандар Шоназарovich

1 - Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.;
2 - Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

EVALUATION OF THE EFFICIENCY OF THE ENDOVIDEOSURGICAL METHOD TREATMENT FOR PERFORATION OF PYLORODUODENAL ULCERS

Narzullaev Sanat Inoyatovich, Karabaev Khudoiberdi Karabaevich, Mizamov Furkat Ochilovich, Shonazarov Iskandar Shonazarovich

1 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand;
2 - Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Пилородуоденал яралар перфорациясининг учраш суръати 10 — 15% ни ташкил этиб, аёлларда (2% гача) эркакларга нисбатан кам учрайди. Ҳозирги кунгача ушбу асорат ургент хирургиянинг ҳал этимаган муаммоси бўлиб ҳисобланади. Аксарият ҳолларда тешиланган ярани тикиш танланган операция бўлиб қолмоқда. Ушбу хирургик аралашувнинг мақсади бемор ҳаётини сақлаб қолиш бўлиб техник жиҳатдан енгил бажарилади ва беморларда операциядан сўнги яқин давр ичида ижобий натижаларни беради. Аммо, тешиланган ярани тикиш операциясининг салбий жиҳати 45% гача ҳолатларда яра касаллигининг юқори рецидиви кузатилади. Холбуки, ҳозирги вақтда пилородуоденал яра перфорацияси пайти хирурглар аҳдликда ушбу асоратни эрта диагностикаси ва биринчи навбатда миниинвазив усуллар билан даволашни афзал кўришмоқда.

Калит сўзлар: перфоратив яра, лапароскопия, лапароскопик операция.

Abstract: The frequency of complications of pyloroduodenal ulcers by perforation is 10-15%, and in women less often (up to 2%) than in men. Until now, this complication is one of the unresolved problems of urgent surgery. The operation of choice in most cases is suturing the perforation. This surgical intervention, the purpose of which is to save the life of the patient, is technically easy to perform and provides favorable immediate results in patients. The negative side of the suturing operation is the high frequency of recurrence of peptic ulcer - up to 45%. Currently, surgeons are unanimous that the results of treatment of patients with perforations of pyloroduodenal ulcers are primarily affected by early diagnosis using instrumental research methods and earlier surgical treatment with the preferred use of minimally invasive methods.

Key words: perforated ulcer, laparoscopy, laparoscopic surgery.

Актуальность. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки - одно из самых распространенных заболеваний пищеварительного тракта (1,3). Ею страдают 2,5% взрослого населения (по некоторым данным - 3-15%) всего мира и около 10% - имеют предрасположенность к ней, а у 5—15% больных отмечаются осложнения в виде перфорации язвы. Соотношение мужчин и женщин - 4:1 (2,6). При гастродуоденальных перфоративных язвах летальность достигает 6—8%, по данным других авторов (5, 4) — 2—10%, а при поступлении в стационар спустя сутки с момента перфорации показатель возрастает в 3—4 раза (11,13). У больных старших возрастных групп летальность может достигать 30% (7,9).

В последние десятилетия частота данной патологии растет. Отмечается и стремительное увеличение (1,5-2 раза) числа неотложных операции по поводу осложненных форм болезни (8, 10, 12).

Операцией выбора в большинстве случаев служит ушивание прободного отверстия. В течение последних 10—15 лет широкое распространение получили методы лапароскопического ушивания перфоративных язв, которые, по мнению авторов, имеют ряд преимуществ по сравнению с хирургическими вмешательствами с использованием чревосечения (5—10). Однако до настоящего времени не отработаны вопросы показаний и противопоказаний и четкие критерии отбора больных к использованию лапароскопического метода, нуждаются в изучении различные аспекты выполнения техники операции, что указывает на большую актуальность изучаемой проблемы эндовидеохирургического лечения прободных гастродуоденальных язв.

Таблица 1. Диагностическая эффективность инструментальных методов исследований

Вид исследований	Количество больных	чувствительность	специфичность	достоверность
Рентгенологический	398	71%	100%	73%
Эндоскопический	87	100%	87,5%	89,5%

Цель исследования оценить результаты эндовидеохирургических методов в лечении больных с перфорацией язв двенадцатиперстной кишки (ДПК).

Материалы и методы исследования. Нами в Самаркандском филиале РНЦЭМП за период 2012 г. и по декабрь 2019 г. произведено 728 операций лапароскопических ушиваний перфоративных язв пилорoduodenальной зоны. Мужчин было 525 (72,11), женщин 203 (27,89%), в возрасте от 18 до 56 лет. С момента перфорации язвы и до начала операции время варьировало от 2 до 12-ти часов. Средняя продолжительность операции составило 45-50 минут.

Изучая связь перфорации гастродуоденальных язв с временем суток, мы установили, что от полуночи до 6 час утра прободение возникает в 6,9% случаев, 6.00-12.00 час. - в 21,5%, 12.00-18.00 час. - в 31,8%, 18.00-24.00 час. - в 39,8%.

При исследовании связи перфорации гастродуоденальных язв с сезонностью, установлено, что зимой прободение возникли в 52,5% случаев, весной - в 21,4%, летом - в 10,3%, осенью - в 15,8%.

Чувствительность диагностической лапароскопии при перфоративных гастродуоденальных язв составила 100%, специфичность - 87,5%, общая достоверность - 89,5%.

Всем пациентам выполнялись общеклинические исследования, обзорная рентгенография брюшной полости. Клинико-рентгенологическая симптоматика с наличием свободного газа под куполом диафрагмы выявлена у 368 больных.

У 50 больных обследованных эндоскопически, при негативной рентгенологической картиной выявлены явные или косвенные признаки ПГДЯ.

У 19 пациентов выявлены косвенные признаки перфоративной язвы: глубокий конусообразный дефект, выраженный периульцерозный отек с множественными внутрислизистыми кровоизлияниями, усиление болей во время исследования. У этих больных на повторной обзорной рентгенографии обнаружен свободный газ в брюшной полости.

Рентгенологическое обследование органов брюшной полости - при первичном осмотре в брюшной полости свободного газа нет. После ЭГДФС свободный газ под обоими куполами диафрагмы

Уз-исследование брюшной полости свободная жидкость в брюшной полости.

Основные условия применения лапароскопической методики ушивания:

1. Раннее обращение больных за медицинской помощью (не более 6 часов);
2. Размеры перфоративного отверстия, не превышающие 1,0 см и отсутствие выраженного перифокального воспаления;
3. Локализация язвы на передней стенке двенадцатиперстной кишки и желудка;
4. Отсутствие множественного язвенного поражения и стенозирования просвета луковицы 12 п.к.

Результаты и обсуждение исследования. Язвы располагались на передней и на передне-верхней стенке луковицы ДПК. Диаметр перфоративного отверстия колебался от 0,3 до 0,6 см.

Лапароскопическое ушивание перфоративной язвы проводилось узловым швом с подшиванием и без подшивания сальника.

Во всех случаях проводилась санация физиологическим раствором и водным раствором хлоргексидина (декасан) с последующим дренированием брюшной полости.

7 (0,96%) больным потребовалась конверсия, и язва ушита из минидоступа.

Местный перитонит был у 510 (70,1%) больных, распространенный 218 (29,9%). В послеоперационном периоде всем больным проводили антибактериальную и противовоспалительную терапию, раннюю активизацию. Дренажи из брюшной полости извлекали через 48-72 часов после ультразвукового исследования.

Пребывание в стационаре после операции колебалось от 3 до 5 суток.

У 2 (0,2%) больных с послеоперационном периоде наблюдался несостоятельность швов, потребовалась лапаротомия с благоприятным исходом.

Умерли 2 (0,2%) больных от тромбоза легочной артерии.

Ведение послеоперационного периода

- 1) необходимо функциональное положение Фовлера;
- 2) инфузионная терапия: в/в введение жидкости и электролитов под контролем лабораторных исследований, электролитов крови и диуреза. 3,0 или 3,5 литра + столько же, сколько теряется со рвотой и по дренажам;
- 3) назогастральный зонд или 2 раза в сутки аспирация желудочного содержимого;
- 4) питье с 2-3-х суток, через 2-3 часа в минимальном количестве, диета N%0. На 6-7 день стол №1а 6 раз в сутки.
- 5) дыхательная гимнастика, раннее вставание на 1 сутки.

Швы снимают на 7-8 сутки. Выписка на 4-е сутки.

Структура отдаленных результатов ушивания перфоративной язвы (до 5 до 7 лет - 239 чел.)

Неудовлетворительной - 0,49%.

Удовлетворительной - 15,93%.

Хорошие - 83,61%.

Выводы:

1. Видеолапароскопическое ушивание перфоративной язвы ДПК является эффективным способом лечения перфоративной пилородуоденальной язвы.
2. Метод технически не сложен и дает значительный социальный, экономический и косметический эффекты при лечении перфоративных пилородуоденальных язв.

Литература:

1. Гостищев В. К., Евсеев М. А. Головин Р. А. Радикальные оперативные вмешательства в лечении больных с перфоративными гастродуоденальными язвами. Хирургия им. Н. И. Пирогова. 2009; N 3: 10–16.
2. Ермолов А. С., Ярцев П. А., Кирсанов И. И. Видеолапароскопия в лечении пациентов с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки. Съезд хирургов юга России: сб. матер. Астрахань; 2013: 31.
3. Курбанов Ф. С., Балогланов Д. А, Сушко А. Н. и др. Операции минимального объема в хирургическом лечении перфоративных язв двенадцатиперстной кишки. Хирургия. 2011; N 3: 44–49.
4. Пахомова Г. В., Гуляев А. А., Ярцев П. А. Видеолапароскопия при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки. Эндоскопическая хирургия. 2010; N 1: 8–12.
5. Хасанов А. Г., Галин М. Б., Бадретдинова Ф.Ф. Диагностика и лечение перфоративных пилородуоденальных язв у женщин. Вестник хирургии. 2016; 175 (2): 98–100.
6. Ates M., Dirigan A. The simple suture laparoscopic repair of peptic ulcer perforation without an omental patch. Surg. Endosc. 2012; 26: 289.
7. Jing D. et al. Meta-analysis of laparoscopic and open repair of perforated peptic ulcer. Zhonghua Wei Chang WaiKeZaZhi. 2011; 14: 785–789.
8. Lo H., Wu S., Huang H. et al. Laparoscopic simple closure alone is adequate for low risk patients with perforated peptic ulcer. World J. Surg. 2011; 35: 1873–1878.
9. Lui F.Y., Davis K. A. Gastroduodenal perforation: maximal or minimal intervention. Scan. J. Surg. 2010; 99: 73–77.
10. Hasanov A. G., Galin M.B., Badretdinova F. F. Diagnostika i lechenie perforativnyh piloroduodenal'nyh jazv u zhenshhin. [Diagnosis and treatment of perforated pyloroduodenal ulcers in women]. Vestnik hirurgii. 2016; 175 (2): 98–100. (In Russian).
11. Ates M., Dirigan A. The simple suture laparoscopic repair of peptic ulcer perforation without an omental patch. Surg. Endosc. 2012; 26: 289.
12. Jing D. et al. Meta-analysis of laparoscopic and open repair of perforated peptic ulcer. Zhonghua Wei Chang WaiKeZaZhi. 2011; 14: 785–789.
12. 13. Lo H., Wu S., Huang H. et al. Laparoscopic simple closure alone is adequate for low risk patients with perforated peptic ulcer. World J. Surg. 2011; 35: 1873–1878.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Нарзуллаев С.И., Карабаев Х.К., Мизамов Ф.О., Шоназаров И.Ш.

Резюме. Частота осложнений пилородуоденальных язв перфорацией составляет 10 — 15%, причем у женщин реже (до 2%), чем у мужчин. До настоящего времени это осложнение является одной из до конца нерешенных проблем urgentной хирургии. Операцией выбора в большинстве случаев является ушивание прободного отверстия. Это хирургическое вмешательство, целью которого является спасение жизни больного, в техническом отношении легко выполнимо и обеспечивает благоприятные ближайшие результаты у больных. Отрицательной стороной операции ушивания считается высокая частота рецидивов язвенной болезни — до 45%. В настоящее время хирурги единодушны в том, что на результаты лечения больных с перфорацией пилородуоденальных язв влияют прежде всего ранняя диагностика с применением инструментальных методов исследования и более раннее хирургическое лечение с предпочтительным использованием малоинвазивных методов.

Ключевые слова: перфоративная язва, лапароскопия, лапароскопическая операция.