

© Саволюк С.І., Шепетько-Домбровський О.Г., Шепетько-Домбровський Г.М.

УДК: 616.342-089.844-032:616.381-072.1-089.166\168

Саволюк С.І., Шепетько-Домбровський О.Г., Шепетько-Домбровський Г.М.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, кафедра хірургії та судинної хірургії (вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, Україна, 04112), Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги (вул. Братиславська, 3, м. Київ, Україна, 02660)

ТЕХНІЧНІ АСПЕКТИ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ДУОДЕНОПЛАСТИКИ

Резюме. В роботі викладено результати лапароскопічного лікування 18 пацієнтів із перфоративною виразкою дванадцятипалої кишки із застосуванням запропонованого способу дуоденопластики, що дозволяє покращити результати лікування та вдосконалити застосування малоінвазивних лапароскопічних технологій.

Ключові слова: перфоративна виразка дванадцятипалої кишки, лапароскопічна дуоденопластика, фіксація виразкового кратера.

Вступ

Лапароскопічні технології на теперішній час активно впроваджуються в лікуванні виразкової хвороби дванадцятипалої кишки (ДПК) ускладненої перфорацією. За останні два десятиліття кількість ускладнень, а саме перфорації виразки не зменшується і становить 2 - 10 % від усіх пацієнтів виразковою хворобою ДПК [2, 4] Перфоративна дуоденальна виразка частіше виникає у чоловіків працездатного віку (20 - 50 років). На даний час у розвинених країнах відзначено незначне зростання частоти ускладнень виразкової хвороби. Великий відсоток пацієнтів, а саме до 20 % приймають нестероїдні протизапальні препарати [1, 4, 5].

З моменту виконання першого лапароскопічного ушивання перфоративної виразки, що було виконано Nathanson в 1990 році, впровадження хірургами малоінвазивних технологій дещо змінили тактичні підходи до хірургічного лікування перфоративної виразки ДПК в аспекті висічення виразки та формування дуоденопластики [6, 7, 8].

На теперішній час розвиток малоінвазивної хірургії із застосуванням різних варіантів лапароскопічних методів лікування та їх переваг в хірургічному лікуванні перфоративних виразок в поєднанні з медикаментозним противиразковим лікуванням у післяопераційному періоді і ефективно лікування перитоніту без лапаротомії скорочує час реабілітації хворого. Це привертає з кожним роком все більше прихильників серед хірургів [2, 3].

За даними F.Y. Lui та K.A. Davis [8] сучасні підходи до антисекреторної терапії інгібіторами протонної помпи та менш агресивне малоінвазивне хірургічне лікування ускладненої виразкової хвороби є ефективним методом усунення даної патології та профілактики рецидивів дуоденальних виразок.

Вибір методу оперативного втручання в хірургії перфоративних виразок ДПК обумовлений факторами, серед яких значимими є вік пацієнта, наявність гострої чи кальозної виразки, розмір перфоративного отвору, розповсюдженість перитоніту, супутня патологія.

Широке впровадження малоінвазивних технологій у лікуванні перфоративної гастродуоденальної виразки дає можливість покращити результати лікування [4].

Впровадження та вдосконалення технологій мало-

інвазивних операцій є новітнім напрямком в лікуванні перфорації виразки ДПК.

Мета роботи - покращити результати лікування хворих з перфоративною виразкою ДПК із застосуванням лапароскопічних технологій.

Матеріали та методи

Проаналізовано результати лікування 18 пацієнтів із перфорацією виразки дванадцятипалої кишки, яким виконана лапароскопічна дуоденопластика із запропонованим методом фіксації перфоративного отвору та способом дуоденопластики.

Оперативні втручання виконувались на клінічних базах кафедри хірургії та судинної хірургії НМАПО імені П.Л. Шупика та хірургічному відділенні №1 Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги.

Вік пацієнтів становив від 20 до 62 років (середній вік - 43,9±9,7), серед них - 15 (83,3%) чоловіків і 3 (16,7%) жінки. У 3 (6%) пацієнтів в продовж 2-х останніх років була діагностована виразкова хвороба ДПК, 7 (38,9%) пацієнтів періодично відмічали болі в епігастральній ділянці та печію. Із 18 прооперованих пацієнтів, у 2-х (11,1%) - раніше був виявлений *Helicobacter pylori*.

Усім хворим у передопераційному періоді був проведений стандартний комплекс загальноклінічних та інструментальних обстежень.

При лапароскопії у всіх пацієнтів була виявлена перфорація виразки ДПК. У 12 (66,7%) хворих перфоративний отвір знаходився на передній стінці ДПК, на передньо-верхній - у 4 (22,2%) та передньо-нижній стінці у 2 (11,1%) пацієнтів. Розміри перфоративного отвору знаходились в межах від 5 до 16 мм (середній діаметр - 8,2±2,0 мм). Діаметр виразкового інфільтрату визначався за допомогою дотикального відчуття інструментами до рубцевих тканин виразкового кратера, їх візуалізації та ендоскопічної лінійки і коливався в межах від 12 до 25 мм (середній діаметр - 18±3,2 мм). Час від моменту захворювання до госпіталізації становив від 1 до 18 годин (середній час - 4,4 ± 2,0 години).

За розповсюдженістю перитоніту пацієнти розділились наступним чином: місцевий - у 10 (55,5%) хворих, дифузний - у 7 (38,9%) хворих, розлитий - у 1 (5,6%) хворого. За характером перитонеального ексудату: се-

розний - у 12 (66,7%) хворих, серозно-фібринозний - у 6 (33,3%).

Результати. Обговорення

Усі оперативні втручання виконувались лапароскопічно. Показами до виконання лапароскопічного висічення виразки та дуоденопластики оцінювались при ревізії ділянки виразки ДПК з перфорацією вважали: виразковий інфільтрат більше 1 см; діаметр перфоративного отвору більше 7 мм; локалізація виразки на передній стінці ДПК без ознак пенетрації в гепатодуоденальну зв'язку; незначний злуковий процес у перидуоденальній зоні та відсутність ознак пілородуоденального стенозу.

Виконання лапароскопічного висічення виразки ДПК із перфорацією має технічні особливості, що пов'язані із роботою в обмеженому просторі черевної порожнини, тому прийоми відкритої хірургії не можуть бути застосовані в повному обсязі та мають бути модифіковані.

Нами було запропоновано метод фіксації виразкового кратеру за допомогою катетера Фогарті із подальшим виконанням дуоденопластики (Патент на корисну модель №96410 від 10.02.2015 "Спосіб дуоденопластики при відеоендоскопічному лікуванні хворих з перфоративною виразкою дванадцятипалої кишки"). Спосіб виконується наступним чином: після виявлення перфоративного отвору виразки дванадцятипалої кишки через 5 мм порт під мечоподібним відростком в дванадцятипалу кишку через перфоративний отвір вводиться стерильний катетер Фогарті 8Fr з 16 мм балоном. У балон нагнітається 3,5 мл 0,9 % фізіологічного розчину, після чого за інтракорпоральну частину катетеру виконується тракція передньої стінки дванадцятипалої кишки з перфоративним отвором виразки до верху на 3-5 см та утримується в такому положенні. За допомогою лапароскопічного скальпеля та зажиму виконується пошарове розсічення стінок ДПК на 1-1,5 см від краю перфоративного отвору. Після розсічення серозно-м'язової оболонки ДПК, виконується коагуляція країв незавершеного висічення з метою гемостазу. Гемостаз країв стінок ДПК досягається за допомогою електро- або ультразвукової коагуляції. Подальше розсічення підслизового та слизового шару ДПК виконується лапароскопічним скальпелем або ножицями. Проводиться остаточний гемостаз країв стінок ДПК. Дуоденопластика виконується в поперечному напрямку нерозсмоктуючим шовним матеріалом №3-0 однорядним або дворядним швом з наступним укріпленням лінії швів великим чепцем і проведенням проби на герметичність.

Даний спосіб фіксації перфоративного отвору з висіченням виразки ДПК та лапароскопічною дуоденопластикою був застосований у 18 хворих.

Всім хворим з 1-ї доби післяопераційного періоду проводилась антисекреторна терапія, що включала в себе інгібітори протонної помпи, які вводились внутрішньовенно, а також інфузійна, антибактеріальна тера-

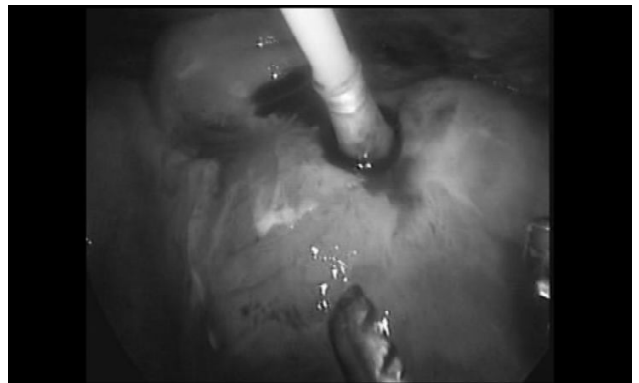


Рис. 1. Спосіб фіксації виразкового кратеру.

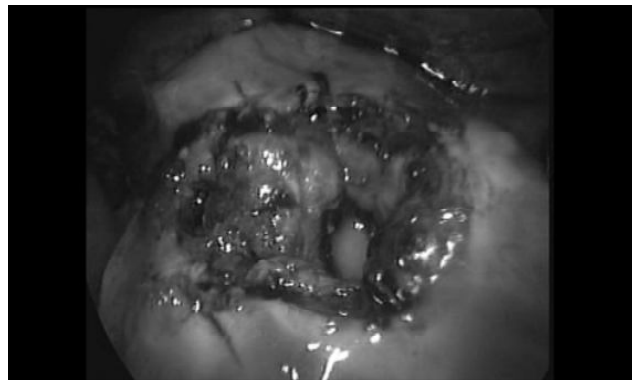


Рис. 2. Висічення виразки передньої стінки ДПК з перфорацією.

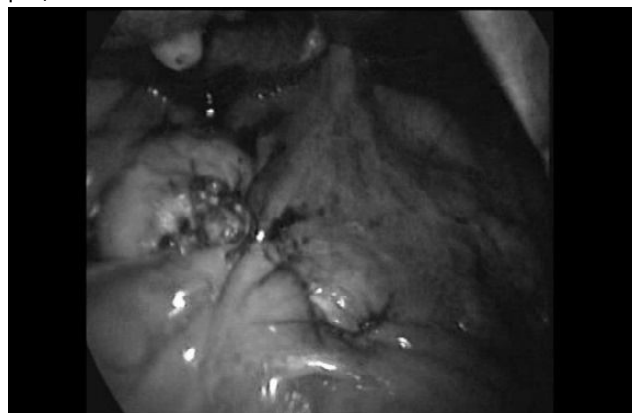


Рис. 3. Вигляд завершеної лапароскопічної дуоденопластики.

пія, знеболення. В післяопераційному періоді назогастральний зонд видалявся на 3 - 4 добу після відновлення перистальтики кишківника. Харчування хворих починалось з 4 доби післяопераційного періоду і хворі переводились на пероральний прийом антисекреторних препаратів. Дренажі із черевної порожнини видалялись на 5 добу.

Антигелікобактерна терапія проводилась за стандартною схемою згідно IV Маастрихського консенсусу у 12 пацієнтів після визначення титру антитіл Ig G до *H. pylori* в сироватці крові, що коливався в межах референтних значень від 2,1 до 5,3 U/ml.

Середня тривалість перебування хворих після лапа-

роскопічного лікування перфорації виразки ДПК у стаціонарі становила $7,3 \pm 0,6$ дні.

Результати операції за критеріям Visik I у 14 (77,8%) пацієнтів та Visik II у 4 (22,2%) пацієнтів через 6 місяців спостереження, що відповідає відмінним та хорошим результатам. Отримані результати свідчать про те, що застосування малоінвазивних лапароскопічних технологій та їх удосконалення при хірургічному лікуванні перфоративної виразки ДПК є ефективним методом лікування.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Лапароскопічні технології все більше впроваджуються в лікування перфоративної виразки ДПК. Безпосередні результати лапароскопічної дуоденопластики при перфоративній виразці ДПК свідчать про ефек-

тивність методу лікування даної патології. Впровадження методики фіксації виразкового кратера за допомогою катетера Фогарті при висіченні перфоративної виразки ДПК значно покращує якість її виконання.

2. Застосування сучасної антисекреторної та антигелікобактерної терапії підтверджує свою ефективність та знижує вірогідність рецидиву виразкової хвороби ДПК в післяопераційному періоді.

3. При оцінці результатів лікування за шкалою Visik були отримані відмінні результати у 77,8 % та хороші - у 22,2 % пацієнтів, що свідчить про ефективність комплексного лікування перфоративної виразки ДПК із застосуванням лапароскопічних технологій.

Перспектива подальших розробок полягає у вдосконаленні лапароскопічних операцій при лікуванні пацієнтів з перфоративною виразкою ДПК у поєднанні з лапароскопічною корекцією дуоденоюнального переходу.

Список літератури

1. Місце лапароскопічних втручань у невідкладній абдомінальній хірургії / Р. В. Бондарев, О. Л. Чибісов, А. А. Еріцян, В. В. Лесной // Архів клінічної медицини. - 2014. - № 2. - С. 15-17.
2. Опыт лечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки с учетом кислотопродуцирующей функции желудка / [Н. Н. Велигоцкий, В. В. Комарчук, А. С. Трушин та ін.] // Харківська хірургічна школа. - 2012. - № 3. - С. 47-49.
3. Пути предупреждения негативных последствий хирургического лечения перфоративной язвы / И. Е. Верхулецкий, Ф. К. Папазов, Г. Г. Пилюгин [та ін.] // Український Журнал Хірургії. - 2011. - № 5. - С. 201-205.
4. Тутченко М. І. Ефективність мініінвазивних технологій у невідкладній хірургії / М. І. Тутченко, О. В. Васильчук, С. М. Піотрович // Хірургія України. - 2013. - № 2. - С. 86-89.
5. Фомін П. Д. Особливості ендоскопічного гемостазу при виразкових гастроудоденальних кровотечах у хворих на цукровий діабет 2 типу / П. Д. Фомін, Г. В. Гула // Шпитальна хірургія. - 2013. - № 1. - С. 36-40.
6. Decreasing incidence of peptic ulcer complications after the introduction of the proton pump inhibitors, a study of the Swedish population from 1974-2002 / M. Hermansson, A. Ekedahl, J. Ranstam, T. Zilling // BMC Gastroenterology. - 2009. - № 9 - P. 1688-1698.
7. Epidemiology of perforated peptic ulcer: Age- and gender-adjusted analysis of incidence and mortality / K. Thorsen, J. A. SShreide, J. T. KvalShy [et al.] // World Journal of Gastroenterology. - 2013. - № 19. - P. 347-354.
8. Lui F. Y. Gastroduodenal Perforation: Maximal or Minimal Intervention? / F. Y. Lui, K. A. Davis // Scandinavian J. of Surgery. - 2010. - № 99. - P. 73-77.

Саволок С.І., Шепетько-Домбровський А.Г., Шепетько-Домбровський Г.Н.

ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ДУОДЕНОПЛАСТИКИ

Резюме. В работе изложены результаты лапароскопического лечения 18 пациентов с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки с применением предложенного способа дуоденопластики, что позволяет улучшить результаты лечения и усовершенствовать использование малоинвазивных лапароскопических технологий.

Ключевые слова: перфоративная язва двенадцатиперстной кишки, лапароскопическая дуоденопластика, фиксация язвенного кратера.

Savoluk S.I., Shepetko-Dombrovskiy O.G., Shepetko-Dombrovskii G.N.

TECHNICAL ASPECTS OF LAPAROSCOPIC DUODENOPLASTY

Summary. In the work shown results of laparoscopic treatment of 18 patients with perforated duodenal ulcer using proposed method of laparoscopic duodenoplasty, that allows to improve results of treatment and develop using of laparoscopic technologies.

Key words: perforated duodenal ulcer, laparoscopic duodenoplasty, fixation of ulcer crater.

Рецензент - д.мед.н., доц. Ходос В.А.

Стаття надійшла до редакції 02.11.2015 р.

Саволок Сергій Іванович - д.мед.н, доц., зав. кафедри хірургії та судинної хірургії НМАПО ім. П.Л. Шупика; +38 063 806-13-38; savoluk@meta.ua

Шепетько-Домбровський Георгій Миколайович - к.мед.н., лікар-хірург відділення хірургії №1 Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги; +38 050 330-41-40

Шепетько-Домбровський Олексій Георгійович - лікар-хірург відділення хірургії №1 Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги, аспірант кафедри хірургії та судинної хірургії НМАПО ім. П.Л. Шупика; +38 099 227-40-01; ashepetkodombrovskii@gmail.com