

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОЛЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ В УСЛОВИЯХ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

LAPAROSCOPIC TREATMENT OF PERFORATIVE GASTRODUOLENAL ULCERS IN A DISTRICT HOSPITAL

A. Teuvov
M. Shugushkhova
D. Bavokova
E. Bitova
A. Kodzokov

Summary. Complicated peptic ulcer of the stomach and duodenum remains one of the formidable diseases of the digestive system. This kind of patients often undergo surgical treatment according to absolute indications. Meanwhile, until now there is no single point of view on the choice of the method of surgical treatment of such patients.

Aim. To optimize the primary surgical treatment of gastric and duodenal ulcers complicated by perforation.

Materials and methods. The study included clinical material consisting of 60 patients with gastroduodenal ulcers complicated by perforation. Depending on the type of treatment, patients are divided into 2 groups: the first group — suturing of a perforated gastroduodenal ulcer from a mini-access; the second group — suturing — performed by laparoscopic method. The methods of examination of patients included general clinical, laboratory, X-ray, ultrasound, endoscopic, the Wong-Baker pain assessment scale and quality of life was carried out on the MOS SF-36 and Visick scale.

Results. It has been established that the use of laparoscopic intervention in suturing a perforated gastroduodenal ulcer significantly affects the postoperative course of the disease, its prognosis, and the outcome of patients. The use of this method avoids a large number of conversions when attempting standard suturing of a perforated ulcer when compared with the standard method, which reduced the duration of the operation, the use of narcotic analgesics, the number of bed days, and improved the long-term results of treatment of this category of patients.

Conclusion. The obtained facts allow us to revise the strategy in surgical therapy of the considered category of patients in the direction of approving the expediency of performing laparoscopic operations for perforated gastroduodenal ulcer.

Keywords: laparoscopy, treatment of peptic ulcer, perforation.

Теуов Аслан Алексеевич

Кандидат медицинских наук, доцент,
Кабардино-Балкарский государственный университет
им. Х.М. Бербекова, г. Нальчик
teuw@mail.ru

Шугушхова Милана Руслановна

Кабардино-Балкарский государственный университет
им. Х.М. Бербекова, г. Нальчик
shugushkhovamar@mail.ru

Бавокова Диана Аслановна

Кабардино-Балкарский государственный университет
им. Х.М. Бербекова, г. Нальчик
dayana.bavokova00@mail.ru

Битова Элина Муратовна

Кабардино-Балкарский государственный университет
им. Х.М. Бербекова, г. Нальчик
Kafedra_OX@rambler.ru

Кодзоков Артур Аахмедович

Кабардино-Балкарский государственный университет
им. Х.М. Бербекова, г. Нальчик
kodzokov.artur@bk.ru

Аннотация. Осложненная язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки остается одним из грозных заболеваний со стороны органов пищеварительной системы. Больным с такой патологией, зачастую, хирургическое лечение производят по абсолютным показаниям. И до сих пор единой точки зрения при выборе метода оперативного лечения таких больных нет. *Цель.* Оптимизировать первичное хирургическое лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложнённой перфорацией.

Материалы и методы. В исследовании представлен сравнительный анализ лечения 60 пациентов с гастродуоденальными язвами, осложнённой перфорацией, разделенных на 2 группы. Первой группе больных было произведено ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы из мини-доступа; второй группе ушивание было выполнено лапароскопически. Методы обследования пациентов включили: общеклинические, лабораторные, рентгенологические, ультразвуковые и эндоскопические исследования, шкалу оценки боли по Wong-Baker и шкалу оценки качества жизни по MOS SF-36 и Visick. *Результаты.* Установлено, что использование лапароскопического вмешательства в ушивании перфоративной гастродуоденальной язвы оказывает существенное влияние на послеоперационное течение заболевания, его прогноз, и результат лечения пациентов. Применение данного способа позволяет избежать большого количества конверсий в последующем в сравнении со стандартным методом, сокращает продолжительность операции, применение наркотических анальгетиков, количество койко-дней и улучшает отдаленные результаты лечения данной категории больных. *Заключение.* Полученные факты позволяют пересмотреть стратегию хирургического лечения данной категории больных в плане утверждения целесообразности выполнения лапароскопических операций при перфоративной гастродуоденальной язве.

Ключевые слова: лапароскопия, лечение язвенной болезни, перфорация.

Введение

Несмотря на расширение познаний в многофакторной этиологии пептических язв [1–3], такие угрожающие жизни осложнения, как кровотечение или перфорация, возникают у значительной части пациентов. При перфорации летальность составляет от 10 до 40 % [4–6]. Если с момента перфорации прошло более 24 ч, умирают до 50 % больных [7, 8].

Методом выбора при лечении пациентов с перфоративной пептической язвой (ППЯ) является неотложное хирургическое вмешательство [6]. Основным способом хирургического лечения ППЯ, как и 100 лет назад, остается паллиативная операция — ушивание перфоративного отверстия [9–11].

После внедрения лапароскопической хирургии возникла идея о лапароскопическом ушивании ППЯ с целью уменьшения выраженности послеоперационной боли и сокращения срока госпитализации [12, 13]. В 1990 г. P. Mouret и соавт. [14] опубликовали первые результаты видеолапароскопического ушивания ППЯ. По их данным, этот метод снижал частоту послеоперационных раневых осложнений и выраженность спаечного процесса в брюшной полости.

Дальнейшие исследования продемонстрировали выполнимость, относительную простоту и возможность унификации лапароскопического ушивания ППЯ, однако до сих пор опубликованы лишь единичные исследования, показывающие преимущества этого способа [8, 9, 15–21].

Цель исследования

Оптимизировать первичное хирургическое лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложнённой перфорацией.

Материал и методы

Исследование проведено на базе хирургического отделения ГБУЗ «Межрайонная Многопрофильная Больница» г. Нарткала КБР. В качестве клинического материала проанализированы истории болезни пациентов (n=60) с гастродуоденальными язвами, осложнённой перфорацией.

Критериями включения в исследование явились: верификация диагноза «гастродуоденальная язва, осложнённая перфорацией» при помощи клиничко-лабораторно-инструментальных методов; пол — женский и мужской; собственное письменное согласие; легкие сопутствующие заболевания; показания — перфорация желудка или двенадцатиперстной кишки; отсутствие

других осложнений; отсутствие распространенного перитонита; проведенное оперативное лечение.

Критерии исключения из исследования: персональный отказ от исследования; тяжелые сопутствующие заболевания; наличие признаков малигнизации язвы.

В зависимости от вида лечения пациенты были разделены на 2 группы: в первой, контрольной, группе (n=38) было произведено ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы из мини-доступа (мини-лапаротомия с использованием комплекта инструментов «Мини-Ассистент» по М.И. Прудкову); во второй, основной, группе (n=22) ушивание было выполнено лапароскопическим методом.

В I группе из 38 пациентов мужчин было 34 (89,4 %), женщин — 4 (11,6 %). Во II, основной группе это соотношение составило: мужчин — 21 (95,4 %), женщин — 1 (4,6 %).

Возраст пациентов варьировал от 18 до 67 лет и составил $37,5 \pm 2,8$ лет в контрольной группе и $38,1 \pm 2,2$ лет — в основной.

Из анамнеза было известно, что давность заболевания составила $5,7 \pm 0,34$ часов контрольной группы и $6,1 \pm 0,31$ часов — основной.

Подсчет Мангеймского перитонеального индекса при госпитализации в клинику показал, что средний балл составил $12,1 \pm 0,54$ баллов первой группы и $11,8 \pm 0,41$ баллов — второй.

По локализации язвы желудка отмечены у 25 (65,8 %) контрольной группы и у 12 (54,5 %) основной, а двенадцатиперстной кишки — у 13 (34,2 %) и 10 (45,5 %).

Методы обследования пациентов включили общеклинические, лабораторные, рентгенологические (аппарат Drgem Diamond-8A), ультразвуковые (аппарат ALOKA-SSD-α10), эндоскопические (аппарат PENTAX EG-2970K). В работе были использованы шкалы оценки боли по Wong-Baker и качества жизни по MOS SF-36 и Visick.

Пред- и послеоперационная терапия проведена согласно клиническим рекомендациям и включала антибактериальный, дезинтоксикационный, обезболивающий, антигистаминный и др. компоненты.

Оперативное лечение выполнено в максимально короткие сроки с момента госпитализации согласно национальным рекомендациям по отдельным нозологиям. Проведены устранение источника перитонита, санация и дренирование брюшной полости.

Сроки исследования — непосредственный (этап госпитализации и ранний послеоперационные сутки) и отдаленный (спустя один год).

Статистический анализ исходных данных проводился пакетом программ Microsoft Excel и Word, и Statistica (ver. 20.0.). Для сравнения между группами принимались t-критерий, критерий Манна-Уитни.

Результаты и обсуждения

По продолжительности хирургического вмешательства стандартная операция — ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы — занимала $75,7 \pm 5,8$ минут, а лапароскопическое вмешательство — $47,6 \pm 7,8$ минут.

Продолжительность пребывания в стационаре и выраженность некоторых клинических показателей представлена на рис. 1.

По данным рис. 1, послеоперационный анамнез показал, что выраженность болевого синдрома по шкале

Wong-Baker составила 3–9 баллов/сут (в среднем — $7,1 \pm 0,15$ баллов/сут) контрольной группы и 2–7 баллов/сут ($3,9 \pm 0,09$ балла/сут) основной. Температура тела приходила в норму через $4,5 \pm 0,22$ суток контрольной группы и $2,9 \pm 0,12$ суток — основной. Продолжительность клинического пребывания пациентов контрольной группы составила 5–15 ($13,3 \pm 0,41$) койко-дней. В то же время в основной группе данный параметр составил 2–10 ($8,9 \pm 0,34$) койко-дней.

В послеоперационном периоде в обеих группах было отмечено развитие таких осложнений как парез кишечника, несостоятельность швов, абсцесс брюшной полости, нагноение раны, спаечная кишечная непроходимость, ТЭЛА, острый панкреатит, которые представлены на рисунке 2.

Как видно на рис. 2, основная доля послеоперационных осложнений зарегистрирована у пациентов контрольной группы.

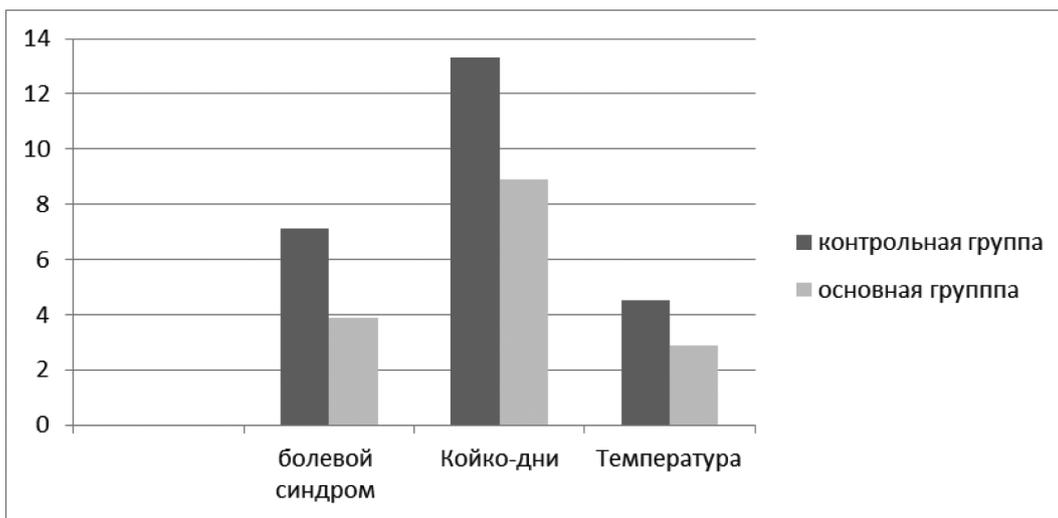


Рис. 1. Продолжительность клинических показателей (сутки)

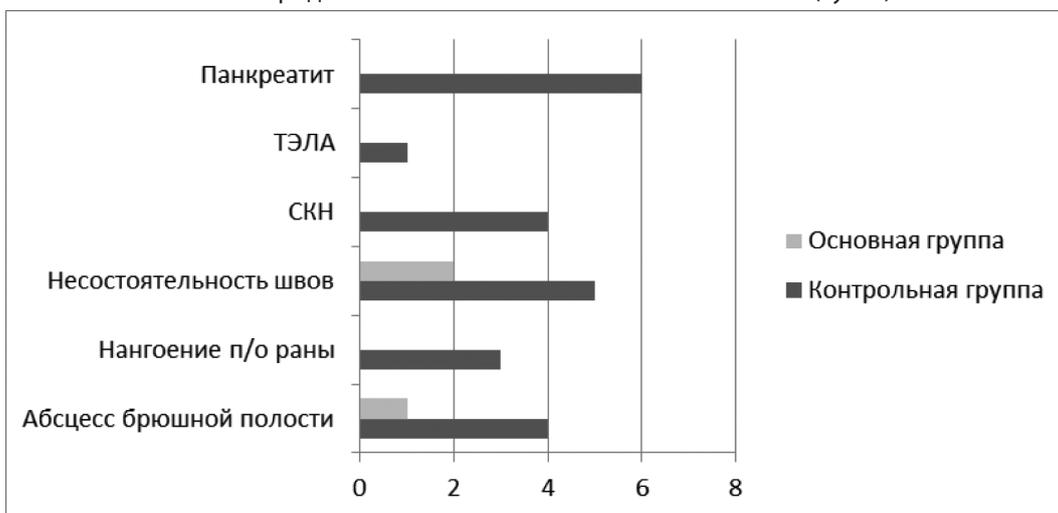


Рис. 2. Послеоперационные осложнения

Парез кишечника продолжался от 6 часов до 4 суток в первой группе и от 6 часов до 2 суток — в основной.

Швы снимались на 5–7 сутки после хирургического вмешательства у пациентов контрольной группы и на 4–5 сутки после лапароскопической операции.

Ранняя послеоперационная и отдаленная оценка физического и психологического компонентов здоровья пациентов показана в таблицах 1 и 2 и рисунках 3 и 4.

Таблица 1.

Ранние послеоперационные физические параметры по шкале MOS SF-36

Показатель	Группы исследования			
	Контрольная (n=38)		Основная (n=22)	
	Ср. знач. (%)	Станд. откл.	Ср. знач. (%)	Станд. откл.
БС	55,2	11,6	40,9*	8,9
ФР	73,7	9,8	81,8*	10,1
ФП	50,0	10,5	40,9*	9,3
ОЗ	84,2	11,9	90,9*	12,5

Примечание: * — статистически значимые отличия к первой группе (p<0,05).

БС — болевой синдром, ФР — физическая работоспособность, ФП — физические проблемы, ОЗ — общее здоровье

Согласно данным табл. 1, анализ физического компонента здоровья пациентов показал, что в основной группе выраженность болевого синдрома была меньше на 14,3 % (p<0,05), физическая работоспособность — была выше — на 8,1 % (p<0,05), роль физических про-

блем в ограничении жизнедеятельности — меньше — на 9,1 % (p<0,05), уровень общего здоровья — был выше — на 6,7 % (p<0,05).

Таблица 2.

Ранние показатели качества оценки жизни по шкале Visick

Показатель	Группы исследования			
	Контрольная (n=38)		Основная (n=22)	
	Общ. чис.	%	Общ. чис.	%
Отличный	19	50,0	16	72,7
Хороший	7	18,4	6	27,3
Удовлетворительный	7	18,4	0	0
Неудовлетворительный	5	13,2	0	0

Из данных рис. 3 следует, что при исследовании психологического аспекта по шкале MOS SF-36 роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности у пациентов второй группы была понижена относительно первой группы на 15,8 % (p<0,05). Значения энергичности и социальной роли у пациентов основной группы превышали результаты в контрольной на 12,7 и 11,5 % соответственно (p<0,05).

При оценке качества жизни по шкале Visick отмечено существенное отличие послеоперационных результатов в зависимости от применяемого метода хирургического лечения (табл. 2).

Из табл. 2 видно, что по шкале Visick в основной группе больных значение отличного и хорошего результатов в сумме было на 31,6 % выше, чем у пациентов контроль-

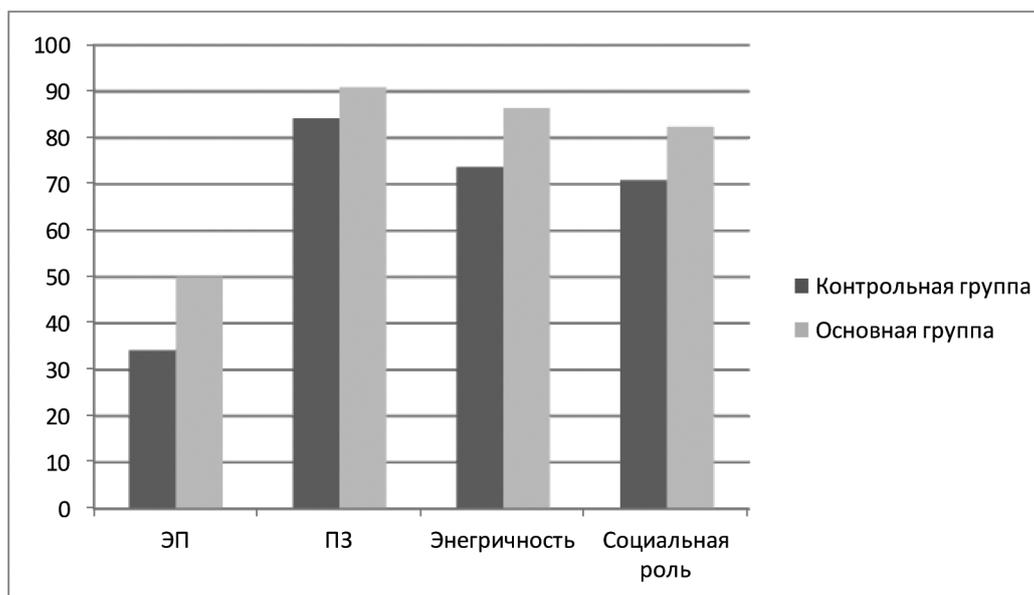


Рис. 3. Ранние послеоперационные психологические параметры по шкале MOS SF-36

Примечание: ЭП — эмоциональные проблемы, ПЗ — психическое здоровье

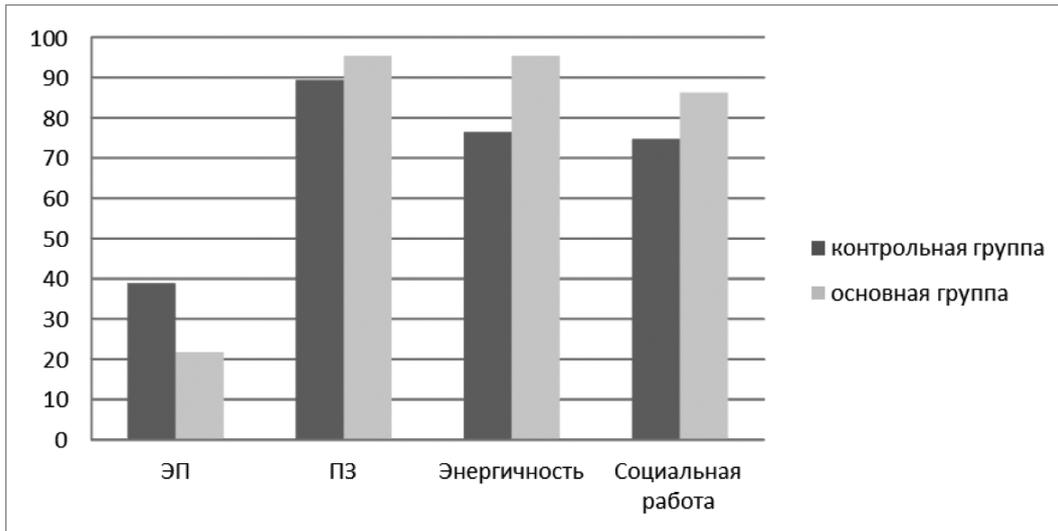


Рис. 4. Отдаленные послеоперационные психологические параметры по шкале MOS SF-36

ной группы. Причем в основной группе удовлетворительного и неудовлетворительного результатов не наблюдалось.

Данными психологического компонента шкалы MOS SF-36 было выявлено, что роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности зарегистрирована у 11 (28,9 %) пациентов первой группы и у 5 (22,7 %) — второй.

Психические расстройства не обнаружались у 34 (89,4 %) пациентов контрольной группы и у 21 (95,4 %) — основной группы.

Энергичная активность продемонстрирована у 32 (84,2 %) больных после традиционной операции ликвидации перфорации язвы и у 21 (95,4 %) — после лапароскопической операции.

Социальная способность и функционирование отмечены у 30 (78,9 %) больных в контрольной группе и у 19 (86,3 %) — в основной группе.

Результаты анализа отдаленных физических показателей по шкале MOS SF-36 представлены в таблице 3.

Таблица 3.

Отдалённые физические показатели по шкале MOS SF-36

Показатель	Группы исследования			
	Контрольная (n=38)		Основная (n=22)	
	Сред. знач. (%)	Станд. отк.	Сред. знач. (%)	Станд. отк.
БС	36,8	5,4	22,7*	4,9
ФР	78,9	8,2	86,8*	9,1
ФП	44,7	7,8	27,2*	7,7
ОЗ	86,8	9,4	95,4*	10,6

Как видно из табл. 3, анализ физического компонента здоровья пациентов показал, что значение параметров шкалы MOS SF-36 у пациентов основной группы достоверно превышал данные больных контрольной группы: выраженность болевого синдрома была меньше на 14,1 % ($p < 0,05$), физическая работоспособность была выше на 7,9% ($p < 0,05$), роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности — меньше на 17,5 % ($p < 0,05$), уровень общего здоровья был выше на 8,6 % ($p < 0,05$).

Как видно из рис. 4, роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности у пациентов второй группы была ниже относительно первой группы на 17,1 % ($p < 0,05$).

Энергичность и социальная роль у пациентов основной группы превышали соответствующие показатели в контрольной группе на 18,9 и 11,5 % ($p < 0,05$).

При анализе отдаленных результатов по шкале Visick выявлены следующие данные, представленные в таблице 4.

Таблица 4.

Отдаленные параметры шкалы Visick

Показатель	Группы исследования			
	Контрольная (n=38)		Основная (n=22)	
	Общ. число	%	Общ. число	%
Отличный	20	52,6	20	90,9
Хороший	10	26,3	2	9,1
Удовлетворительный	7	18,5	0	0
Неудовлетворительный	1	2,6	0	0

Как видно из табл. 4, в основной группе на 21,1 % ($p < 0,05$) было преобладание отличного и хорошего ре-

зультатов при отсутствии удовлетворительного и неудовлетворительного результатов над аналогичными данными контрольной группы, причем в последней также наблюдаются удовлетворительный и неудовлетворительный результаты.

Исходя из полученных результатов установлено, что использование лапароскопического вмешательства при ушивании перфоративной гастродуоденальной язвы позволило избежать большого количества конверсий при попытке стандартного ушивания прободной язвы, что уменьшило продолжительность операции, применение наркотических анальгетиков, количество койко-дней и улучшило отдаленные результаты лечения данной категории больных, что оказало существенное положи-

тельное влияние на послеоперационное течение заболевания, его прогноз, и исход.

Таким образом, проведенный анализ показал, что ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы с помощью лапароскопического вмешательства ведет к хорошим клиническим результатам. У таких пациентов показатели качества жизни оказались выше, а показатели физического и психологического компонента здоровья — лучше.

Полученные факты позволяют пересмотреть стратегию в хирургической терапии рассматриваемой категории больных в направлении утверждения целесообразности выполнения лапароскопических операций при перфоративной гастродуоденальной язве.

ЛИТЕРАТУРА

1. Malfetheriner P, Chan FK, McColl KE. Peptic ulcer disease. *Lancet*. 2009;374(9699):1449–1461. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60938-7
2. Quenot JP, Thiery N, Barbar S. When should stress ulcer prophylaxis be used in the ICU? *Curr Opin Crit Care*. 2009;15(2):139–143. doi: 10.1097/MCC.0b013e32832978e0
3. Yeomans ND. Overview of 50 years' progress in upper gastrointestinal diseases. *J Gastroenterol Hepatol*. 2009;24(3):2–4. doi: 10.1111/j.1440-1746.2009.06064.x
4. Svanes C. Trends in perforated peptic ulcer: incidence, etiology, treatment, and prognosis. *World J Surg*. 2000;24:277–283. doi: 10.1007/s002689910045
5. Møller MH, Adamsen S, Wojdemann M, Møller AM. Perforated peptic ulcer: how to improve outcome? *Scand J Gastroenterol*. 2009;44(1):15–22. doi: 10.1080/00365520802307997
6. Bertleff MJ, Lange JF. Perforated Peptic Ulcer Disease: A Review of History and Treatment. *Dig Surg*. 2010;27(3):161–169. doi: 10.1159/000264653
7. Seelig MH, Seelig SK, Behr C et al. Comparison between open and laparoscopic technique in the management of perforated gastroduodenal ulcers. *J Clin Gastroenterol*. 2003;3:226–229. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12960721>
8. Lunevicius R, Morkevicius M. Management strategies, early results, benefits and risk factors of laparoscopic repair of perforated peptic ulcer. *World J Surg*. 2005;29:1299–1310. doi: 10.1007/s00268-005-7705-4
9. Lau H. Laparoscopic repair of perforated peptic ulcer: a meta-analysis. *Surg Endosc*. 2004;18:1013–1021. doi: 10.1007/s00464-003-8266-y
10. Lunevicius R, Morkevicius M. Risk factors influencing the early outcome results after laparoscopic repair of perforated duodenal ulcer and their predictive value. *Langenbecks Arch Surg*. 2005;390:413–420. doi: 10.1007/s00423-005-0569-0
11. Крылов Н., Винничук Д. Перфоративная язва: патоморфоз, коллизии и тренды. *Врач*. 2012;1:15–20.
12. Köhler L. Endoscopic surgery: what has passed the test? *World J Surg*. 1999;23:816–824. doi: 10.1007/s002689900585
13. Sanabria AE, Morales CH, Villegas MI. Laparoscopic repair for perforated peptic ulcer disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005(4):CD004778. doi: 10.1002/14651858.CD004778.pub2
14. Mouret P, Francois Y, Vignal J et al. Laparoscopic treatment of perforated peptic ulcer. *Br J Surg*. 1990;77:1006. doi: 10.1002/bjs.1800770916
15. Lau WY, Leung KL, Kwong KH et al. A randomized study comparing laparoscopic versus open repair of perforated peptic ulcer using suture or suture less technique. *Ann Surg*. 1996;224:131–138. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1235333/>
16. Siu WT, Chau CH, Law BKB et al. Routine use of laparoscopic repair for perforated peptic ulcer. *Br J Surg*. 2004;91:481–484. doi: 10.1002/bjs.4452
17. Lunevicius R, Morkevicius M. Comparison of laparoscopic vs open repair for perforated duodenal ulcers. *Surg Endosc*. 2005;19(12):1565–1571. doi: 10.1007/s00464-005-0146-1
18. Bertleff MJ, Halm JA, Bemelman WA et al. Randomized clinical trial of laparoscopic versus open repair of the perforated peptic ulcer: the LAMA Trial. *World J Surg*. 2009;33(7):1368–1373. doi: 10.1007/s00268-009-0054-y
19. Каттабеков О.А., Ризаев К.С., Атаджанов Ш.К. Сравнительная характеристика непосредственных результатов традиционного и лапароскопического ушивания перфоративных дуоденальных язв. *Анналы хирургии*. 2009;3:32–36.
20. Избасаров Р.Ж. Лапароскопическое ушивание перфоративных гастродуоденальных язв. *Эндоскопическая хирургия*. 2013;19(2):15–17.
21. Сажин И.В., Сажин В.П., Бронштейн П.Г. и др. Лапароскопическое лечение перфоративных язв. *Хирургия*. 2014;7:12–16.

© Теувов Аслан Алексеевич (teuw@mail.ru); Шугушхова Милана Руслановна (shugushkhovamar@mail.ru);
 Бавокова Диана Аслановна (dayana.bavokova00@mail.ru); Битова Элина Муратовна (Kafedra_OX@rambler.ru);
 Кодзоков Артур Аахмедович (kodzokov.artur@bk.ru)
 Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»