

**Гарелик П.В.¹, Дубровщик О.И.¹, Мармыш Г.Г.¹,
Амоев Р.В.², Цилиндзь И.И.², Живушко Д.Р.²**

¹Гродненский государственный медицинский университет

²Городская клиническая больница № 4, Гродно, Беларусь

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ.

Актуальность. Несмотря на возможности современной профилактики и терапии язвенной болезни (ЯБ), число пациентов с гастроуденальными язвами (ГДЯ) имеет четкую тенденцию к росту, а число перфораций язв увеличилось в 2,7 раза. Известно, что ЯБ осложняется перфорацией у 3-30% пациентов. Выбор оперативного доступа, технических приемов ушивания перфоративных язв и объема оперативного пособия сложный, и какой из применяющихся методов наиболее рациональный, до настоящего времени, остается дискуссионным. Эндовидеохирургическое ушивание прободных ГДЯ в клинике общей хирургии выполняется с 2007 г. и за этот период у 57 (49,1%) пациентов была предпринята попытка эндовидеохирургического ушивания прободных ГДЯ, у 7 из них была конверсия из-за технических трудностей, а у 50 выполнено эндовидеохирургическое ушивание (данные опубликованы). Представляло интерес провести анализ результатов эндовидеохирургического лечения перфоративных ГДЯ за следующий трехлетний период. Цель. Оценить результаты эндовидеохирургических технологий лечения перфоративных ГДЯ, определить оптимальные технические приемы ушивания с целью улучшения результатов лечения.

Материалы и методы. За период с 2012 по 2014 гг. оперированы 51 пациент с перфоративными ГДЯ. Мужчин - 35 (68,6%), женщин - 16 (34,4%), в возрасте от 18 до 78 лет. Язвенный анамнез отмечен у 39 (76,5%) пациентов, из них только 21 (41,2%) состояли на диспансерном учете, у 2 (3,9%) в анамнезе были операции: в 1 случае – эндовидеохирургическое ушивание прободной дуоденальной язвы и в 1 – резекция желудка. Сопутствующие заболевания были у 54,7% пациентов. Проводилась общепринятая предоперационная подготовка в течение 1,5-2 часов. Диагноз перфорации полого органа не вызывал сомнений и поставлен в дооперационном периоде на основании клинико-рентгенологических данных у 48 (94,1%) пациентов, у 3 (5,9%) проводилась диагностическая лапароскопия. Эндовидеохирургическое ушивание только в 1 случае, в 2-х – предпринята лапаротомия. Для уточнения локализации перфоративной язвы, у 29 (56,9%) пациентов проведена экстренная эзофагогастроуденоскопия (ЭФГДС), что по-

зволило определить кроме локализации язвы ее характер и размеры.

Результаты и обсуждение. Эндовидеохирургическое ушивание перфоративного отверстия удалось выполнить у 24 (47,1%) пациентов, из них у 19 (79,2%) – двенадцатиперстной кишки (12 ПК), у 5 (20,8%) - желудка. Перфоративные язвы локализовались на передней стенке луковицы 12 ПК и в препилорическом отделе желудка, размеры перфоративного отверстия от 2 до 8 мм, язвенно-инфильтрационный вал до 10-15 мм. После наложения пневмоперитонеума проводили обзорную видеолaparоскопию, уточняли характер и количество экссудата, степень его распространенности, локализацию, оценку вида и формы язвы, величину перфоративного отверстия. Экссудат был серозным у 13 (54,2%) пациентов, у 11 (45,8%) - серозно-фибринозный перитонит. Ушивание дефекта начинали с верхнего края перфоративного отверстия, с интракорпоральным формированием узлов, при диаметре инфильтрата менее 1 см синтетическим рассасывающимся шовным материалом – викрил или полисорб № 2/0 – 3/0. При инфильтрате более 1 см, интракорпоральные швы не могут обеспечить герметизм, использовали не рассасывающиеся монофиламентные нити 1/0 – 2/0 с экстракорпоральным формированием узлов. Область ушивания дефекта перитонизировали прядью сальника. Конверсия предпринята при перфорации язвы 12 ПК в 2 случаях, лапаротомия и ушивание - 12 ПК в 3 случаях, и в 2-х – желудка. Лапаротомия с иссечением язвы, пилоропластикой и ваготомией выполнены у 15 пациентов с дуоденальной перфорацией и у 4 – желудка, резекция желудка у 1 пациента. Дренажи брюшную полость в соответствии с общепринятыми принципами. В течение 2-х суток проводилась декомпрессия желудка через назогастральный зонд и медикаментозная общепринятая терапия.

Выводы. У большинства пациентов, несмотря на развитие перитонита, ушивание перфоративной язвы эндовидеохирургическим методом выполнимо, противопоказанием является: наличие разлитого гнойного перитонита, пилородуоденальный стеноз, подозрение на малигнизацию язвы, сочетание перфорации и кровотечения из язвы, размер перфоративного отверстия более 1 см. Эндовидеохирургическая технология ушивания перфоративных язв в сочетании с современной противоязвенной терапией должна занять основное место в лечении перфоративных ГДЯ.