

Т.Р. Грунна

**КАКОМУ МЕТОДУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ ОТДАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ:
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОМУ ИЛИ ЛАПАРОТОМИЧЕСКОМУ?**

*Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. А.В. Харитончик
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

T.R. Hrunna

**WHICH SURGICAL TREATMENT METHOD FOR PERFORATED
GASTRODUODENAL ULCERS SHOULD BE PREFERRED?
LAPAROSCOPIC OR LAPAROTOMIC?**

*Tutor: associate professor A.V. Haritonchik
Department of Operative Surgery and Topographic Anatomy
Belarusian State Medical University, Minsk*

Резюме. Получены сравнительные параметры лапароскопических и лапаротомических способов лечения перфоративных гастродуоденальных язв. Данные результаты практически уточняют и дополняют данные о результатах хирургических методов лечения перфоративных гастродуоденальных язв.

Ключевые слова: гастродуоденальная язва, лапароскопия, лапаротомия, ушивание, резекция.

Resume. Comparative parameters of laparoscopic and laparotomic methods for treating perforated gastroduodenal ulcers were obtained. These results practically clarify and supplement the data on the results of surgical methods for treating perforated gastroduodenal ulcers.

Keywords: gastroduodenal ulcer, laparoscopy, laparotomy, suturation, resection.

Актуальность. В настоящее время как в Республике Беларусь, так и по всему миру язвенная болезнь остается важной причиной временной нетрудоспособности и инвалидизации населения. Социальная значимость данной патологии обуславливается не только высоким уровнем заболеваемости, но и большой частотой осложнений, таких как кровотечения, перфорации и стенозы. Консервативное лечение названных осложнений зачастую бывает неэффективным, что приводит к необходимости прибегнуть к хирургическому вмешательству. Учитывая тот факт, что язвенная болезнь часто поражает людей трудоспособного возраста, она оказывает серьезное влияние на производительность труда и качество жизни пациентов, создавая серьезную нагрузку на системы здравоохранения и экономику в целом. Существует множество этиологических теорий язвенной болезни, но наиболее распространенными факторами, приводящими к развитию гастродуоденальных язв, являются инфицирование бактерией *Helicobacter pylori*, а также злоупотребление нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП).

Кроме того, факторами риска являются курение и стресс, которые могут способствовать как возникновению язв, так и их обострениям. Гастродуоденальные язвы развиваются как следствие нарушения баланса между агрессивными и защитными факторами в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки. Продукция желудочной кислоты и пепсина, с одной стороны, повреждает слизистую

оболочку, но, с другой стороны, существуют защитные механизмы, включая секрецию слизи и бикарбонатов, которые препятствуют ее повреждению [1].

Нарушение этого баланса, например, из-за упомянутых выше инфекции *Helicobacter pylori* или длительного применения НПВП, может привести к изъязвлению слизистой оболочки. Несмотря на наличие эффективных методов консервативного лечения гастродуоденальных язв, в некоторых случаях требуется хирургическое вмешательство. В последние десятилетия наблюдается тенденция к снижению частоты оперативных вмешательств в лечении неосложнённых гастродуоденальных язв благодаря улучшению методов диагностики, а также более широкому применению медикаментозной терапии [2, 3].

Однако, несмотря на это, количество экстренных оперативных вмешательств не изменилось [4]. Это свидетельствует о том, что хирургическое лечение остаётся важной составляющей терапии тяжёлых и осложнённых форм язвенной болезни. Это обуславливает необходимость дальнейшего изучения и совершенствования существующих подходов, а также разработки новых методов лечения, направленных на улучшение эффективности терапии, сокращение времени заживления язв и снижение вероятности развития осложнений.

Цель: изучить существующие хирургические методы лечения пациентов с перфоративными гастродуоденальными язвами и определить наиболее оптимальный метод.

Материалы и методы. Материалом исследования явились данные 193 историй болезни пациентов УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» за период с 2019 по 2021 годы. В группу вошли: 143 мужчины и 50 женщин (рисунок 1).



Рис. 1 – Распределение пациентов по полу

Средний возраст пациентов составил $46,5 \pm 0,5$ лет [20;69] для мужчин и $44,5 \pm 0,5$ лет [19;73]. Пациенты были распределены по возрастным группам: I группа (18-

44 года) – 77 человек, II группа (45-60 лет) – 85 человек, III группа (61-75 лет) – 31 человек (рисунок 2).

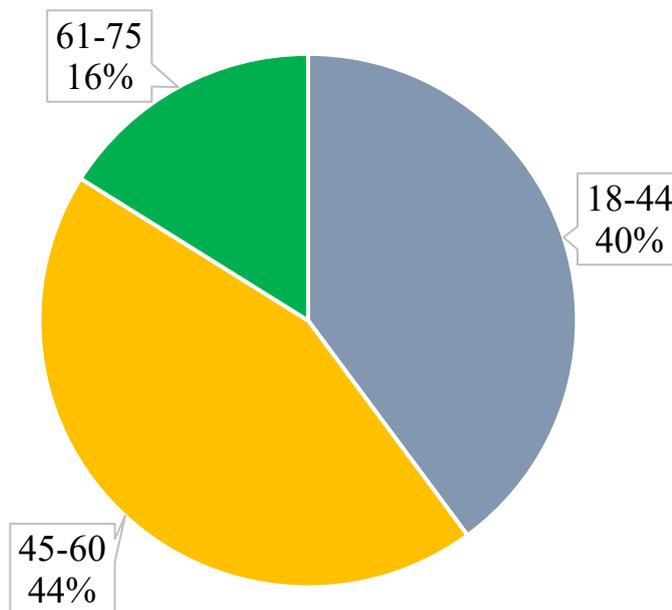


Рис. 2 – Распределение пациентов по возрастным группам

Из исследования исключались пациенты с объемными образованиями желудка и двенадцатиперстной кишки.

Всем пациентам были проведены предварительные методы диагностики (рентгенологические, УЗИ, КТ-, МРТ-исследования, биохимический и общий анализы крови, анализ мочи, ФГДС). С целью установки механизма образования язв изучены факторы риска для каждого пациента (пол, возраст, физические привычки, курение, гиперлипидемия, диспептические расстройства, хронические заболевания).

Для компактного описания данных применялась описательная статистика – представление результатов с помощью различных агрегированных показателей: медианы (Me), верхнего и нижнего квартилей (25%; 75%), максимального (Max) и минимального (Min), объема выборки (n), процентной доли (%).

Сравнения по одному признаку проводились с достоверностью не менее 95% (уровнем значимости (α), равным 0,05, и вероятностью ошибки (p) рабочей гипотезы, меньшей, либо равной 0,05). За нулевую гипотезу принималось утверждение, что наблюдаемые различия между одноименными характеристиками в исследуемых группах находятся в пределах случайных отклонений, то есть различие не достоверно.

Статистическая обработка проводилась при помощи программного обеспечения Microsoft Excel и Statistica 10.0.

Результаты и их обсуждение. По локализации язвы были выявлены: в 137 (71,0%) случаях в двенадцатиперстной кишке и в 56 (29,0%) случаях в желудке.

Операция потребовалась в 183 (94,81%) из 193 случаях, что говорит о хирургическом методе лечения, как преобладающем при данном заболевании.

Из 183 случаев лапароскопическая операция была проведена в 94 (51,4%) случаях. Ушивание перфоративной язвы лапароскопически проводилось в 69 случаях (73,4%), из них 44 операций (63,8%) были проведены на двенадцатиперстной кишке и 25 (36,2%) на желудке.

Лапароскопическое иссечение проводилось в 25 случаях (26,6%). Из них 19 (76,0%) на двенадцатиперстной кишке и 6 (24,0%) на желудке.

Иссечения, как правило, сопровождалась пилоропластикой либо дуоденопластикой: в 3 лапароскопических случаях (12,0%) выполнялась пластика по Гейнеке-Микуличу, в 13 лапароскопических случаях (52,0%) – по Джадду

Средняя продолжительность лапароскопических вмешательств на двенадцатиперстной кишке составила – 105,5 [71 – 130] минут, средняя длительность лапароскопических вмешательств на желудке составила – 109,3 [80 – 142] минуты.

Из 183 случаев лапаротомная операция была проведена в 89 (48,6%) случаях.

Ушивание перфоративной язвы лапаротомно проводилось в 57 случаях (64,0%), из них 47 операций (82,5%) были проведены на двенадцатиперстной кишке и 10 (17,5%) на желудке.

Лапаротомическое иссечение проводилось в 25 случаях (28,2%). Из них 19 (76,0%) на двенадцатиперстной кишке и 6 (24,0%) на желудке.

При лапаротомном иссечении, операции сопровождалась пилоропластикой либо дуоденопластикой: в 8 случаях (32%) из 25 выполнялась пластика по Гейнеке-Микуличу, в 16 случаях (64%) из 25 – по Джадду

Резекция желудка по Бильрот I была выполнена 5 пациентам (5,6%), по Бильрот II – двум (2,2%).

Средняя длительность лапаротомических операций на двенадцатиперстной кишке составила – 117,5 [102 – 184] минут, средняя длительность лапаротомических операций на желудке – 121,1 [102 – 184] минут.

Послеоперационных осложнений нами не было выявлено, все пациенты после проведенного оперативного вмешательства находились в стационаре не более 15 суток.

При применении лапароскопического метода среднее количество дней, проведенных в стационаре после операции, составило 8 ± 1 . При использовании лапаротомического метода среднее количество проведенных в стационаре дней составило 10 ± 2 . Летальность составила 1,6%.

Заключение:

1 Язвы чаще возникают в двенадцатиперстной кишке, примерно в 71,35% случаев, что свидетельствует о высокой частоте данного заболевания.

2 183 (94,81%) пациентам с перфоративными гастродуоденальными язвами потребовалось хирургическое вмешательство, что указывает на распространенность хирургического метода лечения.

3 Всего 183 пациентам было выполнено 94 (51,4%) лапароскопических и 89 (48,6%) лапаротомических операций, что говорит о небольшом преобладании лапароскопического метода, как наиболее оптимального. Лапаротомия выполнялась тогда, когда имелись серьезные показания к открытой операции, не позволявшие выполнять лапароскопическое ушивание или иссечение прободной язвы.

4 Средняя продолжительность лапароскопических вмешательств существенно меньше, чем при лапаротомии.

5 Продолжительность нахождения в стационаре после лапароскопической операции существенно меньше, чем после лапаротомии. Это говорит об экономической выгоде лапароскопического метода не только с точки зрения стоимости анестезиологического пособия, работы операционной, сокращение срока пребывания в палате интенсивной терапии, оплаты труда персонала, но и с позиции снижения временной нетрудоспособности пациента и быстрого возвращения к обычному образу жизни.

Информация о внедрении результатов исследования. По результатам настоящего исследования опубликовано 2 статьи в сборниках материалов, 3 тезисов докладов, получено 4 акта внедрения в образовательный процесс (кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии, нормальной анатомии, патологической анатомии и общей хирургии БГМУ).

Литература

1. Сацукевич В. Н. Хирургическое лечение прободных гастродуоденальных язв //Хирургия. – 2001. – Т. 5. – С. 24-27.

2. Сажин А.В., Ивахов Г.Б., Страдымов Е.А., Петухов В.А. Хирургическое лечение перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненных распространенным перитонитом: лапаротомия или лапароскопия? (Сообщение 1). Эндоскопическая хирургия. 2019;25(3):51-58.

3. Жерлов Г. К. Современные тенденции диагностики и лечения гастродуоденальных язв //Бюллетень сибирской медицины. – 2003. – Т. 2. – №. 4. – С. 5-14.

4. Курбонов К. М. и др. Современные аспекты диагностики и хирургического лечения больных с перфорацией хронических гастродуоденальных язв //Анналы хирургии. – 2012. – №. 5. – С. 31-36.