

**МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ
ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ:
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ЗА 8 ЛЕТ**

*Куделич О.А., Василевич А.П., Карман А.Д., Неверов П.С., Есепкин А.В.,
Альнадфа М.Н., Францкевич Д.В.*

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
УЗ «10-я городская клиническая больница», Минск*

Актуальность. В хирургическом лечении пациентов с перфоративной гастродуоденальной язвой выбор методики вмешательства до сих пор остаются предметом обсуждения. Использование различных вариантов лапароскопических методов лечения, в сочетании с эффективным медикаментозным воздействием на патологический процесс, завоевывает с каждым годом все большее число сторонников среди хирургов.

Цель. Оценить результаты лапароскопического метода лечения больных с перфоративной гастродуоденальной язвой.

Материал и методы. Ретроспективно проанализированы результаты лечения 214 пациентов с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, находившихся на лечении в 1-м хирургическом отделении УЗ «10 ГКБ г. Минска» за период с 2012 по 2020 гг. Средний возраст пациентов составил $42,5 \pm 15,9$ лет ($M \pm m$) (с широкой вариацией от 25 до 72 лет). Мужчин было 170 (79,4%), женщин – 44 (20,6%), соотношение женщин и мужчин составило 1:3,86.

При выполнении операции мы учитывали язвенный анамнез, время с момента перфорации до поступления больных в стационар, характер и распро-

страненность перитонита, возраст больных и сопутствующие заболевания, локализацию, характер язвы, а также наличие других осложнений (пенетрация, стеноз, кровотечения). Окончательное решение при выборе хирургического пособия принимали после диагностической видеолапароскопии, определения характера, распространенности и фазы перитонита.

Статистическая обработка полученных в исследовании результатов производилась с помощью программы Statistica 7.0 «StatSoft Inc.».

Результаты и обсуждение. Иссечение прободной язвы с последующей пилоро- или дуоденопластикой было выполнено у 165 (77,1%) пациентов, резекция желудка – у 7 (3,3%), лапароскопический метод лечения был применен в 42 (19,6%) случаях. У всех больных диагноз перфорации полого органа сомнений не вызывал и был поставлен в дооперационном периоде на основании клинико-рентгенологических данных. С целью уточнения диагноза, кроме клинического обследования и обзорной рентгенографии брюшной полости, всем пациентам проведена экстренная эзофагогастродуоденоскопия. Она позволила нам определить локализацию язвы, ее характер, размеры, а также исключить или выявить наличие второй язвы на противоположной стенке двенадцатиперстной кишки и желудка. Наличие неосложненной «зеркальной» дуоденальной язвы не являлось противопоказанием к лапароскопическому методу лечения.

Из 42 (19,6%) пациентов, которым выполнено лапароскопическое ушивание перфоративных язв, мужчин было 35 (83,3%), женщин – 7 (16,7%). Все больные оперированы в первые часы с момента поступления в клинику. У всех пациентов перитонит с перфоративной язвой находился в реактивной фазе и анамнез не был отягощен тяжелыми сопутствующими заболеваниями, специальная подготовка, направленная на коррекцию гомеостаза, не проводилась. Ушивание перфоративного дефекта производилось путем наложения 2-3 серозно-мышечно-подслизистых швов с интракорпоральным формированием узлов и применением рассасывающегося шовного материала, с фиксацией к линии швов пряди большого сальника. При накладывании швов вкол иглы проводили в 5 мм от края язвенного дефекта, выкол – в области перфоративного отверстия. Физическая герметичность швов проверялась методом пневмогастропрессии через назогастральный зонд при заполненном изотоническим раствором натрия хлорида подпеченочном пространстве. В послеоперационном периоде проводилось стандартное лечение: инфузионная, антибактериальная терапия, ингибиторы протонной помпы, аспирация желудочного содержимого, для обезболивания использовались ненаркотические анальгетики. Больные после эндовидеохирургического метода лечения к концу 1-х суток были активны- самостоятельно поднимались с постели, болевой синдром у них практически отсутствовал, нуждались в анальгетиках только в 1-2-е сутки. В наших наблюдениях осложнение возникло у 1 пациента – кровотечение из острой язвы малых размеров задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки. Гемостаз был достигнут эндоскопическим методом. Повторной операции не понадобилось.

Современный многопрофильный стационар - мультидисциплинарный подход к пациенту : материалы науч.-практ. конф., посвящ. 35-летию УЗ «10-я городская клиническая больница», Минск, 22 мая 2020 г.

Средняя продолжительность операции составила $121,7 \pm 50,2$ минут ($M \pm m$) (с широкой вариацией от 40 до 370 минут). В группе пациентов, которым выполнялось лапароскопическое ушивание перфоративной язвы среднее время оперативного вмешательства составило $106,4 \pm 28,5$ минут ($M \pm m$) (min-max.: 60-170 минут). У пациентов, которым хирургическое вмешательство проводилось по открытой традиционной методике средняя продолжительность операции была длиннее и составила $124,3 \pm 53,1$ ($M \pm m$) (min-max.: 40-370 минут; $P < 0,05$).

Средняя длительность пребывания больных в стационаре составила $11,5 \pm 9,2$ койко-дня ($M \pm m$) (с широкой вариацией от 5 до 69 койко-дня). В группе пациентов, которым применялось лапароскопическое ушивание перфоративной язвы этот показатель составил $6,7 \pm 1,3$ ($M \pm m$) (min-max.: 5-12 койко-дня). У пациентов, которым хирургическое лечение проводилось по традиционной методике средний койко-день был в два раза больше и составил $12,4 \pm 9,7$ ($M \pm m$) (min-max.: 5-69 койко-дня; $P < 0,05$).

Выводы. 1. Выбор метода ушивания перфоративной дуоденальной язвы в настоящее время следует определять, учитывая сроки заболевания, данные фиброгастродуоденоскопии, техническую оснащенность хирургического стационара, эндохирургическую подготовку специалиста. 2. Малоинвазивный метод лечения позволяет значительно уменьшить болевую реакцию в раннем послеоперационном периоде, ускорить послеоперационную реабилитацию пациентов и в 1,85 раза сократить сроки лечения в хирургическом стационаре (с 12,4 до 6,7 койко-дня).