

Сокольчук Д. И., Грибок А. С.

ЭНДОВИДЕОСКОПИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Большов А. В.

2-я кафедра хирургических болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Перфорация является вторым после кровотечения по частоте осложнением язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Согласно статистическим данным Республики Беларусь, в 2019 году по поводу прободной язвы желудка и ДПК прооперировано всего 1058 пациентов, послеоперационная летальность составила 4,82% (51 пациент). В связи с широким внедрением в медицину малоинвазивных методик в современной хирургической практике остается открытым вопрос о выборе способа хирургического лечения пациентов с перфорацией гастродуоденальных язв.

Цель: изучить результаты хирургического лечения пациентов с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ 81 медицинской карты стационарных пациентов, находившихся на лечении в УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Минска» в период с 2017 по 2020 гг. с диагнозом язва желудка и ДПК с прободением. Критерии отбора пациентов: возраст пациентов до 60 лет, госпитализация в течение нескольких часов, отсутствие тяжелой сопутствующей патологии, локализация перфорации на передней стенке желудка и ДПК, размер дефекта до 10 мм, отсутствие выраженного перитонита и других осложнений гастродуоденальных язв. После отбора пациентов, соответствующих вышеуказанным критериям, было сформировано две группы: пациенты, которым оперативное вмешательство выполнено лапароскопическим способом (20 человек) и пациенты, которым операция выполнена лапаротомически (61 человек).

Статистический анализ полученных данных выполнен с помощью программы Microsoft Excel.

Результаты и их обсуждение. Среди исследуемых пациентов мужчины составляют 85% (69 человек), женщины – 15% (12 человек). Средний возраст – 37,7±8,32 лет (Me=39 лет). Средняя длительность оперативного вмешательства при лапароскопическом ушивании составила 97,1±30,44 мин (Me=87,5 мин), а при лапаротомии – 75,3±20,74 мин (Me=70 мин). У 6 пациентов лапароскопия завершилась конверсией. Среднее число койко-дней среди пациентов с лапароскопией – 8,15±1,86 дней (Me=8 дней), что равно среднему числу койко-дней после лапаротомии – 8,7±1,48 дней (Me=8 дней). Средняя длительность сохранения послеоперационных дренажей и отделяемого по ним составила 5,79±1,17 дней (Me=6 дней) после лапароскопического лечения и 5,65±0,93 дней (Me=8 дней) после «открытой» операции. Средняя длительность постановки назогастрального зонда после лапароскопии составила 1,93±0,62 дня (Me=2 дня) и 2,4±0,62 дня (Me=2 дня) после лапаротомии. Количество пациентов, находившихся в отделении реанимации после оперативного вмешательства: 2 случая (10%) после лапароскопического ушивания, 19 (31%) – после традиционного оперативного вмешательства. Осложнения в послеоперационном периоде развились только в 2 случаях (3,28%) после проведения лапаротомии, чего не было отмечено среди пациентов при лапароскопическом лечении. Летальность среди отобранных пациентов отсутствует.

Выводы. Использование лапароскопии в хирургическом лечении прободной язвы желудка и ДПК безопасно и не менее эффективно, чем «открытая» хирургия. Лапароскопическое ушивание прободной язвы желудка и ДПК может являться операцией выбора только при наличии соответствующих показаний. Следовательно, полностью вытеснить сегодня традиционный метод хирургического лечения лапароскопии не предоставляется возможным.