

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ: АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ЗА 11 ЛЕТ

¹Куделич О.А., ¹Василевич А.П., ¹Неверов П.С., ²Есепкин А.В.,
²Альнадфа М.Н., ²Тихоновец А.Н., ²Швайбович И.Е.

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
²УЗ «10-я городская клиническая больница»,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Выбор метода ушивания перфоративной дуоденальной язвы в настоящее время следует определять, учитывая сроки от момента перфорации, данные эзофагогастродуоденоскопии, техническую оснащенность операционной, эндохирургическую подготовку хирурга. Малоинвазивный метод лечения позволяет значительно уменьшить болевой синдром в раннем послеоперационном периоде, ускорить послеоперационную реабилитацию пациентов и сократить сроки лечения в хирургическом стационаре.

В статье представлен анализ результатов хирургического лечения пациентов с прободной язвой за 11 лет.

Цель исследования: оценить результаты лапароскопического метода лечения пациентов с перфоративной гастродуоденальной язвой.

Материал и методы. Ретроспективно проанализированы результаты лечения 297 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 2023 гг. Средний возраст пациентов составил $48,4 \pm 18,3$ лет ($M \pm m$) (min-max.: 18-95). Мужчин было 230 (77,4%), женщин – 67 (22,6%), соотношение женщин и мужчин составило 1:3,43. Пациенты трудоспособного возраста составили 73,1% (217).

При выполнении операции мы учитывали длительность язвенного анамнеза, время с момента перфорации до поступления больных в стационар, возраст, наличие и выраженность сопутствующих заболеваний, локализацию, характер язвы, а также наличие других осложнений (пенетрация, стеноз, кровотечение). 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 IBM SPSS Statistics 23.

Результаты и обсуждение. Иссечение прободной язвы с последующей пилоро- или дуоденопластикой было выполнено у 191 (64,3%) пациентов, ушивание язвы – у 21 (7,1%), резекция желудка – у 17 (5,7%), лапароскопический метод лечения был применен в 68 (22,9%) случаях. У всех больных диагноз перфорации полого органа не вызывал сомнений. Кроме клинического обследования и обзорной рентгенографии брюшной полости, с целью уточнения диагноза всем пациентам проведена экстренная эзофагогастродуоденоскопия. Она позволила нам определить характер и локализацию язвы, ее размеры, а также исключить или выявить наличие второй язвы на противоположной стенке двенадцатиперстной кишки. Наличие неосложненной «зеркальной» дуоденальной язвы не являлось противопоказанием к лапароскопическому методу лечения.

В зависимости от вида выполненной операции пациенты были разделены на две группы: 1-я – лапароскопическое вмешательство (68 пациентов); 2-я – открытое оперативное лечение (229 пациентов).

Из 68 пациентов, которым выполнено лапароскопическое ушивание перфоративных язв, мужчин было 54 (79,4%), женщин – 14 (20,6%). Все больные оперированы в первые часы с момента поступления в клинику. У всех пациентов имела место реактивная фаза перитонита, 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 инфузионная, антибактериальная терапия, антисекреторная терапия

(ингибиторы протонной помпы парентерально), аспирация желудочного содержимого, обезболивание ненаркотическими анальгетиками. Больные после эндовидеохирургического метода лечения к исходу 1-х суток активизировались, болевой синдром у них практически отсутствовал, нуждались в анальгетиках только в 1-2-е сутки. В наших наблюдениях осложнение возникло у 1 (1,5%) пациента – кровотечение из острой язвы малых размеров задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки. Гемостаз был достигнут эндоскопическим методом. Повторной операции не понадобилось.

Во 2-й группе мужчин было 176 (76,9%), женщин – 53 (23,1). Сравнение групп по половому составу не выявило существенной разницы ($p=0,922$).

Корреляционному анализу был также подвергнут возраст прооперированных пациентов. В 1-й группе средний возраст ($40,9\pm 12,1$ лет) достоверно отличался от такового ($50,6\pm 19,3$ лет) в группе пациентов, которым было выполнено открытое оперативное вмешательство ($p<0,05$).

Также нами проанализирована средняя продолжительность операции и средний койко-день у больных в обеих группах.

В группе пациентов, которым выполнялось лапароскопическое ушивание перфоративной язвы среднее время оперативного вмешательства составило $100,0\pm 34,6$ минут ($M\pm m$) (min-max.: 45-235 минут). У пациентов, которым хирургическое вмешательство проводилось по открытой традиционной методике средняя продолжительность операции была длиннее и составила $139,2\pm 67,7$ ($M\pm m$) (min-max.: 40-370 минут; $p<0,05$). Частота развития послеоперационных осложнений у пациентов 2-й группы (кровотечение из зоны пластики, несостоятельность зоны пластики, стенозирование зоны пластики, несостоятельность культи 12-перстной кишки) была несколько выше – 1,75%, однако без достоверных различий между группами ($p>0,05$).

Средняя длительность пребывания больных в стационаре в 1-й группе составила $7,0\pm 3,2$ ($M\pm m$) (min-max.: 1-14 койко-дня). У пациентов, которым хирургическое лечение проводилось по традиционной методике средний койко-день был в два раза больше и составил $12,9\pm 9,5$ ($M\pm m$) (min-max.: 5-69 койко-дня; $p<0,05$). Это обусловлено более поздней активизацией пациентов (не ранее ис-

хода 2-х суток), большей выраженностью болевого синдрома и потребностью в назначении наркотических (промедол каждые 8 часов в течение первых суток) и ненаркотических анальгетиков (НПВС в течение последующих 3-5 суток), более длительным заживлением лапаротомной раны. Указанные различия между группами достоверны ($p < 0,05$).

Выводы:

1. Показанием к лапароскопическому ушиванию перфоративной дуоденальной язвы в настоящее время следует считать малый срок от начала заболевания, отсутствие других осложнений язвы, достаточную техническую оснащенность хирургического стационара, адекватную эндохирургическую подготовку специалиста.

2. Малоинвазивный метод лечения позволяет значительно уменьшить болевую реакцию в раннем послеоперационном периоде, ускорить послеоперационную реабилитацию пациентов и сократить сроки лечения в хирургическом стационаре.

3. Хронические гастродуоденальные язвы со множественными осложнениями по-прежнему требуют выполнения открытых хирургических вмешательств.