

НАШ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО УШИВАНИЯ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

¹Говор К.А., ¹Климук С.А., ²Новикова Н.М., ²Гацко Д.А.,
¹Семенчук И.Д., ¹Дорох Н.Н.

¹ УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

²УЗ «5-я городская клиническая больница»,

г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Перфоративная язва (ПЯ) — заболевание, при частота хирургического вмешательства составляет примерно 3–10 на 100 000 населения, заболевание, при котором 30-дневная смертность достигает 20%, а 90-дневная смертность – 30%. Возможность ранней диагностики ПЯ и развитие миниинвазивной оперативной техники делает привлекательной лапароскопическую санацию прободения, которая может позволить снизить частоту неблагоприятных событий, связанных с абдоминальной раной и поздней активацией пациентов, а также разного рода легочными осложнениями, в том числе при присоединении COVID19-инфекции.

Цель исследования: оценить исходы лапароскопического ушивания (ЛУ) ПЯ у пациентов, оперированных в условиях УЗ 5 ГКБ г. Минска.

Материал и методы. Среди пациентов, поступивших на стационарное лечение с января 2020 года по январь 2023 года (включая период пандемии COVID-19) в экстренном порядке были отобраны 85 пациентов, прооперированных на желудке и ДПК по поводу перфорации язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Из них было 30 женщин и 55 мужчин. Всего лапаротомным доступом прооперировано 70 человек, лапароскопически – 15. Статистическая обработка – Microsoft Excel 2013.

Результаты и обсуждение. Возрастной диапазон 85 пациентов составил: среди женщин самой молодой пациентке было 34 года, а самой возрастной – 94 (средний возраст составил 60 лет). Что касается пациентов мужского пола, то самому молодому было 19 лет, а самому возрастному – 79 лет (средний

возраст – 45 лет). Таким образом, «типичным» пациентом с ПЯ был мужчина около 45 лет. Время от начала симптоматики до поступления (и до операции) у пациентов с ЛУ значительно не отличалось от пациентов с лапаротомным доступом. На выбор методики в большей степени влияло наличие относительных противопоказаний к лапароскопии (ранее выполненные операции на верхнем этаже брюшной полости), а также наличие опыта дежурного хирурга в выполнении ЛУ. В трех случаях лапароскопический доступ был изначально выбран для диагностической процедуры при неясности диагноза (все случаи завершены ЛУ). Пациенты группы ЛУ были значительно ($p < 0.05$) моложе – средний возраст 41 год против 48 из лапаротомного доступа. Койко-день в группе лапароскопии также был ниже (незначимо) – 11,36 дней против 13,10 дня. Средняя продолжительность операции не отличалась значительно в группе ЛУ (2 часа 14 минут) и лапаротомии (2 часа 4 минуты), что мы связываем с кривой обучения персонала, а также тремя случаями конверсии из лапароскопии в лапаротомию (итоговая регистрация – в группу лапаротомии). По локализации язвы перфоративное отверстие примерно в 2/3 случаев (10 из 15 случаев) располагалось на передней стенке луковицы ДПК в группе ЛУ, прочие – в пилорическом отделе желудка. В группе лапаротомии у 47 из 70 пациентов имели ПЯ с локализацией в области ДПК. Всего в течение 30 дней умер 1 человек в группе ЛУ и 14 человек в группе лапаротомии, при этом все умершие скончались от нехирургических состояний, преимущественно от COVID-19-инфекции. Ни один из пациентов с конверсией доступа не умер.

Заключение. Лапароскопическая операция при ПЯ прочно входит в практику хирургических отделений и представляет собой привлекательную альтернативу традиционной лапаротомной технике. Ранняя фаза кривой обучения хирурга не предполагает наличия преимущества в виде сокращения времени операции и наркоза, но даже в нашей выборке имеется явное преимущество в виде меньшей частоты летальных исходов при лапароскопическом доступе в условиях эпидемиологической ситуации высокого риска легочных осложнений, которые, как известно, нередко сопутствуют открытым операциям на брюшной полости.