

**ВЫБОР ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ
ПРОБОДНЫХ ЯЗВАХ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ
КИШКИ В УСЛОВИЯХ ПЕРИТОНИТА**

Гарелик П.В., Милешко М.И., Цилиндзь И.Т.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, РБ

**THE CHOICE OF A VIDEO ENDOSCOPIC AID FOR PERFORATED
ULCERS OF THE STOMACH AND DUODENUM IN CONDITIONS OF
PERITONITIS**

Garelik P.V., Mileshko M.I., Cylyndz I.T.

EI «Grodno State Medical University» Grodno, RB

Введение. Несмотря на успехи медикаментозного лечения язвенной болезни такое её осложнение как прободение по-прежнему встречается достаточно часто. Основным методом хирургического лечения прободной язвы как желудка, так и двенадцатиперстной кишки является её ушивание. В последние десятилетия в связи с развитием видеоэндоскопии всё чаще применяется лапароскопический метод ушивания. Как известно ушивание прободной язвы производится в условиях перитонита, который имеется практически у всех пациентов. Актуальным считается выбор способа ушивания язвы во время лапароскопии в зависимости от вида перитонита, размеров язвы и других её характеристик.

Цель. Определить эффективность различных способов ушивания прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки во время лапароскопии в зависимости от характера перитонита и размеров прободного отверстия.

Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ результатов лапароскопического лечения перитонита при прободных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки у 132 пациентов, находившихся на лечении в клинике общей хирургии, расположенной на базе УЗ «ГКБ № 4 г. Гродно», за последние 10 лет (2014-2023 гг.). Мужчин было 99 (75%), женщин - 33 (25%) в возрасте от 19 до 91 года. Язвенный анамнез имелся только у 26 (19,7%) человек, у большинства (106 пациентов – 80,3%) он отсутствовал. Клиника перитонита при поступлении имелась у всех пациентов, но разной степени выраженности, и симптомы его зависели от времени, прошедшего с момента наступления прободения.

Диагностика прободной язвы не представляла большой сложности. Наряду с клинической картиной наиболее информативными диагностическими мероприятиями была ФГДС и обзорный рентгенологический снимок брюшной полости.

Результаты и обсуждение. Общее состояние большинства пациентов расценивалось как тяжёлое. У всех их, без исключения, имелась клиника перитонита. Однако у 126 (95,5%) человек стадию развития перитонита можно было охарактеризовать как реактивную, токсическая стадия перитонита имелась у 6 (4,5%) человек. Ещё у 12 (9,1%) пациентов имелась

тяжёлая сопутствующая патология, что значительно отягощало состояние пациентов. Таким образом у 18 человек (13,6%) с интоксикацией и сопутствующей патологией проводилась кратковременная предоперационная подготовка (до 2 часов) в условиях отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии. У 115 человек (87,1%) операция начата с лапароскопии, у 17 (12,9%) пациентов с лапаротомии. Во время операции определяли распространённость перитонита и характер содержимого брюшной полости. При этом оказалось, что местный серозно-фибринозный перитонит имелся у 73 (55,3%) человек, распространённый серозно-фибринозный перитонит встретился у 53 (40,2%) пациентов и распространённый гнойный у 6 (4,5%).

Наряду с характером перитонита при выборе способа ушивания прободной язвы определяли диаметр прободного отверстия и состояние тканей стенки желудка или двенадцатиперстной кишки прилежащих к язве. Оказалось, что диаметр у прободного отверстия до 2 мм имелся у 72 чел., в этих случаях его ушивание производили одним швом нитью ПГА атравматичной иглой. При этом у 20 пациентов накладывали П-образный шов, а у 52 – обычный серозно-мышечный шов. У 37 человек прободное отверстие было диаметром от 2 до 5 мм. Им ушивание производилось двумя (27 человек) или тремя (12 человек) серозно-мышечными швами. При наличии прободного отверстия большого диаметра (от 5 до 10 мм), что встретилось у 21 пациента, у 5 человек с инфильтрированными тканями вокруг язвы удалось произвести ушивание лапароскопически четырьмя серозно-мышечными швами. У остальных 16 пациентов производилась лапаротомия с ушиванием двухрядными серозно-мышечными швами. У одного из этих пациентов в связи с прорезыванием швов произведено ушивание прободного отверстия по методу Поликарпова. Отдельные хирурги иногда практиковали к ушитому прободному отверстию этими же самыми нитями подвязывание небольшой пряди большого сальника. Судить об эффективности этого дополнительного пособия достаточно сложно.

Интраоперационное лечение перитонита заключалось в промывании брюшной полости антисептиком, чаще фурацилином, до светлого раствора с последующей тщательной аспирацией промывающей жидкости. Операция завершалась дренированием брюшной полости 4 хлорвиниловыми трубками.

Медикаментозное (в том числе антибактериальное) лечение перитонита продолжалось в отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии. У 6 пациентов с гнойным перитонитом применялись методы детоксикации (гемосорбция или плазмаферез). У подавляющего числа пациентов перитонит купировался в течение 1-3 дней, у 1 пациента с тотальным гнойным перитонитом для лечения применялась программированная лапаростомия. У отдельных пациентов (5 человек) с трудноушитыми прободными язвами лапароскопическим путём сразу после операции желудочный зонд подсоединяли к отсосу с постоянной аспирацией

(типа метода Тейлора). Создание отрицательного давления в просвете желудка, возможно, способствовало герметизации ушитого отверстия.

Несостоятельность швов после лапароскопического ушивания прободных язв в период освоения лапароскопической методики наступила у 2 человек: через 16 и 24 часа после операции началось выделение желудочного содержимого по дренажным трубкам. Больные оперированы повторно. Во время лапаротомии имелось подтекание желудочного содержимого через негерметичный серозно-мышечный шов. Произведено повторное ушивание прободной язвы двухрядными швами.

Ещё одно осложнение наступило после ушивания язвы по Поликарпову – несостоятельность швов. Во время релапаротомии произведено повторное ушивание двухрядными швами.

Летальных исходов не было.

Выводы.

- Лапароскопическое ушивание прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки возможно у большинства пациентов. Более чем у половины (54,5%) пациентов достаточным было ушивание одним п-образным или серозно-мышечным швом. Наложение большего количества швов зависит от размеров прободного отверстия и состояния тканей, окружающих прободную язву.

- Перитонит при прободных язвах чаще всего (55,3%) был местным серозно-фибринозным, реже – распространенным серозно-фибринозным (40,2%) и запущенным гнойным распространённым – 4,5% случаев.

- Несостоятельность швов после лапароскопического ушивания прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки составила 1,7%.