

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Бовток Н. Я., Дудко А. А., Гипок В. А., Вальчук А. А., Карукин Д. Я.
УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
УЗ «3 городская клиническая больница им. Е. В. Клумова»,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Язвенная болезнь (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) являются одними из наиболее распространенных заболеваний. Заболеваемость в экономически развитых странах составляет 10–15 %, в менее развитых странах – до 50 %. Перфорация является вторым по частоте, после кровотечения, осложнением, однако смертность от прободения выше в 5 раз. Частота перфораций гастродуоденальных язв составляет 10–15 %, при этом у 0,6–5,5 % больных имеют место повторные перфорации. По данным различных исследований летальность на постсоветском пространстве составляет 5–17,9 %, в некоторых других регионах мира достигает 30 %. В последнее время количество лапароскопических вмешательств достигает 30–45 % от общего количества операций для хирургического лечения прободных язв, однако данные о преимуществах таких вмешательств перед традиционными разнятся, что обуславливает необходимость дальнейшего изучения и анализа этого вопроса.

Цель. Оценить результаты лапароскопических методик оперативного лечения перфоративных язв.

Материалы и методы. В период с 2011 по 2015 гг. в хирургическом отделении УЗ «3 ГКБ им. Е. В. Клумова» оперированы 100 пациентов с перфоративными язвами, которым проводилось ушивание или иссечение с выполнением дуодено- или пилоропластики. Операции были проведены как традиционным, так и лапароскопическим методом.

Результаты и обсуждение. Лапароскопическая операция была выполнена 26 (26,0 %) пациентам, из них у 21 (80,8 %) перфоративное отверстие локализовалось на передней стенке двенадцатиперстной кишки, у 5 (19,2 %) – в пилорическом отделе желудка. Размеры перфоративного отверстия составили от 5 до 10 мм, язвенно-инфильтрационный вал составлял до 10–15 мм.

У 7 (26,9 %) пациентов выявлен местный серозный перитонит, у 14 (53,9 %) выявлен местный и распространенный фибринозный перитонит, у 5 (19,2 %) – местный и распространенный гнойный перитонит. В 19 случаях (73,1 %) выполнено ушивание прободной язвы, в 7 (26,9 %) – иссечение с выполнением дуодено- или пилоропластики. Все операции выполнены до 24 часов с момента перфорации по данным анамнеза. Для ушивания использовались нити викрил и полисорб № 2/0 и 3/0 с применением двухрядного интракорпорального серозно-мышечного шва. В 9 (9,0 %) случаях операции, начатые лапароскопическим мето-

дом, завершены конверсией в связи выявленными изменениями в области перфорации и наличием общего перитонита. В 1 случае в связи с продолжающимся перитонитом при держащих швах на 3 сутки выполнена лапаротомия, потребовавшая санации и дренирования брюшной полости. Дренировали и санировали брюшную полость в соответствии с общепринятыми принципами. В течение 2-х суток проводилась декомпрессия желудка через назогастральный зонд. В послеоперационном периоде проводилась общепринятая медикаментозная терапия. При использовании лапароскопической технологии отсутствовала послеоперационная летальность, интраоперационные и ранние послеоперационные осложнения. Средний койко-день при лапароскопической технологии был на 1,5–2 суток меньше, чем при верхне-срединном доступе.

Выводы. Лапароскопическую технологию оперативного лечения перфоративных гастродуоденальных язв в сочетании с современной противоязвенной терапией следует считать наиболее оптимальной методикой лечения перфоративных гастродуоденальных язв. Применение лапароскопической технологии при наличии различных вариантов перитонита возможно при индивидуальном подходе с учетом распространенности и стадии перитонита и наличия другой сопутствующей патологии.