

**НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО,
ВИДЕОАССИСТИРОВАННОГО МИНИЛАПАРОТОМНОГО И
ЛАПАРОТОМНОГО ВАРИАНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ
ПРОБОДНОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ**

**Курбаниязов Зафар Бабажанович
Заведующий кафедрой хирургических болезней №1 и
трансплантологии, доктор медицинских наук, профессор
Самаркандского государственного медицинского университета**

Резюме. Работа основана на результатах хирургического лечения 152 больных с перфоративной гастродуоденальной язвой. Использование малоинвазивных вмешательств, при правильном отборе пациентов позволяет уменьшить число послеоперационных осложнений с 23,8% до 8,6%, сократить сроки пребывания в стационаре после операции, обеспечить лучшую послеоперационную реабилитацию пациентов. Ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы с использованием миниинвазивных технологий, приводит к хорошим клиническим результатам и безрецидивному течению язвенной болезни в 91,6% случаях.

Ключевые слова. Перфоративная гастродуоденальная язва, ушивание язвы, миниинвазивные технологии.

**IMMEDIATE OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC, VIDEO-ASSISTED
MINILAPAROTOMY, AND LAPAROTOMY APPROACHES FOR
SURGICAL CORRECTION OF PERFORATED GASTRODUODENAL
ULCERS**

**Kurbaniyazov Zafar Babazhanovich
Head of the Department of Surgical Diseases No. 1 and
Transplantology, Doctor of Medical Sciences, Professor
Samarkand State Medical University**

Abstract. The study is based on the results of surgical treatment of 152 patients with perforated gastroduodenal ulcers. The use of minimally invasive interventions, with appropriate patient selection, made it possible to reduce the rate of postoperative complications from 23.8% to 8.6%, shorten the duration of postoperative hospital stay, and ensure better postoperative rehabilitation. Suturing of perforated gastroduodenal ulcers using minimally invasive technologies resulted

in favorable clinical outcomes and a recurrence-free course of peptic ulcer disease in 91.6% of cases.

Keywords: perforated gastroduodenal ulcer, ulcer suturing, minimally invasive technologies.

Актуальность. Лечение больных с прободной гастродуodenальной язвой до настоящего времени остается непростой задачей неотложной абдоминальной хирургии. Ежегодно в мире до 4 миллионов человек заболевают язвенной болезнью. Осложнения язвенной болезни развиваются у 10– 20% больных с язвенным поражением желудка и двенадцатиперстной кишки. Перфорация возникает у 2–14% пациентов с язвенной болезнью. Летальность при прободной язве (мировая статистика) варьирует в пределах 2,5–27%, и до 70% летальности, в популяции больных с язвенной болезнью, обусловлены именно перфорацией. Актуальным остается вопрос выбора объема хирургического вмешательства при прободной гастродуodenальной язве. Доля миниинвазивных операций, используемых в лечении прободной язвы, увеличилась во многих клиниках Узбекистана и за рубежом. Использование миниинвазивных технологий у пациентов с прободными гастродуodenальными язвами имеют ряд ограничений, и могут быть использованы только у тщательно отобранного контингента больных. Исходя из этого, требуется разработать дифференцированные критерии выбора варианта оперативного вмешательства при прободных гастродуodenальных язвах на основании современных диагностических методик.

Цель исследования. Провести сравнительную оценку непосредственных результатов лапароскопического, видеоассистированного комбинированного минилапаротомного и лапаротомного вариантов коррекции прободной язвы.

Материал и методы исследования. Работа основана на результатах хирургического лечения 152 больных с перфоративной гастродуodenальной язвой. Пациенты оперированы в Навоийском филиале РНЦЭМП в период с 2019 по 2023 гг. Возраст исследуемых пациентов варьировал от 18 до 67 лет, средний возраст составил $35,7 \pm 15,4$ лет. Больные трудоспособного возраста составили 137, т.е. 90%. Среди больных с перфоративными гастродуodenальными язвами было 25 (16,5%) женщин и 127 (83,4%) мужчин. Все пациенты поступили в экстренном порядке.

61 (52,6%) пациентам проведено лапароскопическое ушивание перфоративной гастродуodenальной язвы.

В группе из 55 больных, которым выполнили ушивание перфоративной гастродуodenальной язвы из мини-доступа, отмечались следующие трудности перехода на лечебный этап лапароскопического вмешательства: у 15 (27,2%) человек имела место «неудобное» для лапароскопического ушивания расположение язвы, а именно, близкое ее расположение к малой

кривизне желудка. У 14 (25,4%) больных диаметр отверстия составлял более 8-10 мм. У 8 (16,3%) больных имел место плотный инфильтрат в области перфорации, диаметр отверстия более 1,0 см, ввиду чего возникала необходимость накладывать широкие стежки с частичным погружением инфильтрата, лапароскопическим путем это было неосуществимо. У 14 (25,4%) пациентов имелась резко выраженная инфильтрация воспаленных краев перфоративной язвы, при попытке лапароскопического ушивания происходило прорезывание швов, что ставило под сомнение герметизм шва, ввиду чего было принято решение о переходе на ушивание из мини-доступа. У 3 (5,4%) пациентов при выполнении диагностической лапароскопии были выявлены выраженные висцеропариетальные сращения, делающие либо недоступной, либо трудной для санации пилородуоденальную зону, в данном случае так же успешно выполнено ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы из мини-доступа.

Показаниями к видеоассистированному ушиванию перфоративной гастродуоденальной язвы из мини-доступа считали: - отсутствие распространенного перитонита и паралитической кишечной непроходимости; - локализацию перфоративного отверстия по передней стенке органа; - «неудобная» для лапароскопического ушивания локализация язвы; - выраженный спаечный процесс в зоне операции; - отсутствие анамнестических, клинических, эндоскопических, лапароскопических признаков других осложнений язвенной болезни; - отсутствие признаков онкологического процесса в области язвенной перфорации.

За этот же период наблюдений резекция желудка по поводу перфоративной гастродуоденальной язвы выполнена 21 больным. По наличию осложнений больные разделились: - сочетание перфоративной язвы со стенозом выходного отдела желудка-10 (47,6%) пациентов; - сочетание перфоративной язвы желудка с язвенным кровотечением-3 (10,7%) пациента; - перфоративная язва задней стенки желудка с пенетрацией в поджелудочную железу-3 (14,3%) пациента; - гигантская язва луковицы двенадцатиперстной кишки (d более 5 см)- 2 (9,5%) пациента; - перфоративная язва малой кривизны желудка с малигнизацией-3 (14,3%) пациента.

Ваготомия с пилоропластикой при перфоративной гастродуоденальной язве выполнена 15 пациентам. По выполнению дренирующей желудок операций больные разделились следующим образом: - селективная ваготомия с пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу-9 (60%) пациентов; - стволовая ваготомия с пилоропластикой по Финнею-4 (26,6%) пациентов; - стволовая ваготомия с пилородуоденальным анастомозом по Джабулею-2 (13,3%) пациента.

Результаты и их обсуждение. В ближайшем послеоперационном периоде у пациентов, (n=116) которым выполнено ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы миниинвазивным способом, осложнения развились в 12 (10,3%) случаев. Абсцессы брюшной полости развились в 2 (1,7%) случаев. Во всех случаях выполнено пункция и дренирование абсцессов под

УЗИ контролем. Несостоятельность ушитой язвы развилась в 5 (4,3%) случаях, в 3 (2,6%) наблюдениях у больных которым выполнено ушивание язвы из мини-доступа, в 2 (1,7%) случае, у больных которым выполнено лапароскопическое ушивание перфоративной гастродуodenальной язвы. У пациентов основной группы была выполнена релапаротомия резекция желудка по Бильрот-II, у больных контрольной группы была выполнена релапаротомия, иссечение язвы, пилоропластика по Джабулею. Нагноение послеоперационной раны развилось в 3 (2,6%) случаев, у больных основной группы, и в 1(0,8%) случае у больных контрольной группы. Эвентрация пряди большого сальника отмечалась в 2 (1,7%) наблюдениях, в обоих случаях выполнено ушивание эвентрации под внутривенной седацией. Больные выписаны с клиническим улучшением (табл 1).

Таблица 1
Послеоперационные осложнения в зависимости от типа ушивания перфоративной гастродуodenальной язвы

Осложнения	Операция	
	Лапароскопическое ушивание ПГДЯ	Ушивание ПГДЯ из мини-доступа
Абсцесс бр.полости	-	2 (1,7%)
Несостоятельность	2 (1,7%)	3 (2,6%)
Нагноение раны	-	1 (0,8%)
Эвентрация	-	2 (1,7%)
Ранняя спаечная кишечная непроходимость	-	2 (1,7%)
Всего	2 (1,7)	10 (8,6%)

Резекция 2/3 желудка по Бильрот-I произведена у 3 больных. Редкость выполнения данной модификации резекции желудка объясняется наличием выраженной воспалительной инфильтрации в области пилородуodenального перехода, и когда технически невозможно выполнить данную операцию. Резекцию желудка по Бильрот-II выполнялась у 18 больных.

Наибольшее количество осложнений наблюдались после резекции желудка по Бильрот-II-4 (19,1%). В целом после резекции желудка осложнения развились у 5 (23,8%) больных. Абсцесс брюшной полости наблюдался у 1 больного, по локализации располагался в подпеченочном пространстве. Больному было выполнено пункция и дренирование абсцесса с последующим промыванием, выписан с клиническим выздоровлением. Нагноение раны встречали у 1, больному выполнено вскрытие гнойников, ежедневные перевязки с антисептиками, наступило выздоровление. Несостоятельность гастроэнтероанастомоза отмечали у 1 больного, после резекции желудка по Бильрот-II. В данном случае имела место гигантская перфоративная язва луковицы двенадцатиперстной кишки, распространенный фибринозно-гнойный перитонит.

Ближайшие результаты радикальных операций по поводу перфоративной язвы характеризовались большим процентом ранних осложнений-5 (23,8%). Наибольший процент осложнений был у пациентов, которым выполняли резекцию желудка по Бильрот-II (табл. 2).

Таблица 2

Послеоперационные осложнения в зависимости от вида резекции

Осложнения	Операция	
	РЖ по Бильрот-I	РЖ по Бильрот-II
Абсцесс бр.полости	-	1 (4,7%)
Несостоятельность анастомоза	-	1 (4,7%)
Нагноение раны	-	1 (4,7%)
О.панкреатит	1 (4,7%)	1 (4,7%)
Всего	1 (4,7%)	4 (19,1%)

Анализируя результаты лечения больных с перфоративной гастродуоденальной язвой, которым была выполнена органосохраняющая операция с различными видами пилоропластик (n=15), мы пришли к выводу что на исход лечения зависели возраст больных, сроки от начала заболевания, выраженность сопутствующей патологии, выраженность и степень распространенности перитонита и длительность язвенного анамнеза.

Из всего числа оперированных пациентов осложнения развились у 3 (20%) пациентов. Абсцесс брюшной полости наблюдали у 1 больного. Абсцесс располагался в левом поддиафрагмальном пространстве, который успешно пунктирован и дренирован под УЗИ контролем, больной выписан с выздоровлением. Несостоятельность швов встречали у 1 больного, после выполнения пилоропластики по Джабулею. В данном случае несостоятельность была установлена на следующие сутки после операции. Больному по экстренным показаниям была выполнена резекция желудка по Бильрот-II. Нагноение послеоперационной раны наблюдали у 1 больного (Табл.3).

Таблица 3

Послеоперационные осложнения в зависимости от вида операции

Осложнения	Операции			Всего
	Селективная ваготомия с пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу	Стволовая ваготомия с пилоропластикой по Финнею	Стволовая ваготомия с пилородуоденальным анастомозом по Джабулею	
Абсцесс бр.полости	-		1	1
Несостоятельность	1			1
Нагноение раны	-	1		1
Всего	1	1	1	3

Сравнительный анализ отдаленных результатов лечения между больными, которым была выполнена либо паллиативная, либо радикальная

операция показал, что простое ушивание язвы с последующей консервативной терапией дает рецидивы в 9,9% случаев и требует повторных хирургических вмешательств в 5,3% случаев.

У больных перенесших видеоассистированное комбинированное ушивание перфоративной гастродуodenальной язвы, на ФГДС-контроле выявлен рецидив язвы двенадцатиперстной кишки у 5 (6,4%). При проведении контрольной ФГДС у пациентов, перенесших лапароскопическое ушивание перфоративной гастродуodenальной язвы, у 6 (10,9%) выявлен рецидив язвенной болезни.

Выводы.

1. Выбор метода хирургического лечения прободной гастродуodenальной язвы основывается на интегральной оценке тяжести состояния больных, размеров и выраженности воспалительных изменений области перфоративного отверстия. Данный лечебно-диагностический алгоритм позволил уйти от выполнения конверсий при лапароскопических вмешательствах.

2. Использование малоинвазивных вмешательств, при правильном отборе пациентов позволяет уменьшить число послеоперационных осложнений с 23,8% до 8,6%, сократить сроки пребывания в стационаре обеспечить лучшую послеоперационную реабилитацию пациентов. Ушивание перфоративной гастродуodenальной язвы с использованием миниинвазивных технологий, приводит к хорошим клиническим результатам и безрецидивному течению язвенной болезни в 91,6% случаях.

Литература.

1. Абдуллаев Э.Г., Феденко В.В., Александров А.И. Использование эндомедиохирургии и малоинвазивных методов в лечении перфоративных гастродуodenальных язв. // Эндоскоп.хирургия.-2011.-№3.-С.8-10
2. Избасаров Р.Ж. Лапароскопическое ушивание перфоративных гастродуodenальных язв // Эндоскопическая хирургия.-2013.-№2.-С. 15- 17
3. Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Асраров А.А., Маткулиев У.И., Ашурев Ш.Э., Абдуллаев Ж.С., Хусинов Д.О. Эндоскопическое клиппирование при кровотечениях из пептических язв // Медицинский журнал Узбекистана. – 2016. – № 4. – С. 2-5.
4. Сажин В.П. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки. Национальные клинические рекомендации // Программный доклад XVIII съезда РОЭХ. М.: 2015.-35 с.
5. Хаджибаев А.М., Пулатов Д.Т., Тилемисов С.О. Фурацилиновая проба при диагностике прикрытых перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Вестник экстренной медицины. 2018; 5-8.
6. Шулутко А.М., Данилов А.И., Буров К.В. Прободная пилородуodenальная язва: ушивание или комбинированное хирургическое лечение? // Росс.мед.журнал.-2005г.-№2.-С. 17-20
7. Bertleff M. J., Lange J. F. Laparoscopic correction of perforated peptic ulcer: first choice? A review of literature // Surg. Endosc. - 2019. - Vol. 24. - P.

1231–1239.

8. Kuwabara K. et al. Community-based evaluation of laparoscopic versus open simple closure of perforated peptic ulcer // World J.Surg.-2020.-Vol.35.- P. 2485-2492.
9. Lee C.W., Sarosi G.A. Emergency ulcer surgery // The surgical clinics of North America.-2021.-Vol.91(5).-P.1001-1013
10. Sauerland S., Agresta F., Bergamaschi R. et al. Laparoscopy for abdominal emergencies: evidence-based guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery // Surg. Endosc.- 2019.- Vol.20, № 1. - P. 14–29.