

**КРИТЕРИИ ВЫБОРА ВАРИАНТА ОПЕРАТИВНОГО
ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПРОБОДНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ
ЯЗВАХ НА ОСНОВЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И
ВИДЕОАССИСТИРОВАННЫХ КОМБИНИРОВАННЫХ МЕТОДИК**

**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 116 больных с перфоративной гастродуоденальной язвой. Ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы с использованием миниинвазивных технологий, в комплексе с современной послеоперационной противоязвенной терапией, приводит к хорошим клиническим результатам и безрецидивному течению язвенной болезни в 91,6% случаях. У пациентов, перенесших лапароскопическое и видеоассистированное комбинированное ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы, по шкале Visik, преобладают отличный (88,6% и 85%) и хороший (4,5% и 7,5%) результаты, что доказывает преимущество ушивания язвы из минидоступа, при невозможности выполнения лапароскопического вмешательства.

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

**CRITERIA FOR SELECTING THE TYPE OF SURGICAL
INTERVENTION IN PERFORATED GASTRODUODENAL ULCERS
BASED ON LAPAROSCOPIC AND VIDEO-ASSISTED COMBINED
TECHNIQUES**

**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 116 patients with perforated gastroduodenal ulcers. Suturing of perforated gastroduodenal ulcers using minimally invasive technologies, in combination with

modern postoperative anti-ulcer therapy, leads to favorable clinical outcomes and a recurrence-free course of peptic ulcer disease in 91.6% of cases. According to the Visick scale, patients who underwent laparoscopic and video-assisted combined suturing of perforated gastroduodenal ulcers predominantly demonstrated excellent (88.6% and 85%) and good (4.5% and 7.5%) outcomes, which confirms the advantages of ulcer suturing through a mini-access when laparoscopic intervention is not feasible.

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

Актуальность. Перфоративная язва продолжает занимать ведущие место в структуре летальности при язвенной болезни, которая уже многие годы составляет от 5 до 17%. В зависимости от различных клинических ситуаций применяется разнообразная хирургическая тактика в лечении пациентов с перфоративной гастродуоденальной язвой. Показания к операциям при перфоративной язве, выбор методики и техники оперативного вмешательства до сих пор остаются предметом обсуждения (Хакимов М.Ш., 2020). В Узбекистане хирургическая тактика при прободной гастродуоденальной язве разнообразна. Наиболее часто применяется операция простого ушивания перфорации, как наиболее простая и надежная, позволяющая спасти жизнь пациенту. Выполнение ваготомии с пилоропластикой или дистальной резекции желудка, как наиболее радикальных методов лечения при прободной язве, ограничивается временем давности заболевания, степенью распространенности перитонита, тяжестью состояния больного, сопровождается высокой частотой послеоперационных осложнений и летальностью. В случае, когда перфоративное отверстие большое (более 2 см) или воспалительные ткани вокруг рыхлые, бывает проблематично добиться безопасного заживления ушитой язвы первичным натяжением. Если первая попытка закрытия дефекта оказалась неудачной, вторая также может быть несостоятельной, в таких случаях переход на резекцию желудка будет более безопасным вариантом.

С внедрением инновационных технологий одним из вариантов миниинвазивного вмешательства при перфоративной гастродуоденальной язве является сочетанное использование эндовидеохирургических методик для ревизии и санации брюшной полости, с последующим применением мини-доступа для ушивания перфорации. Видеоассистированные операции по радикализму и возможностям не уступают традиционным вмешательствам, при этом сохраняя все преимущества миниинвазивных операций. Однако, до сих пор не определены показания к ним, возможности их применения у различной категории больных.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения пациентов с перфоративными гастродуodenальными язвами путем приоритетного использования миниинвазивных технологий.

Материал и методы исследования. Работа основана на результатах хирургического лечения 116 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 90%. Среди больных с перфоративными гастродуodenальными язвами было 16,5% женщин и 83,4% мужчин. Все пациенты поступили в экстренном порядке.

В группу сравнения вошли 61 (52,6%) пациентов, которым проведено лапароскопическое ушивание перфоративной гастродуodenальной язвы.

В основной 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%) пациентов 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 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 пилородуodenальную зону, в данном случае так же успешно выполнено ушивание перфоративной гастродуodenальной язвы из мини-доступа.

Показаниями к видеоассистированному ушиванию перфоративной гастродуodenальной 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.

Результаты и их обсуждение. Продолжительность лапароскопического ушивания перфоративной гастродуodenальной язвы составляла от 40 до 150 минут, средняя продолжительность операции составила $62,8 \pm 3,9$ минут.

При исследовании болевого синдрома в течении первых суток после операции по шкале Wong-Baker суточная сумма баллов составила от 2 до 7, в среднем была равна $4,3 \pm 0,5$ баллов.

Сроки пребывания в стационаре, пациентов контрольной группы варьировал от 3 до 12 койко-дней, в среднем $7,5 \pm 0,3$ койко-дней.

Продолжительность выполнения операции видеоассистированным способом из минидоступа, на этапах освоения методики составляла 70-110 минут, но в дальнейшем, по мере накопления опыта, время операции уменьшилось до 40-60 минут. Средняя продолжительность комбинированного ушивания перфоративной гастродуodenальной язвы из мини-доступа составляла $45,4 \pm 3,2$ минут.

При исследовании болевого синдрома по шкале Wong-Baker, у пациентов которым выполнено ушивание перфоративной гастродуodenальной язвы из мини-доступа, суточная сумма баллов составила от 3 до 8, с среднем $6,3 \pm 0,7$ баллов.

В ближайшем послеоперационном периоде у пациентов, ($n=116$) которым выполнено ушивание перфоративной гастродуodenальной 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 развились 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 развиось 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%)

Нами проведена сравнительная оценка отдаленных результатов лечения больных, перенесших ушивание перфоративной гастродуodenальной язвы, в срок от 1 до 5 лет. Отдаленные результаты прослежены у 84 (72,4%) пациента: - больные, перенесшие видеоассистированное комбинированное ушивание перфоративной гастродуodenальной язвы из минидоступа, 40 (72,7%); - больные, перенесшие лапароскопическое ушивание перфоративной гастродуodenальной язвы, 44 человек (72,1%). Эрадикационная противоязвенная терапия проведена у 59 (50,8%), из них у 23 выполнено видеоассистированное комбинированное ушивание перфоративной гастродуodenальной язвы, у 26 выполнено лапароскопическое ушивание перфоративной гастродуodenальной язвы. Трехкомпонентная схема эрадикационной терапии проведена у 30 пациентов, двухкомпонентная схема проведена у 29 пациентов.

В оценки качества жизни больных нашего исследования были использованы опросник MOS SF-36 и шкала Visick.

Все показатели качества жизни оказались схожи у пациентов основной и контрольной группы. Показатель физического здоровья в основной и контрольной группе составил 81,2%. Показатель психологического здоровья у пациентов основной группы составил 78,4%, у пациентов контрольной группы 78,8%.

При сравнении отдаленных результатов по шкале Visick, нами было установлено, что в группе пациентов перенесших видеоассистированное комбинированное ушивание перфоративной гастродуodenальной язвы отличные результаты получены у 85% больных и 7,5% человек с хорошим результатом, 2 случая удовлетворительного результата и 1 случай неудовлетворительного результата. В группе пациентов, перенесших лапароскопическое ушивание перфоративной гастродуodenальной язвы, преобладали также отличные результаты (88,6%), 4,5% хороший результат, 1 случай удовлетворительного результата. Неудовлетворительный результат наблюдали в 4,5% наблюдений. Это пациенты, которым было выполнено повторное оперативное вмешательство, ввиду осложнений язвенной болезни, либо которым проводилось консервативное лечение одного из осложнений язвенной болезни, в отдаленном периоде. Нами было установлено, что проведенное противоязвенное лечение, после комбинированного ушивания

перфоративной гастродуodenальной язвы, позволяет добиться стойкой ремиссии заболевания и улучшает качество жизни пациентов.

Таким образом, по ряду объективных причин, лапароскопическое ушивание перфоративной гастродуodenальной язвы, не всегда возможно. Выходом является выполнение ушивание язвы из мини-доступа, с применением набора инструментов «Мини-Ассистент», не теряя при этом преимуществ малоинвазивной методики. При наличии у больного распространенного перитонита, причиной которому являлась перфоративная гастродуodenальная язва, обоснованным оперативным вмешательством является лапаротомия, с ушивание перфоративной язвы, тщательной санацией брюшной полости.

Исходя из полученных результатов отмечено, что обе группы больных репрезентативны, существенно не отличаются друг от друга продолжительностью операции. Больные в меньшей степени страдали от послеоперационных болей, что видно из количества применяемых наркотических анальгетиков. Постельный режим, количество койко-дней практически сопоставимы по длительности у пациентов контрольной и основной групп. Применение такого метода, как ушивание перфоративной гастродуodenальной язвы из мини-доступа позволило нам избежать большого количества конверсий при попытке лапароскопического ушивания прободной язвы. Вследствие чего мы добились уменьшения койко-дня, продолжительности операции и улучшение отдаленных результатов лечения данной категории больных.

Выводы.

1. Выбор метода хирургического лечения прободной гастродуodenальной язвы основывается на 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. Лапароскопическое ушивание прободной гастродуodenальной язвы, выполнено у 52,6% больных при диаметре перфоративной язвы менее 1 см, инфильтративно-язвенного поражения вокруг перфорационного отверстия менее 0,5 см. Видеоассистированные комбинированные операции использованы у 47,4% больных, как альтернатива широкой лапаротомии при больших размерах прободной язвы (>10 мм), выраженных инфильтративных изменениях вокруг перфоративного отверстия (прорезывание швов), трудной доступности ушивания (задняя стенка желудка, низкая дуodenальная язва) и при сочетаниях осложнений (перфорация и кровотечение или стеноз).

3. Ушивание перфоративной гастродуodenальной язвы с использованием миниинвазивных технологий, в комплексе с современной послеоперационной противоязвенной терапией, приводит к хорошим клиническим результатам и безрецидивному течению язвенной болезни в

91,6% случаях. У пациентов, перенесших лапароскопическое и видеоассистированное комбинированное ушивание перфоративной гастродуodenальной язвы, по шкале Visik, преобладают отличный (88,6% и 85%) и хороший (4,5% и 7,5%) результаты, что доказывает преимущество ушивания язвы из мини-доступа, при невозможности выполнения лапароскопического вмешательства.

Литература

1. Абдуллаев Э.Г., Феденко В.В., Александров А.И. Использование эндомедиохирургии и малоинвазивных методов в лечении перфоративных гастродуodenальных язв. // Эндовидеохирургия.-2011.-№3.-С.8-10
2. Избасаров Р.Ж. Лапароскопическое ушивание перфоративных гастродуodenальных язв // Эндовидеохирургия.-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. Эндовидеохирургическое 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.