

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ УШИВАНИЕ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

© Керимов Мусабек Керимович, Коханенко Николай Юрьевич, Луговой Андрей Львович, Данилов Сергей Александрович, Сериков Валерий Александрович

ФГОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: dag.der.musabekk@mail.ru

Ключевые слова: перфоративная язва; язвенная болезнь; лапароскопическое ушивание; болевой.

Введение. В мире язвенной болезнью (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) страдает от 3 до 15% взрослого населения. Одним из грозных осложнений этого заболевания является перфорация язв. Частота развития перфоративных гастродуоденальных язв (ПГДЯ) составляет 7–15% от общего числа больных ЯБ. Летальность варьирует от 3,3% до 17,5%. В настоящее время наиболее распространенной операцией является ушивание перфоративного отверстия с последующей комплексной противоязвенной терапией. В последние годы широкое применение находит лапароскопический метод ушивания, который обладает рядом преимуществ перед традиционной операцией.

Целью работы является улучшение результатов хирургического лечения больных с ПГДЯ.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 161 больного с ПГДЯ, проходивших лечение на базах кафедры факультетской хирургии им. проф. А. А. Русанова Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета с 2015 по 2017 гг. Мужчин было 136 (84,5%), женщин — 25 (15,5%). Возраст больных на момент обследования и лечения колебался от 18 до 101 года. Средний возраст пациентов составил 43 года. Диагноз устанавливали, используя общепринятую комплексную диагностическую программу. Из специальных методов исследования применялась фиброгастродуоденоскопия и диагностическая лапароскопия. Все больные были разделены на две группы. Основная включала 61 (38,0%) пациента, которым было выполнено эндовидеохирургическое ушивание перфоративного отверстия, контрольная — 100 (62,0%) пациентов, после традиционного ушивания перфоративной язвы.

Результаты. Лапароскопическое ушивание было выполнено 61 (38,0%) больному, конверсии доступа не было. Средняя продолжительность операции в основной группе составила $63 \pm 8,5$ мин, а в контрольной группе $56 \pm 5,5$ мин. Различные послеоперационные осложнения после традиционного ушивания встречались у 16 (10,0%) пациентов. Повторные вмешательства потребовались у них в 4 (2,4%) случаях (несостоятельность швов, эвентрация, перфорация острой язвы сигмовидной кишки, поддиафрагмальный абсцесс). У 1 (0,6%) больного на 3-е сутки после лапароскопического ушивания возникла несостоятельность швов, что потребовало лапаротомии и ушивания возникшего дефекта. В целом ранний послеоперационный период после эндовидеохирургического вмешательства протекал более благоприятно, больные активизировались на 1-2 сутки после операции, потребность в наркотических анальгетиках у них была значительно ниже, прием пищи возобновлялся в более ранние сроки, по сравнению с контрольной группой. Длительность стационарного лечения в основной группе составляла 5 дней (максимально 9 суток). В группе сравнения этот показатель составил 10 дней (максимально 60 суток). Летальных исходов после лапароскопического ушивания не было. Смертность в контрольной группе составила 10,5% (17 больных).

Выводы. Таким образом, лапароскопический метод ушивания сопровождается менее выраженным болевым синдромом, ранней активизацией больного, снижением количества послеоперационных осложнений, летальности и длительности госпитализации, что требует более широкого применения эндовидеохирургических технологий при данном осложнении ЯБ.