

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

*Гарелик П.В., Дубровицк О.И., Цилиндзь И.Т., Довнар И.С.,
Живушко Д.Р., Шкута А.А., Хильмончик И.В.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

УЗ «Городская клиническая больница № 4»

Гродно, Беларусь

Актуальность. Тяжелое, угрожающее жизни осложнение – перфорация язвы желудка и двенадцатиперстной кишки – продолжает занимать ведущие позиции в структуре летальности при язвенной болезни и составляет 5–17%. Несмотря на технический прогресс в медицине и стремительное внедрение эндовидеохирургической техники в хирургию неотложных состояний, лечение перфоративных гастродуоденальных язв (ГДЯ) остается одной из проблем абдоминальной хирургии. Остаются дискуссионными вопросы выбора и способа оперативного лечения прободных язв, так как не существует единой операции, которая была бы выполнена у всех пациентов. Успехи лапароскопической хирургии позволили по-новому взглянуть на некоторые аспекты в лечении больных с перфоративными язвами [1]. По опыту большинства зарубежных хирургических клиник, лапароскопическое ушивание перфоративных ГДЯ признается первичным и предпочтительным методом лечения (цит. по М.В. Гриневу и соавт., 2012), однако остаются дискуссионными и требуют обсуждения клинические факторы, являющиеся противопоказанием к лапароскопическому ушиванию прободных язв.

Цель исследования. Целенаправленно занимаясь анализом собственных результатов лечения этой патологии, мы сочли необходимым поделиться опытом применения лапароскопического оперативного доступа и метода ушивания прободных ГДЯ.

Материалы и методы. За период с 2007 по 2012 гг. по экстренным показаниям выполнены оперативные вмешательства у 103 пациентов с перфоративными ГДЯ, у 88 (85,4%) из них диагностирована прободная дуоденальная язва и у 15 (14,6%) – желудка. У всех выполнен диагностически-лечебный комплекс, включающий общепринятые диагностические мероприятия и предоперационную подготовку в течение 1,5–2 часов. У 48 (46,6%) больных была предпринята попытка выполнения лапароскопического оперативного доступа и метода ушивания перфоративных язв.

Результаты. По данным обследования брюшной полости во время лапароскопии произвести ушивание прободной язвы оказалось невоз-

можным у 6 пациентов. У 3 из них в связи с локализацией язвы желудка по малой кривизне желудка с выраженным перифокальным инфильтратом, у 2 в связи с декомпенсированным пилородуоденальным стенозом и в 1 случае – сочетание прободной дуоденальной язвы и раковой опухоли слепой кишки. Пациенты, которым выполнено лапароскопическое ушивание прободных язв были доставлены в сроки: до 6 ч от момента перфорации – 29 (69,04%), от 7 до 24 ч – 5 (11,9%), и позже 24 ч – 8 (19,04%). Мужчин было 37 (88,1%), женщин – 5 (11,9%), в возрасте от 17 до 68 лет. Прободные язвы желудка лапароскопически ушиты у 2 (4,8%) пациентов и у 40 (95,2%) – дуоденальные. Операцию начинали с обзорной лапароскопии с целью уточнения распространенности и вида перитонита, локализации, размеров язвенного дефекта. Ушивание перфоративного отверстия при диаметре его до 1 см у 39 (92,9%) больных производили путем наложения интракорпоральных серозномышечных швов с применением рассасывающегося шовного материала – викрил 2 | 0 с фиксацией к линии швов пряди большого сальника. При перифокальном инфильтрате и дефекте более 1 см у 3 (7,1%) больных ушивание выполняли по типу Оппеля-Поликарпова с использованием нерассасывающегося шовного материала. Операцию завершали обильным промыванием брюшной полости антисептиками и дренированием 2 хлорвиниловыми трубками. Всем пациентам проводились обязательная антибиотикотерапия, антисекреторные препараты с парентеральным введением их в течение 4 суток послеоперационного периода и последующим переводом на пероральный прием в течение не менее трех недель. Эрадикация *H. pylori* проводилась всем пациентам в виде «тройной» схемы в течение 7–8 суток. После лапароскопического ушивания прободной дуоденальной язвы умер 1 (2,4%) больной в возрасте 68 лет, доставлен спустя 24 ч от момента перфорации и умер через 6 ч после операции в связи с абдоминальным сепсисом.

Выводы:

1. Эндовидеохирургическая оперативная техника доступа и ушивания перфоративных язв в сочетании с современной противоязвенной терапией должна занять основное место в лечении перфоративных ГДЯ (при отсутствии противопоказаний), так как целью является спасение жизни больного, операция технически легко выполняема и обеспечивает благоприятные ближайшие результаты.
2. Наши исследования позволили отчетливо определить следующие противопоказания к эндовидеохирургическому ушиванию прободных ГДЯ: разлитой гнойный перитонит, пилородуоденальный стеноз, перфоративное отверстие и перифокальный инфильтрат более 1 см.

Литература:

1. Гринберг, А.А. Лапароскопическое ушивание перфоративных дуоденаль-

ных язв / С.С. Шаповальянц, Р.Р. Мударисов // Эндоскопическая хирургия. – 1999. – № 3. – С. 47–48.

2. Гринев, М.В. Конференция «Состояние экстренной хирургической помощи в Санкт-Петербурге» / М.В. Гринев, Ю.В. Плотников // Вестник хирургии. – 2012. – Том 171. – № 3. – С. 102–105.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ ГАСТРОЭНТЕРОАНАСТОМОЗА

Шнитко С.Н., Пландовский В.А.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
военно-медицинский факультет
ГУ «432 Главный военный клинический медицинский центр ВС РБ»
Минск, Беларусь

Пептическая язва (ПЯ) гастроэнтероанастомоза после резекции желудка по поводу язвенной болезни составляет до 10%. Вследствие неэффективности медикаментозной терапии хирургический способ лечения является методом выбора у больных с послерезекционной пептической язвой.

Среди основных причин её возникновения следует выделить:

1. Недостаточная по объему резекция желудка.
2. Доминирующее значение блуждающего нерва в регуляции желудочной секреции.
3. Наличие язвенногенных новообразований.

Надежное подавление кислотопродукции при резекции желудка, не дополненной ваготомией, возможно только при обширном повторном иссечении кислотопродуцирующей зоны желудка. Но и после реконструктивных оперативных вмешательств отмечается высокий процент рецидива язв.

Кроме того, подобные операции в подавляющем большинстве случаев проводятся лапаротомным или торакотомным доступами, которые уже сами по себе несут значительную травму для больного.

Представляем анализ выполнения видеоторакоскопической наддиафрагмальной стволовой ваготомии у одиннадцати пациентов с ПЯ гастроэнтероанастомоза вагусного генеза.

Все больные были мужчины, средний возраст которых составил $47,2 \pm 8,13$ года. Период между резекцией желудка по поводу язвенной болезни и появлением ПЯ гастроэнтероанастомоза в среднем составил $5,7 \pm 0,21$ года.

В ходе длительного лечения с применением различных комбинаций