

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Ш.О. Туйбоев., Т.Ш.Асадов.

Навоийский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Тяжелое угрожающее жизни осложнение-перфорация продолжает занимать ведущие позиции в структуре летальности при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Количество операций за последние десятилетия держится на уровне 7,5-13 на 100.000 человек, а летальность составляет от 5 до 17,9% (Ю.М. Панциров с соавт., 2005; Ш.И. Каримов с соавт., 2010). Эндовидеохирургическое лечение повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства является одним из самых перспективных направлений современной хирургии (А.М.Хаджибаев с соавт., 2014; А.Н.Тулупов, 2015).

Целью настоящей работы явился анализ использования эндовидеохирургического метода при лечении больных с перфоративными пилоробульбарными язвами.

Материалы и методы. С 2020 по 2024 год 161 пациенту в Навоийском филиале РНЦЭМП выполнено лапароскопическое ушивание перфоративной пилоробульбарной язвы. Время от момента перфорации до операции в среднем составило $7,4 \pm 0,6$ часов. Средний диаметр перфорационного отверстия равнялся $0,4 \pm 0,02$ см. У 33 пациентов диагностирован местный серозный перитонит, у 25 - местный серозно-фибринозный, у 45 - разлитой серозный, у 38 разлитой серозно-фибринозный и у 10 разлитой гнойный. В подавляющем большинстве случаев ушивание перфорации производили Z-образным однорядным серозно-мышечным швом рассасывающейся атравматической лигатурой. Санация брюшной полости выполнялась физиологическим раствором в количестве 400-800 мл и заканчивалась дренированием 1-2 дренажами. При оценке непосредственных результатов учитывались: длительность операции,

характеристики раннего послеоперационного периода, послеоперационные осложнения, длительность нахождения больных в стационаре. Отдаленные результаты оценивались по модифицированной системе Visick.

Учитывая тот факт, что одним из противопоказаний к лапароскопической операции считается перитонит, мы провели микробиологическое исследование перитонеального выпота 36 пациентам, которое включало в себя микроскопию экссудата, а так же посев на питательные среды с учетом роста аэробных и анаэробных микроорганизмов. Среднее время от момента перфорации до забора материала составило $8,1 \pm 1,9$ часов и, колебалось от 2 до 60 часов. Кроме того, в 20 случаях выполнено биохимическое исследование экссудата для определения его pH, протеолитической и антипротеолитической активности.

Результаты. При микробиологическом исследовании в 86,1% случаев роста микроорганизмов не обнаружено. Положительными оказались 5 посевов (13,9%), причем микробное число не превышало 105 КОЕ/мл. Измерения pH во всех зарегистрировали нейтральную либо слабощелочную реакцию выпота. Протеолитическая активность выпота обнаружена у 3 пациентов. Практически во всех случаях обнаружены антипротеолитические свойства выпота.

В послеоперационном периоде отмечены следующие осложнения: один случай несостоятельности шва, нагноение послеоперационной раны, плеврит и пневмония. Характерными особенностями раннего послеоперационного периода были отсутствие выраженного болевого синдрома, ранняя активизация больных, быстрая нормализация температуры тела, уменьшение койко-дня до 4-5 суток.

Заключение. Отличные отдаленные результаты со сроками наблюдения от 11 месяцев до 2 лет по модифицированной системе А.Н. Visick отмечены у 55,6% пациентов. Хорошие результаты получены в 27,8% случаев, удовлетворительные - в 14,1%. Неудовлетворительными признаны результаты лечения у 2,6% больных.