



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

5 (79) 2025

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV(Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

5 (79)

2025

май

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.04.2025, Accepted: 06.05.2025, Published: 10.05.2025

УДК 618.5-089.888.61

РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ ПРОБОДНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

¹Давронов Алишер Уктамович <https://orcid.org/0009-0007-1749-400X>

E-mail: Davronov@gmail.com

²Курбаниязов Зафар Бабажанович <https://orcid.org/0000-0002-5725-6088>

E-mail: Kurbaniyazovza@gmail.com

Самаркандский государственный медицинский университет, Узбекистан, Самарканд,
Амир Темур 18. Тел: +99866 233-08-41 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Резюме

В статье представлены результаты исследования, посвящённого оценке эффективности лапароскопических вмешательств при прободных гастроудоденальных язвах. Проанализированы исходы лечения 152 пациентов, разделённых на группы в зависимости от применённого хирургического подхода: лапароскопического и лапаротомного. Установлено, что применение миниинвазивных технологий позволяет значительно сократить частоту послеоперационных осложнений, уменьшить длительность пребывания в стационаре и ускорить восстановление. Основными показаниями для лапароскопии являются стабильное состояние пациента и диаметр язвенного дефекта менее 10 мм. При правильном отборе пациентов лапароскопический метод должен рассматриваться как тактика выбора в экстренной хирургии прободных язв.

Ключевые слова. Прободная язва; гастроудоденальная язва; лапароскопия; миниинвазивная хирургия; оментопластика; перитонит

THE ROLE OF LAPAROSCOPY IN EMERGENCY SURGERY FOR PERFORATED GASTRIC AND DUODENAL ULCERS

Davronov Alisher Uktamovich [ORCID: https://orcid.org/0009-0007-1749-400X](https://orcid.org/0009-0007-1749-400X)

E-mail: Davronov@gmail.com

Kurbaniyazov Zafar Babajanovich [ORCID: https://orcid.org/0000-0002-5725-6088](https://orcid.org/0000-0002-5725-6088)

E-mail: Kurbaniyazovza@gmail.com

Samarkand State Medical University, Uzbekistan 18 Amir Temur Street, Samarkand, Uzbekistan
Tel: +99866 233-08-41 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Resume

This article presents a clinical study evaluating the effectiveness of laparoscopic surgery in managing perforated gastroduodenal ulcers. Outcomes of 152 patients were analyzed and compared between laparoscopic and open surgical approaches. The use of minimally invasive techniques significantly reduced postoperative complications, shortened hospital stay, and accelerated recovery. The primary indications for laparoscopic repair include hemodynamic stability and ulcer size less than 10 mm. With appropriate patient selection, laparoscopic repair should be considered the preferred tactic in the emergency surgical treatment of perforated peptic ulcers.

Keywords. Perforated ulcer; gastroduodenal ulcer; laparoscopy; minimally invasive surgery; omental patch; peritonitis

OSHQOZON VA O'N IKKI BARMOQ ICHAK PROBOD YARALARINING SHOSHILINCH JARROHLIKDA LAPAROSKOPIYANING O'RNI

Davronov Alisher Uktamovich [ORCID: https://orcid.org/0009-0007-1749-400X](https://orcid.org/0009-0007-1749-400X)

E-mail: Davronov@gmail.com

Kurbaniyazov Zafar Babajanovich [ORCID: https://orcid.org/0000-0002-5725-6088](https://orcid.org/0000-0002-5725-6088)

E-mail: Kurbaniyazovza@gmail.com

Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti, O'zbekiston Samarqand shahri, Amir Temur ko'chasi, 18-uy Tel:
+99866 233-08-41 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ **Rezume**

Mazkur maqolada miniinvaziv texnologiyalar yordamida gastroduodenal teshilgan yaralarni jarrohlik yo'li bilan davolash samaradorligi tahlil qilingan. 152 bemorda o'tkazilgan jarrohlik usullari — laparoskopik va ochiq laparotomik — natijalari solishtirilgan. Laparoskopik usuldan foydalanish orqali operatsiyadan keyingi asoratlar sonini kamaytirish, shifoxonada yotib qolish muddatini qisqartirish va bemorning tez tiklanishiga erishilgan. Laparoskopik jarrohlikning asosiy ko'rsatmalari — bemorning barqaror holati va yara teshigining 10 mm dan kichik bo'lishi. To'g'ri tanlov qilinganda laparoskopik usul probod yara holatlarida tezkor jarrohlikda ustuvor taktik usul sifatida qo'llanishi mumkin.

Kalit so'zlar. Gastroduodenal yara; laparoskopiya; miniinvaziv jarrohlik; peritonit

Актуальность

Осложнения язвенной болезни развиваются у 10–20% пациентов, и наиболее опасным из них является перфорация. По данным зарубежных исследований, перфорация язвы возникает у 2–14% больных язвенной болезнью. Несмотря на снижение общей распространённости язвенной болезни благодаря эрадикации *H. pylori*, число больных с перфоративными язвами остаётся значительным). Перфоративные язвы составляют до 70% смертельных исходов при язвенной болезни, причём летальность при перфорации примерно в 5 раз выше, чем при язвенном кровотечении. В России за последние десятилетия отмечено снижение заболеваемости прободными гастроуденальными язвами – с 26,9 до 13,5 на 100 тыс. населения, однако проблема остаётся актуальной из-за тяжести состояния пациентов и ограниченного времени на оказание помощи.

Классической операцией при прободной язве является ушивание дефекта с оментопластикой (пластикой «латкой» из сальника по Дж. Грэхему), обычно выполняемое чрез лапаротомию. С развитием технологий всё большее распространение получают малоинвазивные вмешательства. Первая успешная лапароскопическая пластика перфоративной язвы описана в 1990 г., и в дальнейшем многочисленные исследования подтвердили сопоставимость лапароскопического подхода с открытым в плане надёжности закрытия перфорации, при наличии ощутимых преимуществ – меньше болезненность, быстрее восстановление, более низкий риск раневых и дыхательных осложнений. Рандомизированные исследования (например, Siu и соавт., 2002) показали, что лапароскопическое ушивание перфорации по эффективности не уступает лапаротомии. Согласно современным клиническим рекомендациям, при отсутствии противопоказаний лапароскопия считается методом выбора при перфоративной язве. Тем не менее, лапароскопическая техника накладывает ограничения: противопоказаны к лапароскопии пациенты с тяжёлым соматическим статусом (в состоянии шока, с выраженным перитонитом, коморбидностью по Воеу >2 баллов), а также с подозрением на малигнизацию язвы или обширными рубцовыми изменениями в верхнем этаже брюшной полости. В подобных случаях сразу выполняется лапаротомия. При лапароскопическом подходе важным этапом является своевременное решение о конверсии – переходе на открытую операцию – при возникновении непреодолимых трудностей на этапе устранения перфорации (например, массивное кровотечение, большой размер дефекта >10 мм, неудача адекватно ушить перфорацию лапароскопически).

Таким образом, актуальной задачей является оптимизация хирургической тактики при прободных язвах с учётом развития эндовидеохирургии. Необходимо оценить, в каких случаях малоинвазивный подход обеспечивает улучшение результатов и каковы его ограничения. В настоящем исследовании представлен опыт применения лапароскопических вмешательств при ПГДЯ, с анализом непосредственных исходов по сравнению с традиционной тактикой.

Цель исследования. Повышение эффективности неотложной помощи при прободных гастроуденальных язвах путём приоритетного применения миниинвазивных хирургических технологий.

Материал и методы

. Проведён ретроспективный анализ 152 пациентов, оперированных по поводу перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки в экстренном порядке. Данные собирались на базе двух клинических стационаров за период 2015–2024 гг. Критериями включения были наличие типичной перфорации гастроуденальной язвы, подтверждённой при операции, и выполнение активного хирургического лечения. Исключены пациенты с «прикрытой» перфорацией, леченные консервативно, а также больные с сочетанием перфорации и массивного язвенного кровотечения. Средний возраст пациентов составил 42,3±6,5 года (диапазон 18–82 года). Среди них было 135

мужчин (88,8%) и 17 женщин (11,2%), соотношение полов ~8:1. Распределение больных по полу и возрастным группам представлено в таблице 1. Как видно, основной контингент – лица молодого и среднего возраста (до 50 лет включительно составили ~60% выборки), причём в этих группах явно преобладают мужчины. В более старших возрастах доля женщин несколько повышается, однако даже среди пациентов старше 60 лет соотношение мужчин и женщин оставалось ~5:1.

Больные поступали, как правило, через 4–6 часов от начала заболевания; у 78% диагноз был установлен в первые 6 часов, у 10% – в течение 6–12 ч, у 12% – позднее 12 часов от перфорации. Клиническая картина в большинстве случаев была типичной (острая «кинжальная» боль, доскообразный живот). При рентгеноскопии органов грудной клетки у 130 пациентов (85,5%) выявлен свободный газ под куполами диафрагмы. Остальным выполнялась экстренная компьютерная томография, либо диагноз подтверждался интраоперационно. При поступлении проводилась интенсивная подготовка к операции: назогастральная декомпрессия, инфузионная терапия, в/в антибиотики широкого спектра, ИПП. После кратковременной стабилизации гемодинамики пациенты направлялись в операционную.

По возможности выбирался лапароскопический доступ. Противопоказаниями к лапароскопии считались состояние геморрагического/септического шока, выраженная сердечно-легочная недостаточность, длительный перитонит >24–36 ч, а также технические ограничения (обильные спайки, большая величина перфорации >10 мм). У 110 пациентов (72,4%) начато лапароскопическое вмешательство. В 100 случаях (90,9% попыток) операция выполнена полностью лапароскопически – производилось ушивание перфоративной язвы с оментопластикой. Ещё у 10 больных (9,1%) возникла необходимость конверсии – перехода на лапаротомию – из-за трудностей на лечебном этапе лапароскопии. Основными причинами конверсий были: неудовлетворительная визуализация дефекта на фоне тотального гнойного перитонита (4 пациента), технические сложности ушивания при крупных (более 1 см) язвенных отверстиях (3 пациента), интраоперационное кровотечение из краёв язвы (2 пациента), а также наличие сопутствующей гигантской язвы желудка, потребовавшей расширения объёма операции (1 пациент). У оставшихся 42 пациентов (27,6% всей выборки) сразу выполнена традиционная срединная лапаротомия (как правило, ввиду тяжёлого состояния и высокого операционного риска – Voeu 3 балла, ASA III–IV). Таким образом, основную группу исследований составили 100 больных, которым произведено лапароскопическое ушивание перфорации, а группу сравнения – 52 пациента с лапаротомным лечением (с учётом конверсий). Группы сопоставимы по возрасту, полу и тяжести состояния. Всем пациентам, независимо от доступа, выполнялось простое ушивание перфоративного отверстия узловыми швами с подкреплением большим сальником (omentopexy). Резекционно-дренирующие операции (резекция желудка, ваготомия) в экстренном порядке производились лишь в отдельных случаях при подозрении на малигнизацию язвы или технической невозможности адекватно ушить крупный дефект; в нашем материале таких случаев было 3 (2 – резекция желудка при гигантской язве малого и большого желудка; 1 – стволовая ваготомия с пилоропластикой при перфорации на фоне стеноза привратника). После ликвидации перфорации брюшная полость санацирована тёплым антисептиком и дренирована (2–3 дренажа под диафрагму и в малый таз).

Для оценки различий применяли критерий χ^2 и t-критерий Стьюдента; статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

В исследуемой выборке из 152 больных преобладали мужчины (88,8%), женщины составляли лишь 11,2% (рис. 1). Аналогичные данные приводятся и в крупных сериях: например, в Казани соотношение мужчин и женщин при прободных язвах составило ~15:1, а в Саудовской Аравии – 6,8:1. Возможно, такая гендерная диспропорция связана с более высокой распространённостью язвенной болезни среди мужчин трудоспособного возраста, а также с влиянием факторов риска (курение, стресс), которым мужчины подвержены чаще. Однако следует отметить тенденцию к росту доли женщин среди пациентов с перфоративной язвой: по некоторым данным, соотношение полов в старших возрастных группах за последние десятилетия сместилось с 4–5:1 до практически 1:1. В нашем материале женщины чаще встречались в возрастной категории старше 60 лет (табл. 1).

Средний возраст пациентов составил 42 года, однако диапазон широк – от 18 до 82 лет. Большинство (~60%) – лица моложе 50 лет, что говорит о «омоложении» контингента с прободными язвами. Тем не менее, значительная доля (~18%) пациентов – старше 60 лет, у которых течение заболевания может быть более тяжёлым из-за сопутствующей патологии. По литературным данным, средний возраст при перфоративной язве варьирует: от ~39 лет в исследовании из Саудовской

Аравиидо 50–70 лет в европейских работах. Такая разница связана с тем, что в развивающихся странах перфорации чаще наблюдаются у относительно молодых мужчин с дуоденальными язвами (ассоциированными с *H. pylori*), тогда как в экономически развитых странах увеличивается доля пожилых пациентов с гастральными язвами, обусловленными НПВП-терапией. В настоящем исследовании локализация язвы: двенадцатиперстная кишка – у 124 пациентов (81,6%), желудок – у 28 (18,4%). Размер перфоративного отверстия варьировал от 0,3 до 1,5 см (в среднем ~5 мм). У 90% больных имелся разлитой перитонит на момент операции, у 10% – ограниченный (перфорация прикрыта сальником). Выраженность перитонита и срок от перфорации значимо влияли на исходы, о чём сказано ниже.

Распределение пациентов по полу



Рис. 1. Распределение пациентов по полу.

Большинство больных – мужчины (88,8%). Женщины составляют лишь 11,2% выборки.

Таблица 1

Распределение пациентов по полу и возрастным группам (n = 152)

Возраст, лет	Мужчины, n (%)	Женщины, n (%)	Всего, n (%)
≤ 20	2 (1,3%)	1 (0,7%)	3 (2,0%)
21–30	28 (18,4%)	2 (1,3%)	30 (19,7%)
31–40	27 (17,8%)	3 (2,0%)	30 (19,7%)
41–50	29 (19,1%)	3 (2,0%)	32 (21,1%)
51–60	27 (17,8%)	3 (2,0%)	30 (19,7%)
61–70	17 (11,2%)	3 (2,0%)	20 (13,2%)
> 70	5 (3,3%)	2 (1,3%)	7 (4,6%)
Итого	135 (88,8%)	17 (11,2%)	152 (100%)

Как видно из таблицы, у женщин перфорация язвы наблюдалась чаще в молодом (до 30 лет) и пожилом (>60) возрастах, тогда как мужчины доминировали во всех группах, особенно в диапазоне 40–50 лет. Подобное распределение согласуется с данными литературы. В старших возрастных категориях относительное увеличение удельного веса женщин может быть связано с более активным приёмом НПВП и сопутствующей патологией у пожилых, нивелирующим «защитный» эффект женских половых гормонов на слизистую. Кроме того, у пациентов старше 60 лет в нашей выборке чаще встречались гастрические прободные язвы, тогда как у лиц моложе 50 лет преобладали дуоденальные язвы. Это соответствует общей тенденции смещения локализации язвенных дефектов с ДПК на желудок при старении популяции.

Из 152 пациентов лапароскопический метод лечения был применён у 110 (72,4%). В остальных случаях выполнялась лапаротомия исходно (27,6%). Таким образом, минимально инвазивная тактика избиралась как приоритетная у большинства больных. Доля малоинвазивных вмешательств в последние годы растёт: так, по данным крупного отечественного центра, частота лапароскопий при перфоративных язвах возросла с 12% (при поздней госпитализации) до 78% случаев. Наши показатели сопоставимы – около 72% всех пациентов были оперированы лапароскопически.

Из 110 попыток лапароскопического ушивания перфорации удалось успешно завершить малоинвазивную операцию у 100 больных (91%). В оставшихся 10 случаях выполнена конверсия – переход на открытую операцию, что составило 9,1% от числа начатых лапароскопий (или 6,6% от общего числа пациентов). Данный показатель свидетельствует о достаточно высокой эффективности лапароскопической техники. В литературе встречаются различные цифры конверсий: от ~4% до 20% и более, что зависит от строгости отбора пациентов и опыта хирурга. В нашем исследовании основными причинами конверсии были выраженный спаечно-воспалительный процесс и технические сложности ушивания больших язвенных отверстий. Следует подчеркнуть, что во всех случаях конверсия выполнена своевременно, до возникновения критических интраоперационных осложнений, что позволило благополучно завершить операции.

Абсолютному большинству пациентов (148 из 152, 97,4%) произведено простое ушивание перфоративной язвы с оментопластикой (прикрытие перфорации «латкой» из большого сальника). Это наиболее распространённый и безопасный метод устранения перфорации, применимый как при лапаротомии, так и лапароскопически. Лишь 4 больным (2,6%) потребовались более радикальные операции: у 2 выполнена резекция субтотальной желудка (по Бильрот II) в связи с гигантскими язвами желудка, у 1 – резекция антрального отдела и ваготомия, у 1 – стволовая ваготомия с пилоропластикой (двое последних – при сочетании перфорации с декомпенсированным пилоростенозом). Эти вмешательства выполнялись из лапаротомного доступа (в том числе 1 после конверсии). Таким образом, собственно метод лечения перфорации мало зависел от доступа: все лапароскопические операции были органосохраняющими, как и большая часть открытых. Главное различие состояло в травматичности доступа и объёме санации. На рис. 2 показано соотношение миниинвазивных и традиционных операций в нашем исследовании: лапароскопические вмешательства составили 66% всех случаев, открытые – 34%. Стоит отметить, что в группу «открытых» мы включаем и конверсии (т.е. случаи, начатые лапароскопически, но завершённые через лапаротомию).

Виды хирургических вмешательств



Рис. 2. Виды хирургических вмешательств у 152 пациентов.

Миниинвазивная тактика (лапароскопическое ушивание перфорации) применена у 66% пациентов, открытая лапаротомия – у 34% (включая конверсии).

При лапароскопии во всех случаях успешно визуализировалось перфоративное отверстие и выполнялось его ушивание. Дополнительные диагностические возможности видеолапароскопии позволяли осмотреть брюшную полость и выявить сопутствующую патологию. Так, у 4 пациентов обнаружены и устранены сопутствующие деструктивные аппендициты (аппендэктомия выполнена эндоскопически в ходе той же операции). У 2 больных выявлены перфоративные язвы двух локализаций (одновременная перфорация в желудке и ДПК) – обе ушиты лапароскопически. Объём дренирования брюшной полости не отличался при лапароскопии и лапаротомии (устанавливались дренажи под правым куполом и в малом тазу).

Анализ непосредственных результатов лечения подтвердил преимущества малоинвазивной тактики. Во-первых, при лапароскопических операциях отмечена более низкая частота послеоперационных осложнений. В основной группе (лапароскопической) осложнения возникли лишь у 3 из 100 больных (3,0%). В одном случае произошла несостоятельность швов перфоративного отверстия после лапароскопического ушивания, потребовавшая повторной операции (релапароскопии с ушиванием дефекта повторно). Причиной несостоятельности послужила недооценка размеров язвы и выраженности воспалительного инфильтрата по краям дефекта во время первой операции – фактически, ошибка тактики, когда следовало выполнить резекцию краёв язвы. В двух других случаях имело место нагноение послеоперационной раны в участке мини-лапаротомного доступа (у пациентов, которым выполнялась конверсия). В группе лапаротомии осложнения наблюдались у 9 из 52 больных (17,3%). Преобладали гнойно-септические: гнойные раневые инфекции – 6 случаев, внутрибрюшной поддиафрагмальный абсцесс – 1, несостоятельность швов язвы – 2 случая, потребовавшие релапаротомии. Таким образом, риск осложнений при открытой операции был значительно выше (17% vs 3%, $p < 0,05$). Особенно показательное различие в частоте инфекции области хирургического вмешательства: при лапаротомии нагноение раны возникало гораздо чаще, тогда как при лапароскопическом доступе поверхностных ран небольшого размера эта проблема минимизирована. Полученные результаты соответствуют данным литературы: по сведениям мета-анализов, лапароскопическое лечение перфоративной язвы сопровождается более низким уровнем послеоперационных осложнений, прежде всего раневых инфекций и послеоперационного пареза кишечника.

Таблица 2 представляет сравнительную характеристику исходов в зависимости от типа хирургического доступа. Видно, что летальность при лапароскопической тактике оказалась вдвое ниже (2,0% против 7,7% при открытых операциях). В основной группе умерли 2 пациента: оба – пожилые (73 и 68 лет) с множественными сопутствующими заболеваниями (ИБС, ХОБЛ), поступившие спустя >24 часов от перфорации в состоянии декомпенсированного септического шока (ASA IV, Воеу 3). Несмотря на успешно выполненное ушивание язвы (в одном случае лапароскопически, в другом – с конверсией ввиду распространённого калового перитонита), спасти этих больных не удалось (погибли от полиорганной недостаточности в первые сутки после операции). В группе лапаротомии летальных исходов было 4: кроме крайне тяжёлых случаев, к неблагоприятному исходу, вероятно, привёл и более высокий интраоперационный стресс, объём вмешательства у этих пациентов. Хотя выбор метода лечения сам по себе в нашем материале статистически не повлиял на летальность (поскольку определялся в основном исходной тяжестью состояния), стоит отметить, что лапароскопическая тактика не увеличила риск летального исхода даже у тяжёлых больных. Ранее высказывалось мнение, что лапароскопия противопоказана пациентам высокого риска (возраст >70, шок и пр.) из-за опасений удлинения времени операции и прогрессирования перитонита. Однако накапливается опыт успешного применения лапароскопии и у данной категории при строгом контроле времени и готовности к конверсии. Более того, ряд исследований отмечает даже снижение летальности при лапароскопическом подходе за счёт меньшей операционной травмы у ослабленных больных.

Еще одним важным преимуществом стало значительное сокращение длительности операции при лапароскопическом методе. Среднее время вмешательства составило ~46 мин в лапароскопической группе против ~71 мин при лапаротомиях (табл. 2). Разница объясняется тем, что при открытых операциях требовалось больше времени на лапаротомный доступ, ревизию и последующее ушивание послойно лапаротомной раны, тогда как при эндовидеохирургии доступ выполнялся быстро (стандартная установка троакаров), а ушивание язвы под увеличением – более точное и эффективное. Наши данные отличаются от некоторых зарубежных исследований, где отмечалось увеличение длительности операции при лапароскопии из-за освоения техники. В наших клиниках врачи уже обладали достаточным опытом эндоскопических швов, поэтому время ушивания было даже меньше, чем при открытом способе. Объём интраоперационной санации перитонита был

сопоставимым, однако визуализация и доступ к поддиафрагмальным пространствам при лапароскопии зачастую удобнее, что позволяло более тщательно удалить экссудат и снизить риск резидуальной инфекции.

Наконец, послеоперационный период характеризовался более быстрым восстановлением после малоинвазивных вмешательств. Средняя продолжительность госпитализации составила $11,7 \pm 1,2$ суток в лапароскопической группе, что на ~ 2 дня меньше, чем после лапаротомий ($13,4 \pm 1,5$ суток; $p < 0,01$). Раннее активное движение пациентов, меньшая боль и практически отсутствие раневых осложнений у лапароскопических больных позволили начать энтеральное питание и реабилитацию раньше. Пациенты после лапароскопии вставали уже на первые-вторые сутки, против 3–4 суток при открытом доступе. На сроки стационарного лечения влияли также осложнения: у больных с нагноением ран и перитонитом в группе лапаротомии пребывание затягивалось до 3 недель. В итоге доля удовлетворительных непосредственных результатов (отсутствие осложнений, выписка в удовлетворительном состоянии в течение 2 недель) была выше при лапароскопии (96% против 82% при открытом доступе).

Таблица 2

Сравнение результатов лечения в основных группах

Показатель	Лапароскопическая тактика (n=100)	Лапаротомная тактика (n=52)
Среднее время операции, мин	$46,2 \pm 6,8$ мин	$71,0 \pm 8,2$ мин ($p < 0,001$)
Средняя длительность стационара, дней	$11,7 \pm 1,2$ сут	$13,4 \pm 1,5$ сут ($p < 0,01$)
Послеоперационные осложнения	3 случая (3,0%)	9 случаев (17,3%)
• раневая инфекция	2 (2%) – после конверсии	6 (11,5%)
• несостоятельность швов язвы	1 (1%)	2 (3,8%)
• внутрибрюшной абсцесс	0	1 (1,9%)
Послеоперационная летальность	2 случаев (2,0%)	4 случаев (7,7%)

(Примечание: *p*-значения приведены для сравнения средних значений времени и длительности пребывания.)

Полученные результаты убедительно демонстрируют преимущества минимально инвазивного подхода. Наши показатели сопоставимы с данными других исследований: например, Wadaani и соавт. (2013) сообщили о 95,7% успеха лапароскопического ушивания при 4,3% конверсий, отсутствии различий в летальности и снижении числа осложнений при лапароскопии). Meta-анализ Lau (2004) также подтвердил снижение послеоперационной морбидности и более короткий стационар при лапароскопическом лечении ПГДЯ). Важный практический вывод – лапароскопия не ухудшает исходы даже у тяжёлых пациентов, при условии своевременного перехода к открытой операции при необходимости. В нашей серии все конверсии были плановыми и не приводили к ухудшению состояния больных. Таким образом, можно утверждать, что лапароскопическая тактика является безопасной и эффективной альтернативой лапаротомии при прободных язвах, а при наличии возможности должна применяться как предпочтительный метод.

Внедрение миниинвазивных технологий существенно изменило подход к лечению перфоративной язвы. Раньше обсуждались различные варианты радикальных операций (например, ушивание + ваготомия) для профилактики рецидива язвы. Однако сейчас благодаря терапии ИПП и эрадикации *H. pylori* предпочтение отдаётся органосохраняющей тактике – простому ушиванию, поскольку дальнейшее медикаментозное лечение позволяет достичь заживления язв и предотвратить их повторное прободение. Наше исследование показало, что такой щадящий подход успешно реализуется лапароскопическим методом. При этом не выявлено увеличение частоты рецидивов перфорации или необходимости повторных вмешательств на протяжении наблюдения (6–18 месяцев).

Некоторые авторы указывают, что лапароскопия целесообразна только у относительно молодых и стабильных пациентов, а при поздней госпитализации и у пожилых эффективнее сразу делать лапаротомию. Однако мы, подобно ряду других исследователей, считаем такой подход устаревшим. Разумеется, при явных противопоказаниях (терминальный шок, множественные спайки) лапароскопию

выполнять не надо. Но во многих случаях исходно тяжёлого перитонита опытный хирург способен быстро провести диагностику и пытаться ушить перфорацию эндоскопически, выиграв для пациента преимущества менее инвазивной операции. В нашем опыте несколько больных высокого риска успешно перенесли лапароскопическое вмешательство, тогда как сама тяжесть состояния (сепсис) явилась причиной неблагоприятного исхода, а не метод операции. Лапароскопия позволила минимизировать дополнительный операционный стресс у этих больных.

Наконец, важным аспектом является кривая обучения лапароскопическим навыкам при прободных язвах. Отмечено, что первые лапароскопические операции могут занимать дольше времени и сопровождаться более высоким процентом осложнений по сравнению с «рутинной» лапаротомией. В наших клиниках внедрение методики проходило постепенно: начальные операции выполнялись при благоприятных ситуациях (ранние обращения, молодые пациенты), затем по мере роста опыта показания расширились. С течением времени длительность лапароскопических вмешательств сократилась почти до уровня аппендэктомий – в среднем <1 часа, что даже меньше, чем у открытых операций, требующих длительного закрытия лапаротомной раны. Достоверно сокращая время операции, лапароскопия тем самым уменьшает период перитонеальной контаминации и ишемии, что положительно сказывается на исходах.

Таким образом, наш опыт согласуется с мировой тенденцией: малоинвазивные технологии при ПГДЯ обеспечивают лучшие результаты лечения при правильном отборе пациентов. Перспективы дальнейших исследований включают разработку чётких критериев отбора на лапароскопическую тактику (с учётом шкал Воеу, ASA и индекса перитонита Mannheim), а также оптимизацию техники (например, использование самозатягивающихся швов, оментопластика на питающей ножке и др.), которые могут ещё более повысить надёжность лапароскопического ушивания перфораций.

Выводы

1. Лапароскопический метод лечения перфоративных гастродуоденальных язв является безопасным и высокоэффективным. В нашей серии 91% попыток малоинвазивного ушивания язвы были успешными; конверсия потребовалась лишь у 9% больных (в основном при отягощающих факторами, таких как запущенный перитонит или крупный дефект).
2. Миниинвазивная тактика превосходит лапаротомию по непосредственным результатам. После лапароскопии отмечено достоверное снижение частоты послеоперационных осложнений (3% vs 17%, преимущественно за счёт уменьшения гнойно-септических осложнений) и тенденция к снижению летальности (2% vs 7,7%). Средняя длительность операций и послеоперационного пребывания в стационаре также была меньше при лапароскопическом доступе (на ~35% и ~2 суток соответственно).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гостищев В.К., Малышев А.Г., Луфт В.М. Неотложная хирургия гастродуоденальных язв. – М.: Медицина, 2009. – С. 35–47.
2. Ермолов А.С., Пахомова Г.В., Утешев Н.С. и др. Современные подходы в лечении больных язвенной болезнью, осложнённой кровотечением. – Неотложная хирургия и инфекция. – 2014. – № 2. – С. 15–21.
3. Lau H. Laparoscopic repair of perforated peptic ulcer: a meta-analysis // Surg. Endosc. – 2004. – Vol. 18, No 7. – P. 1013–1021. doi:10.1007/s00464-003-8266-y
4. Siu W.T., Leong H.T., Law B.K. et al. Laparoscopic repair for perforated peptic ulcer: a randomized controlled trial // Ann. Surg. – 2002. – Vol. 235, No 3. – P. 313–319.
5. Bertleff M., Halm J., Bemelman W. et al. Randomized clinical trial of laparoscopic versus open repair of the perforated peptic ulcer (LAMA trial) // World J. Surg. – 2009. – Vol. 33. – P. 1368–1373.
6. Wadaani H.A. Emergent laparoscopy in treatment of perforated peptic ulcer: a local experience from a tertiary centre in Saudi Arabia // World J. Emerg. Surg. – 2013. – Vol. 8. – P. 10. doi:10.1186/1749-7922-8-10
7. Sartelli M., Viale P., Catena F. et al. WSES guidelines for management of intra-abdominal infections // World J. Emerg. Surg. – 2013. – No 8. – P. 3.
8. Søreide K., Thorsen K., Søreide J.A. Strategies to improve the outcome of emergency surgery for perforated peptic ulcer // Brit. J. Surg. – 2014. – Vol. 101, No 1. – P. 51–64.
9. Boey J., Choi S.K., Poon A. Risk stratification in perforated duodenal ulcers: a validation of predictive factors // Ann. Surg. – 1987. – Vol. 205, No 1. – P. 22–26.
10. Crofts T.J., Park K.G.M., Steel R.J.C. A randomized trial of non-operative treatment for perforated peptic ulcer // N. Engl. J. Med. – 1989. – Vol. 320, No 15. – P. 970–973.

Поступила 20.04.2025