

И.Л. Рудый, М.Б. Эседов
**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРФОРАТИВНОЙ
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ**

Научный руководитель канд. мед. наук Г.А. Соломонова

2-я кафедра хирургических болезней,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

УЗ «ГК Больница скорой медицинской помощи»

***Резюме.** Проведен ретроспективный анализ лечения 229 пациентов с прободной язвой, лечившихся в УЗ «ГК БСМП» за период с 2013 по 2015 годы.*

***Ключевые слова:** прободная язва, диагностика, лечение.*

***Resume.** A retrospective analysis of treatment of 229 patients with perforated ulcer treated with ultrasound in "SC Emergency Hospital" for the period from 2013 to 2015 years.*

***Keywords:** ulcer perforation, diagnostics, treatment.*

Актуальность. Хирургическое лечение гастродуоденальной язвы (ГДЯ), осложненной перфорацией, остается одной из сложных и до конца не решенных проблем абдоминальной хирургии [1, 3]. На протяжении последних десятилетий частота осложненной ГДЯ не снижается [2, 4]. Летальность при оперативном лечении колеблется от 5 до 17,9% [1]. Одной из наиболее часто проводимых операций является ушивание прободного отверстия. Однако, изолированное ушивание язвы без последующей полноценной терапии приводит в первые три года к рецидиву заболевания у 52-67% оперированных, в целом более 50% больных оперируются повторно [1].

Цель: Провести ретроспективный анализ эффективности хирургического лечения пациентов с прободной язвой УЗ «ГК БСМП» с 2013 по 2015 годы.

Задачи:

1. Выявить особенности диагностики прободной ГДЯ.
2. Проанализировать частоту выполнения различных операций при перфоративной ГДЯ.
3. Провести анализ летальности и ее причин у пациентов с данной патологией.

Материал и методы. Были изучены результаты оперативного лечения 229 пациентов с прободной язвой за период 2013-2015 годы. Из них: 177 мужчин (77,3%), 52 женщины (22,7%) в возрасте от 16 до 93 лет. Средний возраст пациентов составил 43,3 года (рисунок 1).

В 47 случаях (20,5%) патологический процесс локализовался в желудке, в 182 (79,5%) – в двенадцатиперстной кишке (ДПК).

У 11 пациентов (4,8%) имела место атипичная перфорация. У 6 больных перфорация была прикрытой (2,6%). Прободение в забрюшинное пространство было у 2 больных (0,87%), в малый сальник – у 3 (1,33%).

При поступлении в клинику пациенты жаловались на кинжальную боль в области эпигастрия, лихорадку, общую слабость. Всем пациентам исследовались анализы крови, мочи общие, биохимический анализ крови, электрокардиограмма. С целью обнаружения наличия свободного газа под куполами диафрагмы выполнялась обзорная рентгенография брюшной полости (ОБП). Последний выявлен у 136 (59,3%) (рисунок 2).

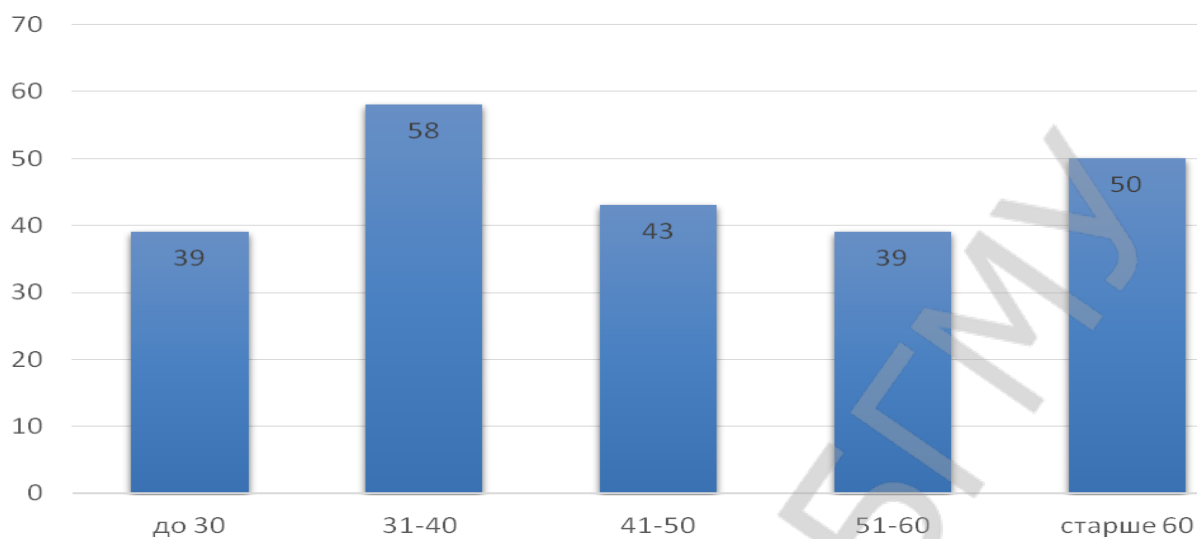


Рисунок 1 – Возрастная структура пациентов с прободной ГДЯ.

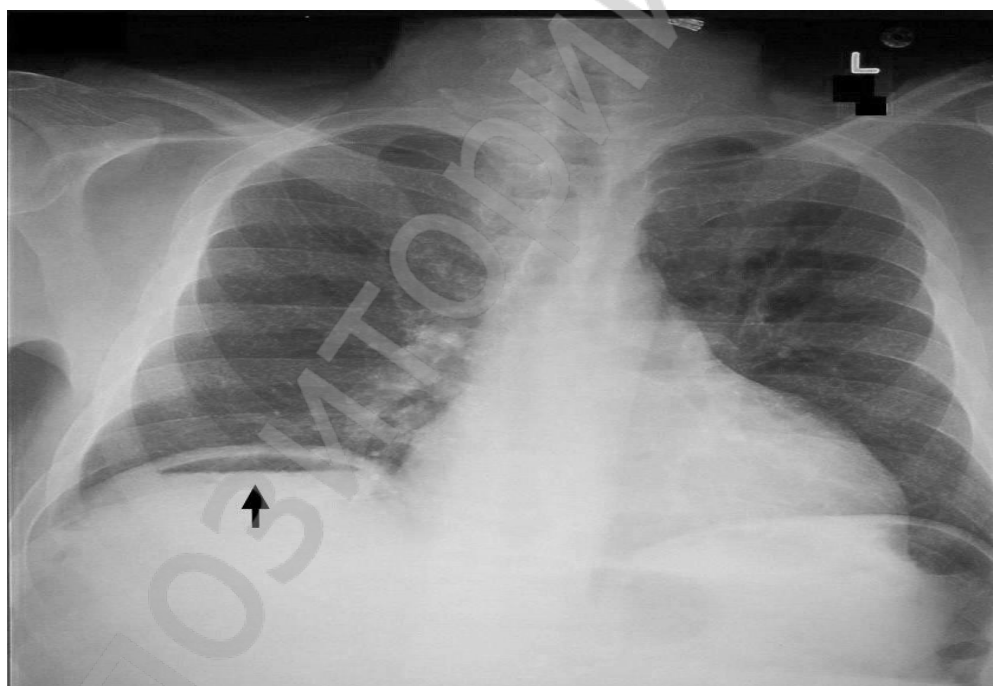


Рисунок 2 – Обзорная рентгенография брюшной полости: свободный газ под куполом диафрагмы.

При отсутствии свободного газа в брюшной полости в связи с неясностью диагноза 72 пациентам (31,4%) проведена эзофагогастродуоденоскопия (ЭГД). У 50 (21,8%) пациентов обнаружена язва с перфоративным отверстием (рисунок 3).

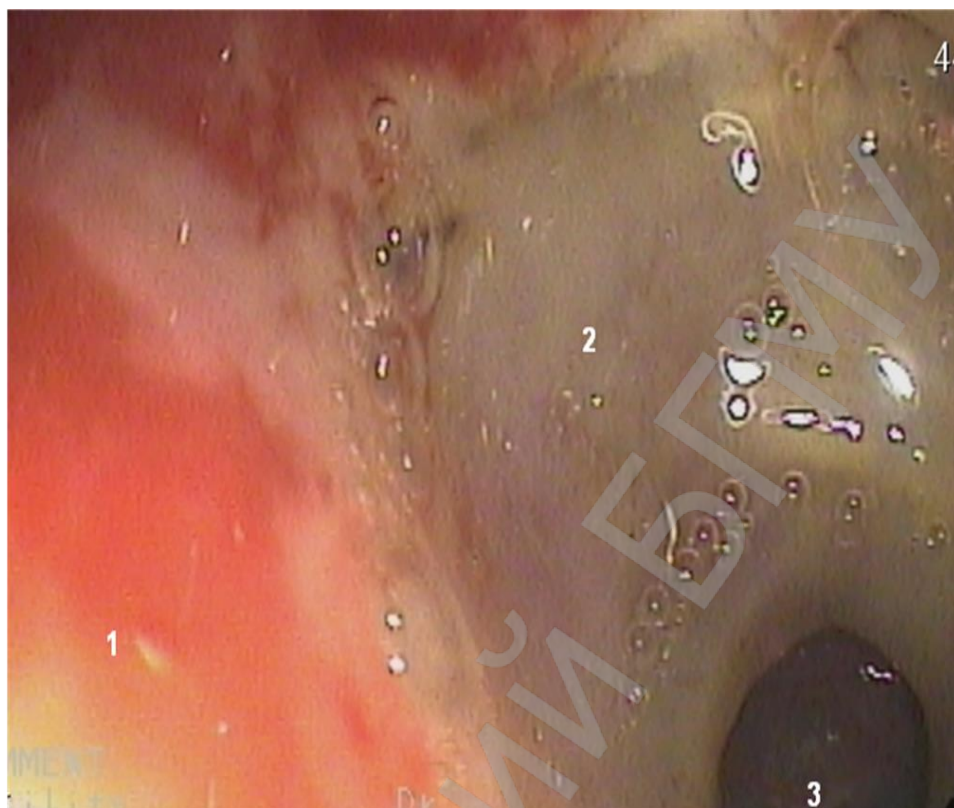


Рисунок 3 – Перфоративное отверстие хронической кровоточащей язвы ДПК при ЭГД

У 22 (9,6%) пациентов должной информации не получено. Им повторно выполнена ОБП. Накачанный в кишечник воздух способствует открытию перфоративного отверстия, прикрытого рядом расположенным органом. На обзорной рентгенограмме ОБП под куполами диафрагмы будут видны полосы газа. Данное исследование дало положительный результат у 11 пациентов (4,8%).

В некоторых случаях все перечисленные методы не позволили поставить диагноз прободной язвы. Им проводили лапароскопию. Диагностировать перфорацию хронической язвы, наличие дуоденального содержимого в брюшной полости это исследование позволило 11 пациентам (4,8%). К дополнительным методам диагностики относятся УЗИ брюшной полости, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография.

Результаты и их обсуждение. В каждом отдельном случае на выбор метода лечения оказывал влияние ряд факторов, таких как локализация язвы, продолжительность течения заболевания, эффективность предшествовавшего лечения, наличие сопутствующей патологии, развившиеся осложнения.

При дуоденальной язве ушивание перфоративного отверстия проведено 55 (24%). В 9 случаях (3,9%) оно выполнено лапароскопически. Иссечение прободной язвы ДПК в сочетании с пилоропластикой было проведено 66 (28,8%). Иссечение

патологического очага и дуоденопластика выполнена 59 (25,7%) пациентам. Иссечение язвы в сочетании с экстрадуденизацией применено у 2 (0,8%) больных.

При язве желудка иссечение язвенного очага выполнено 25 (53,2%) пациентам. Ушивание перфоративного отверстия проведено 15 (31,9%). Резекция желудка выполнена 7 (14,9%).

После операции умерло 4 пациента, летальность составила 1,74%.

Причины смерти: нарастающая сердечная недостаточность на фоне ИБС у 2 пациентов (50%), терминальная стадия цирроза печени – у 1 (25%), синдром полиорганной недостаточности на фоне перитонита – у 1 (25%).

Выводы:

1 Основными методами диагностики перфоративной язвы ДПК являются данные объективного исследования, обзорная рентгенография брюшной полости, ЭГД, при необходимости – лапароскопия.

2 Наиболее часто выполняемой операцией при прободной язве ДПК является иссечение прободной язвы, дополненное дуодено- или пилоропластикой (56%). При локализации патологического процесса в желудке у 25 пациентов (10,9%) пациентов проведено иссечение патологического очага.

3 Причиной смерти по данным патологоанатомических вскрытий явилась нарастающая сердечная недостаточность на фоне ИБС у 50% умерших.

I.L.Rudy, M. B. Esedov

PERFORATED GASTRODUODENAL ULCERS SURGICAL TREATMENT

Tutor Assistant G. A. Solomonova

2nd Department of surgical diseases,

Belarusian State Medical University, Minsk

«CITY CLINIKAL HOSPITAL OF MINSK EMERGENCY MEDICAL CARE»

Литература

1. Афендулов, С.А. Стратегия хирургического лечения язвенной болезни / С.А. Афендулов, Г.Ю. Журавлев, А.Д. Смирнов // Хирургия. – 2006. – № 5. – С. 26–30.
2. Гостищев, В. К. Перфоративные гастродуоденальные язвы: взгляд на проблему / В. К. Гостищев, М. А. Евсеев, Р. А. Головин // РМЖ. – 2005. – Т. 13. – № 25. – С. 23-27.
3. Bertleff MJOE. Perforated Peptic Ulcer Disease: A Review of History and Treatment / Bertleff MJOE, Lange JF // Dig Surg. – 2010, – № 27. – P. 161-169.
4. Zittel TT, Jehle EC, Becker HD. Surgical management of peptic ulcer disease today: indication, technique and outcome / Zittel TT, Jehle EC, Becker HD. // Langenbecks Arch Surg. – 2000. – № 385. – P. 84-96.