

Разводовский К. В.
**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

Научный руководитель: канд. мед. наук, ассист. Соломонова Г. А.

Кафедра 2-я хирургических болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Осложнения гастродуоденальных язв являются важнейшей проблемой экстренной абдоминальной хирургии. Гастродуоденальная язва, осложненная перфорацией, является тяжелым и опасным для жизни заболеванием, если своевременно не начато хирургическое лечение. К сожалению, тенденции к снижению частоты этой патологии не наблюдается. Это обуславливает необходимость дальнейшего изучения хирургической тактики при перфоративных язвах.

Цель: проанализировать методы хирургического лечения гастродуоденальных язв, осложненных перфорацией, у пациентов, находившихся на лечении в ГК БСМП г. Минска в 2015 году.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 75 медицинских карт стационарных пациентов с перфоративными гастродуоденальными язвами. Из них: 54 мужчины (72%), 21 женщина (28%) в возрасте от 21 до 93 лет. У 66 пациентов (88%) язва локализовалась в двенадцатиперстной кишке, у 9 (12%) – в желудке. Для постановки диагноза, определения вида и объема оперативного вмешательства были применены клинический, лабораторный, рентгенологический, эндоскопический, ультразвуковой, лапароскопический методы исследования.

Результаты и их обсуждение. При определении вида и объема оперативного пособия учитывались различные факторы, в том числе наличие язвенного анамнеза, сопутствующей патологии, других осложнений, локализации язвы. Пенетрация язвы в соседние органы и ткани наблюдалась у 7 пациентов (9,3%): в поджелудочную железу у 3 (42,86%), в гепатодуоденальную связку – у 3 (42,86%), в печень – у 1 (14,3%). Явления стеноза имели место у 6 пациентов (8%). У 2 (33,3%) из них стеноз был декомпенсированным. Сочетание перфорации и кровотечения было у 3 пациентов (4%).

Пациентам с прободной язвой двенадцатиперстной кишки выполнены следующие операции. Иссечение язвенного очага в сочетании с дуоденопластикой было проведено 55 пациентам (83,3%) с пилоропластикой – 4 (6,1%). У 2 из них в связи с пенетрацией язвы в поджелудочную железу дополнительно проведена экстродуоденизация кратера язвы. Ушивание перфоративного отверстия выполнено 7 пациентам (10,6%), в том числе лапароскопически – 4.

При локализации язвенного процесса в желудке сделаны ниже описанные операции. Резекция желудка по Бильрот-1 проведена одному пациенту (11,1%), по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финстерера – троим (33,3%). Лапароскопическое ушивание язвы желудка проведено одному пациенту (11,1%), иссечение язвенного очага в сочетании с пилоропластикой – 4 (44,4%).

После операции умерло 8 пациентов (10,7%). Летальные исходы обусловлены тяжелыми сопутствующими заболеваниями в стадии декомпенсации.

Выводы. Основным методом хирургического лечения перфоративной дуоденальной язвы является иссечение язвенного дефекта в сочетании с дуодено- или пилоропластикой (89,4%). При локализации патологического процесса в желудке наиболее часто проводимое оперативное пособие – иссечение язвенного очага в сочетании с пилоропластикой (44,4%).