

## ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

*Олифирова О.С., Козка А.А.*

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Амурская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Благовещенск, Россия*

**Актуальность.** В результате сокращения числа плановых оперативных вмешательств при язвенной болезни желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) возросло количество экстренных операций по поводу жизнеугрожающих осложнений ЯБ. При оказании неотложной хирургической помощи нередко возникают трудности в определении метода, объема, технического исполнения операции, особенно, при недостаточной квалификации хирургической бригады, отсутствии необходимого оснащения и адекватного обезболивания. Поэтому, первичные операции по поводу осложнений ЯБ, выполненные по экстренным показаниям преимущественно в неспециализированных общехирургических стационарах районных больниц, далеко не всегда являются адекватными и через некоторое время требуют дополнительной хирургической коррекции.

**Цель:** провести анализ повторных операций после первичных неотложных оперативных вмешательств по поводу осложнений ЯБЖ и ЯБДПК.

**Материалы и методы.** Проведен анализ обследования и лечения 82 больных, которым были выполнены повторные оперативные вмешательства после первичных операций при осложнениях ЯБ в хирургическом отделении Амурской областной клинической больницы. Из них преобладали мужчины (65; 79,3%) в возрасте 30 - 50 лет (46; 56,1%). Первичные операции были произведены по экстренным показаниям преимущественно в районных больницах Амурской области по поводу перфоративных язв (49; 59,8%) и гастродуоденальных кровотечений (33; 40,2%). Первичными оперативными вмешательствами при перфоративных язвах были ушивание язв (42; 85,7%), резекция желудка (4; 8,2%), иссечение краев язвы с последующим ушиванием (3; 6,1%), а при гастродуоденальных язвенных кровотечениях – резекция желудка (19; 57,6%), иссечение язвы (5; 15,2%), прошивание язвы (9; 27,2%). Применялись общеклинические методы обследования, включающие УЗИ брюшной полости, рентгенографию желудочно-кишечного тракта, фиброгастродуоденоскопию, КТ и МРТ брюшной полости (по показаниям).

**Результаты.** Показаниями к повторным операциям на желудке и ДПК явились прогрессирование ЯБ и ее осложнений, осложнения первичных операций, болезни оперированного желудка. Сроки выполнения повторных операций составляли от 7 дней до 12 лет с момента первичной операции. В течение первого года повторно

оперированы 23 больных (28,1%), от одного года до 3 лет – 28 (34,1%), свыше 3 лет – 31(37,8%) больной.

В ранние сроки (до одного года) повторные операции были выполнены по поводу рецидива гастродуоденального кровотечения (ГДК) у 17 (20,7%) больных. Это осложнение возникло после ушивания кровоточащих и перфоративных язв (8), кровотечения из недиагностированных язв желудка (2) и ДПК (4) при иссечении или ушивании язв другой локализации, а также после «слепой» резекции желудка (1) и резекции желудка «на выключение» (2). Их причиной явился неэффективный гемостаз при ушивании язв; неполноценная интраоперационная ревизия, при которой не была выявлена двойная локализация язв; выполнение неадекватных резекций желудка – «слепой» и «на выключение».

Повторные операции после ушивания перфоративной язвы в течение первого года произведены 6 больным в связи с формированием пилородуоденального стеноза в зоне ушивания у 5 (6,1%), стриктуры абдоминального отдела пищевода у одного больного (1,2%). Осложнения возникли в результате хирургических дефектов операций (23; 28,1%) – ушивания язв, неадекватного выбора операции (ушивание) при сочетании перфорации и пилородуоденального стеноза.

В более поздние сроки (от 1 года до 10 лет) оперативные вмешательства выполнены у 59 (71,9%) больных. Показаниями к повторной операции послужили рецидивирующие желудочно-кишечные кровотечения (12; 14,6%), пенетрации язв (10; 12,2%), пилородуоденальный стеноз (9; 10,9%), повторные перфорации (5; 6,1%), пептические язвы (2; 2,4%), тяжелый демпинг-синдром (1; 1,2%), синдром приводящей петли (1; 1,2%), рак культи желудка (2; 2,4%), сочетание нескольких осложнений (17; 20,7%). Их причиной явилось прогрессирование ЯБ (53; 64,6%) и возникновение болезней оперированного желудка (6; 7,3%).

Из-за выраженного периульцерогенного и спаечного процесса выполнение повторных операций сопровождалось значительными техническими трудностями. Метод оперативного лечения индивидуализировали в зависимости морфо-функциональной характеристики ЯБ и состояния больного. Повторно были выполнены резекция желудка по Бильрот-1 (41), резекция желудка по Бильрот-2 (12), ререзекция желудка по Ру (5), реконструктивные операции (8), селективная проксимальная ваготомия с дуоденопластикой (7), стволовая ваготомия с антрумэктомией (2), стволовая ваготомия (2), экстирпации культи желудка (3), резекция культи ДПК с язвой (2). Послеоперационные осложнения возникли у 5 (6,1%) больных, умер один больной (1,2%).

### **Выводы.**

1. Причинами повторных операций при ЯБЖ и ЯБДПК явились дефекты первичных операций (28,1%), прогрессирование ЯБ (64,6%) и болезни оперированного желудка (7,3%).

2. Выполнение повторных операций по поводу ЯБЖ и ЯБДПК сопровождается техническими трудностями и риском послеоперационных осложнений.

3. Метод повторной операции по поводу ЯБЖ и ЯБДПК следует индивидуализировать в зависимости от морфо-функциональной характеристики ЯБ и состояния больного.