

ПРОБОДНАЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНАЯ ЯЗВА – ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Соломонова Г.А.¹, Третьяк С.И.¹, Нежикова А.В.²

¹Белорусский Государственный медицинский университет,

*²Городская клиническая больница скорой медицинской помощи
г. Минск, Республика Беларусь*

Введение. Гастродуоденальная язва остается одним из самых распространенных заболеваний органов желудочно-кишечного тракта. Несмотря на то, что за последнее время отмечена четкая тенденция к снижению частоты гастродуоденальной язвы, ежегодно в мире регистрируются около 4 млн вновь заболевших пациентов. Частым осложнением язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, требующим хирургического вмешательства, является перфорация. Важно отметить, что происходящее в мире снижение общего количества пациентов с гастродуоденальной язвой мало повлияло на показатели летальности при данной патологии. Последние варьируют от 10 до 40%. Очевидные успехи и прогресс в диагностике и лечении прободной гастродуоденальной язвы, произошедшие в мире за последние два десятилетия, также мало изменили показатели общей и послеоперационной летальности при этом заболевании.

Количество осложнений после хирургического лечения прободной гастродуоденальной язвы варьирует от 17 до 63%. Чаще встречается пневмония (28—30%) и инфекции послеоперационных ран (32—48%). Существует много способов хирургического лечения этой патологии. Используется ушивание перфорации, резекция желудка, иссечение прободной язвы с последующей пилоро-, дуодено- и гастропластикой. Ушивание перфорации может быть выполнено как из лапаротомного доступа, так и с использованием лапароскопических технологий. Приведенные методы хирургического лечения перфоративной гастродуоденальной язвы, не влияют на этиопатогенез заболевания. Однако, в связи с хорошими ближайшими результатами выполняется при этой патологии. Применяются и другие методики: укрытие перфорации петлей тощей кишкой, операция на выключение двенадцатиперстной кишки с целью защиты ушитой перфорации, применение биodeградируемых материалов для укрытия язвенного дефекта, стволовых клеток с целью улучшения заживления. Используются эндоскопические методы: клипирование дефекта, стентирование покрытыми самораскрывающимися металлическими стентами, транслюминальная эндоскопическая хирургия (NOTES).

Цель: Оценить эффективность лечения пациентов с прободной гастродуоденальной язвой по материалам хирургических отделений УЗ «ГК БСМП» в 2022 г.

Материал и методы. Проведен анализ тактики и результатов оперативного лечения 52 пациентов с прободной ГДЯ за 2022 год. Из них: 43 мужчин (82,7%), 9 женщин (17,3%) в возрасте от 20 до 85 лет.

До 6 часов с момента перфорации доставлено в больницу 20 пациентов (38,4%), от до 24 часов – 16 (30,8%), свыше 24 часов – 16 (30,8%).

У 46 пациентов (88,5%) патологический процесс локализовался в ДПК, в 6 случаях (11,5%) – в желудке.

У 6 пациентов (11,5%) имела место атипичная перфорация. У 5 больных перфорация была прикрытой (9,6%). Прободение в малый сальник – у 1 (1,9%). Сочетание перфорации, кровотечения имело место у 2 (3,8%) пациентов. Пенетрация в гепатодуоденальную связку и поджелудочную железу отмечена у 3 (5,8%).

При поступлении в клинику пациенты жаловались на общую слабость, интенсивные боли в верхних отделах живота. 49 пациента (94,2%) отмечали внезапное начало: кинжальную боль в эпигастрии. Всем пациентам исследовались общие анализы крови, мочи, биохимический анализ крови, выполнялась электрокардиограмма. С целью уточнения диагноза, обнаружения наличия свободного газа под куполами диафрагмы проводилась обзорная рентгенография брюшной полости (ОБП) 48 пациентам (92,3%). Последний выявлен у 44 (84,6%).

При отсутствии свободного газа в брюшной полости в связи с неясностью диагноза 8 пациентам (15,4%) проведена эзофагогастродуоденоскопия. Это исследование позволило выявить у 2 (3,8%) пациентов язву с перфоративным отверстием. У остальных должной информации не получено: у 1 (1,9%) в желудке была пища, у 3 (5,8%) наблюдались явления стеноза, в связи с чем пройти в двенадцатиперстную кишку не удалось.

Им повторно выполнена ОБП после ЭГД. Введенный во время ЭГД в желудок и двенадцатиперстную кишку воздух способствует открытию перфоративного отверстия, прикрытого рядом расположенным органом. Такое исследование дало положительный результат у 2 пациентов (3,8%).

В 4 случаях (7,7%) все перечисленные методы не позволили поставить диагноз прободной язвы. Двоим (3,5%) выполнена компьютерная томография органов брюшной полости. Под куполами диафрагмы определялся свободный газ. Оперированы.

С диагностической целью 2 (3,9%) выполняли лапароскопию. Во время последней было установлено наличие дуоденального содержимого в брюшной полости. Это позволило диагностировать перфорацию гастродуоденальной язвы.

Результаты и их обсуждение. В каждом отдельном случае на выбор объема оперативного вмешательства оказывали влияние ряд факторов, таких как локализация язвы, длительность заболевания, распространенность перитонита, развитие других осложнений язвенного процесса, наличие сопутствующей патологии.

При прободной дуоденальной язве лапаротомия, ушивание

перфоративного отверстия было проведено 6 (11,5%) пациентам. При отсутствии язвенного анамнеза, коротком желудочном анамнезе, небольших размерах язвы, мягких ее краях, явлениях местного перитонита ушивание перфоративного отверстия лапароскопическим методом выполнено 19 пациентам (36,5%).

Иссечение прободной язвы двенадцатиперстной кишки в сочетании с дуоденопластикой было выполнено 10 (10,2%) пациентам. Иссечение патологического очага в сочетании с пилоропластикой выполнена 4 (7,7%). Иссечение перфоративной язвы в сочетании с экстрадуоденизацией ее, поперечной дуоденопластикой проведено у 2 (3,9%) больных по разработанной методике (рис. 1, рис. 2). У них имели место множественные осложнения: перфорация, кровотечение, пенетрация.

При двойной локализации язвы (прободная язва передней стенки двенадцатиперстной кишки, язва задней стенки) у 5 (9,6%) пациентов (проведено иссечение язвы передней стенки, прошивание язвы задней стенки с последующей дуоденопластикой).

У 4 (7,7%) пациентов с прободной язвой желудка выполнено иссечение язвы, гастропластика. Одному (1,9%) – резекция желудка по Бильрот-1, 1 (1,9%) – резекция желудка по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финстерера.

Всем пациентам в связи с наличием перитонита выполнялось дренирование брюшной полости.

Умерло 2 пациента: 1 после ушивания перфоративного отверстия двенадцатиперстной кишки, второй – после иссечения прободной язвы пилорического отдела желудка, пилоропластики по Джадду. Летальность составила 3,8%.

Причины смерти: нарастающая сердечно-сосудистая недостаточность на фоне ИБС у 1 пациента, синдром полиорганной недостаточности на фоне перитонита – у второго.

Выводы:

1. Основными методами диагностики перфоративной гастродуоденальной язвы являются данные объективного исследования, обзорная рентгенография брюшной полости, при необходимости – эзофагогастродуоденоскопия, повторная обзорная рентгенография брюшной полости, компьютерная томография, лапароскопия.

2. Наиболее часто выполняемой операцией при прободной язве ДПК является лапароскопическое ушивание перфоративного отверстия – 19 (36,5%). При локализации патологического процесса в желудке – иссечение язвы, гастропластика – 4 пациента (7,7%).

3. Причиной смерти пациентов, оперированных по поводу перфоративной гастродуоденальной язвы, явилась нарастающая сердечно-сосудистая недостаточность на фоне ИБС у 1 пациента, синдром полиорганной недостаточности на фоне перитонита – у второго.