

ПРОБОДНЫЕ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В ЭКСТРЕННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

*Дешук А.Н., Цилиндзь И.Т., Цилиндзь И.И. *, Колешко С.В. **
УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Республика Беларусь
**УЗ «Городская клиническая больница №4 г. Гродно»,*
г. Гродно, Республика Беларусь

Введение. Проблема лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (12ПК) является актуальной и не вызывает сомнений на сегодняшний день в Республике Беларусь. Широкое внедрение и использование малоинвазивных технологий привело к применению лапароскопических методик ушивания прободных язв, лапароскопической санации и дренированию брюшной полости. Ушивание прободных язв 12ПК с последующей эффективной медикаментозной терапией (лекарственная ваготомия) является также оправданным методом лечения. После изучения и анализа различных методов хирургического лечения многие авторы пришли к выводу о строго индивидуальном подходе в каждой конкретной ситуации, чтобы обеспечить максимально низкий уровень осложнений в послеоперационном периоде и улучшить качество жизни пациента после перенесенного оперативного вмешательства.

Цель. Проанализировать результаты хирургического лечения прободных язв 12ПК в клинике общей хирургии УО «Гродненский государственный медицинский университет», расположенной на базе УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно», за последние 5 лет (2018-2022).

Материалы и методы. В клинике общей хирургии УО «Гродненский государственный медицинский университет» на базе УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно» в период с 2018 г. по 2022 г. включительно находилось на лечении 43 пациента с прободными язвами 12ПК. Женщин было 2 (4,7%), мужчин – 41 (95,3%). Средний возраст пациентов составил 46 лет, при этом средний возраст женщин – 53 года, мужчин – 39 лет. Применение диагностического алгоритма при поступлении пациентов проводилось согласно Постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14.12.2015 № 120. При сборе анамнеза заболевания установлено, что большинство поступивших уже страдали язвенной болезнью желудка или 12ПК – 27 (62,7%) пациента, из которых только 4 (14,8%) состояли на диспансерном учете. У 2 (4%) пациентов в анамнезе были произведены операции ранее: ушивание прободной дуоденальной язвы у 1 человека, резекция желудка у 1, еще у 19 (44,1%) пациентов имелись различные сопутствующие заболевания.

Результаты и обсуждение. Сроки оперативного лечения прободных дуоденальных язв от момента перфорации были следующими: 40 (93%) пациентов оперированы в первые 1,5–2 часа с момента госпитализации, от 2

до 4 часов – 3 (7%) лиц. Во время операции у всех пациентов был выявлен перитонит: распространенный у 27 (62,7%) человек, местный неограниченный у 11 (25,5%) и у 5 (11,8%) местный ограниченный. Из 43 у 41 (95,3%) пациента перфорационное отверстие локализовалось на передней стенке 12ПК, у 2 (4,7%) пациентов оно располагалось на задней стенке. В последние годы ушивание прободной язвы стремимся выполнять во время лапароскопии. У 40 (93%) пациентов была предпринята попытка выполнения лапароскопического оперативного доступа и метода ушивания перфоративных язв. По данным обследования брюшной полости интраоперационно при лапароскопии установлено, что произвести ушивание перфоративной язвы оказалось технически невозможным у 5 (12,5%) пациентов из 40. Лапароскопическое ушивание перфоративных язв выполнено 35 (81,3%) пациентам. За анализируемый период с 2018 года по 2022 год в нашем арсенале лечения прободной язвы 12ПК применялись различные варианты ваготомий, которые выполнялись после иссечения язвы у 6 (13,9%) пациентов: с последующей пилоропластикой по Джадду у 3 (6,9%), по Финнею у 2 (4,6%), по Гейнеке – Микуличу у 1 (2,3%). Дистальные резекции желудка в объеме 2/3 в различных модификациях выполнены у 2 (4,6%) пациентов.

Осложнения в послеоперационном периоде были у 5 (11,6%) пациентов. Так, у 1 из них имела место эвентрация раны передней брюшной стенки после лапаротомного доступа. Еще у 3 пациентов были осложнения со стороны послеоперационной раны - ее нагноение. У 1 пациента была несостоятельность швов после лапароскопического ушивания перфорации 12ПК: выполнена лапаротомия с последующим повторным ушиванием. У 1 пациента была несостоятельность анастомоза после резекции желудка по Б-П в модификации Гофмейстера–Финстерера на длинной петле с межкишечным анастомозом по Брауну. Летальный исход в послеоперационном периоде имел место в 1 случае (летальность составила 2,3%).

Выводы. Варианты хирургического лечения при прободных язва 12ПК должны быть индивидуальными по отношению к пациенту. Лапароскопическое ушивание дефекта позволяет добиться лучших результатов в лечении данной патологии. Резекция желудка и различные виды ваготомий должны иметь место в единичных случаях и по строго определенным показаниям. Адекватная противоязвенная терапия как в предоперационном, так и в послеоперационном периодах, имеет очень важное значение.