

# ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПЕРФОРАТИВНОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ

<sup>1</sup>Ладутько И.М., <sup>2</sup>Веремский Ю.О., <sup>2</sup>Юшкевич Д.В.,  
<sup>3</sup>Хрыщанович В.Я., <sup>1</sup>Фелькина Е.А., <sup>2</sup>Домаренок Е.П.,  
<sup>2</sup>Пищуленок А.Г., <sup>3</sup>Жура А.В., <sup>1</sup>Орловский Ю.Н.,  
<sup>1</sup>Седун В.В., <sup>2</sup>Шиманский И.Е., <sup>2</sup>Илбуть В.А.

<sup>1</sup>Институт повышения квалификации и переподготовки  
кадров здравоохранения УО «Белорусский государственный  
медицинский университет»,

<sup>2</sup>УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»,

<sup>3</sup>УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
г. Минск, Республика Беларусь

**Введение:** Перфорация гастродуоденальных язв (ГДЯ) остается весьма распространенной патологией желудочно-кишечного тракта и относится к наиболее опасным и тяжелым осложнениям, требующим неотложного хирургического вмешательства. В структуре летальности среди осложнений язвенной болезни перфорация занимает лидирующую позицию. Несмотря на глобальное снижение

общего количества пациентов с перфоративной ГДЯ, значительные успехи в диагностике и лечении заболевания, показатели общей и послеоперационной летальности мало изменились. Согласно мировой статистике, количество операций по поводу перфоративных язв на протяжении последних десятилетий сохраняется на уровне 3,8-14 на 100 000 населения, а летальность составляет 5-17,9% (в РБ – 5,9%, в РФ – 13,1% по данным за 2022 г.). Частота встречаемости осложнений после хирургического лечения прободной ГДЯ остается высокой и варьирует от 17% до 63%. Выбор оперативного пособия при осложнениях ГДЯ остается одной из актуальных проблем неотложной абдоминальной хирургии. Из множества способов хирургического лечения этой патологии часто применяются ушивание перфорации, резекция желудка, иссечение прободной язвы с последующей пилоро-, дуодено- или гастропластикой. Необходимо отметить, что указанные методы хирургического лечения перфоративной ГДЯ не влияют на этиопатогенез заболевания. Благодаря широкому внедрению малоинвазивных технологий было начато применение лапароскопических методик ушивания перфоративных язв с лапароскопической санацией и дренированием брюшной полости. Лапароскопическое ушивание перфорации позволяет улучшить результаты лечения по сравнению с традиционной лапаротомией и постепенно становится методом хирургического выбора. Вместе с тем, сравнительный анализ различных методов хирургического лечения свидетельствует о необходимости строго индивидуального подхода к выбору метода оперативного пособия с целью снижения количества послеоперационных осложнений и улучшения качества жизни пациентов в послеоперационном периоде.

**Цель исследования:** провести анализ диагностической значимости методов визуализации и результатов хирургического лечения пациентов с перфоративной гастродуоденальной язвой в УЗ «ГК БСМП» г. Минска.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ 210 медицинских карт пациентов с перфорацией желудочных и дуоденальных язв в период с 2020 по 2022 гг., оперированных в УЗ «ГК БСМП» г. Минска. Среди пациентов с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) отмечено, что осложнение чаще встречается у мужчин – 142 (68%), чем у женщин — 68 (32%). Возраст пациентов с указанной патологией колебался

от 16 до 97 лет (в среднем 51 год). Распределение пациентов по возрасту было следующим: до 20 лет – 7, 21-40 – 60, 41-60 – 71, 61-80 – 42, старше 81 – 24. При поступлении пациентам проводился комплекс диагностических исследований согласно утвержденным МЗ РБ «Клиническим протоколам диагностики и лечения пациентов с острыми хирургическими заболеваниями» от 14.12.2015.

**Результаты и обсуждение.** Количество оперативных вмешательств по поводу перфорации ГДЯ остается на стабильном уровне – ~65 случаев в год, с некоторым увеличением в 2021 году во время пика пандемии COVID-19. Так, в 2020 г. было прооперировано 63 пациента, в 2021 г. – 87, в 2022 г. – 60 человек. Следует отметить, что 72 (35%) пациента были старше 60 лет.

По времени обращения пациенты были разделены на 5 групп, что влияло на тактику выбора оперативного пособия. Так, до 3 часов от начала заболевания обратились 44 пациента, в срок от 3 до 12 часов – 74, от 12 до 24 часов – 24, от 24 до 72 часов – 56 и свыше 72 – 12. Следует отметить, что в терминальной стадии перитонита поступили 68 пациентов, что не могло не сказаться на росте общей летальности. При сборе анамнеза установлено, что только 84 (42%) пациента указывали на наличие ГДЯ, из них в 6 (2,86%) случаях ранее выполнялись оперативные вмешательства по поводу перфоративной язвы. Наиболее частными симптомами при поступлении были: внезапное появление сильной боли в эпигастрии у 181 (86,2%) пациента, клинические признаки перитонита были выявлены у 192 (91,4%) пациентов.

Из 210 пациентов рентгенологически диагностирован свободный газ в брюшной полости в 136 (64,76%) случаях. При отрицательном результате рентгенологического исследования для верификации диагноза в диагностический алгоритм включались компьютерная томография (КТ) и фиброгастродуоденоскопия (ФГДС). КТ-исследование было выполнено 24 (11,43%) пациентам, которое обнаружило свободный газ в брюшной полости. Эндоскопическое исследование было выполнено 43 (20,5%) пациентам с последующей рентгенографией брюшной полости – такой диагностический комплекс был информативен в 38 случаях. При низкой информативности всех выше перечисленных исследований выполнялась диагностическая лапароскопия 12 (5,7%) пациентам, которая позволила установить

наличие дуоденального содержимого в брюшной полости и подтвердила диагноз перфоративной язвы. Четырем из этих пациентов было выполнено лапароскопическое ушивание. Всем пациентам выполняли ультразвуковое исследование, основной задачей которого было выявление свободной жидкости в брюшной полости с оценкой распространенности перитонита и исключение другой патологии.

При выборе объема оперативного вмешательства учитывались локализация язвы, длительность заболевания, распространенность перитонита, развитие других осложнений язвенного процесса, наличие сопутствующей патологии. Из числа выполненных 210 операций в 166 (79%) случаях выявлена язва ДПК и в 44 (21%) – язва желудка. Диаметр перфоративного отверстия составлял от 2 до 15 мм (в среднем 6 мм). Во время оперативных вмешательств был выявлен серозно-фибринозный перитонит у 159 пациентов, фибринозно-гнойный – у 51. В 81 (38,6%) наблюдении посев выпота из брюшной полости не обнаружил роста микроорганизмов. Наиболее распространенным выделенными микроорганизмами были *E.coli* – 39,4% и *b Klebsiella* – 19%, в остальных 3% случаев – редкие микроорганизмы (*Pseudomonas*, *Candida* spp. золотистый стафилококк). При прободной дуоденальной язве лапаротомия, ушивание перфоративного отверстия было проведено 12 (5,7%) пациентам. Иссечение прободной язвы ДПК в сочетании с дуоденопластикой было выполнено 78 (37,1%) пациентам. При выявлении язвы задней стенки проводилось ее дополнительное прошивание у 12 пациентов. Иссечение пилородуоденальной язвы в сочетании с пилоропластикой выполнено 38 (18%) пациентам. У 10 (4,8%) пациентов с прободной язвой желудка выполнено иссечение язвы с гастропластикой, а у 8 (3,8%) – ушивание. Резекция желудка в объеме 2/3 в различных модификациях выполнена 4 (1,4%) пациентам (одна резекция по Бильрот-1 и три – по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финстерера). Лапароскопическое ушивание перфоративной дуоденальной язвы и санация брюшной полости выполнено 60 (28,6%) пациентам. Средний возраст пациентов, оперированных лапароскопически, составил 36,3 года (от 16 до 60 лет). После выполненного ушивания 58 пациентам в операционной выполнялась ФГДС для выявления сопутствующих осложнений (стеноза, дополнительных язвенных дефектов) и оценки герметичности зоны швов. В данной группе пациентов осложнений и летальных исходов не отмечено.

Осложнения в послеоперационном периоде встретились у 14 (6,7%) пациентов. Выполнены 3 релапаротомии по поводу продолжающегося перитонита и наступившей эвентрации, 2 релапаротомии – при несостоятельности швов в области пилоропластики, закончившиеся резекцией желудка по Бильрот-2. У одного пациента, которому выполнялось иссечение язвы с дуоденопластикой по Джадду, через 1 месяц выявлен дуоденальный стеноз и произведена резекция желудка по Бильрот-2. Еще у трех пациентов развилось нагноение послеоперационной раны. У двух пациентов с абсцессами брюшной полости (поддиафрагмальным и тазовым) выполнено чрескожное дренирование под УЗИ-контролем. У трех пациентов выполнен эффективный эндоскопический гемостаз по поводу кровотечения: в одном случае из зоны ушивания перфорации и в двух случаях – из язв задней стенки.

Пребывание пациентов в стационаре составило в среднем 10 койко-дней. Девяносто двум пациентам потребовалось лечение в отделении интенсивной терапии (ОИТ) со средним сроком пребывания 5,5 койко-дней. Среди пациентов, оперированных лапароскопически, койко-день составил 8,2, в ОИТ было пролечено 8 пациентов со средним сроком пребывания 2 койко-дня. Для сравнения, пациенты, оперированные из лапаротомного доступа, находились на стационарном лечении 10,8 койко-дней. Летальные исходы в послеоперационном периоде развились в 35 (16,7%) случаях и были обусловлены тяжелой сопутствующей патологией (сердечно-сосудистой, онкологической), терминальной стадией перитонита с полиорганной недостаточностью, тяжелым течением инфекции COVID-19 с полисегментарной пневмонией.

#### **Выводы:**

1. Основным инструментальным методом диагностики перфоративной ГДЯ является обзорная рентгенография брюшной полости с информативностью 64,76%. Комбинация ФГДС с повторной обзорной рентгенографией брюшной полости, компьютерная томография, диагностическая лапароскопия (при необходимости) позволяют поставить правильный диагноз в 100% случаев даже в сложной диагностической ситуации.

2. Выбор объема и варианта хирургического лечения при перфоративной ГДЯ должен носить строго индивидуальный характер.

3. Лапароскопическое ушивание перфорации ДПК является безопасной и эффективной альтернативой открытой операции и может быть методом выбора при отсутствии противопоказаний, позволяя добиться лучших результатов лечения.

4. Причинами высокой летальности пациентов, оперированных по поводу перфоративной ГДЯ, являются тяжелая сопутствующая патология, терминальная стадия перитонита и полиорганная недостаточность, тяжелое течение инфекции COVID-19.