

Лысенко И.О., Сенько П.В.

ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц., п-к м/с Жидков А.С.

Кафедра военно-полевой хирургии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) оказывает значительное влияние на качество жизни пациентов. Отсутствие своевременной медицинской диагностики приводит к серьезным последствиям, таким как: кровотечение, пилородуоденальный стеноз, перфорация/пенетрация, а также риск развития онкологического процесса. Обострения язвенных заболеваний требуют оказания неотложной стационарной помощи, в первую очередь – экстренные хирургические вмешательства и пособий. Данная патология, несмотря на современные достижения медицинской науки, имеет высокий риск летального исхода. Учитывая это, изучение особенностей диагностики и лечения осложненных форм язвенной болезни желудка и ДПК, а также разработка методов их профилактики остаются важными направлениями научных исследований.

Цель: определить рациональный подход к диагностике и хирургическому лечению осложненных форм язвенной болезни желудка и ДПК.

Материалы и методы. Изучены медицинские карты 98 пациентов с осложненными формами язвенной болезни желудка и ДПК, проходивших стационарное лечение в отделении хирургического профиля УЗ «2-я ГКБ» и УЗ «4-я ГКБ им. Н.Е.Савченко» г. Минска в период с 2018 по 2024 гг.

Результаты и их обсуждение. В полученной выборке большинство пациентов было мужского пола – 68 человек (69,4%), женщины – 30 человек (30,6%). Распределение по возрастным группам продемонстрировало следующую статистику: 18-60 лет – 47 человек (48%), 61-74 года – 23 человека (23,5%), 75-89 лет – 25 человек (25,5%), 90 лет и старше – 3 человека (3%). По характеру осложнений патологии распределились следующим образом: прободение язвы – 55 человек (56,1%), желудочно-кишечное кровотечение из язвы – 41 человек (41,8%), пенетрирующая язва – 3 человека (3%). По локализации язвы: тело желудка – 21 человек (21,4%) (большой кривизны – 3 человека (3%), малой кривизны – 5 человек (5%), большой и малой кривизны – 2 человека (2%)), кардиальный отдел – 2 человека (2%), пилорического отдела – 15 человек (15,3%), пилоро-бульбарной зоны – 3 человека (3%), ДПК – 54 человек (55,1%), антрального отдела – 12 человек (12,2%), сочетанные язвы желудка и ДПК – 6 человек (6,1%). Были выполнены следующие оперативные вмешательства: лапароскопическое ушивание язвы – 24 человека (24,4%), эндоскопический гемостаз – 38 человек (38,7%) (клипирование кровоточащего сосуда – 19 человек (50%), эндоскопический инъекционный гемостаз – 17 человек (44,7%), эндоскопический гемостаз аргоновой плазмой – 2 человека (5,2%)), лапаротомия – 36 человек (36,7%) (ушивание прободной), резекция по Бильрот-1 – 2 человека (мужчина и женщина) (2%), Бильрот-2 – 4 человека (3 мужчины и одна женщина) (4,1%). Эндоскопически были взяты биопсии на обнаружение *H. Pylori*: Hp+ - 1 человек (1%), Hp- - 7 человек (7,1%). Клинический исход данных пациентов составил: выписаны с улучшением – 76 человек (77,6%), переведенных в другое ЛУ – 7 человек (7,1%), умерло – 15 человек (15,3%).

Выводы. 1. Подавляющее большинство пациентов с осложненными формами язвенной болезни желудка и ДПК составляют лица мужского пола трудоспособного возраста, что указывает на социальную значимость данной патологии. 2. Широкое внедрение эндоскопических и видеохирургических методик позволяет активно и с удовлетворительными результатами оптимизировать тактику лечения пациентов с осложненными формами язвенной болезни желудка и ДПК.