

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРФОРАТИВНОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ

Соломонова Г. А., Третьяк С. И., Рубахов О. И.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Шиманский И. С.

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи

Третьяк Д. С.

Главный военный клинический госпиталь,

г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Хирургическое лечение гастродуоденальной язвы (ГДЯ), осложненной перфорацией, остается одной из сложных и до конца не решенных проблем абдоминальной хирургии [С. А. Афендулов, Г. Ю. Журавлев, А. Д. Смирнов, 2006; Bertleff MJOE, Lange JF., 2010]. На протяжении последних десятилетий частота осложненной ГДЯ не снижается [Абдуллаев Э. Ги др., 2002; В. К. Гостищев, М. А. Евсеев, Р. А. Головин, 2005; Zittel TT, Jehle EC, Becker HD., 2000.]. Летальность при оперативном лечении колеблется от 5 до 17,9 % [С. А. Афендулов, Г. Ю. Журавлев, А. Д. Смирнов, 2006, Imhof M. et al., 2008]. Одной из наиболее часто проводимых операций является ушивание прободного отверстия. Однако, изолированное ушивание язвы без последующей полноценной терапии приводит в первые три года к рецидиву заболевания у 52-67 % оперированных, а спустя 10 лет повторные операции выполняются у 60 % пациентов из-за развития стеноза выходного отдела желудка, повторной перфорации, кровотечения или сочетанных осложнений ГДЯ [С. А. Афендулов, Г. Ю. Журавлев, А. Д. Смирнов, 2006; Курбанов Ф. С. и др., 2011; Sarosi GAJr. et al., 2005].

Цель. Оценить эффективность лечения пациентов с прободной язвой по материалам хирургических отделений УЗ «ГК БСМП» с 2013 по 2015 годы.

Материал и методы. Проведен анализ тактики и результатов оперативного лечения 229 пациентов с прободной ГДЯ за период с 2013 по 2015 годы. Из них: 177 мужчин (77,3 %), 52 женщины (22,7 %) в возрасте от 16 до 93 лет.

У 193 пациентов (84,3 %) патологический процесс локализовался в двенадцатиперстной кишке (ДПК), в 36 случаях (15,7 %) – в желудке.

У 16 пациентов (6,9 %) имела место атипичная перфорация. У 11 больных перфорация была прикрытой (4,8 %). Прободение в забрюшинное пространство было у 2 больных (0,8 %), в малый сальник – у 3 (1,3 %).

При поступлении в клинику пациенты жаловались на кинжальную боль в эпигастрии, общую слабость. 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). Последний выявлен у 136 (59,4 %).

При отсутствии свободного газа в брюшной полости в связи с неясностью диагноза 93 пациентам (40,6 %) проведена эзофагогастродуоденоскопия (ЭГД). У 60 (26,2 %) пациентов обнаружена язва с перфоративным отверстием.

У 22 (9,6 %) пациентов должной информации не получено. Им повторно выполнена ОБП. Введенный во время ЭГД в желудок и двенадцатиперстную кишку воздух способствует открытию перфоративного отверстия, прикрытого рядом расположенным органом. Такое исследование дало положительный результат у 11 пациентов (4,8 %).

В 22 случаях (9,6 %) все перечисленные методы не позволили поставить диагноз прободной язвы. Им выполняли лапароскопию. Во время последней было установлено наличие дуоденального содержимого в брюшной полости. Это позволило диагностировать перфорацию ГДЯ.

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 ушивание перфоративного отверстия проведено 30 (15,4 %) пациентам. Иссечение прободной язвы ДПК в сочетании с пилоропластикой было выполнено 82 (42,5 %) пациентам. Иссечение патологического очага и дуоденопластика выполнена 75 (38,9 %). Иссечение перфоративной язвы в сочетании с экстрадуоденализацией ее, поперечной дуоденопластикой проведено у 4 (2,1 %) больных. Двоим пациентам (1,1 %) выполнена резекция желудка по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финстерера.

При язве желудка, осложненной перфорацией, иссечение язвенного очага выполнено 25 (53,2 %) пациентам. Ушивание перфоративного отверстия проведено 6 (31,9 %). Резекция желудка выполнена 5 (14,9 %).

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

В связи с осложнениями, возникшими в послеоперационном периоде, выполнено 5 (2,2 %) релапаротомий.

Умерло 4 пациента, летальность составила 1,74 %.

Причины смерти: нарастающая сердечная недостаточность на фоне ИБС у 2 пациентов (50 %), терминальная стадия цирроза печени – у 1 (25 %), синдром полиорганной недостаточности на фоне перитонита – у 1 (25 %).

Выводы:

1. Основными методами диагностики перфоративной язвы ГДЯ являются данные объективного исследования, обзорная рентгенография брюшной полости, ЭГД, при необходимости – лапароскопия.

2. Наиболее часто выполняемой операцией при прободной язве ДПК является иссечение перфоративной язвы, дополненное дуодено – или пилоропластикой (81,4 %). При локализации патологического процесса в желудке у 53,2 % пациентов проведено иссечение патологического очага.

3. Причиной смерти пациентов, оперированных по поводу перфоративной язвы ДПК, явилась нарастающая сердечная недостаточность на фоне ИБС в 50 % случаев.