

# УО «Гродненский государственный медицинский университет» Кафедра общей хирургии



Дешук А.Н., Гарелик П.В., Мармыш Г.Г.,  
Ващенко В.В., Лупач Е.Е.

## СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПРОБОДНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Актуальные проблемы медицины, Гродно, 28.01.2021

# АКТУАЛЬНОСТЬ

Актуальность проблемы лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (12ПК) не вызывает сомнений на сегодняшний день. Варианты хирургического лечения прободных язв желудка и 12ПК менялись в течение последних десятилетий: от резекционных методик до ваготомий с дренирующими желудок операциями. Широкое внедрение и использование малоинвазивных технологий привело к применению лапароскопических методик ушивания прободных язв, лапароскопической санации и дренированию брюшной полости.

# АКТУАЛЬНОСТЬ

Ушивание прободных язв желудка и 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

**Анализ результатов хирургического лечения прободных язв желудка и 12ПК в клинике общей хирургии УО «Гродненский государственный медицинский университет», расположенной на базе УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно», за последние 5 лет (2016-2020).**



# МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ



**В клинике общей хирургии УО «Гродненский государственный медицинский университет» на базе УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно» в период с 2016 г. по 2020 г. включительно находилось на лечении 74 пациента с прободными язвами желудка и 12ПК. Женщин было 6 (8,1%), мужчин – 68 (91,9%). Средний возраст пациентов составил 43 года, при этом средний возраст женщин – 59 лет, мужчин – 37 лет.**

**Применение диагностического алгоритма при поступлении пациентов проводилось согласно Постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14.12.2015 № 120.**

**При этом учитывались следующие данные:**

- 1. Клинические (жалобы, анамнез, осмотр, пальпация, аускультация, перкуссия живота, подсчет частоты сердечных сокращений, определение уровня артериального давления).**
- 2. Лабораторные (общий анализ крови, мочи, биохимическое исследование крови).**
- 3. Инструментальные (обзорная рентгенография или рентгеноскопия органов брюшной полости в вертикальном положении пациента или при горизонтальном положении в латеропозиции, ЭКГ).**

**При сборе анамнеза заболевания установлено, что большинство поступивших уже страдали язвенной болезнью желудка или 12ПК – 44 (59,4%) пациента, из которых только 9 (20,4%) состояли на диспансерном учете. У 3 (4%) пациентов в анамнезе были произведены операции ранее: ушивание прободной дуоденальной язвы у 2 человек, резекция желудка у 1, сопутствующие заболевания наблюдались у 29 (39,1%) пациентов.**

## **РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.**

**Сроки оперативного лечения прободных гастродуоденальных язв от момента перфорации были следующими: 67 (90,5%) пациентов оперированы в первые 1,5–2 часа с момента госпитализации, от 2 до 4 часов – 7 (7,7%) лиц.**

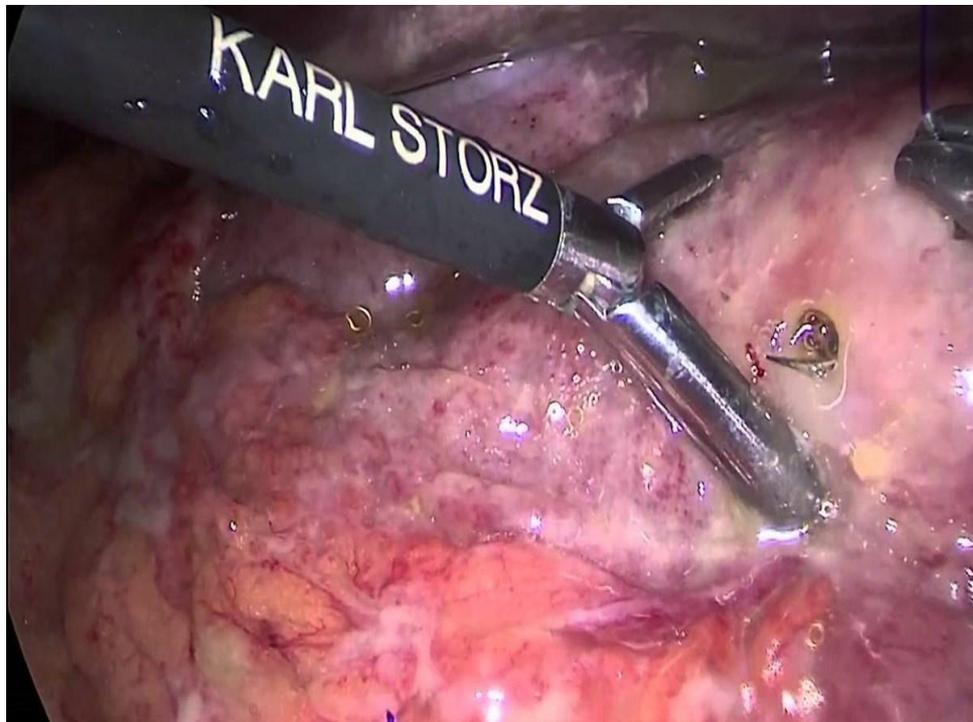
**Во время операции у всех пациентов был выявлен перитонит: распространенный у 43 (58,1%) человек, местный неограниченный у 22 (29,7%) и у 9 (12,2%) местный ограниченный. Из 74 у 68 (91,8%) пациентов перфорационное отверстие локализовалось на передней стенке 12ПК, у 4 (5,4%) пациентов – по малой кривизне на передней стенке желудка, в 2 (2,8%) случаях она располагалась по задней стенке тела желудка.**

**В последние годы ушивание прободной язвы  
стремимся выполнять во время лапароскопии.**

**У 53 (71,6%)** 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 **8 (15%)** пациентов из 53.

**Лапароскопическое ушивание перфоративных язв выполнено 45 (60,8%) пациентам.**

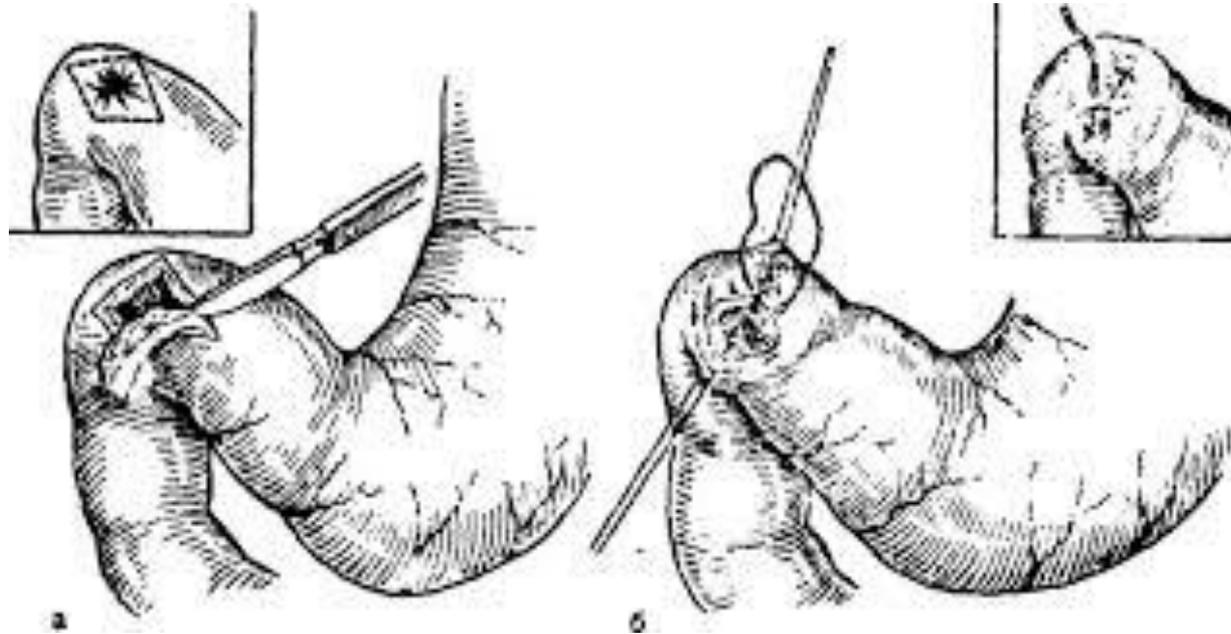
**Перфоративные язвы желудка ушиты лапароскопически у 3 (6,6%) пациентов и у 42 (93,4%) – дуоденальные.**



**За анализируемый период с 2016  
года по 2020 год в нашем арсенале  
лечения прободной язвы  
двенадцатиперстной кишки  
применялись различные варианты  
ваготомий, которые выполнялись  
после иссечения язвы у 21 (28,3%)  
пациентов с последующей  
пилоропластикой.**

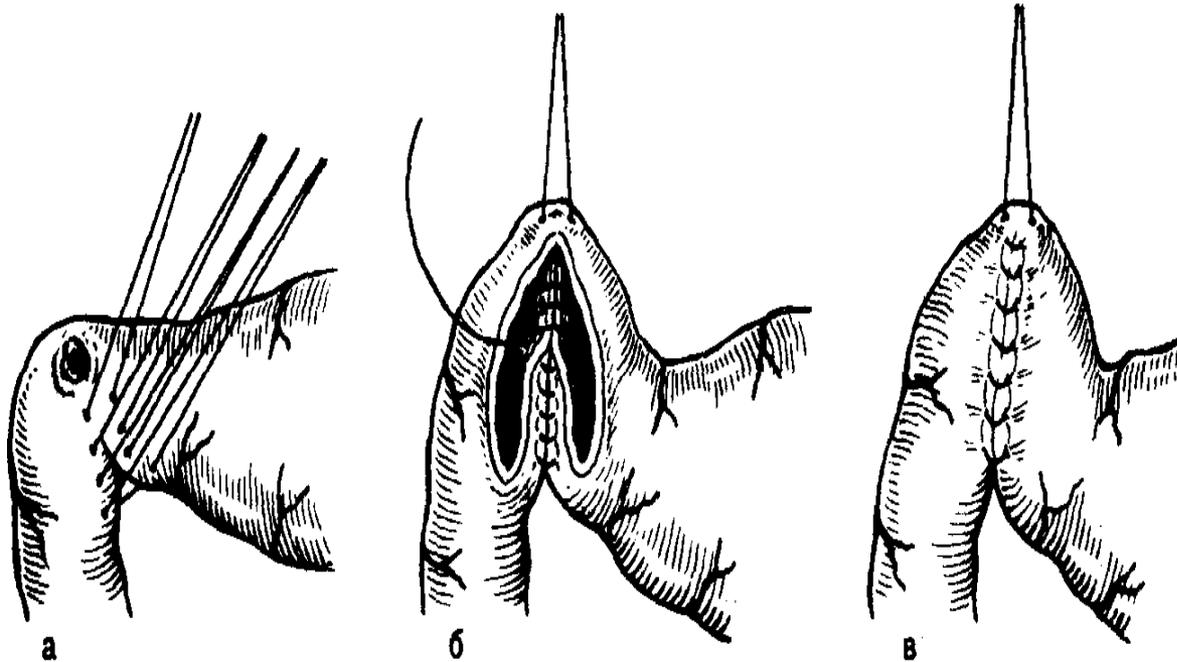
# Пилоропластика по Джадду

## 14 пациентов (66,6%)



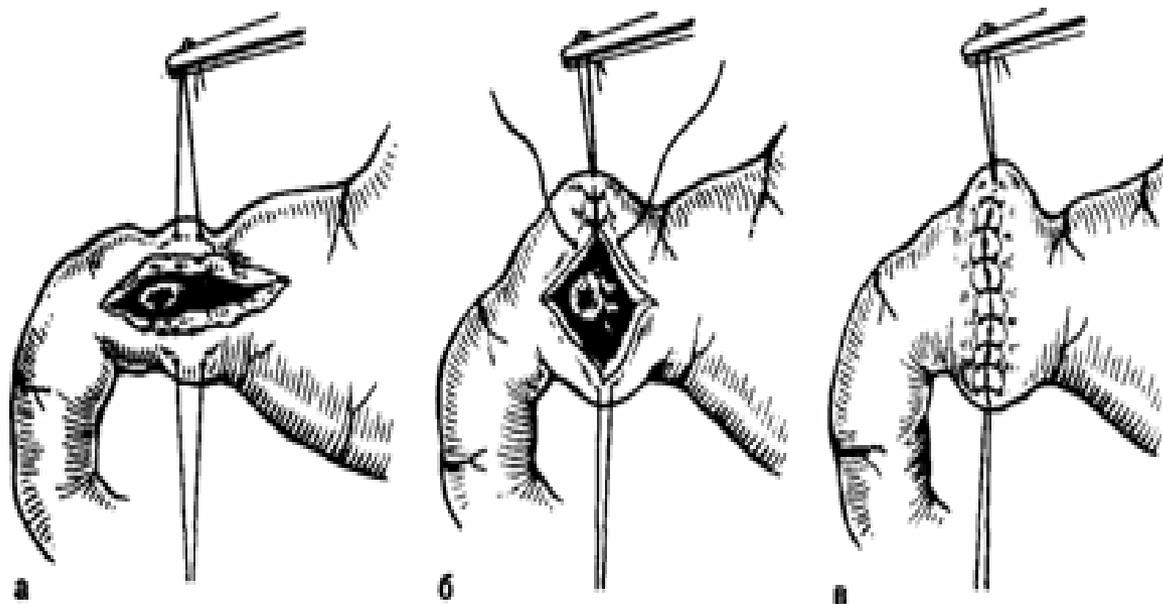
# Пилоропластика по Финнею

## 4 пациента (19%)

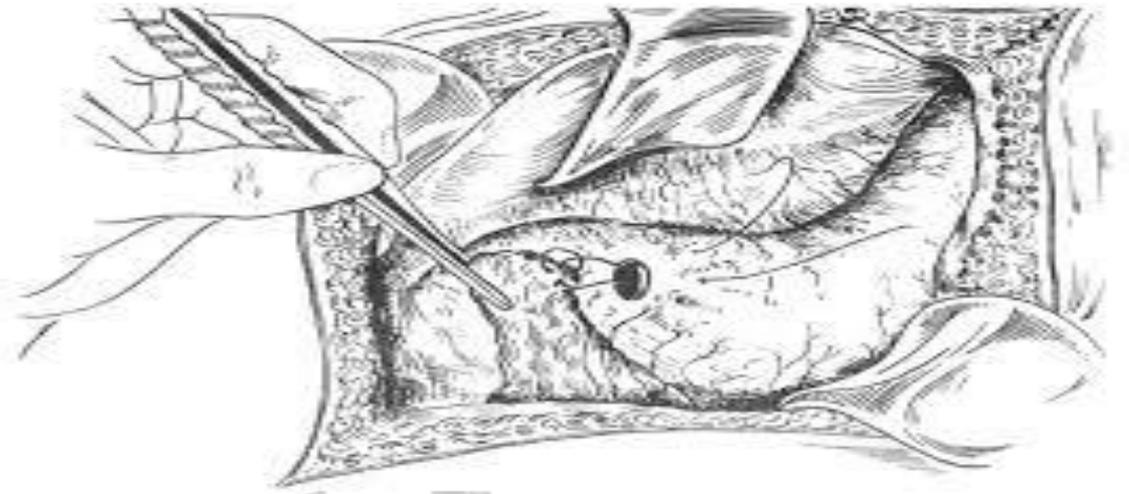


# Пилоропластика по Гейнеке – Микуличу

3 пациента (14,4%)



**У 2 пациентов с хронической язвой и выраженной инфильтрацией окружающих тканей использовали принцип аутопластического закрытия перфоративной язвы по **Оппелю—Поликарпову.****



**Дистальные резекции желудка в объеме 2/3 в различных модификациях выполнены у 6 (8,1%) пациентов.**

## **ОСЛОЖНЕНИЯ**

**У 8 (10,8%) пациентов имели место различного рода осложнения в послеоперационном периоде. 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 2 пациентов была несостоятельность швов после лапароскопического ушивания перфорации 12ПК: выполнена лапаротомия с последующим повторным ушиванием.**

# ОСЛОЖНЕНИЯ

**У 1 пациента была несостоятельность анастомоза после резекции желудка по Б-П в модификации Гофмейстера–Финстерера на длинной петле с межкишечным анастомозом по Брауну.**

**Несостоятельность швов после аутопластического закрытия перфоративной язвы по Оппелю–Поликарпову была выявлена у одного пациента. Летальный исход в послеоперационном периоде имел место в 2 случаях (летальность составила 2,7%).**

# ВЫВОДЫ

- 1. Выбор хирургического пособия при лечении прободных язв желудка и 12ПК должен быть индивидуальным по отношению к пациенту.**
- 2. Лапароскопическое ушивание дефекта позволяет добиться лучших результатов в лечении данной патологии.**
- 3. Резекция желудка и различные виды ваготомий должны иметь место в единичных случаях и по строго определенным показаниям.**
- 4. Адекватная противоязвенная терапия как в предоперационном, так и в послеоперационном периодах, не утратила своего важного значения на сегодняшний день.**



**СПАСИБО ЗА**  
**ВНИМАНИЕ**

