

Литература:

1. Дисплазия соединительной ткани и полиорганная патология у детей школьного возраста / К.Ю. Николаев [и др.] // Педиатрия. – 2006. – № 2. – С. 89-91.
2. Диагностика дисплазии соединительной ткани с использованием биомаркеров / Л.С. Эверт [и др.] // Journal of Siberian Federal University. – 2009. – № 2. – С. 385-390.
3. Дробышева, О.В. Функциональное состояние кардиального и пилорического сфинктеров, сфинктера Одди у детей с недифференцированной дисплазией соединительной ткани и при отсутствии дисплазии / О.В. Бробышева, О.К. Ботвиньев // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2009. – № 5. – С. 39-43.
4. Милковска-Дмитрова, Т. Врожденная соединительнотканная малостойкость у децата / Т. Милковска-Дмитрова. – София: Медицина и физкультура, 1987. – С. 189.

УДК 616.33-089.86-031:611.342-089.11

ВЫБОР ОПЕРАТИВНОГО ПОСОБИЯ ПРИ ПРОБОДНЫХ ЯЗВАХ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Климович И.И.¹, Страпко В.П.¹, Киселева Е.А.²

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹,
УЗ «Гродненская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно»²,
Гродно, Беларусь*

Введение. Прободение язв желудка и двенадцатиперстной кишки относится к наиболее опасному и тяжелому осложнению язвенной болезни, занимая ведущую позицию в структуре летальности [1]. Прободная язва в структуре осложнений язвенной болезни занимает второе место после кровотечения [1, 2]. Перфорация при язвенной болезни за последнее десятилетие отмечается в среднем в 7-10% наблюдений, а частота перфоративной язвы среди всех острых хирургических заболеваний достигает 5% [2]. Количество операций по поводу перфоративных язв на протяжении последних десятилетий не снижается, а летальность составляет от 5 до 17,9% [2]. Вопросы тактики в лечении при прободных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки до настоящего времени противоречивы и требуют дальнейшей разработки [1, 2, 3]

Цель исследования: проанализировать частоту возникновения прободных язв желудка и 12-перстной кишки (12-ПК) и оценить результаты их лечения.

Материалы и методы. Нами с 2005 по 2013 г. пролечено 196 пациентов с перфорацией желудочных и дуоденальных язв, находившихся на лечении в УЗ «ГКБ СМП г. Гродно». Среди пациентов с перфоративными

язвами желудка и двенадцатиперстной кишки мужчин было 171 (87,2%), женщин – 25 (12,8%). Диагностический процесс включал обзорную рентгенографию брюшной полости (свободный газ под куполом диафрагмы выявлен у 66,2% пациентов), ФГДС (84,3%), а также у ряда пациентов – лапароскопию (16%). Подобный алгоритм исследования позволил поставить правильный диагноз в 98,7%. Трудности диагностики в стационаре, несколько затянувшие сроки оперативного вмешательства, встретились в 23 (11,7%) наблюдениях.

Результаты и их обсуждение. Наиболее часто перфорация отмечалась в осенние (33%) и весенние (27%) месяцы. Язвенный анамнез у наших пациентов выявлен у 108 (50,1%), из которых только 56% состояли на диспансерном учете. Сопутствующие заболевания наблюдались у 36 (18,4%) пациентов. Наиболее часто встречались сердечно-сосудистые заболевания и хронические бронхиты курильщика – 149 (76,0%). Прием нестероидных противовоспалительных препаратов как фактор ульцерогенеза отмечен у 9 (4,6%) пациентов. Исследования на *Helicobacter pylori* слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки были проведены у 59 (30,1%). Большинство пациентов – 152 (77,5%) – были оперированы в первые 2-4 часа с момента поступления в клинику. В сроки от 4 до 6 часов оперированы 18 (9,2%) пациентов. Причинами задержки операции у этих пациентов были затруднение диагностики ввиду наличия прикрытой перфорации, отграничения процесса, отказ пациентов от операции (4 чел.). Задержка операции от 6 до 12 ч имела место у 16 (8,2%), до 24 ч – у 10 (5,1%) пациентов. В типичных случаях прободение язвы диагностируется нетрудно, что мы отметили у 152 (77,5%) наших пациентов. Атипичная перфорация нами наблюдалась у 44 пациентов (22,5%), у 5 пациентов была прикрытая перфорация, которая сочеталась с профузным кровотечением, у остальных пациентов это были перфорации язв задней стенки желудка или 12ПК с незначительным перфоративным отверстием при выраженном спаечном процессе в верхнем этаже брюшной полости. Клинические симптомы были слабо выражены и все эти пациенты доставлены врачами скорой помощи с другими диагнозами (острый аппендицит, панкреатит, спаечная болезнь брюшной полости, гастроэнтериты). Диагноз при атипичных перфорациях прободной язвы выставлен в процессе динамического наблюдения, после тщательно собранного анамнеза и проведения дополнительных исследований (ФГДС, рентгеноскопия, -графия органов брюшной полости, лапароскопия), часто повторных. У 9-ти чел. из этой группы произошло так называемое двухфазное прободение с типичной клиникой прободения полого органа. У 16 (8,2%) наших пациентов мы наблюдали «немые» язвы, и также диагноз прободения был поставлен на основании типичной клиники прободения. Эту группу пациентов составили пациенты мужского пола, (средний возраст 19,4 года). У 7 пациентов этой группы мы смогли отметить продромальные симптомы, накануне прободения они отмечали появление боли в животе неясной локализации, неинтенсивного характера, отмечали незначительную

общую слабость, тошноту, на что особо не обращали внимания. У 8 пациентов прободение наступило среди полного благополучия и прободение явилось первым симптомом язвенной болезни. У всех пациентов этой группы была язва 12ПК. Из 196 пациентов наличие язвенного анамнеза от 1-го до 21 года отмечалось у 143 (72,9%) пациентов.

Перфоративная язва сочеталась со стенозом привратника у 9 (4,6%), с пенетрацией в близлежащие образования – у 11 (5,6%) и желудочно-кишечным кровотечением – у 12 (6,1%) пациентов.

Местный перитонит обнаружен у 30 (15,3%), распространенный – у 65 (33,2%) пациентов. По характеру экссудата у 66 (33,7%) пациентов выявлен серозный перитонит, 75 (38,3%) – фибринозный и у 38 (19,4%) – гнойный.

Исследования на обсемененность *Helicobacter pylori* слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки через 3 месяца были проведены у 42 пациентов после ушивания перфоративной язвы и у 17 после резекции желудка. Установлено, что в ранние сроки после ушивания перфоративной язвы сохраняется высокая обсемененность *Helicobacter pylori*, в то время как после резекции имеется снижение.

По литературным данным, по мере увеличения срока после резекции желудка степень обсемененности слизистой *Helicobacter pylori* возрастает. Через 3 года после операции она составляет 69,7%. Рецидив язвы отмечается в 2,9% наблюдений.

Таким образом, учитывая вышесказанное, после ушивания гастродуоденальной язвы рецидив наиболее вероятен через год с момента операции. В этот период активное наблюдение должно сочетаться с профилактическим лечением. После резекции желудка, по возможности, пациентам должна проводиться гастроскопия, особенно через 3 года после операции, когда появляются условия для активизации язвенного процесса.

В последние годы при хирургическом лечении прободной язвы мы перешли к иссечению язвы по Джадду с пилоро- или дуоденопластикой. В обязательном порядке всем пациентам одновременно производим переднюю и заднюю стволовую ваготомию. В случаях, когда имеются определенные трудности, ограничиваемся только передней стволовой ваготомией. Послеоперационные осложнения отмечены у 6,3% пациентов. Послеоперационная летальность составила 3,3%. После ушивания язвы летальный исход имел место у 3,3%, после резекции желудка – у 4,9% пациентов. Летальность в сроки до 1 суток составила 1,4%, свыше суток – 29,4%.

Характер произведенных операций представлен в таблице.

Средний койко-день составил 11,7. После операции все пациенты получали медикаментозное лечение, а после выписки из хирургического отделения всем им рекомендовано диспансерное наблюдение гастроэнтерологом и хирургом.

Таблица – Виды проведенных оперативных методов

Метод терапии	Кол-во	Процент, %
Ушивание прободной язвы 12пк	141	71,9
Иссечение язвы по Джадду	18	9,2
Ушивание прободной язвы желудка	7	3,6
Резекция 2/3 желудка по Ру	4	2,0
Резекция 2/3 желудка по Гофмейстеру-Финестеру	19	9,7
Резекция 2/3 желудка по Бильрот-1	6	3,1
Лапароскопическое ушивание прободной язвы 12пк	1	0,5

Выводы:

1. Более часто прободные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки возникают у мужчин, чем у женщин.

2. Операцией выбора при перфорации сочетающейся с кровотечением и распространенным перитонитом в большинстве случаев является прошивание кровотокающей язвы с ушиванием прободного отверстия.

3. Операцией выбора при перфорации и компенсированном состоянии пациента на современном этапе проводится иссечение язвы по Джадду с пилоро- или дуоденопластикой.

Литература:

1. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д. и др. Хирургическое лечение осложненной язвенной болезни. В сборнике: 50 лекций по хирургии. Под ред. Савельева В.С. М 2003; 248-258.

2. Климович, В.В. Хирургия язвенной болезни желудка / В.В. Климович, А.В. Воробей // Минск: - 2006. - 199с.

3. Жерлов Г.К., Кошель А.П., Рудая НС. и др. Выбор радикальной операции у больных с ушитыми перфоративными гастродуоденальными язвами. Хирургия 2005; 3: 18-22.

УДК 616.927:616.381-002.1]-07-089

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПЕРФОРАТИВНЫХ БРЮШНОТИФОЗНЫХ ЯЗВ

Колоцей В.Н.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

Введение. Наиболее часто встречающейся причиной развития перитонита в странах тропической Африки является брюшной тиф. Как известно, заболевание вызывается грамотрицательной палочкой *Salmonella typhi*. Источником заболевания являются как хронические бактерионосители, так и употребление зараженных продуктов (молоко, яйца, мясо), а также животные. Пролиферативно-воспалительная реакция в стенке кишки при вовремя и правильно проведенном лечении может закончиться