

УДК 613.33/.34-002.45-07-08

**РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ  
ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ**

*Кухленкова Д. Д.*

**Научный руководитель: старший преподаватель Д. М. Адамович**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

**Введение**

Язвенной болезнью (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) встречается у 3–15 % взрослого населения. Одним из грозных и порой смертельных осложнений является перфорация язвы с развитием перитонита, которая по разным источникам встречается у 5–15 % пациентов [1, 4]. В ряде случаев постановка диагноза перфоративной язвы не представляет сложности и определяется клиническими протокольный МЗ РБ «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с прободной язвой желудка, прободной язвой двенадцатиперстной кишки при оказании медицинской помощи в стационарных условиях» [2]. Диагностика и лечение прободных гастродуоденальных язв являются сегодня одной из самых серьезных проблем экстренной хирургии. Наряду с обзорной рентгенографией органов брюшной полости (диагностическая точность до 80 %), ЭФГДС (позволяет установить наличие прободной язвы в 90 % случаев), диагностической лапароскопии в последнее время в диагностике перфоративной гастродуоденальной язвы широко используются ультразвуковое исследование брюшной полости (позволяет выявить в брюшной полости свободный газ (75 %) и свободную жидкость (95 %), имеет совокупную диагностическую точность до 91 %, при прикрытой язве — совокупность ценности УЗИ составляет до 80 %), КТ органов брюшной полости (диагностическую точность до 98 %) [3].

В настоящее время наряду с традиционными методами лечения открытым способом, многие авторы применяют малоинвазивные методы лечения лапароскопическое и видеоассистированное ушивание перфоративной язвы, особенно у пациентов с небольшими язвами и малыми сроками заболевания, компенсированным состоянием [4, 5].

**Цель**

Изучить результаты инструментальных методов диагностики перфоративных гастродуоденальных язв и результаты их лечения.

**Материал и методы исследования**

Исследование проводилось на базе УЗ «Гомельская областная клиническая больница» путем ретроспективного анализа медицинских карт у 78 пациентов с прободной гастродуоденальной язвой в период с 2016 по 2019 гг. Статистический анализ результатов исследования проводился с помощью программы «Microsoft Excel 2010».

**Результаты исследования и их обсуждение**

Средний возраст пролеченных пациентов составил  $50,2 \pm 17,9$  лет. Из них 65 (83,3 %) лиц мужского пола, 23 (16,7 %) — женского. В сельской местности проживало 46 (58,9 %) пациентов, 32 (41,1 %) являлись жителями города. Дуоденальная язва выявлена у 68 (87,2 %) человек, желудочная — у 10 (12,8 %). При госпитализации всем пациентам выполнены клинические и биохимические анализы крови. Уровень лейкоцитов составил в среднем  $11,79 \pm 5,29 \times 10^9/\text{л}$ , гемоглобин —  $140 \pm 25$  г/л, эритроциты —  $4,6 \pm 0,75 \times 10^{12}/\text{л}$ , тромбоциты —  $200 \pm 61,5 \times 10^9/\text{л}$ .

На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости свободный газ в выявлен в 40 % случаев, что явилось достоверным признаком перфорации по-

лого органа. При УЗИ органов брюшной полости, которое было выполнено 55 (70,5 %) пациентам, в 29 (52,7 %) случаях выявлены эхоскопические признаки свободной жидкости в брюшной полости, у 3 (5,45 %) эхоскопические признаки свободного газа. При отсутствии свободного газа в брюшной полости и сомнительной клинической картине, в дневное время, 8 (10,25 %) пациентам выполнено ЭФГДС, на котором выставлен диагноз перфоративной гастродуоденальной язвы.

Основным оперативным вмешательством при перфоративной язве гастродуоденальной локализации являлось узловое ушивание перфоративного отверстия — у 50 (64,1 %) пациентов, с иссечением язвы и ушиванием у 3 (3,9 %) пациентов. Видеоассистированное ушивание перфоративной язвы применялось у 14 (17,9 %) пациентов. Лапароскопическое ушивание — 11 (14,1 %) пациентам. Осложнений после операции как со стороны раны, брюшной полости, так и смежных органов, не наблюдали, все пациенты были выписаны на амбулаторное лечение под наблюдением хирурга с рекомендациями дальнейшего диспансерного наблюдения гастроэнтеролога.

#### **Выводы**

Применение в комплексе неинвазивных методов диагностики (обзорная рентгенография ОБП и УЗИ ОБП) в совокупности повышают информативность в диагностике перфоративной гастродуоденальной язвы. Окончательным методом верификации диагноза являются ЭФГДС, и диагностическая лапароскопия. Диагностическая лапароскопия, при определенных условиях, может быть расширена до лапароскопического или видеоассистированного ушивания язвы, как окончательного метода операции.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Видеолапароскопия при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки / И. И. Кирсанов [и др.] // Эндоскопическая хирургия. 2010. № 1. С. 8–12.
2. Клинический протокол: Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с прободной язвой желудка, прободной язвой двенадцатиперстной кишки при оказании медицинской помощи в стационарных условиях/ Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 46 от 01.06.2017.
3. Национальные клинические рекомендации «Прободная язва» / ред. совет: В. П. Сажин [и др.] // РНД: XII Съезд хирургов России «Актуальные вопросы хирургии», 2015. С. 37.
4. Видеолапароскопия при перфоративных гастродуоденальных язвах / В. Т. Самсонов [и др.] // Журнал им. Н.И. Пирогова. 2018. № 10. С. 23–26.
5. Laparoscopic versus open repair for perforated peptic ulcer: A meta analysis of randomized controlled trials / S. Tan [et al.] // Int J Surg. 2016 Sep; 33 Pt A:124–32. doi: 10.1016/j.ijso.2016.07.077. Epub 2016 Aug 5. PMID: 27504848.

**УДК 616-006.6-089-039.75:616.36-002.14**

### **ПАЛЛИАТИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ**

**Лин Н. В., Шупранов А. В.**

**Научный руководитель: В. В. Лин**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Механическая желтуха (МЖ) зачастую является первым и единственным тяжелым осложнением злокачественных новообразований органов гепатобилиарной зоны (ГБЗ). На начальных стадиях раковые опухоли ГБЗ диагностируются крайне редко, сравнительно чаще данные патологии выявляются случайно в результате КТ, МРТ, УЗИ органов брюшной полости. Многие авторы ставят МЖ в список обязательных осложнений опухолей ГБЗ [1].