

При оценке отдаленных результатов лечения основными были следующие критерии: функциональная активность почки на стороне патологии до и после заместительной пластики мочеточника, наличие или отсутствие рецидивов пиелонефрита, степень восстановления уродинамики верхних мочевых путей. По данным контрольных исследований, проведенных после операции, мы отметили хороший результат у 3-х пациентов и удовлетворительный у оставшихся двух.

#### **Выводы**

У всех пациентов до проведения заместительной пластики мочеточника выявлены клинические и лабораторные данные за хронический пиелонефрит с бактериурией за счет длительного стояния нефростомы. Важнейшими методами установления характера и протяженности стриктуры мочеточника явились рентгенологические: восходящая уретерография и антеградная пиелуретерография при наличии ЧПНС. Кишечное замещение мочеточника сложное, реконструктивное хирургическое вмешательство, необходимое для восстановления непрерывности мочевых путей, избавления пациента от постоянного нефростомического дренажа и сохранения функции почки на стороне поврежденного мочеточника.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Использование изолированных сегментов кишечника в оперативном лечении лучевых повреждений мочевыводящих путей / О. Б. Лоран [и др.] // Урология. — 2012. — № 2. — С. 20–24.
2. Use of ileum as ureteral replacement in urological reconstruction / S. A. Armatys [et al.] // J Urol. — 2009. — № 181. — P. 177–181.
3. Banerji, J. S. Total uterectomy and ileal ureteric replacement for TCC ureter in a solitary kidney / J. S. Banerji // Urol Assoc J. — 2014. — № 8. — P. 938–940.
4. The use of bowel for ureteral replacement for complex ureteral reconstruction: long-term results / B. I. Chung [et al.] // J Urol. — 2006. — № 175. — P. 179–183.
5. Long-term functional outcomes after ileal ureter substitution: a single-center experience / B. Wolff [et al.] // Urology. — 2011. — № 78. — P. 692–695.

**УДК 616.33/.34-002.44-071**

### **ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ**

**Неброва А. С.**

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

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) на сегодняшний день остается одной из важнейших проблем здравоохранения. Одним из грозных осложнений этого заболевания является перфорация язв. Частота развития перфоративных гастродуоденальных язв (ПГДЯ) составляет 7–15 % от общего числа больных ЯБ, летальность варьирует от 3,3 до 17,5 %. В большинстве случаев перфорация язвы в свободную брюшную полость, приводящая к развитию перитонита и пневмоперитонеума, больших диагностических трудностей в первые часы заболевания не представляет. Внезапные сильные боли в эпигастрии выявляются в 97,6 %, классические признаки перитонита — в 88,1 %. При этом у большинства больных перфорация является первым проявлением нераспознанной ранее язвенной болезни. Трудности диагностики возникают при прикрытых и атипичных перфорациях (в забрюшинное пространство, сальниковую сумку), что требует дополнительного обследования [2].

### **Цель**

Изучить методы диагностики перфоративных гастродуоденальных язв и оценить их информативность.

### **Материал и методы исследования**

На базе ГУЗ «ГОКБ» был проведен ретроспективный анализ медицинских карт у 84 пациентов с прободной гастродуоденальной язвой в период с 2014 по 2018 гг. Статистический анализ проводился с использованием пакета прикладного программного обеспечения «MS Excel 2013».

### **Результаты исследования и их обсуждение**

В период с 23.06.2014 по 16.07.2018 гг. в первое хирургическое отделение ГУЗ «Гомельская областная клиническая больница» было госпитализировано 84 пациента с клиникой перфоративной гастродуоденальной язвы. Наибольшее количество госпитализированных пациентов с данной патологией отмечено в сентябре. Мужчин было — 67 (79,8 %), средний возраст —  $43 \pm 7$  года; женщин — 17 (20,2 %), средний возраст  $66 \pm 2$  лет. Среди госпитализированных пациентов жителей сельской местности — 62 %, городской — 38 %.

В большинстве случаев диагноз устанавливали, используя общепринятую комплексную диагностическую программу в соответствии с протоколом Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 54 от 1 июня 2017 г. «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями органов пищеварения» [1].

При госпитализации у пациентов взяты ОАК, ОАМ и проводился биохимический анализ крови. Средние показатели крови у пациентов: лейкоциты —  $9,9 (7,3; 13,3) \times 10^9/\text{л}$ , эритроциты —  $4,33 (3,76; 4,77) \times 10^{12}/\text{л}$ , гемоглобин — 137 (120; 147) г/л, тромбоциты —  $204 (183; 268) \times 10^9/\text{л}$ . В биохимическом анализе крови показатели: общий белок — 65,4 (58,8; 70,1) г/л, мочевины — 5,8 (4,4; 7,9) ммоль/л, креатинин — 89,7 (77; 104) мкмоль/л, билирубин — 9,5 (7,5; 12,1) мкмоль/л.

Пациентам с перфоративной язвой ДПК была выполнена обзорная рентгенография органов брюшной полости, при этом признаки наличия свободного газа в брюшной полости выявлено у 71,4 %. При скрининговом УЗИ органов брюшной полости, которое было выполнено 79,7 % пациентам, в 45,7 % случаев была выявлена свободная жидкость в брюшной полости в подпеченочном пространстве, боковых каналах или малом тазу в незначительном или умеренном количестве. При отсутствии свободного газа на обзорной рентгенограмме органов брюшной полости и имеющейся клинике, 11 % пациентам с целью уточнения диагноза было выполнено ФГДС, во время которого выявлено наличие язвы 12-перстной кишки с перфорацией, при этом, во время выполнения ФГДС у пациентов отмечено усиление болевого синдрома.

На обзорной рентгенограмме брюшной полости у пациентов с перфоративной язвой желудка в 75 % случаев был выявлен свободный газ. У каждого второго при УЗИ брюшной полости была выявлена свободная жидкость.

У 76 (90,5 %) человек с язвой ДПК имелась перфорация стенки диаметром —  $0,5 \pm 0,2$  см. Наиболее часто данная патология наблюдается на передней стенке ДПК (97,4 %), в меньшей степени имеется локализация на задней (1,3 %) и верхней стенки (1,3 %).

У 8 пациентов была выявлена прободная язва желудка с перфорацией стенки —  $0,9 \pm 0,1$  см, преимущественно локализованную в передней стенке желудка (62,5 %), на малой кривизне (25 %) и в средней трети желудка (12,5 %).

### **Выводы**

Одним из наиболее грозных и жизнеугрожающих осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) является перфорация язв. Применение комплекса инструментальных методов исследования, позволяют верифицировать перфоративную язву желудка или ДПК. В отдельных случаях,

например, при прикрытой или атипично расположенной перфоративной язве, выполнение ЭФГДС позволяет подтвердить диагноз перфоративной язвы.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Клинический протокол диагностики и лечения заболеваний органов пищеварения (утвержден постановлением Министерства Республики Беларусь от 1 июня 2017 г. № 54.). — С. 62–67.
2. Алексеев, С. А. Хирургические болезни: учеб. пособие: в 2 ч. / С. А. Алексеев, В. Н. Бордаков. — Минск: Выш. шк., 2017. — 247 с.

**УДК 616.33/.342-002.45-089.819-089.168.1-06-07**

**ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ  
ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАЦИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ**

**Огий А. В., Пень Я. К.**

**Научный руководитель: член-корреспондент,  
д.м.н., профессор В. И. Лупальцов**

**«Харьковский национальный медицинский университет»  
г. Харьков, Украина**

***Введение***

Перфоративная гастродуоденальная язва является одной из важнейших проблем неотложной абдоминальной хирургии. Перфорация язвы развивается у 2–10 % больных язвенной болезнью [1, 108–111], непосредственно угрожает жизни больного и требует немедленного оперативного лечения. Варианты хирургического доступа и объема операции при перфорации язвы различны: иссечение, ушивание, реже резекция, через лапаротомный или лапароскопический доступ [2, 797–801]. Не смотря на вид выполненного оперативного вмешательства, частота послеоперационных осложнений остается высокой и составляет 30 % при смертности от 3 до 17 %.

***Цель***

Изучить характер и частоту послеоперационных осложнений у пациентов, оперированных по поводу перфоративной гастродуоденальной язвы.

***Материал и методы исследования***

Проведено ретроспективное изучение историй болезни 135 больных с перфорацией язвы желудка и 12-перстной кишки, прооперированных в период 2010–2020 гг. Мужчин было 113 (83,7 %), а женщин — 22 (16,3 %) в возрасте от 36 до 64 лет. Впервые 6 ч развития от начала заболевания поступили 71 больной, в сроки 6–12 ч — 23, 12–24 ч — 26, более суток — 15 человек.

***Результаты исследования и их обсуждение***

Все больные прооперированы. В период до 2014 г. операции выполнялись из лапаротомного доступа, в последующие годы внедрена лапароскопическая технология диагностики и лечения. Локализация язв была различной: дуоденальные — 76 (56,3 %), пилорического отдела — 34 (25,3 %), кардиального отдела — у 3 (2,2 %) больных, большой кривизны желудка — 9 (6,6 %), малой кривизны — 13 (9,6 %). Операция начата лапароскопически в 34 случаях. Из них у 25 (73,5 %) больных проведено лапароскопическое ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы. При этом размер перфорации хронической язвы не превышал 1 см или была острая язва желудка или двенадцатиперстной кишки, отсутствовал перитонит и признаки стеноза.

У 9 (26,5 %) больных возникла необходимость конверсии из-за выраженного периульцерозного инфильтрата, перфорации более 1 см, выраженного рубцово-спаечного процесса или разлитого перитонита. Время лапароскопического ушивания в среднем составило  $81,7 \pm 10,5$  мин, против  $101 \pm 14,5$  мин при лапаротомии.