Эндовидиохирургическая диагностика и лечение перфоративных язв пилородуоденальной зоны

Смецков Д.В (1), Криворучко И.А.(2), Федак Б,С.(1), Вовк В.А.(1), Гербали О.Ю. (2).

Харьков, Украина

1) Областная клиническая больница2) Харьковский национальный медицинский университет

Как известно основным осложнением язвенной болезни пилородуоденальной зоны является перфорация, которая по данным разных авторов составляет от 5 до 15% неотложной хирургии. В 70-75% случаев перфоративная язва располагается на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишке и не редко наблюдается у мужчин возраста 20-30 лет с отсутствием язвенного анамнеза. При перфоративной язве пилородуоденальной зоны в 80-90% случаев выполняется ее ушивание или иссчечение разными способами, т.е. операция направлена на устранение осложнений у неотложных больных. Успехи последних лет связывают, прежде всего, с развитием органосохраняющих малоинвазивных операций. С апреля 2010 по 2014 гг. диагностировано и пролечено 148 пациентов с перфоративной язвой пилородуоденальной зоны. Возраст пациентов составлял был от 18 до 78 лет, преимущественно мужского пола, от момента перфорации прошло от 60 мин до 24 часов. При поступлении в стационар всем пациентам производился стандартный алгоритм диагностических мероприятий, включающий в себя: клиническое исследование крови, обзорную рентгенографию брюшной полости, УЗИ брюшной полости, ЭКГ, консультации специалистов. Всем больным перед оперативным лечением была выполнена ФГДС с целью выявления локализации и характера язвы, подтверждения ее перфорации, а также, при необходимости, повторная рентгенографию брюшной полости. Лапароскопия была лечебно-диагностическим методом в лечении больных с данной патологией. Точки введении троакаров на передней брюшной стенке были аналогичны лапароскопической холецистэктомии как наиболее оптимальные для выполнения данной операции. Всем пациентам выполнено ушивание перфоративной язвы пилородуоденальной зоны (148), в том числе с оментопластикой (46), санация и дренирование брюшной полости. При выполнении ушивания язвы в 54 случаях за линию швов трансназально заводили зонд (№ 15, 18) для декомпрессии. Все язвенные дефекты находились на передней стенке луковицы ДПК. У 14 пациентов при ФГДС выявили дополнительно хроническую язву задней стенки луковицы ДПК без осложнений. В 22 случаях после лапароскопии интраоперационно определялась герметичность швов с инсуфляцией в желудок до 1,5 л воздуха, у 16 больных выполнялась ФГДС. Обязательным было назначение во время операции и в послеоперационном периоде антисекреторных препаратов (ингибитор протонной помпы) на фоне проводимой комплексной терапии. Послеоперационный период у большинства больных протекал гладко, летальность составила 1,4%. 119 (80,4%) пациентов находились в стационаре от 4 до 7 дней. Через 2 мес после выписки из стационара были осмотрены 37,8% пациентов, которым была выполнена контрольная ФГДС с уреазным тестом. Случаев деформации луковицы ДПК и рецидива язвенной болезни пилоробульбарной зоны нами не отмечено. Таким образом, современные эндовидеохирургические методы в диагностике и лечении перфоративных язв пилоробульбарной зоны являются актуальными и приоритетными.