

## Эндохирургические методы диагностики и лечения перфоративных язв пилородуоденальной зоны

Смецков Д.В.<sup>1</sup>, Криворучко И.А.<sup>2</sup>, Федак Б.С.<sup>1</sup>, Вовк В.А.<sup>1</sup>

Областная клиническая больница, Харьков, Украина<sup>1</sup>,  
Харьковский национальный медицинский университет<sup>2</sup>, Украина

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 кишки 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 разными способами. Успехи последних лет связывают, прежде всего, с развитием органосохраняющих малоинвазивных операций.

С апреля 2010 по 2012 гг. диагностировано и пролечено 48 пациентов с перфоративной язвой пилородуоденальной зоны. Возраст пациентов составлял был от 18 до 68 лет, преимущественно мужского пола, от момента перфорации прошло от 2 до 12 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.

Лапароскопия была лечебно-диагностическим методом в лечении больных с данной патологией. Точки введения троакаров на передней брюшной стенке были аналогичны лапароскопической холецистэктомии как наиболее оптимальные для выполнения данной операции. Всем пациентам выполнено ушивание перфоративной язвы пилородуоденальной зоны (32), в том числе с оментопластикой (16), санация и дренирование брюшной полости. 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 12 случаях после лапароскопии интраоперационно определялась герметичность швов с инсуфляцией в желудок до 1,5 л воздуха, у 6 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 протекал гладко, осложнений и летальности не было. Пациенты находились в стационаре от 4 до 7 дней. Всем им гастроэнтерологом индивидуально назначалась современная антисекреторная и эрадикационная терапия в полном объеме по общепринятым схемам.

Через 2 мес после выписки из стационара все пациенты были осмотрены, им 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.