

Конюхова М.А., Петров Р.С.
**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ
С ПОВТОРНОЙ ПЕРФОРАЦИЕЙ
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ**

Кировская государственная медицинская академия,
кафедра факультетской хирургии с курсом урологии

Зав. кафедрой: профессор Н.А. Никитин

Научный руководитель: доцент А.А. Головизнин

Актуальность проблемы: рецидив язвенной болезни после ушивания перфорации достигает 83,3 %, при этом повторные перфорации развиваются у 16 % пациентов (Рыбачков В.В., 2005).

Цель работы: изучить результаты хирургического лечения больных с повторной перфорацией гастродуоденальных язв.

Задачи исследования: определить наиболее адекватный метод хирургического лечения больных с повторной перфорацией гастродуоденальных язв.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 46 (3,8%) пациентов с повторной перфорацией гастродуоденальных язв из 1214 оперированных больных с перфоративными гастродуоденальными язвами на базе Северной городской клинической больницы города Кирова за период с 1997 до 2008 г. Мужчин было 39 (84,8 %), женщин – 7 (15,2 %). Возраст пациентов варьировал от 24 до 72 лет. Сроки повторной перфорации составили от 8 месяцев до 21 года после ушивания первой перфорации. Тяжелая сопутствующая патология отмечена у 8 (17,4%) больных. В первые 6 часов от момента перфорации поступили 40 (87%) больных, через 6-24 часа – 6 (13%). Диагноз повторной перфорации установлен у всех 46 пациентов до операции. У 42 (91,3 %) больных перитонит носил ограниченный характер, у 4 (8,7 %) – распространенный. Дуоденальная локализация язвы была у всех 46 больных, размеры язв составляли от 0,8 до 5,0

см. У 23 (50 %) пациентов повторная перфорация сочеталась с другими осложнениями язвенной болезни (пенетрацией, стенозом, кровотечением). Резекция желудка была выполнена 42 (91,3 %) больным, ушивание перфорации – 4 (8,7%).

Результаты исследования: 42 (91,3 %) пациентам резекция желудка выполнена по способу Бильрот II с наложением поперечного гастроэнтеростомоза. У 36 (85,7%) больных с выявленными интраоперационными признаками хронических нарушений дуоденальной проходимости резекция желудка была дополнена рассечением связки Трейтца. 4 (8,7%) больным было проведено ушивание перфоративной язвы. Показанием для ушивания явился распространенный перитонит в сочетании с тяжелой сопутствующей патологией. Особенности повторной перфорации язвы следует считать выраженный рубцово-спаечный процесс в верхнем этаже брюшной полости, ограниченный характер перитонита в большинстве случаев, высокую частоту встречаемости признаков хронических нарушений дуоденальной проходимости.

В послеоперационном периоде умерли 2 больных: один пациент после ушивания перфорации – от прогрессирования перитонита на фоне тяжелого сопутствующего заболевания крови и один пациент после резекции желудка – от тромбоэмболии легочной артерии. Общая послеоперационная летальность составила 4,35 %.

Вывод: резекция желудка по Бильрот II с поперечным гастроэнтероанастомозом является наиболее адекватным радикальным хирургическим вмешательством при повторной перфорации гастродуоденальных язв. Ушивание перфорации показано в качестве операции спасения только при распространенном гнойном перитоните в сочетании с тяжелой сопутствующей патологией.