

сти по данным УЗИ.

При сомнениях в клиническом диагнозе наиболее эффективным диагностическим исследованием является лапароскопия.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Анализ внутрибрюшных осложнений после лапаротомной и лапароскопической аппендэктомии / В.М.Тимербулатов [и др.] // Эндоскопическая хирургия. Тезисы докладов VI Всероссийского съезда (Москва 22 – 25 мая 2003 г.). – М.: 2003. С. 136.

2. Галимов А.А., Бутенко В.И. О повышении безопасности хирургического вмешательства // Воен.-мед. журн. 2002. Том СССХХIII, № 11. С. 16-19.

3. Горлунов А.В., Шабалин Р.В., Авилов Г.В. Лапароскопическая аппендэктомия // Эндоскопическая хирургия. Тез. докл. VI Всеросс. съезда – М.: 2003. С. 43.

4. Зубарев П.Н. Неотложная хирургия живота // Неотложная хирургия груди и живота: Руководство для врачей. – СПб.: Гиппократ, 2002. – 512 с.

5. Лапароскопическая аппендэктомия в лечении острого аппендицита / А.Ю.Некрасов [и др.] // Эндоскопич. хир. 2005. № 1. С 94-95.

6. Острый аппендицит / А.Г.Кригер [и др.]. – М.: Медпрактика, 2002. 244 с.

7. Профилактика и лечение гнойно-воспалитель-

ных осложнений после аппендэктомии // Вестн. хир. 2004. Том 163, № 4. С. 53-55.

8. Снегирев И.И., Фролов А.П. Ошибки в дифференциальной диагностике острых воспалительных заболеваний гениталий и аппендицита // Бюлл. ВСНЦ СО РАМН (Приложение). 2007. № 4. С. 162.

9. Сухопара Ю.Н., Майстренко Н.А., Тришин В.М.. Основы неотложной лапароскопической хирургии. – СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2003. 192 с.

10. Уханов А.П., Байдо С.В., Игнатьев А.И. Результаты применения видеолапароскопических операций у больных острым аппендицитом // Эндоскопич. хир. 2007. № 1. С. 94.

11. Althoubaity F.K. Suspected acute appendicitis in female patients. Trends in diagnosis in emergency department in a University Hospital in Western region of Saudi Arabia // Saudi Med. J. 2006. № 11. P. 1667-1673.

12. Bessems M. Interval appendectomy as routine therapy or only as indicated: the controversy continues // Ned. Tijdschr. Geneesk. 2007. №3. P. 739-741.

13. Conservative management of postappendectomy intraperitoneal abscess. Preliminary results / C. Baeza-Herrera [et al.] // Cir. Cir. 2003. Vol. 71. N3. P. 23-27.

14. Meshikhes A.W. Management of appendiceal mass: controversial issues revisited // J. Gastrointest. Surg. 2008. Vol. 12, N 4. P. 767-775.

Soroka A.K.. **Clinical and morphological parallels appendectomy.** FGI "1477 Naval clinical Fleet Hospital", Vladivostok, Russia.

On the basis of 1729 case histories of the analysis of compliance with clinical manifestations and morphological changes of the appendix in patients admitted to the Naval Hospital in Vladivostok in 2000-2010. It is shown that the differential-diagnostic importance of conventional clinical, laboratory, instrumental and operational methods of diagnosis. Proved most effective diagnostic laparoscopy, which can be performed both under general and local anesthesia.

Keywords: forms of acute appendicitis, laparoscopy.

Сведения об авторе:

Сорока Анатолий Константинович – канд. мед. наук, заведующий отделением неотложной хирургии ФБУ «1477 ВМКГ флота»; г. Владивосток: тел.: 8(423) 271-58-25; e-mail: navidoc@mail.ru.

© А.К. Сорока, Ю.М. Шендриков, 2012

УДК 616.346.2

Сорока А.К., Шендриков Ю.М.

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ. РАЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА В ОГРАНИЧЕННЫХ УСЛОВИЯХ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ФГУ «1477 Военно-морской клинический госпиталь флота», Владивосток

На основании изучения 1947 историй болезней проведен анализ диагностической эффективности клинических, лабораторных, инструментальных и оперативных методов диагностики острого аппендицита у больных, поступивших в Военно-морской клинический госпиталь Владивостока в период 2000–2010 гг. и членов экипажей кораблей, находящихся в автономном плавании. Предложен рациональный (rationalis (лат.) – разумный) вариант диагностики острого аппендицита с использованием «прямой» лапароскопии при отсутствии возможности применения общей анестезии и выполнения других инструментальных методов обследования.

Ключевые слова: острый аппендицит, «прямая» лапароскопия.

Сложность диагностики различных форм острого аппендицита (ОА) неоспорима [1, 3, 9]. Эта проблема наиболее актуальна в ограниченных условиях оказания медицинской помощи. К таким условиям мы относим невозможность применения общей анестезии, сложности выполнения лабораторных и инструментальных методов обследования (УЗИ, рентгенография и т.д.). При этом, диагностические сложности обусловлены не только общехирургическими причинами, но и необычностью условий, в которых находится врач и больной. В такой ситуации не только диагностика, но и сам факт выполнения аппендэктомии могут представлять значительные трудности [2, 4, 6, 7]. Особая роль отводится точности и эффективности диагностики, разумным лечебным приемам в этих условиях, когда как уровень диагностических ошибок достигает 12–35% даже для хирургических стационаров [5, 8]. Ошибки диагностики с одной стороны приводят к удалению микроскопически неизмененных червеобразных отростков у 20–45% больных, с другой поздняя диагностика деструктивных форм острого аппендицита и связанных с этим осложнений происходит в 5–13% случаев [5, 8, 10].

Цель исследования: предложить наиболее рациональные (разумные) приемы диагностики острого аппендицита, применимые к ограниченным условиям оказания медицинской помощи.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 1947 пациентов с клиническими проявлениями острого аппендицита. Все больные условно были разделены на три группы. Первую группу (n=1587) составили пациенты, поступившие в отделение неотложной хирургии Владивостокского военно-морского клинического госпиталя в период 2000–2010 гг., диагностика острого аппендицита у которых осуществлялась с использованием клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования. У больных второй группы (n = 142), так же проходивших лечение в госпитале, обследование было дополнено

диагностической лапароскопией. Третью группу (n = 218) представили пациенты из состава экипажей кораблей, находящихся в автономном плавании в период 2003–2010 гг., у которых ввиду специфических условий диагностика острого аппендицита осуществлялась только по клиническим проявлениям заболевания.

Учитывая специфику лечебного учреждения, подавляющее большинство пациентов 1 и 2 групп (79,2%) составили молодые мужчины до 30 лет. 3 группу больных представляли только мужчины, средний возраст которых составил $25 \pm 1,2$ года.

В результате проведенного обследования показания к оперативному лечению по поводу острого аппендицита были выставлены у 851 (53,4%) пациента 1 группы и 96 (67,6%) больных 2 группы. В 3 группе прооперирован 71 (32,6%) больной.

Результаты исследования. Среди больных 1 и 2 группы динамическому наблюдению, включающему в себя повторные осмотры, трактовку изменений клинико-лабораторных показателей, подверглись 940 пациентов (54,4%). Из них у 473 (50,3%) оно продолжалось до 2 часов, у остальных более. В результате чего диагноз острого аппендицита снят у 731 (77,8%) больных, остальные пациенты (209) впоследствии оперированы. У больных 3 группы динамическое наблюдение проводилось в 156 (71,6%) случаях. В результате чего показания к оперативному лечению выставлены у 9 (5,8%) пациентов.

Изучение зависимости времени от начала заболевания до момента госпитализации у больных с клиническими проявлениями острого аппендицита не показало существенных различий у всех категорий пациентов с установленным диагнозом. Исключение составили больные с аппендикулярными инфильтратами, у которых в 81,1% случаев срок заболевания превысил 36 часов. Клиническая симптоматика при поступлении больных в зависимости от выставленного впоследствии окончательного диагноза представлена в табл.1.

Клиническая симптоматика при поступлении в зависимости от окончательного диагноза

Таблица 1

КЛИНИКА	1 группа		2 группа		3 группа	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Типичная: - симптом Кохера + - симптомы раздражения брюшины +	51	41,0	42	29,6	62	28,4
Стертая: - симптом Кохера + - симптомы раздражения брюшины ±	302	19,0	59	41,5	6	2,8
Атипичная: - болезненность в правой подвздошной области, перитонизм	90	5,8	19	13,4	3	1,4
Только боли в правой подвздошной области	534	33,6	15	10,6	147	67,4
Клиника разлитого перитонита	7	0,4	7	4,9	-	-
Болезненный инфильтрат в правой подвздошной области	3	0,2	-	-	-	-
Всего:	1587	100	142	100	218	100

При этом, для всех групп исследованных, «типичная» клиническая картина острого аппендицита, по морфологическим исследованиям удаленных червеобразных отростков, в большей степени (78,3%) была характерна для флегмонозного аппендицита. Тем не менее, она так же часто проявлялась как при катаральном (60,6%), так и при гангренозном (68,7%) аппендиците. Напротив, подобные клинические проявления при отсутствии хирургической патологии брюшной полости встречались лишь в 1,4% случаев. «Стертая» клиническая картина при деструктивных изменениях червеобразного отростка наблюдалась вдвое реже (11,8–13,0%), чем при катаральном аппендиците (25,7%) и нехирургической патологии брюшной полости (28,1%). Такие же соотношения характерны и для «атипичной» клиники. Только боли в правой подвздошной области без явлений перитонизма, в основном, были характерны для нехирургических заболеваний брюшной полости (60,8%) и аппендикулярного инфильтрата (8 больных) и в относительно равных, но более редких случаях

встречались у больных с острым аппендицитом (7,3–7,8%). Клиника разлитого перитонита наблюдалась у 7 больных гангренозным аппендицитом (6,1%) и у 3 (0,4%) пациентов с нехирургическими заболеваниями. Болезненный инфильтрат в правой подвздошной области пальпировался у 1 больного с гангренозным аппендицитом и у 2 больных с аппендикулярным инфильтратом.

Ректальное исследование прямой кишки проводилось у 1395 (80,7%) больных 1, 2 групп и 203 (93,1%) пациентов 3 группы. Отмечено, что отсутствие болезненности при пальцевом исследовании прямой кишки в 89,5% случаев говорило об отсутствии деструктивных изменений червеобразного отростка. Болезненность правой стенки прямой кишки, нависание, пальпация инфильтративного образования напротив, свидетельствовало о деструктивных формах острого аппендицита у 92,6% больных.

Лабораторная диагностика проводилась только у больных 1 и 2 групп. Она заключалась в исследовании количества лейкоцитов периферической крови. Выявленные закономерности представлены в табл. 2

Таблица 2

Зависимость количества лейкоцитов в клиническом анализе крови от клинических форм острого аппендицита у больных 1 и 2 групп.

КОЛИЧЕСТВО ЛЕЙКОЦИТОВ В КЛИНИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ $\times 10^9 \text{ мм}^3$	Клинические формы аппендицита									
	Катаральный*		Флегмонозный*		Гангренозный*		Аппендикулярный инфильтрат	Другие заболевания, не требующие хирургического лечения		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.**	абс.	%	
6–8	77	35,3	97	16,6	12	10,4	2	302	38,9	
8–10	56	25,7	90	15,4	13	11,3	3	205	26,5	
10–12	43	19,7	142	24,3	21	18,3	3	131	16,9	
Более 12	42	19,3	255	43,7	69	60,0	8	137	17,7	
Всего:	218	100	584	100	115	100	16	775	100	

* - по данным морфологического исследования удаленных червеобразных отростков.

** - данные представлены только в абсолютных цифрах ввиду малого количества случаев.

Исследование количества лейкоцитов в периферической крови позволило судить об отсутствии хирургической патологии при числе лейкоцитов ниже $8 \times 10^9 \text{ мм}^3$ у 40% больных. Подтверждены деструктивные изменения червеобразного отростка при их значении выше $12 \times 10^9 \text{ мм}^3$ у 60% пациентов. Полученные данные указывают на невысокую диагностическую эффективность этого исследования при остром аппендиците.

«Урчащая» слепая кишка при пальпации определялась у 89,6% больных при отсутствии хирургической патологии брюшной полости, у 5,2% больных катаральным аппендицитом, 4,3% флегмонозным и 0,9% гангренозным аппендицитом.

Инструментальные исследования при подозрении на острый аппендицит применялись нами с дифференциально-диагностической целью при отсутствии типичной клиники заболевания в процессе динамического наблюдения у больных 1 группы.

ФГДС выполнена 90 больным. При этом у 40 (44,4%) органической патологии не выявлено, у 19 (21,1%) выявлен гастрит, бульбит умеренно выраженный. Острый гастрит, бульбит у 30 (33,3%) больных и одна язвенная болезнь луковицы 12-перстной кишки в стадии обострения. У подавляющего числа этих больных впоследствии диагноз острого аппендицита был снят. УЗИ брюшной полости выполнено 156 больным (табл. 3).

Таблица 3

Результаты УЗИ брюшной полости

ДААННЫЕ УЗИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ	Катаральный аппендицит*	Флегмонозный аппендицит*	Гангренозный аппендицит*	Аппендикулярный инфильтрат	Другие заболевания, не требующие хирургического лечения	Другие заболевания, потребовавшие хирургического лечения
Патологии не выявлено (n=114)	13	15	3	-	81	2
Свободная жидкость в брюшной полости (n=7)	-	1	3	-	4	-
Признаки острого панкреатита (n=2)	1	-	-	-	-	1
Инфильтрат в правой подвздошной области (n=23)	-	2	7	10	1	3
Признаки мочекаменной болезни (n=7)	-	1	-	-	6	-
Мезаденит (n=2)	-	-	-	-	2	-
Острый калькулезный холецистит (n=1)	-	-	-	-	1	-

* - по данным морфологического исследования удаленных червеобразных отростков.

Диагностическая лапароскопия была выполнена у 142 пациентов 2 группы с клиническими проявлениями ОА. Из них у 21 (14,7%) под местной анестезией и у 121 (85,3%) под наркозом (табл. 4). Показания к диагностической лапароскопии были следующими:

- сомнения в клиническом диагнозе – 78 (54,9%);
- необходимость подтверждения клинического диагноза и определение оперативного доступа – 46 (32,4%);
- планируемая лапароскопическая аппендэктомия – 18 (12,7%);

Таблица 4

Результаты диагностической лапароскопии при подозрении на острый аппендицит

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ	Катаральный аппендицит*	Флегмонозный аппендицит*	Гангренозный аппендицит*	Аппендикулярный инфильтрат	Другие заболевания, не требующие хирургического лечения	Другие заболевания, потребовавшие хирургического лечения
Местная анестезия (n=21)	-	5	2	1	12	1
Общая анестезия (n=121)	5	58	24	4	23	7
Всего: (142)	5	63	26	5	35	8

Из всех больных, перенесших лапароскопию, операция на диагностическом этапе закончена у 38 больных (26,7%), деструктивные формы острого аппендицита выявлены у 96 (67,6%) больных. Другие хирургические заболевания органов брюшной полости выявлены у 8 (5,6%) пациентов, из которых операция закончена лапароскопически у 3, а в 5 случаях потребовалось выполнение срединной лапарото-

мии. Таким образом, у 67 больных (47,1%) удалось избежать более травматичного оперативного пособия. Во всех случаях диагностическая лапароскопия внесла ясность, ошибок диагностики острого аппендицита и осложнений, непосредственно связанных с операцией не было. Морфологические изменения удаленных червеобразных отростков у различных групп наших больных представлены в табл. 5.

Таблица 5

Морфологические изменения удаленных червеобразных отростков у различных групп больных.

ДИАГНОЗ	1 группа		2 группа		3 группа	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Хронический аппендицит	5	0,6	1	1,0	-	-
Простой (катаральный) аппендицит	274	32,2	13	13,5	26	36,7
Деструктивный (флегмонозный, гангренозный) аппендицит	532	62,5	78	81,3	16	22,5
Нет данных	40	4,7	4	4,2	29	40,8
Всего:	851	100	96	100	71	100

Обсуждение полученных результатов. Диагностика острого аппендицита даже в современных условиях, при наличии современного высокотехнологичного оборудования представляет значительные трудности. Подтверждением тому являются полученные нами данные. Следуя традиционной схеме диагностики этого заболевания, включающей в себя изучение клинических проявлений, оценку данных лабораторных исследований, при необходимости использование способов лучевой диагностики и эндоскопии, доля аппендэктомий по поводу простого (катарального) аппендицита достигает трети от всех прооперированных больных. Это, в первую очередь говорит не о низкой квалификации врачей – хирургов стационара, а о полиморфности клинической картины заболевания и об отсутствии специфических средств неинвазивной диагностики острого аппендицита. Хотя при этом следует отметить, что существуют определенные показатели, появление которых позволяют с достаточно высокой степенью достоверности предположить наличие у больного деструктивных изменений червеобразного отростка. К ним можно отнести типичную клиническую картину заболевания, наличие болезненности и нависания правой стенки ампулы прямой кишки, повышение лейкоцитов периферической крови выше 12×10^9 мм³, ультрасонографические признаки инфильтрата в правой подвздошной области. И, напротив, определение «урчащей» слепой кишки при пальпации указывает на отсутствие воспалительных изменений аппендикса.

По нашим данным, результаты диагностики острого аппендицита в ограниченных условиях оказания медицинской помощи во многом сходны с данными хирургического стационара, где доля аппендэктомий по поводу простого аппендицита так же превысила треть от всех оперированных больных.

Иные обстоятельства складываются при использовании лапароскопии в качестве диагностики острого аппендицита. Инвазивность исследования бесспорно компенсирует его информативность, позволившая более чем вдвое снизить количество «напрасных» аппендэктомий по поводу простого (катарального) аппендицита. Особую значимость данный факт приобретает в условиях, когда нет возможности выполнить аппендэктомию под общей анестезией, когда в значительной мере увеличивается риск развития интраоперационных трудностей и осложнений, существенно влияющих на исход операции. В подобной ситуации необходим информативный диагностический прием, позволяющий с одной стороны избежать напрасного оперирования, с другой – обеспечивающий безопасность и результативность самой операции в этих условиях. Всеми этими качествами, на наш взгляд, обладает лапароскопия, даже выполненная под местной анестезией, с использованием, при необхо-

димости, дополнительного манипулятора. При этом, если не удастся визуализировать сам червеобразный отросток и оценить макроскопически его изменения, то во всех случаях возможно определить вторичные признаки катастрофы в брюшной полости – наличие перитонита и его распространенность, размеры и отграниченность инфильтративных изменений в правой подвздошной области. На основании этих данных принимается решение о продолжении операции под местной анестезией или назначении консервативного лечения для обеспечения эвакуации больного в хирургический стационар более высокого уровня.

Выводы. Выполненные нами 13 операций по поводу катарального аппендицита после диагностических лапароскопий не компрометируют принятую позицию в отношении «напрасных» аппендэктомий. Они были произведены в начале освоения методики лапароскопической аппендэктомии и никогда не являлись показаниями к конверсии доступа.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Галимов А.А. О повышении безопасности хирургического вмешательства / А.А. Галимов, В.И. Бутенко // Воен.-мед. журн. 2002. Том СССХХІІІ, № 11. С. 16-19.
2. Гурин Н.Н. Диагностика и лечение острого аппендицита на судах в море / Н.Н.Гурин, Ю.С.Слободчук. – СПб: Издательство «Лик», 1994. 141 с.
3. Зубарев П.Н. Неотложная хирургия живота // Неотложная хирургия груди и живота: Руководство для врачей. – СПб.: Гиппократ, 2002. 512 с.
4. Негрей В.А. Оказание неотложной хирургической помощи в длительном плавании / В.А. Негрей, Б.Л.Беляев // Воен-мед. журн. 1977. № 3. С. 55-56.
5. Острый аппендицит / А.Г.Кригер [и др.] . – М.: Медпрактика, 2002. 244 с.
6. Портной М.В. О лечении острого аппендицита на кораблях в длительном плавании // Мат. науч.-пр. конф. врачей. – Владивосток, 1980. С. 18-19.
7. Потемкин Н.Т. О хирургической тактике при остром аппендиците и его осложнениях в период автономного плавания / Н.Т.Потемкин, Н.И.Царев. – Владивосток, 1973. 36 с.
8. Снегирев И.И. Ошибки в дифференциальной диагностике острых воспалительных заболеваний гениталий и аппендицита // Бюлл. ВСНЦ СО РАМН (Приложение). 2007. № 4. С. 162.
9. Althoubaity F.K. Suspected acute appendicitis in female patients. Trends in diagnosis in emergency department in a University Hospital in Western region of Saudi Arabia // Saudi Med. J. 2006. № 11. P. 1667-73.
10. Bessems M. Interval appendectomy as routine therapy or only as indicated: the controversy continues // Ned. Tijdschr. Geneesk. 2007. №3. P. 739-41.

Soroka A.K., Shendrikov Yu.M. **Acute appendicitis. rational diagnostics limited health care settings. FGI "1477 Naval clinical Fleet Hospital", Vladivostok, Russia.**

On the basis of 1947 case histories of the analysis of the diagnostic effectiveness of clinical, laboratory, instrumental and operational methods for diagnosis of acute appendicitis in patients admitted to the Naval Hospital in Vladivostok in 2000–2010. and crew members of ships in autonomous navigation. The rational version of the diagnosis of acute appendicitis by using the "direct" laparoscopy in the absence of the possibility of using general anesthesia, and perform other instrumental methods of examination.

Keywords: acute appendicitis, "direct" laparoscopy.

Сведения об авторах:

Сорока Анатолий Константинович, канд. мед. наук, заведующий отделением неотложной хирургии ФБУ «1477 ВМКГ флота» г. Владивосток: тел.: 8(423) 271-58-25; e-mail: navidoc@mail.ru.

Шендриков Юрий Михайлович, канд. мед. наук, заведующий отделением онкохирургии «1477 ВМКГ флота» г. Владивосток: тел.: 8(423) 246-77-65.

© А.К. Сорока, 2012
УДК 616.33 + 616.312

Сорока А.К.

РАЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

ФГУ «1477 Военно-морской клинический госпиталь флота», Владивосток

Проведен анализ результатов лечения 79 пациентов, преимущественно молодого возраста, с перфорацией пилородуоденальной язвы (ППДЯ), поступивших во Владивостокский военно-морской клинический госпиталь за период 1998–2008 гг. Показана сравнительная эффективность общепринятых методов диагностики и лапароскопии. Оценены различные варианты оперативного лечения. Предложен способ лапароскопической ликвидации ППДЯ.

Ключевые слова: перфоративная пилородуоденальная язва, лапароскопия.

Введение. Перфорация язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (ППДЯ) среди ургентной хирургической патологии составляет около 1,5%, а среди больных язвенной болезнью, по данным разных авторов, встречается в 5–30% случаев. Летальность при ППДЯ колеблется в пределах 2,8 – 17% [6, 9].

Основными диагностическими критериями ППДЯ является свободный газ в брюшной полости при обзорной рентгенографии и выявленная при фиброгастродуоденоскопии (ФГДС) язва с признаками перфорации. Однако, стертая клиническая картина перфорации (прикрытые и атипичные прободения) встречается до 36% случаев [4,7]. В связи с этим, особую диагностическую значимость приобретает диагностическая лапароскопия, позволяющая верифицировать диагноз, оценить распространенность перитонита и определить дальнейшую лечебную тактику [1, 5, 8].

Как известно, основным методом лечения ППДЯ является оперативный. В исключительных случаях может быть использован метод консервативного лечения по методу Тейлора–Уоррена. Однако, он применим в крайне редких случаях: при агональном состоянии больного, при невозможности выполнения операции ввиду болезни врача, отсутствия необходимого имущества и лекарственных средств [7, 12, 13, 15].

Большинство хирургов считают, что операцией выбора является простое ушивание язвы [4, 7, 10, 11]. Особенно это актуально для пациентов молодого возраста при полном отсутствии или коротком язвенном анамнезе [3, 4]. Предложены лапароскопические методики лечения ППДЯ. Авторы предлагают различные варианты ликвидации перфорации язвы: простое ушивание, тампонаду большим сальником, применение клеевых композиций и синтетических материалов [2, 5, 8, 14].

Целью настоящего исследования явилось определение наиболее рациональных вариантов диагностики и лечения перфоративной пилородуоденальной язвы у лиц молодого возраста.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 79 больных с перфорацией пилородуоденальной язвы, что составило 3,1% от всех экстренно госпитализированных пациентов в отделение неотложной хирургии Владивостокского военно-морского клинического госпиталя за период 1998–2008 гг.

Подавляющее большинство пациентов составили мужчины молодого возраста: до 20 лет – 43 (54,4%), от 21 года до 30 лет – 15 (19%), от 31 года до 40 лет – 7 (8,9%).