

PERFORATION AS A COMPLICATION OF GASTRIC AND DUODENAL ULCER DISEASE: THE STRUCTURE OF THE INCIDENCE, DIAGNOSIS, AND EMERGENCY SURGICAL TREATMENT

Kulumbegov G.R.¹, Iraskhanov A.Sh.² (Russian Federation)

Email: Kulumbegov543@scientifictext.ru

¹Kulumbegov Georgii Rolandovich – Student;

²Iraskhanov Atabi Shaikhaevich – Student;

³Beslekoev Uruzmag Salamonovich – PhD in Medicine, Associate Professor,

DEPARTMENT OF SURGICAL DISEASES № 1,
NORTH-OSSETIAN STATE MEDICAL ACADEMY,
VLADIKAVKAZ

Abstract: the incidence of perforation as a complication of gastric and duodenal ulcer varies from 7 to 12% among patients of this group. Despite advances in the treatment of peptic ulcer mortality from perforation remains at a consistently high level. The most common operation for a perforated ulcer is suturing, it is especially suitable for weak patients with the clinic of peritonitis, patients with the presence of severe comorbidities, when a radical operation cannot be performed. In 6% of cases occurs re-perforations, so the problem of improvement of treatment of gastric and duodenal ulcer still remains important.

Keywords: gastric ulcer, duodenal ulcer, perforation.

ПЕРФОРАЦИЯ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ: СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЭКСТРЕННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Кулумбегов Г.Р.¹, Ирасханов А.Ш.² (Российская Федерация)

¹Кулумбегов Георгий Роландович – студент;

²Ирасханов Атаби Шайхаевич – студент;

³Беслекоев Урузмаг Саламонович – кандидат медицинских наук, доцент,

кафедра хирургических болезней № 1,
Северо-Осетинская государственная медицинская академия,
г. Владикавказ

Аннотация: распространенность перфорации как осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки составляет от 7 до 12% пациентов данной группы. Несмотря на достигнутые успехи в лечении язвенной болезни летальность от перфорации продолжает оставаться на стабильно высоком уровне. Наиболее распространенной операцией по поводу прободной язвы продолжает оставаться ушивание, особенно показана эта операция ослабленным больным с клиникой перитонита, пациентам с наличием тяжелых сопутствующих заболеваний, когда радикальную операцию выполнить невозможно. В 6% случаев встречаются повторные перфорации, поэтому проблема усовершенствования методов лечения язвенной болезни продолжает оставаться актуальной.

Ключевые слова: перфоративная язва, прободная язва, ушивание, пилоропластика.

Введение. В последние годы наблюдается значительное увеличение заболеваемости язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Количество плановых операций по поводу данной патологии уменьшилось в связи с успешной диагностируемостью и эффективной фармакотерапией с использованием современных противоязвенных препаратов, в том числе новых поколений антисекреторов [4, 620]. Перфорация является одним из самых грозных осложнений язвенной болезни, представляет собой сквозное повреждение стенки органа, и развивается у 7-12% всех больных данной патологией [2, 718]. Данное состояние сопровождается высокой летальностью, поэтому продолжает оставаться актуальной проблемой гастроэнтерологии и абдоминальной хирургии.

Цель: провести анализ структуры заболеваемости, диагностики и лечения прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы: в ретроспективном анализе были изучены результаты лечения 128 пациентов, госпитализированных и прошедших лечение в республиканской клинической больнице скорой медицинской помощи в 2011 – 2017 гг. При исследовании материалов учитывались следующие показатели: возраст и пол пациента, степень тяжести состояния, время с момента начала заболевания, жалобы, данные осмотра и дополнительных методов диагностики, язвенный анамнез, локализация язвы, вид оперативного вмешательства, состояние брюшины, количество и характер экссудата, наличие интра-

и послеоперационных осложнений, срок госпитализации [3, 70]. Статистическая обработка результатов исследования, построение графиков и таблиц производилась с использованием пакета программ Microsoft Excel 2013.

Результаты. Среди всех пациентов 94 пациента (73,4%) – лица мужского пола, 34 человека (26,6%) – женского. Средний возраст пациентов – 54,7 года, причем средний возраст мужчин – 45,3 года, а женщин – 64,1 года. Распределение больных по возрастным группам дало следующие результаты: в группе до 29 лет – 17 пациентов (13,3%), 30-49 лет – 48 пациентов (37,5%), 50-69 лет – 35 пациентов (27,3%), 70 лет и старше – 28 пациентов (27,9%). Возраст самого молодого пациента – 26 лет, самого взрослого – 92 года. Степень тяжести состояния была оценена как средняя у 67 человек (52,3%) и как тяжелая у 61 (47,7%). С момента начала заболевания прошло до 5 часов – в 62 (48,4%) случаях, от 5 до 20 часов – в 47 случаях (36,7%), свыше 20 часов – в 19 случаях (14,9%). У подавляющего большинства госпитализированных отсутствовал язвенный анамнез (104 человека – 81,3%), лишь 24 человека (18,7%) упоминали о существующей язвенной болезни, продолжительностью от 3 до 20 лет. Большинство пациентов доставлены в стационар службой скорой медицинской помощи (123 человека – 96,1%), но не у всех на догоспитальном этапе был поставлен диагноз «перфорация полого органа» (63 пациента – 49,2%). 36 человека (26,6%) поступили в стационар с диагнозом «острый панкреатит», 18 человек (11,7%) – с «острым аппендицитом», 6 человек (3,9%) – с «кишечной непроходимостью», 2 человека (1,5%) – с «панкреонекрозом», 2 человека (1,5%) – с «острым холециститом», 1 человек (0,8%) – с «острым холецистопанкреатитом». С применением физикальных методов обследования, а также рутинных дополнительных методов (обзорная рентгенография брюшной полости на предмет свободного газа, ультразвуковое исследование органов брюшной полости) большей части пациентов был поставлен диагноз «перфоративная язва» и они были направлены на экстренное оперативное лечение. Диагностическая лапароскопия потребовалась в 16 случаях (12,5%). Доступ к брюшной полости производился путем верхнесрединной лапаротомии, язвенный дефект ушивался 2-рядным швом для язв, диаметром более 5 мм, и 1-рядным швом для меньших по величине язв. В 12 случаях (9,4%) проводилась пилоропластика по Гейнеке-Микуличу с ваготомией. Локализовался язвенный дефект наиболее часто в луковице двенадцатиперстной кишки (89 случаев – 69,5%), реже – в пилорическом отделе желудка (17 случаев – 13,3%), в области тела и дна желудка (11 случаев – 8,6%), послелуковичная язва – 6 случаев (4,7%). При вскрытии брюшной полости у всех оперированных обнаруживались признаки местного (11 случаев – 8,6%) или распространенного (117 случаев – 91,4%) перитонита. При этом воспалительный экссудат имел серозный характер в 2 случаях (1,6%), серозно-фибринозный – в 89 случаях (69,5%), гнойно-фибринозный в 28 случаях (21,9%), серозно-фибринозный с геморрагическим компонентом – в 9 случаях (7%). Объем свободной жидкости в брюшной полости варьировал от 50 до 1500 мл. Иногда наблюдались ранние послеоперационные осложнения: 7 случаев (5,5%) – нагноение раны, 5 случаев (3,9%) кровотечения, 1 случай пневмонии (0,8%). Пациенты получали антибиотикотерапию, инфузионную, антисекреторную терапию, гастропротекторы, симптоматическое лечение. Имел место один летальный исход вследствие перитонеального сепсиса. Средняя продолжительность пребывания пациента в стационаре составила 11,4 суток (минимальная – 6, максимальная – 33).

Выводы. Наличие осложнений после ушивания перфоративных язв объясняется поздней обращаемостью за медицинской помощью, наличием сопутствующих заболеваний и исходно тяжелым состоянием пациента. Наиболее благоприятное течение и исход заболевания наблюдался у пациентов, госпитализированных в течение первых пяти часов после появления первых симптомов. Для профилактики и улучшения прогноза больных рекомендуется своевременное консервативное лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, эрадикационная терапия хеликобактера, соблюдение диеты, периодическая диагностика групп риска методами гастроуденоскопии с биопсией [5, 169].

Список литературы / References

1. Крылов Н.И., Винничук Д.А. Перфоративная язва: патоморфоз, коллизии и тренды // Врач, 2012. № 1. С. 15-20.
2. Лобанков В.М., Камбалов М.Н., Благодравов М.Л. Заболеваемость перфоративными язвами: факторы риска // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения, 2015. № 2. С. 718-719.
3. Логунов К.В., Швецов К.С. Перфоративная язва двенадцатиперстной кишки. Клиническое наблюдение из практики судебной медицины // Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь, 2016. № 2. С. 69-71.
4. Трухалев В.А., Гомозов Г.И. Отдаленные результаты ушивания язвы желудка и двенадцатиперстной кишки // Современные проблемы науки и образования, 2013. № 6. С. 620.

5. *Bertleff M.J.* Perforated peptic ulcer disease: a review of history and treatment // *Dig Surg*, 2010. № 27. P. 161–169.