

УДК;616.33/.342-002.44-007.251-089.15

*С.М. Антонюк, Г.А. Гринцов, В.Б. Ахрамеев, И.Б. Андриенко, Ю.Г. Луценко***ВОПРОСЫ ОБОСНОВАННОСТИ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЕ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ***Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

Резюме. Обсуждены актуальные вопросы диагностики и лечения 187 больных с перфоративными гастроуденальными язвами. Наиболее информативными методами диагностики в особых случаях являются эндоскопическое исследование и лапароцентез. Выбор оперативного вмешательства должен быть исключительно индивидуальный. Радикальные операции были выполнены у 151 больного при послеоперационной летальности 1,9 %. Летальность после ушивания перфоративных язв составила 5,5 %, после выполненных резекций — 5,6 %.

Ключевые слова: перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, выбор операции

Необходимо отметить, что, несмотря на многолетнюю историю лечения перфоративной гастроуденальной язвы, эта проблема остается актуальной и сложной до настоящего времени [1, 3, 7].

Цель работы: анализ эффективности различных операций в лечении перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

Как известно, существует достаточно большое количество методов оперативного лечения данной патологии. Уже доказана неэффективность простого ушивания перфораций ввиду высокой частоты продолжения язвенной болезни. Вместе с тем, при перфорации так называемых «юношеских» язв, а также в случаях запущенного перитонита и у больных с тяжелой сопутствующей патологией эта операция является вполне обоснованной.

Наиболее радикальным способом при прободной язве является резекция желудка, которая, однако, многими хирургами расценивается как опасная операция. А более безопасным вмешательством при данном заболевании они считают стволовую ваготомию с иссечением язвы [2, 4, 5, 6]. Кроме того, более щадящим вариантом оперативного вмешательства находят ушивание перфорации с селективной проксимальной ваготомией.

Однако необходимо учесть, что по сравнению со стволовой селективной ваготомией является более сложной и трудоемкой в исполнении и занимает больше времени, что далеко не всегда оправдано при наличии разлитого перитонита и связанного с ним тяжелого состояния больного.

В клинических базах кафедры хирургии ФИПО ДонНМУ за период 2005–2015 гг. опе-

рировано 187 больных по поводу перфоративной гастроуденальной язвы. Мужчин было 169, женщин — 18. Возраст больных колебался от 19 до 78 лет.

Перфоративная язва двенадцатиперстной кишки имела место у 163 (81,7 %) больных, желудка — у 18 (18,3 %).

Сроки госпитализации: 154 (82,1 %) пациентов поступили в клинику до шести часов с момента перфорации, 33 (17,9 %) — в более поздние сроки — до 2-х суток.

Язвенный анамнез отмечен у 79,9 % пациентов, у остальных он отсутствовал.

Четкая клиническая симптоматика перфоративной язвы со всеми атрибутами имела место у 56,5 % больных, у остальных она была не типична, иногда — сомнительна.

Учитывая важную роль в диагностике заболевания рентгенологического исследования, обзорная рентгенография брюшной полости выполнена у 69 больных, свободный газ под диафрагмой выявлен у 58 (66,6 %).

Для уточнения диагноза при нечетко выраженных симптомах перфорации производилась эзофагогастроуденоскопия. При этом, у 41 больного обнаружено перфорационное отверстие в желудке или двенадцатиперстной кишке. Одним из аргументов было резкое усиление болей в верхних отделах живота при эндоскопии у 32 больных, что объяснялось попаданием воздуха через перфорационный дефект в брюшную полость под давлением.

В случае сомнений в диагнозе, даже после выполнения указанных методов исследования, 26 больным выполнен лапароцентез. В результате пункции брюшной полости мутная жидкость с примесью желчи получена у 17 пациентов, мутноватая жидкость без примеси — 9. Исследования жидкости на контакт с йодистыми препаратами (проба Неймарка) подтвердила происхождение ее из желудка или двенадцатиперстной кишки.

Из 187 больных ушивание перфоративной язвы выполнено у 36 (19,2 %) в том числе у 4 с язвой желудка. Это были так называемые «юношеские» язвы у больных до 25 лет — 9 и при наличии запущенного перитонита, а также с выраженной сопутствующей патологией — 27.

Помимо перечисленных, у 14 больных при наличии выраженных каллезных краев и воспалительной инфильтрации периульцерозной зоны выполнено пластическое закрытие перфоративного отверстия по Оппелю-Поликарпову, из них в нашей модификации — у 7.

Так, в процессе этих вмешательств у 4 больных мы столкнулись с такой ситуацией, что большой сальник был резко истончен, с малым содержанием жировой ткани. В связи с этим, для профилактики несостоятельности тампонады, ее зона по периметру была укрыта отсеченной от места фиксации в ее дистальной части, расщепленной и распластанной в ее самом конце круглой связкой печени с фиксацией отдельными швами вне массы сальника.

Наконец, у 3 больных большой сальник практически отсутствовал после перенесенных ранее операций. Для этих случаев нами разработана методика, заключающаяся в формировании из передней стенки желудка, отступя 1,5–2 см от перфорационного отверстия специального «хоботка» с помощью вначале вытягивания за счет одного шва стенки кверху в виде купола с последующим наложением у его основания кисетного шва. В дальнейшем способ в точности повторял методику Оппеля-Поликарпова.

Резекция желудка произведена 53 больным (28,3 %). Показаниями к этой операции были перфоративные язвы желудка, сочетание перфорации с кровотечением, пенетрирующие и стенозирующие язвы пилородуоденальной зоны, а также язвы двенадцатиперстной кишки, сопряженные с хронической дуоденальной непроходимостью.

У остальных 84 (45,3 %) пациентов выполнено двусторонняя стволовая ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой по Гейнеке-Микучичу — 12 больных (13,1 %), Джадду — 62 (75,8 %) и Джадд-Танака 10 (11,1 %).

Осложнения после операций зарегистрированы у 17 (9,4 %) больных:

- несостоятельность швов ушитой язвы, перитонит — 3;
- кровотечение из ушитой язвы — 2;
- кровотечение из острой язвы культи желудка — 1;
- абсцессы брюшной полости — 2;
- нагноение раны — 4;
- легочно-сердечные осложнения;
- пневмония — 2;
- инфаркт миокарда — 2.

Умерли после операций 5 (2,6 %) больных:

- после ушивания перфоративной язвы — 2;
- сочетание перфорации с кровотечением — 1;
- после резекции желудка — 2.

Причины смерти:

- несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки — 1;

- запущенный перитонит — 2;
- крупозная пневмония — 1;
- инфаркт миокарда — 1.

Таким образом, после операций иссечения перфоративной язвы и стволовой ваготомии случаев смерти не отмечено.

Отдаленные результаты изучены у 69 оперированных (36,8 %). Сроки наблюдения — от 1 до 5 лет. Из обследованных после иссечения язвы с ваготомией было 42 человека, после резекции желудка — 27. Хорошие результаты зафиксированы у 56 (81,1 %) обследованных (иссечение язвы с ваготомией — 32, после резекции желудка — 24). Эти люди постоянно трудоспособны, не нуждались ни в каком лечении и качество жизни приближалось к качеству жизни здорового человека.

Удовлетворительные результаты отмечены у 11 (15,9 %) обследованных, (после иссечения язвы с ваготомией — 6, после резекции желудка — 5). У них отмечалось изредка незначительные боли в верхних отделах живота, изжога, отрыжки, общая слабость.

Неудовлетворительные результаты имели место у 2 человек (3 %). Оба перенесли иссечение язвы с ваготомией. У одного из них наступил рецидив язвы, у второго — стенозирование начального отдела двенадцатиперстной кишки. Оба были повторно оперированы.

Таким образом, выбор операций при перфоративных язвах должен быть исключительно индивидуальным с учетом общего состояния больного, локализации язвы и наличия или отсутствия сопутствующих осложняющих моментов.

Ушивание перфорации, в большинстве случаев обусловлено тяжестью самого процесса, тяжестью состояния больного, в том числе при наличии серьезной сопутствующей патологии.

Резекция желудка, как правило, показано при тяжелой сочетанной локальной патологии.

Наконец, операция иссечения язвы с двусторонней стволовой ваготомией, по результатам её, целиком оправдана.

S.M. Antonyuk, G.A. Grintsov, V.B. Achrameev, I.B. Andrienko, Yu.G. Lucenko

QUESTIONS OF GROUND OF THE OPERATIONS FOR PERFORATED OF THE STOMACH AND DUODENUM

Resume. Actual questions of diagnostics and treatment of 187 patients with perforated gastroduodenal ulcers are discussed. The most informative methods of the diagnosis particularly covered perforation are endoscopy and laparotomies. Decision on the operation must be individually grounded. Radical operations were performed in 151 patients with 1,9 % postoperative lethality. Lethality after suturing of the perforation was 5,5 %, after resection operations — 5,6 %.

Key words: perforated ulcers of stomach and duodenum, choice of operations

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонов О.Н. Эволюция хирургического лечения перфоративных пилородуоденальных язв / О.Н. Антонов, А.В. Рыбальченко // *Анналы хирургии*. – 2013. – № 2. – С. 22-28
2. Васильева М.А. Клинико-лучевая диагностика ограниченного перитонита, осложнившего перфорацию двенадцатиперстной кишки / М.А. Васильева, Е.А. Егорова // *Вестник рентгенологии и радиологии*. – 2011. – № 3. – С. 41-44
3. Крылов Н. Перфоративная язва: патоморфоз, коллизии и тренды / Н. Крылов // *Врач*. – 2012. – № 1. – С. 15-20
4. Новые подходы в диагностике и хирургическом лечении перфораций хронических гастродуоденальных язв / К.М. Курбонов, Ф.Ш. Сафаров, Г.Т. Камилов, М.Г. Хамидов // *Харківська хірургічна школа*. – 2011. – № 3. – С. 87-92
5. Прободные гастродуоденальные язвы / В.В. Рыбачков, И.Г. Дряженков, М.И. Сим [и др.] // *Хирургия*. – 2012. – № 12. – С. 19-22
6. Усовершенствованная гемипилорэктомия с пилоропластикой и ваготомией при прободных и кровоточащих язвах пилородуоденальной зоны / А.М. Дудин, В.В. Хацко, А.Е. Кузьменко [и др.] // *Міжнародний вісник медицини*. – 2011. – т. 4, № 1-2. – С. 24-26
7. Хирургическое лечение перфоративной гастродуоденальной язвы. Выбор методики операции с учетом качества жизни / В.А. Сипливый, В.В. Доценко, А.Г. Петюнин [и др.] // *Харківська хірургічна школа*. – 2015. – № 4. – С. 164-168