

Хирургическое лечение прободных гастродуоденальных язв

Проф. В.Н. САЦУКЕВИЧ

Surgical treatment of perforated gastroduodenal ulcers

V. N. SATSUKEVICH

Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург, объединенная больница с поликлиникой Медицинского центра Управления делами Президента РФ, Москва

Обобщен опыт хирургического лечения 820 больных в возрасте от 15 до 83 лет с прободными гастродуоденальными язвами. У 576 (70,2%) больных выполнено ушивание прободного отверстия, у 34 (4,2%) — резекция желудка и у 210 (25,6%) — ваготомия с дренирующей желудок операцией. После операции умерли 39 (5,6%) человек. Летальность после ушивания язв составила 6,2%, после резекции желудка — 2,7%, после ваготомии с дренирующей желудок операцией — 0,9%. Рецидив язвы после ее ушивания наступил у 57,3%, после резекции желудка — у 2,9% и после ваготомии с дренирующей желудок операцией — у 9% больных. Учитывая высокий процент рецидива язвы после паллиативных вмешательств, автор ставит вопрос о расширении показаний к радикальным вмешательствам у лиц с разлитым перитонитом при серозных и серозно-фибринозных его формах в реактивной фазе.

Experience in surgically treating 820 patients aged 15 to 83 years who had perforated gastroduodenal ulcers is summarized. In 576 (70.2%) patients the perforated hole was sutured. Thirty four (4.2%) patients underwent gastrectomy and 210 (25.6%) had vagotomy with drainage operation on the stomach. After surgery 39 (5.6%) patients died. Mortality rates after ulcer suturing, gastrectomy, and vagotomy with gastric drainage were 6.2, 2.7, and 0.9%, respectively. Recurrent ulcer occurred in 57.3% after ulcer suturing, in 2.9% after gastrectomy, and in 9% after gastric drainage vagotomy. By taking into consideration the high rate of recurrent ulcers following palliative interventions, the author proposes to expand indications for radical surgery in patients with serous and serofibrinous forms of general peritonitis in the reactive phase.

В клинической медицине есть проблемы, которые остаются актуальными постоянно, несмотря на достижения медицинской науки и практики.

Актуальность проблемы лечения прободных гастродуоденальных язв обусловлена высокой заболеваемостью язвенной болезнью, частым осложнением заболевания прободением язв и многообразием лечебно-тактических установок. Несмотря на достижения фармакотерапии язвенной болезни, надеяться на существенное уменьшение числа больных с прободением язвы пока мало оснований. Это объясняется прежде всего тем, что у значительного числа больных язвенной болезнью прободение язвы происходит на фоне бессимптомного течения заболевания или при стертой клинической картине. Среди лиц молодого возраста это число достигает 50% [4, 5].

Такие больные, естественно, не получают профилактического лечения. Кроме того, у части больных с гастродуоденальными язвами консервативное лечение оказывается малоэффективным и при прерывании курсов медикаментозной терапии у них развиваются осложнения язвенной болезни, в том числе прободение язвы.

У ряда больных проведение профилактических курсов лечения затруднено вследствие социальных причин. Таким образом, можно предполагать, что хирургическое лечение прободных язв в ближайшем будущем будет занимать значительное место в неотложной хирургии органов брюшной полости.

Единственным методом лечения прободных язв в настоящее время признано неотложное оперативное вмешательство. В современной литературе обсуждаются достоинства и недостатки паллиативных вмешательств, резекции желудка и различных видов ваготомии с дренирующими желудок операциями [1 — 3, 6]. Нами проанализированы непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения 820 больных в возрасте от 15 до 83 лет с прободением язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

Все больные с установленным диагнозом прободения язвы желудка или двенадцатиперстной кишки оперированы. У 576 (70,2%) больных выполнено ушивание прободного отверстия, у 34 (4,2%) — резекция желудка и у 210 (25,6%) — ваготомия с дренирующей желудок операцией.

Своевременная диагностика при яркой клинической картине прободной язвы не встречала особых затруднений у врачей скорой помощи. Внезапное возникновение сильнейших болей, дискообразное напря-

жение передней брюшной стенки и другие симптомы острого живота побуждали немедленно направлять таких больных в хирургический стационар.

Служба скорой помощи доставила в приемное отделение большинство больных (613, или 74,8%) в первые 6 ч после перфорации, в сроки от 7 до 12 ч — 128 (15,6%), позже 12 ч — 79 (9,6%) больных. Позднее поступление в стационар в большинстве наблюдений объяснялось задержкой обращения больных за медицинской помощью. Чаще это были пожилые люди с атипичной клинической картиной прободения язвы, а также лица молодого возраста с тенденцией к стиханию болей вследствие прикрытой перфорации. Трудности в диагностике в стационаре, несколько затянувшие сроки выполнения оперативного вмешательства, встретились у 48 (5,8%) пациентов.

Сильный болевой раздражитель, прогрессирующий перитонит, а также предшествующие нарушения функции большого желудка — вот основные причины выраженных расстройств гомеостаза у больных с перфоративными гастродуоденальными язвами. У пожилых людей общее состояние часто было отягчено сопутствующими заболеваниями. В связи с этим предоперационная подготовка включала комплекс лечебных мероприятий, направленных на улучшение и нормализацию нарушенных функций органов и систем, в первую очередь гемодинамики и функции внешнего дыхания, борьбу с обезвоживанием, нарушениями водно-электролитного баланса. В ходе предоперационной подготовки учитывались распространенность перитонита, наличие у больного сопутствующих заболеваний и степень декомпенсации основных систем жизнеобеспечения.

Проводилось переливание низкомолекулярных плазмозаменителей, изо- или гипертонических растворов глюкозы и хлористого натрия и других электролитов при их дефиците. Инфузия названных препаратов продолжалась во время операции и после нее. При наличии перитонита одним из обязательных компонентов предоперационной подготовки являлось внутривенное или внутримышечное введение антибиотиков широкого спектра действия.

При необходимости проводилась коррекция других нарушений функций организма.

Все операции осуществлялись под эндотрахеальным наркозом с управляемым дыханием. Для премедикации обязательно использовались спазмолитические средства, антигистаминные препараты.

Лучшим доступом при операциях по поводу перфорации язвы является верхняя срединная лапаротомия, которая обеспечивает оптимальный доступ к желудку и двенадцатиперстной кишке. Он наименее травматичен и может быть легко расширен при необходимости. При вскрытии брюшной полости учитывались распространенность и выраженность воспалительных изменений. Разлитой перитонит кон-

статирован у 548 (54,6%) оперированных. При оценке тяжести перитонита принимались во внимание не только распространенность и выраженность воспалительных изменений, но и уровень интоксикации. Разлитой перитонит в реактивной фазе имел место у 402 (73,4%), в токсической фазе — у 129 (23,5%) и в терминальной — у 17 (3,1%) больных.

Язву считали хронической, если диаметр прободного отверстия был не менее 0,5 см, а окружающего инфильтрата — не менее 2 см. При наличии плотных краев и инфильтрата диаметром более 2 см язву рассматривали как каллезную независимо от величины прободного отверстия. Такая микроскопическая оценка почти всегда подтверждалась при гистологическом исследовании операционного биопсийного материала и иссеченных язв.

Считалось, что больным, у которых имелась перфорация хронической или каллезной язвы, окруженной обширным инфильтратом (диаметром более 2 см), с длительным анамнезом язвенной болезни показаны более радикальные вмешательства, чем простое ушивание. При отсутствии язвенного анамнеза показания к радикальному вмешательству ставились с учетом местных признаков хронического заболевания (хроническая каллезная язва, перипроцесс, признаки стенозирования, обширный язвенный инфильтрат). Последующее гистологическое исследование иссеченной в таких случаях язвы подтверждало диагноз хронической "немой" язвы. Таких больных из 820 оперированных оказалось 536, в том числе с язвенным анамнезом 428 и с "немой" язвой 108 (см. таблицу).

Из 536 (65,3%) нуждающихся в радикальном оперативном вмешательстве у 292 (54,5%) выполнить его не представлялось возможным. Главными противопоказаниями к радикальной операции у больных с прободной язвой желудка служили преклонный возраст и наличие тяжелых сопутствующих заболеваний, а также разлитой перитонит и недостаточная квалификация хирургов дежурной бригады. У больных с прободной язвой двенадцатиперстной кишки основной причиной отказа от радикального пособия являлся разлитой перитонит. Всем этим больным выполнялось ушивание перфоративного отверстия, иногда с тампонадой сальником на ножке по Оппелю — Поликарпову.

Методика ушивания прободной язвы была обычной. Накладывали двухрядные швы, иногда к линии швов подводили прядь сальника на ножке. При угрозе стенозирования применяли методику пластического закрытия прободного отверстия прядью сальника по Оппелю — Поликарпову.

Первичную резекцию желудка выполняли по методике Бильрот-П в модификации Гофмейстера — Финстедера.

При прободных язвах применяли стволовую ваготомию как наиболее простой в техническом отно-

Число больных, нуждающихся в выполнении радикальных вмешательств при прободных язвах

Контингент оперированных	Прободная язва желудка				Прободная язва двенадцатиперстной кишки				Всего	
	с анамнезом		"немая"		с анамнезом		"немая"		число больных	%
	число больных	%	число больных	%	число больных	%	число больных	%		
Всего оперированных	265	100,0	92	100,0	347	100,0	116	100,0	820	100,0
Нуждавшиеся в радикальных вмешательствах (ко всем оперированным)	188	69,8	4 ^{*)}	53,2	240	68,3	59	60,9	536	65,3
Радикально оперированные:										
по отношению к нуждающимся	54	28,7	13	26,5	154	64,1	23	38,9	244	45,5
по отношению ко всем оперированным	54	20,4	13	16,1	154	44,3	23	19,8	244	29,7

шении метод операции на блуждающем нерве. Последнюю производили после санации брюшной полости и временного закрытия перфоративного отверстия.

При выполнении дренирующей операции считали принципиально важным и обязательным иссечение язвы. При расположении язвы на передней стенке у 195 из 210 оперированных это не составило особых трудностей. Из дренирующих операций преимущество отдавали пилоропластике по Гейнеке — Микуличу (83, или 39,7%), Джадду (67, или 32,0%), Финнею (40, или 18,9%), гастродуоденостомии по Джабулэ (10, или 4,7%). У больных с прободением постбульбарной язвы технически пилоропластику или гастродуоденоанастомоз (ГДА) выполнить не представлялось возможным, в связи с чем перфоративное отверстие ушивали по общепринятой методике и накладывали позадиободочный задний вертикальный гастроэнтероанастомоз.

Пилоропластику по Гейнеке — Микуличу применяли при отсутствии выраженных воспалительных и рубцовых изменений в начальном отделе двенадцатиперстной кишки, что позволяло создать достаточно широкое соустье между желудком и двенадцатиперстной кишкой. При больших прободных язвах и значительном воспалительном инфильтрате эта операция практически невозможна. Кроме того, противопоказанием к пилоропластике по Гейнеке — Микуличу считали наличие "зеркальных" язв и стеноз в пилорoduоденальной области.

При пилоропластике по Джадду иссекали переднюю полуокружность стенки привратника вместе с язвой в виде ромба. Рану ушивали в поперечном направлении двухрядным швом. Противопоказания к пилоропластике по Джадду были такими же, как и к пилоропластике по Гейнеке — Микуличу.

При наличии противопоказаний к выполнению пилоропластики по Гейнеке — Микуличу и Джадду применяли пилоропластику по Финнею. Отличительной особенностью этой методики является создание широкого соустья, при этом выходное отверстие из желудочка настолько смещается вниз, что

даже при выраженном гастроптозе находится на уровне большой кривизны желудка и, несмотря на расширение желудка, эвакуация происходит беспрепятственно. Учитывая это, следует особо рекомендовать применение пилоропластики по Финнею у больных с гастроптозом и стенозом выходного отдела желудка. Перед выполнением пилоропластики по Финнею двенадцатиперстную кишку мобилизовывали по Кохеру

Близка по сути к пилоропластике по Финнею гастродуоденостомия по Джабулэ. Показания к ГДА по Джабулэ такие же, как и к пилоропластике по Финнею, но к этому виду анастомоза приходилось прибегать не только при наличии стеноза и гастроптоза, но и при обширном воспалительном инфильтрате и выраженной деформации привратника, так как в таких условиях возникала опасность несостоятельности швов в зоне пилоропластики. Для выполнения ГДА по Джабулэ мобилизовывали по Кохеру не только нисходящую, но и нижнюю горизонтальную часть двенадцатиперстной кишки.

При постбульбарных язвах ни один из видов пилоропластики и гастродуоденостомии по Джабулэ не могут быть использованы, так как рубцевание постбульбарной язвы в послеоперационном периоде часто приводит к развитию стеноза ниже линии анастомоза, что и обуславливает неудачу операции. Для наложения позадиободочного заднего вертикального гастроэнтероанастомоза поперечную ободочную кишку вместе с сальником приподнимали вверх и отыскивали начальный отдел тощей кишки. Затем в бессосудистом участке брыжейки поперечной ободочной кишки, слева от средней ободочной артерии, проделывали окно, через которое извлекали заднюю стенку желудка как можно ближе к привратнику и фиксировали узловыми швами к краям отверстия в брыжейке поперечной ободочной кишки, оставляя участок задней стенки желудка шириной не менее 3,5 — 4 см для наложения гастроэнтероанастомоза. Анастомоз формировали двухрядным швом, анастомозированную петлю располагали поперек задней стенки желудка, приводящий конец ее прилегал к малой, а отводящий — к

большой кривизне желудка. Ширина анастомоза обычно не превышала 6 см. Выполняя этот вид дренирующей операции, как правило, иссекали постбульбарную прободную язву, ушивая рану двенадцатиперстной кишки двухрядным швом в поперечном направлении. Иногда для выполнения этого этапа операции приходилось мобилизовывать двенадцатиперстную кишку по Кохеру.

После операций по поводу прободных гастродуоденальных язв умерли 39 (5,6%) больных. После ушивания язвы у 576 больных умерли 36 (6,2%), после первичной резекции желудка из 34 больных умер 1 (2,7%), после ваготомии с дренирующей желудок операцией из 210 умерли 2 (0,9%). После резекции желудка смерть наступила от ишемического инфаркта головного мозга, после ваготомии — от медиастинита и от инфаркта миокарда. Причинами летальных исходов после ушивания язвы у 22 больных был прогрессирующий перитонит и у 14 — сопутствующие заболевания.

Таким образом, 56,4% летальных исходов наступили у больных с прободением язвы вследствие прогрессирования разлитого фибринозно-гнойного и гнойного перитонита с тяжелой степенью интоксикации. Сроки, прошедшие от момента перфорации до операции, главенствующей роли при этом не играли: среди умерших в первые 12 ч после перфорации были оперированы 19 (49%), позже 12 ч — 20 (51 %) больных. На основании результатов анализа летальности при прободных гастродуоденальных язвах мы пришли к выводу о возможности выполнения у некоторых больных с разлитым перитонитом радикальных оперативных вмешательств, в частности при серозных и серозно-фибринозных формах перито-

нита в реактивной стадии у лиц моложе 50 лет. Риск выполнения радикальных операций при разлитом перитоните у больных старше 50 лет выше, так как среди умерших мужчины старше 50 лет составили 64,1%, женщины — 100%, количество лиц этого возраста среди больных с прободением гастродуоденальных язв составило 13,2 и 14,9% соответственно. С учетом изложенного в последующем у 61 больного с разлитым перитонитом при прободении язвы желудка и двенадцатиперстной кишки выполнены радикальные операции, у 9 (9,4%) — резекция желудка и у 52 (54,7%) — стволовая ваготомия с дренирующей желудок операцией. Летальных исходов в этой группе больных не было.

Оценивая отдаленные результаты неотложных хирургических вмешательств при прободении гастродуоденальных язв, следует остановиться прежде всего на группе больных с рецидивом язвы и язвой анастомоза. После радикальных оперативных вмешательств рецидив язвенной болезни или пептические язвы анастомоза занимают небольшое место среди послеоперационных осложнений и составляют, по нашим данным, после резекции желудка 2,9%, после ваготомии с дренирующей желудок операцией 9%. В 77,5% наблюдений рецидив язвенной болезни и язвы анастомоза развились вследствие сохранения кислотно-пептической агрессии и у 21,1 % больных — при нарушениях эвакуации из оперированного желудка.

После ушивания прободных язв рецидив язвы отмечен у 57,3% оперированных, что значительно выше, чем после радикальных вмешательств. Данное обстоятельство свидетельствует о том, что нужно чаще прибегать к радикальным вмешательствам при прободении гастродуоденальных язв.

ЛИТЕРАТУРА

1. Асташов В.И. Хирургическое лечение гастродуоденальных язв, осложненных кровотечением и перфорацией у лиц пожилого и старческого возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 1996; 25.
2. Кочетков А.В. Индивидуализация хирургического лечения и медицинской реабилитации больных язвой двенадцатиперстной кишки: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Ст.-Петербург 1997; 36.
3. Поташов Л.В., Васильев В.В. и др. Техника лапароскопического ушивания перфоративных пилоробульбарных язв. Вести хир 1999; 5: 62 - 64.

Сацукевич В.Н., Сацукевич Д. В. Факторы риска острых осложнений гастродуоденальных язв. М: Либерия 1999.

Шафаринов В.А. Хирургическое лечение перфоративных гастродуоденальных язв у лиц молодого возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 2000; 24.

Panos M.Z., Wall R.P. Current management of bleeding peptic Ulcer. Drugs 1996; 46: 2: 269 - 280.

Поступила 14.09.2000