

Сравнительная оценка ранних послеоперационных осложнений после вариантов хирургического лечения перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки

Шапошников Н.Ю., аспирант кафедры общей хирургии, ГОУ ВПО Астраханская государственная медицинская академия, МУЗ Медико-санитарная часть, МУЗ городская клиническая больница № 3, г. Астрахань

Топчиев М.А., доктор медицинских наук, профессор кафедры общей хирургии, ГОУ ВПО Астраханская государственная медицинская академия, МУЗ Медико-санитарная часть, МУЗ городская клиническая больница № 3, г. Астрахань

The comparative estimation of early postoperative complications after versions of surgery treatment perforative ulcers of stomach and duodenum

Shaposhnikov N.J., Topchiev M.A.

Резюме

Представлен опыт хирургического лечения 280 больных с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки в период 1998–2009 гг. Простое ушивание язвы выполнено 48 (17,14%), иссечение язвы с ушиванием – 84 (30%), иссечение язвы с ушиванием дефекта и укрытием линии швов серозно-мышечным лоскутом желудка – 142 (50,71%), иссечение язвы с замещением дефекта полнослойным лоскутом желудка – 6 (2,14%) больным. Послеоперационные осложнения возникли после простого ушивания в 41,67%, после иссечения язвы с ушиванием – в 22,62%, после иссечения язвы с ушиванием дефекта и укрытием линии швов серозно-мышечным лоскутом желудка – в 10,56%. После иссечения язвы с замещением дефекта полнослойным лоскутом желудка только у 1 больного была выполнена релапаротомия по поводу вялотекущего перитонита, с последующим выздоровлением. Общая летальность составила 4,28%, при этом после простого ушивания – 20,83%, после иссечения язвы с ушиванием – 2,38%. Обсуждаются показания и возможность более широкого применения иссечения язвы с ушиванием, иссечения язвы с ушиванием дефекта и укрытием линии швов серозно-мышечным лоскутом желудка в экстренной хирургии. **Ключевые слова:** язвенная болезнь, перфорация, ушивание, иссечение, осложнения, летальность.

Summary

Results of surgical treatment of 280 patients with perforated gastric and duodenal ulcers are submitted. The simple suture of perforative ulcer has been performed at 48 (17,14%), excision of ulcer with suture – 84 (30%), after excision of perforated ulcer with suture a defect and cover of suture line by the serosa-muscular patch of stomach – 142 (50,71%), excision of perforated ulcer with substitution of defect by the layerful patch of stomach – 6 (2,14%) patients. The rate of postoperative complications after simple suture of perforative ulcer was 41,67%, after excision of ulcer – 22,62%, after excision of perforated ulcer with suture a defect and cover of suture line by the serosa-muscular patch of stomach – 10,56%. Only 1 patient after excision of perforated ulcer with substitution of defect by the layerful patch of stomach was execute relaparotomy on the occasion of slackflowing peritonitis, with following recovery. The rate of common mortality was 4,28%, after simple suture of perforative ulcer – 20,83%, after excision of ulcer with suture – 2,38%. The depositions and possibility of wider use excision of perforated ulcer with suture, and excision of perforated ulcer with suture a defect and cover of suture line by the serosa-muscular patch of stomach, for emergency surgery are discussed.

Key words: ulcer disease, perforation, suture, excision, complications, mortality.

Введение

Одним из наиболее опасных и тяжёлых осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, требующих немедленного оперативного лечения, является пер-

форация. Частота этого осложнения несмотря на появление современных противоязвенных препаратов и консервативного лечения язвенной болезни, с каждым годом увеличивается и составляет 2 – 32% [1–4]. До настоящего времени остаётся высокой летальность при прободных язвах и составляет 4 – 20,4% [5–9].

В экстренной ситуации в большинстве отечественных клиник доминирующим принципом лечения прободной язвы по-прежнему является ликвидация угрожающего жизни

Ответственный за ведение переписки -

Николай Юрьевич Шапошников,

414057 г. Астрахань, ул. Н. Островского 113 корп. 1, кв. 71,
+7 (8512) 340271, juranick@mail.ru

осложнения – перфорации, путём завершения операции наиболее простым способом – ушивания перфоративного отверстия [10, 11]. Это остаётся правилом и для большинства районных больниц, служащих основным звеном оказания помощи больным этим осложнением. Бесспорно, эта операция является наиболее распространённой, малотравматичной и доступной для выполнения начинающему хирургу. У данной операции нет альтернативы при общем гнойном перитоните, полноранной недостаточности и тяжёлой сопутствующей патологии [7, 10, 11]. После ушивания перфоративной язвы возникает стеноз, что требует повторных вмешательств, поэтому внедрение новых технических решений для устранения осложнений язвенной болезни правомочны [11, 12]. Решив после ушивания перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки отмечается до 85,4% случаев [11, 13, 14]. Наиболее радикальной операцией при перфоративной язве считается резекция желудка, при которой осуществляется полное удаление язвенного субстрата и имеется низкая частота рецидива заболевания, но эта операция является органосохраняющей, сопровождается большим количеством послеоперационных осложнений, высокой летальностью и развитием постгастрорезекционных синдромов [10–12, 14]. Кроме того, отмечено преимущество органосохраняющих операций перед резекционными методами при их сравнении в раннем и отдалённом послеоперационных периодах [14].

Таким образом, определение стратегии лечения больных с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки имеет важное практическое значение в экстренной хирургии прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

Цель исследования: изучить ближайшие результаты после простого ушивания и иссекающих перфоративную язву операций.

Материалы и методы

Проведён анализ результатов лечения 280 больных с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки при оказании экстренной хирургической помощи в клиниках общей и госпитальной хирургии Астраханской государственной медицинской академии с 1998 по 2008 гг. Простое ушивание перфоративной язвы выполнено 48 (17,14%); иссечение перфорации и ушивание дефекта – 84 (30%); иссечение язвы с ушиванием дефекта и укрытием линии швов серозно-мышечным лоскутом желудка на сосудистой ножке – 142 (50,71%), иссечение язвы с замещением дефекта полнослойным лоскутом желудка на сосудистой ножке – 6 (2,14%) больным. Общее число мужчин было 248 человек (88,57%), а женщин – 32 человека (11,43%). Таким образом, соотношение мужчин к женщинам было 8:1. Пресоблюдающим контингентом были больные в возрастной категории от 35 до 59 лет (114 человек – 40,71%). Большинство больных – 207 (73,93%) поступили в больницу в срок до 6 часов от начала заболевания. Язвенный анамнез в большинстве случаев отсутствовал (231 больной – 82,5%), а 49 (17,5%) больных отметили язвенный анамнез в течение от 2 месяцев до 22 лет.

Критериями сравнительной клинической оценки результатов способов лечения были степень моторно-эвакуаторных нарушений, процент послеоперационных осложнений и ле-

тальности, процент рецидива язвы и качество жизни больных в отдалённом послеоперационном периоде.

Статистический анализ полученных результатов осуществлён с использованием пакетов "Excel" Statistica 6.0 с определением среднего арифметического значения (M), стандартного отклонения (δ). Степень статистической достоверности определена с помощью сначала критериев Крускала-Уоллиса, Данна и χ^2 (хи-квадрат). Результаты считались значимыми при уровне $p < 0,05$.

Результаты

Все больные были оперированы под эндотрахеальным наркозом. При простом ушивании перфоративной язвы перфоративное отверстие, в большинстве случаев – у 28 (58,3%) было до 0,5 см в диаметре, у 16 (33,3%) – от 0,5 до 1,1 см, у 1 (2,08%) больного – от 1,1 до 1,5 см, реже всего – у 3 (1,07%) больных – более 1,5 см в диаметре. В большинстве случаев – у 38 (79,16%) больных, вокруг перфоративного отверстия был инфильтративный вал, только у 10 (20,84%) больных, его не было. Чаще всего – у 22 (57,89%) больных, диаметр инфильтративного вала был в пределах от 0,6 до 1,0 см, у 8 (21,05%) – в пределах от 1,1 до 1,5 см, у 3 (7,89%) – в пределах от 1,6 до 2,0 см, у 5 (13,16%) – более 2,0 см в диаметре. При иссечении язвы и ушивании дефекта перфоративное отверстие, в большинстве случаев – у 62 (73,81%) было до 0,5 см в диаметре, у 9 (10,71%) – от 0,5 до 1,1 см, у 5 (5,95%) больного – от 1,1 до 1,5 см, у 8 (9,52%) больных – более 1,5 см в диаметре. В большинстве случаев – у 77 (91,67%) больных, вокруг перфоративного отверстия был инфильтративный вал, только у 7 (8,83%) больных, его не было. Чаще всего – у 55 (71,43%) больных, диаметр инфильтративного вала был в пределах от 0,6 до 1,0 см, у 10 (12,99%) – в пределах от 1,1 до 1,5 см, у 6 (7,79%) – в пределах от 1,6 до 2,0 см и более 2,0 см в диаметре.

Чаще всего выявляли язвы двенадцатиперстной кишки – у 139 (49,64%) больных, препилорического отдела и пилорического канала – у 117 (41,78%), язвы желудка выявлены у 24 (8,57%) больных. В большинстве случаев – у 272 (97,14%) перфорация располагалась на передней стенке, у 6 (2,14%) – на задней, а у 2 (0,7%) больных – множественные язвы желудка. У 14 (5%) больных была обнаружена прикрытая перфорация, причём чаще – у 11 (78,57%) больных, она располагалась в желудке. В большинстве случаев у 4 (28,57%) больных, перфоративная язва была прикрыта левой долей печени. Сочетанные осложнения встречались у 5 (1,78%) больных, причём чаще – у 3 (60%) больных, отмечалось сочетание перфорации и пенетрации. В большинстве случаев – у 170 (60,71%) больных, перитонита не было, а у 110 больных (39,28%) был перитонит, причём, чаще всего был распространённый перитонит (51 больной – 46,3%), а именно – серозный перитонит (43 больных – 39,1%).

Назогастринтестинальная интубация кишечника была выполнена 26 (10%) больным: после иссечения язвы с ушиванием дефекта – у 15 (57,7%) больных, у 7 (25%) больных – после простого ушивания и у 4 (2,8%) больных – после иссечения язвы с ушиванием дефекта и укрытием линии швов серозно-мышечным лоскутом желудка на сосудистой ножке. У большинства – 254 (97,85%) больных, рана была ушита на-

глухо, у 6 (2,16%) больных – на спинах, причём в большинстве случаев – у 4 (66,7%) больных – после иссечения язвы с ушиванием дефекта, после простого ушивания – у 2 (33,3%) больных. В среднем, продолжительность операции при простом ушивании язвы составила $68,8 \pm 11,4$ минут, при иссечении язвы с ушиванием дефекта – $69,5 \pm 96,5$ минут, при иссечении язвы с ушиванием дефекта и укрытием линии швов серозно-мышечным лоскутом желудка на сосудистой ножке – $77,8 \pm 4,6$ минут, при иссечении язвы с замещением дефекта полнослойным лоскутом желудка на сосудистой ножке – $110,8 \pm 43,7$ минут ($p < 0,05$).

Меньшая встречаемость (44 больных – 30,98%) и выраженность моторно-эвакуаторных нарушений желудочно-кишечного тракта (наилучший результат) отмечались у больных после иссечения язвы с ушиванием дефекта и укрытием линии швов серозно-мышечным лоскутом желудка на сосудистой ножке. Несколько хуже были результаты после иссечения язвы с ушиванием дефекта (46 больных – 54,76%), ещё хуже – после иссечения язвы с замещением дефекта полнослойным лоскутом желудка на сосудистой ножке (3 больных – 50%). Наилучшие результаты получены после простого ушивания язвы (31 больной – 67,4%). Причём, моторно-эвакуаторные нарушения I степени в большинстве случаев отмечались после иссечения язвы с ушиванием дефекта и укрытием линии швов серозно-мышечным лоскутом желудка на сосудистой ножке (65,91%), реже – после иссечения язвы с ушиванием дефекта (50%), ещё реже – после иссечения язвы с замещением дефекта полнослойным лоскутом желудка на сосудистой ножке (33,3%), а реже всего – после простого ушивания язвы (13,64%). Моторно-эвакуаторные нарушения III степени в большинстве случаев отмечались после иссечения язвы с замещением дефекта полнослойным лоскутом желудка на сосудистой ножке (66,7%), реже – после простого ушивания язвы (64,52%), ещё реже – после иссечения язвы с ушиванием дефекта (26,09%), реже всего – после иссечения язвы с ушиванием дефекта и укрытием линии швов серозно-мышечным лоскутом желудка на сосудистой ножке (15,9%) ($p < 0,05$).

Меньший процент больных с осложнениями в раннем послеоперационном периоде наблюдался после иссечения язвы с ушиванием дефекта и укрытием линии швов серозно-мышечным лоскутом желудка на сосудистой ножке (10,56%), хуже были результаты после иссечения язвы с замещением дефекта полнослойным лоскутом желудка на сосудистой ножке (16,7%), ещё хуже – после иссечения язвы с ушиванием дефекта (22,62%). Больше всего осложнений отмечалось после простого ушивания язвы (41,67%). Летальность также была выше после простого ушивания язвы – 10 больных (35,7%), чем после иссечения язвы с замещением дефекта полнослойным лоскутом желудка на сосудистой ножке – 2 больных (2,38%). После операций с применением пластического лоскута желудка летальности не было. Причиной смерти у всех умерших была интоксикация, связанная с разлитым перитонитом. Учитывая то, что при распространённом гнойном перитоните не выполняли операции с применением пластического лоскута желудка, то показатель летальности после иссечения язвы с ушиванием дефекта (2,4%) – тоже является хорошим результатом ($p < 0,05$).

Заключение

Таким образом, при хирургических вмешательствах у больных с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки желательнее выполнять иссечение язвы с периульцерозным инфильтратом. Показанием к выполнению иссечения язвы с ушиванием дефекта и укрытием линии швов серозно-мышечным лоскутом желудка на сосудистой ножке, а также иссечения язвы с замещением дефекта полнослойным лоскутом желудка на сосудистой ножке, является отсутствие распространённого гнойного перитонита. Операция иссечение язвы с ушиванием дефекта и укрытием линии швов серозно-мышечным лоскутом желудка на сосудистой ножке даёт меньший процент ранних послеоперационных осложнений, чем другие виды вмешательств. ■

Литература:

1. Абдуллаев ЭГ, Феденко ВВ, Бабьшев ВВ. Способ комбинированного ушивания перфоративных язв двенадцатиперстной кишки. *Хирургия* 2000; 6: 53.
2. Бисенков ЛН, Трофимов ВМ. Госпитальная хирургия: руководство для врачей – интернов. СПб: Лань; 2005. 1-896.
3. Хаджаев ОЧ, Лупальцев ВН. Лечение прободных гастродуоденальных язв. *Хирургия* 2001; 5: 28-30.
4. Acevedo C, Suc B, Fourtanier G. Laparoscopic treatment of perforated peptic ulcer. *Ann Chir* 1999; 53 (1): 19-22.
5. Комаров ЕД, Матюшенко АА, Кюриенко АИ. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки. В: Савельев ВС. (ред.) Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. М: Медицина; 2004. 303-26.
6. Provenzale D, Wong JB, Orken JE et al. Performing a cost effectiveness analysis: Surveillance of patients with ulcers. *Am J Gastroenterol* 1998; 93 (2): 872-80.
7. Гостищев ВК, Егосев МА, Голышев РА. Перфоративные гастродуоденальные язвы: взгляд на проблему. *Русск мед журнал* 2005; 25: 3-7.
8. Hillakivi T, Lang A, Tein A. et al. Evaluation of risk factors for mortality in surgically treated perforated peptic ulcer. *Hepatogastroenterology* 2000; 47 (6): 1765-8.
9. Lee FY, Leung KL, Lai BS. Predicting mortality of patients operated on for perforated peptic ulcers. *Arch Surg* 2001; 136 (1): 90-4.
10. Артмеладзе МС. Хирургическая тактика при перфоративных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки. [Автореферат диссертации... кандидата медицинских наук]. Пермь 2007; 1-21.
11. Жерлов ГК, Кошель АП, Рудая НС. и др. Выбор радикальной операции у больных с перфоративными гастродуоденальными язвами. *Хирургия* 2005; 3: 18-22.
12. Перегудов СИ. Хирургическое лечение перфоративных гастродуоденальных язв. [Автореферат диссертации... доктора медицинских наук]. СПб 1996; 1-36.
13. Курбанов КМ, Назаров БО. Хирургическая тактика при перфоративных гастродуоденальных язвах, сочетающихся с пептической и стенозом. *Хирургия* 2005; 12: 33-5.
14. Назаралиев РГ. Пилоропластика по Джамду без ваготомии при перфоративных пилородуоденальных язвах. [Автореферат диссертации... кандидата медицинских наук]. Махачкала 1998; 1-19.