

ВЫБОР ПЕРВИЧНОГО ОБЪЕМА ОПЕРАЦИИ ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Корытцев В.К., Дергаль С.В., Антропов И.В., Чаплыгин А.Н., Козлов А.А.

ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»

ВВЕДЕНИЕ

Одним из наиболее грозных осложнений течения хронической язвы двенадцатиперстной кишки является перфорация. Частота развития данного осложнения, несмотря ни на какой прогресс фармакотерапии, удерживается на уровне 10–20%, а летальность при этом осложнении многие годы сохраняется на уровне 5–15% [1–4].

При выборе первичного объема операции у подобных больных хирург, в идеале, должен посредством операции преследовать решение двух задач. Первая задача — это спасение жизни пациента, вторая задача — выполнение патогенетически обоснованной операции, направленной на лечение самой язвенной болезни. К сожалению, на практике эти две задачи иногда противоречат друг другу. В подтверждение данного тезиса приводим клиническое наблюдение.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Больная К., 38 лет (история болезни № 28897/2301) госпитализирована в 6 отделение ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова 23.11.10 г. по направлению поликлиники.

Из анамнеза: в течение 15 лет язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Регулярно проводила курсы противоязвенной терапии. Работает проводником на железной дороге. В рейсе 22 сентября 2010 г. произошла перфорация язвы. Оперирована в сельской больнице на территории Тюменской области через 12 часов от момента перфорации. Было выполнено простое ушивание перфорации, санация и дренирование брюшной полости. В выписке объем операции обосновывался временем, прошедшим с момента перфорации. Согласно выписке, послеоперационный период протекал без особенностей, дренажи из брюшной полости были удалены через сутки, и больная была выписана из стационара в удовлетворительном состоянии на 9-е сутки после операции. После операции больная отметила,

что у нее появились жалобы на чувство тяжести в эпигастрии, рвоту съеденной пищей, приносящую облегчение. Больная похудела на 18 кг. В поликлинике пациентке 18.11.10 г. выполнена R-скопия желудка, выставлен диагноз: декомпенсированный пилорoduodenальный стеноз. Больная направлена в стационар на оперативное лечение.

При поступлении 23.11.10 г. общее состояние средней тяжести. Больная пониженного питания. В легких везикулярное дыхание. ЧДД = 18 в 1 минуту. АКД = 120/75 мм рт. ст. Пульс 96 в 1 минуту. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный во всех отделах. Послеоперационный рубец без особенностей. Больной выполнены общий и биохимический анализы крови: гемоглобин 122 г/л, лейкоциты $5,7 \times 10^9$ /л. Биохимический анализ крови: мочевины — 5,5 ммоль/л, креатинин — 94,5 мкмоль/л, билирубин — 18,5 мкмоль/л, общий белок — 75,5 г/л, калий — 3,88 моль/л, натрий — 145,4 ммоль/л, кальций — 2,61 ммоль/л. Назначена короткая предоперационная подготовка — инфузионная терапия растворами кристаллоидов в объеме 3 литра в сутки, ежедневное промывание желудка.

Больная оперирована 26.11.10 г. Выполнена верхнесрединная лапаротомия с иссечением старого послеоперационного рубца. Спайки тупо и остро разделены. При ревизии желудок больших размеров сразу за луковицей двенадцатиперстной кишки стеноз с диаметром просвета кишки около 2 мм, вызванный циркулярной язвой двенадцатиперстной, которая пенетрирует в поджелудочную железу и гепатодуоденальную связку. Выполнена резекция 2/3 желудка по способу Бильрот–I. При вскрытии просвета кишки в области стеноза был обнаружен тромб, однако признаков состоявшегося кровотечения на операции выявлено не было.

По данным гистологического исследования, стенка пилорического отдела желудка с выраженной

гипертрофией мышечного слоя. По линии отсечения — край хронической язвы с обострением.

В послеоперационном периоде наблюдались симптомы острого панкреатита с повышением амилазы мочи в 10 раз от нормальных значений, которые были купированы консервативно. Рана зажила первичным натяжением. Больная начала питаться, набирать вес. Выписана в удовлетворительном состоянии через 17 суток после операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Пациентка осмотрена через 3 месяца. Состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет. Прибавила в весе 15 кг. Амбулаторно 05.03.2011 г. выполнена R-скопия желудка: культя желудка небольших размеров, контуры четкие, функция анастомоза без особенностей.

При выборе первичного объема операции у подобных больных хирург руководствуется временем, прошедшим с момента начала заболевания, наличием или отсутствием у больного полиорганной недостаточности, сопутствующей патологией (например, инфаркт миокарда), возрастом больного, а также характером выпота в брюшной полости.

С учетом всех перечисленных особенностей у целого ряда больных допустимо выполнять такой первичный объем операции, который направлен только на спасение жизни. Такой операцией признана операция ушивания перфорационного отверстия в сочетании с обязательной санацией и дренированием брюшной полости. Но при этом необходимо четко понимать, что данный объем операции не направлен

на патогенез язвообразования, а значит, в послеоперационном периоде из-за прогрессирования основного заболевания возможно развитие другого грозного осложнения язвенной болезни — пилородуоденальной стеноза. Именно поэтому больные, которым в силу необходимости спасения жизни была выполнена операция ушивания перфорационного отверстия при перфорации хронической дуоденальной язвы, должны оставаться под наблюдением хирурга и уже в ближайшие месяцы у них необходимо решать вопрос о возможном повторном оперативном вмешательстве, направленном на лечение уже самой язвенной болезни.

ВЫВОДЫ

Таким образом, следует признать, что если пациенту в силу каких-либо обстоятельств при перфорации хронической пилородуоденальной язвы была выполнена операция в объеме простого ушивания дефекта, то такой больной должен быть в обязательном порядке осмотрен хирургом в течение 3–6 месяцев после операции для решения вопроса о необходимости дальнейшего хирургического лечения. Оставление такого пациента только под наблюдением и лечением у терапевта следует признать тактической ошибкой, поскольку никакое современное противоязвенное лечение не остановит процесс рубцевания в зоне оставленной при первой операции язвы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бондарев Г.А., Лазаренко В.А., Иванов С.В. и др. Динамика основных осложнений язвенной болезни в Курской области за 33 года // Актуальные вопросы диагностики и лечения распространенного перитонита и перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Конференция хирургов Юга России: Тезисы докладов. — Ростов-на-Дону, 2011. — С. 98–99.
2. Гостищев В.К., Евсеев М.А., Головин Р.А. Радикальные оперативные вмешательства в лечении больных с перфоративными гастродуоденальными язвами // Хирургия. — 2009. — № 3. — С. 10–16.
3. Кукош М.В., Гомозов Г.И., Разумовский Н.К. и др. Динамика основных результатов лечения перфоративных язв желудка и ДПК в Нижегородской области за последние 20 лет // Актуальные вопросы диагностики и лечения распространенного перитонита и перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Конференция хирургов Юга России: Тезисы докладов. — Ростов-на-Дону, 2011. — С. 118–119.
4. Комаров Б.Д., Матюшенко А.А., Кириенко А.И. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки // «Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости» под редакцией академика В.С. Савельева. — М.: Триада-Х, 2004. — 640 с.

