

Таблица 1

Распределение пациентов со СБ брюшной полости по полу и возрасту

Возраст, годы	Мужчины	Женщины	Всего	
			абс.	%
20 и младше	7	14	21	6,9
21 - 30	8	31	39	12,3
31 - 40	13	59	72	22,8
41 - 50	18	61	79	25,1
51 - 60	9	53	62	19,6
61 - 70	6	25	31	9,8
Старше 70	-	11	11	3,5
Итого	61	254	315	100,0

Таблица 2

Характер и частота осложнений у больных I и II групп, оперированных по поводу СБ брюшной полости

Характер осложнений	Число осложнений			
	I группа		II группа	
	абс.	%	абс.	%
Нагноение послеоперационной раны	10	24,4	—	—
Пневмония	5	12,2	1	1,9 *
Тромбоз легочной артерии	1	2,4	—	—
Острая сердечно-сосудистая недостаточность	2	4,9	1	1,9
Всего осложнений	18	43,9	2	3,8 *
Без осложнений	23	56,1	53	96,2
Всего	41	100,0	55	100,0

* – различия между показателями в I и II группах статистически значимы (р < 0,05).

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Балалыкин, А.С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия/ А.С. Балалыкин. – М.: Медицина, 1996. – 152 с.
2. Одномоментная лапароскопическая ваготомия и холецистэктомия/ А.С. Балалыкин, Б.В. Крапивин, А.А. Давыдов и др. // Хирургия. – 1997. – №4. – С. 68.
3. Балалыкин, В.Д. Первый опыт малоинвазивной хирургии в стационаре одного дня/ В.Д. Балалыкин, П.А. Кулиш, А.М. Мануйлов// Эндоскоп. хирургия. – 1999. – №2. – С. 7–8.
4. Лапароскопические операции при острой кишечной непроходимости/ А.Г. Кригер, А.П. Фалер, А.М. Череватен-

ко, К.Э. Ржебаев// Эндоскоп. хирургия. – 1998. – № 2. – С. 21–23.

5. Милонов, О.Б. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии: Послеоперационная кишечная непроходимость/ О.Б. Милонов, К.Д. Тоскин, В.В. Жебровский. – М.: Медицина, 1990. – С. 182–201.

6. Синельников, Р.Д. Учение о внутренних органах и сосудах/ Р.Д. Синельников// Атлас анатомии человека. – М.: Медицина, 1973. – Т. 2. – 468 с.

7. Kleinhaus, S. Laparoscopic lysis of adhesions for postappendectomy pain/ S. Kleinhaus // Gastrointestinal endoscopy. – 1984. – Vol. 30, № 5. – P. 304–305.

УДК 616.33/.342-002.44-06-031.14-089.191.1(045)

НЕОТЛОЖНАЯ ХИРУРГИЯ СОЧЕТАННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

А.С. Толстокозов, А.А. Стрелков, И.В. Федотов, Р.В. Тимохин

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава»

В работе проведен анализ непосредственных результатов экстренных операций у 81 больного с сочетанными осложнениями язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. На основании этого определены критерии, позволяющие избрать оптимальный вариант операции у больных с острыми сочетанными осложнениями.

Ключевые слова: язвенная болезнь, сочетанные осложнения, неотложная хирургия.

URGENT SURGERY OF COMBINED COMPLICATIONS OF GASTRODUODENAL ULCERS

A.S. Tolstokorov, A.A. Strelkov, I.V. Fedotov, R.V. Timokhin

Saratov State Medical University

The scientific research deals with the analysis of direct results of urgent operations of 81 patients with combined complications of ulcerous disease of stomach and duodenum. On the base of this research work it is possible to define the criteria which let to choose the optimal way of the operation in case of acute combined complications.

Key words: ulcerous disease, combined complications, urgent surgery.

Введение. На фоне увеличения количества больных с осложненным течением язвенной болезни заметно увеличилось и количество сочетанных осложнений [5]. Множественные осложнения чаще встречаются при локализации язвы в выходном отделе желудка и луковице двенадцатиперстной кишки, при этом продолжительность заболевания и секреторная функция желудка не оказывают существенного влияния на развитие сочетанных осложнений [1].

Материалы и методы обследования. Особое место среди этих больных занимают пациенты, нуждающиеся в экстренных операциях по поводу сочетанных взаимоотношающихся осложнений. К этой группе относятся больные не только с сочетанием двух остро развившихся осложнений, но также острого и хронического. Характеристика этих больных представлена в таблице 1.

Из большого числа факторов, влияющих на выбор метода экстренной операции у больных с сочетанием острых и хронических осложнений мы принимали во внимание 6 основных критериев.

1. Характер воспалительных изменений в области язвы.
2. Длительность язвенного анамнеза.
3. Характер кровотечения по классификации J. Forrest.
4. Степень тяжести кровопотери по А.И. Горбашко.
5. Распространенность перитонита.
6. Уровень контаминации *Helicobacter Pylori*.

Воспалительные изменения в области язвы при сочетанных осложнениях были выражены больше, нежели при одиночных осложнениях, при этом наиболее выраженные изменения отмечены у больных с сочетанием трех осложнений, в основном за счет пенетрации язвы.

Длительность язвенного анамнеза у больных с сочетанными осложнениями составила $9,1 \pm 1,3$ года при одиночных осложнениях – $5,8 \pm 0,9$.

Профузное кровотечение (F-1a) одинаково часто встречалось у больных с сочетанными и изолированными осложнениями, при этом степень тяжести кровопотери была более выражена у больных с изолированными осложнениями в виде кровотечения. Это обусловлено тем, что у 50 из 81 больного этой группы кровотечение было не основным, а сопутствующим осложнением.

В своей работе мы используем классификацию перитонита, предложенную в 1976 году К.С. Симонином. Распространенность перитонита безусловно влияла на выбор метода экстренной операции, однако никакой закономерности у больных с сочетанными и изолированными осложнениями она не имела и зависела, в основном, от времени поступления больного в клинику с момента перфорации.

Связь НР – инфекции с осложнениями гастродуоденальных язв еще недостаточно изучена. При определении степени и частоты обсемененности слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori* использовали стандартную методику с применением красителя Лейкоидиф 200 и оценкой результатов с помощью световой микроскопии, при этом уровни обсемененности при световой микроскопии систематизировались следующим образом: до 10 микробных тел в поле зрения; от 10 – 20 микробных тел; 20 – 50 бактерий и более 50.

По нашим данным, 78,5% наблюдений у больных с осложненным течением язвенной болезни

желудка и двенадцатиперстной кишки определены как НР – позитивные. У всех больных с осложнениями в виде кровотечения хеликобактериоз носит характер выраженной колонизации, но топических особенностей обсеменения различных отделов не выявлено.

В отличие от больных с кровотечениями, при перфоративных язвах отмечается значительная вариабельность тяжести НР – инфекции от незначительной колонизации до выраженной, при этом особенностей обсеменения различных отделов желудка и двенадцатиперстной кишки мы также не отмечали.

Выраженные колонизации НР были нами отмечены в случае пенетрации язвы в сочетании как с перфорацией, так и с кровотечением. (III степень обсеменения выявлена у 26 из 34 больных). У больных с сопутствующим осложнением в виде стеноза так же как при перфоративных язвах наблюдалась значительная вариабельность уровня кантоминации НР, однако у них отмечено заметное преобладание колонизаций в препилорическом отделе.

Перечисленные клинические особенности у больных с сочетанными осложнениями язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки являются чрезвычайно многообразными. Между тем, ориентируясь именно на них, необходимо выбрать оптимальный вариант хирургической тактики индивидуально для каждого больного.

Обсуждение результатов. В клинике оперированы 50 больных, главным осложнением, определяющим хирургическую тактику у которых, была перфорация. В этой группе больных показания к экстренной операции очевидны. Наиболее важным вопросом в этом случае является выбор наиболее рационального метода операции.

Нами сформулированы 3 основных требования, предъявляемых для всех операций, выполняемых при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки [6]:

1. Ликвидация патологического очага.
2. Коррекция секреторной функции желудка.
3. Создание оптимальных условий для дренирования желудка или его культи.

В экстренных случаях эти требования должны быть реализованы с учетом максимального снижения риска операции и адекватного обеспечения ее радикальности. Главная задача экстренной операции – это спасение жизни больного. При изолированной перфорации язвы этот вопрос решается однозначно – иссечение язвы и ушивание.

(Рекомендации Всероссийской конференции хирургов. Саратов, 2003).

Однако, принимая во внимание наличие сопутствующих осложнений, такой объем операции при некоторых сочетаниях будет явно неадекватным.

Для выбора оптимального объема операции у этих больных следует выделить две группы:

Больные с остро развившимися осложнениями.

Больные с сочетанием острых и хронических осложнений.

Принимая во внимание 6 основных факторов, влияющих на выбор объема оперативного вмешательства в данной группе следует определить основные и второстепенные факторы. Характер воспалительных изменений в области язв и длительность язвенного анамнеза основной роли не играли, в за-

висимости от показателей, характеризующих тяжесть состояния больного, они указывали на необходимость выполнения радикальной операции. Таковыми считаем антральную резекцию желудка с ваготомией и иссечение перфоративной язвы с прошиванием кровоточащей язвы, пилоропластикой и стволовой ваготомией. Характер кровотечения, степень тяжести кровопотери и форма перитонита определяли окончательную возможность выполнения резекционного метода операции.

Исходя из этих принципов, 7 больным с одновременным развитием кровотечения и перфорации были выполнены антральная резекция желудка с селективной ваготомией (3) и иссечение перфоративной язвы с прошиванием кровоточащей, пилоропластика и стволовая ваготомия (4).

В отдельную группу выделены 14 больных, у которых кровотечение возникло после операции по поводу перфоративной язвы на 2-е – 9-е сутки. У этих больных предпочтение отдавалось заместительной и гемостатической терапии, эндоскопическому гемостазу. Лишь в двух случаях при продолжающемся профузном кровотечении у одного больного из хронической, у другого из острой язв двенадцатиперстной кишки были выполнены оперативные вмешательства. С учетом тяжести состояния больных и сохраняющихся проявлений перитонита объем операции был сведен к дуоденотомии и прошиванию кровоточащей язвы. У остальных 12 больных кровотечение было остановлено эндоскопически.

У 29 больных имело место сочетание остро развившегося осложнения (перфорация) с хроническими осложнениями: пенетрацией (5 больных), пенетрацией и стенозом (3 больных), стенозом пилорoduodenального канала (20 больных), у одного больного после иссечения перфоративной язвы желудка была выявлена малигнизация. При подобных сочетаниях осложнений основными критериями, влияющими на выбор объема операции, являются: характер воспалительных изменений, длительность язвенного анамнеза, форма перитонита. Мы ни разу не встретили в этой группе больных с перфорацией «немых» язв.

Большинство больных (19 человек) были оперированы в первые 12 часов от момента перфорации, у 2 больных была выявлена прикрытая перфорация. Характер операции у этих больных представлен в таблице 2.

Таким образом, из 53 больных, оперированных в экстренном порядке по поводу перфоративной язвы, сочетающейся с другими осложнениями в раннем послеоперационном периоде осложнения развились у 9 человек (16,9%), умерли 2 человека, летальность составила 3,7%.

У 31 больного основным осложнением, определяющим хирургическую тактику, было кровотечение. Главными из 6 основных критериев у них были характер кровотечения по классификации J. Forrest и тяжесть кровопотери по А.И. Горбашко, именно на этих характеристиках основывались показания для экстренной операции. С учетом главных и второстепенных критериев у этих больных были определены показания для экстренной операции.

При кровоточащих язвах желудка операциями выбора, по мнению большинства хирургов, считается резекция желудка [7,8]. Мы полностью придерживаемся этого мнения. Гораздо сложнее обстоит дело с

выбором метода оперативного лечения больных с кровоточащими язвами двенадцатиперстной кишки.

Иссечение кровоточащей язвы передней стенки двенадцатиперстной кишки с различными видами ваготомии признается большинством хирургов. При локализации язв на задней стенке, часто осложненных пенетрацией в головку поджелудочной железы, значительные трудности при их иссечении с экстрaduоденизацией вынуждают прибегать к выполнению паллиативных операций. Частота таких операций из-за тяжести сопутствующих заболеваний и состояния больного достигает 60% [3,4]. В то же время авторы отмечают наиболее высокий процент летальности именно у этой категории больных (21,8 – 41%).

В клинике, с учетом приведенных доводов и собственного опыта, при язве задней стенки двенадцатиперстной кишки с пенетрацией в поджелудочную железу и нередко стенозом выполняем резекцию желудка с экстрaduоденизацией кратера язвы и наложением термино - латерального гастродуоденального анастомоза или анастомоза по Roux. При локализации язвы на передней стенке, сопровождающейся пенетрацией и стенозом, – антральную резекцию желудка с селективной ваготомией. И лишь при геморрагическом шоке у пожилых больных с выраженными сопутствующими заболеваниями по жизненным показаниям выполняли паллиативную операцию – гастродуоденотомию с прошиванием сосуда в дне язвы; завершали операцию пилоропластикой по Финнею. Таких операций было выполнено две, у одного пациента в послеоперационном периоде возникло повторное кровотечение.

Клиническая и топическая характеристики больных этой группы представлена в таблице 3.

Итак, у 31 больного ведущим осложнением было кровотечение. Подавляющее большинство операций у них (25) было представлено резекционными методами, 4 больным выполнены органосохраняющие операции – широкая гастродуоденотомия, иссечение язвы, пилоропластика и стволовая ваготомия. Двум больным выполнены операции «отчаяния».

В послеоперационном периоде у 7 больных (22,5%) развились осложнения, умерли 3 больных, летальность составила 9,7%.

Таким образом, следует отметить, что больные с сочетанными осложнениями язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, требующими неотложного хирургического вмешательства, представляют собой наиболее сложную категорию экстренных больных.

Выполнение органосохраняющих операций у больных с основным осложнением в виде перфорации и резекций желудка при кровотечении, сочетающемся с пенетрацией и стенозом, позволяет добиться хороших результатов.

Выводы

1. Больным с сочетанными осложнениями, основным из которых является перфорация, показаны органосохраняющие операции.

2. При язвенных гастродуоденальных кровотечениях, сочетающихся с пенетрацией и стенозом, показаны резекционные методы операций.

3. Непосредственные результаты неотложных операций, объем которых у больных с сочетанными осложнениями определяется индивидуально, вполне сопоставимы с таковыми у больных с изолированными осложнениями язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Таблица 1

Количественная характеристика больных с сочетанными осложнениями, оперированными в экстренном порядке

Основное осложнение	Всего:	Сопутствующее осложнение			
		Кровотечение	Пенетрация	Стеноз	Малигнизация
Перфорация	50	21	5*	23*	1
Кровотечение	31	—	17**	12**	2
Итого	81	21	22	35	3

* - у 3 больных выявлено сочетание перфорации, пенетрации и стеноза.

** - у 21 больного – сочетание кровотечения, пенетрации и стеноза.

Таблица 2

Характер и результаты операций у больных с основным осложнением в виде перфорации

Сочетание осложнений	Характер операции				Всего больных
	Иссечение и ушивание язвы	Гастродуоденотомия. Прошивание язвы с пилоропластикой и ваготомией	Иссечение язвы с пилоропластикой и ваготомией	Антрэктомия с селективной ваготомией	
Перфорация и кровотечение одновременно		4/2		3	7/2**
Кровотечение после перфорации	12*	2*/1			14*/1
Перфорация с пенетрацией			2/1	3/1	5/2
Перфорация с пенетрацией и стенозом			1/1	2	3/1
Перфорация и стеноз	23/3		23/3		23/3
Перфорация и малигнизация	1				1
Итого	36/3	6/3	26/5	8/1	54/9

* После ушивания перфоративной язвы у 12 человек кровотечение остановлено эндоскопически.

* В знаменателе приведены послеоперационные осложнения.

Таблица 3

Характеристика больных с основным осложнением в виде кровотечения

Локализация кровоточащей язвы	Сопутствующие осложнения			Всего
	Пенетрация	Пенетрация и стеноз	Малигнизация	
Желудок	7	1	2	10
Двенадцатиперстная кишка (передняя стенка)	2	1		3
Двенадцатиперстная кишка (задняя стенка)	8	10		18
Итого:	17	12	2	31

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- Василенко, В.Х. Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / В.Х. Василенко, А.Л. Гребенев. - М.: Медицина, 1981. - 340с.
- Власов, А.П. Резекционная хирургия желудка. / А.П. Власов, М.В. Кукош, В.В. Сараев, Ю.П. Степанов. - Н.-Новгород, 2005. - 356с.
- Ермолов, А.С. Гастродуоденальные кровотечения при критических состояниях / А.С. Ермолов, Л.Ф. Тверитнева, Г.В. Пахомова // Хирургия. - 2004. - №8. - С. 41-45.
- Жерлов, Г.К. Выбор хирургической тактики при гастродуоденальных язвенных кровотечениях / Г.К. Жерлов, А.П. Кошель, Н.В. Гибадулин // Вестник хирургии. - 2001. - №2. - С. 18-21.
- Романчишен, А.Ф. Хирургическое лечение больных с сочетанными осложнениями гастродуоденальных язв / А.Ф. Романчишен, А.М. Пономарев, А.В. Гостицкий // Вестник хирургии. - 1999. - №3. - С. 3-4.
- Толстокоров, А.С. Особенности хирургической тактики у больных с сочетанными осложнениями язвенной болезни / А.С. Толстокоров, Н.В. Кулакова, Е.В. Кулакова // Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.: Сб. науч. тр. - Саратов, 2003. - С. 133-137.
- Шапкин, Ю.Г. Активная тактика в лечении кровоточащей язвы / Ю.Г. Шапкин, С.В. Капралов, Е.Н. Матвеева // Хирургия. - 2004. - №9. - С.27-29.
- Simple closure and follow up H1 receptor antagonists for perforated peptic ulcer – immediate survival and symptomatic outcome / F. Abbasakoor, S.E. Attwood, J.P. Mc'Grath, R.B. Stephens // Irish Med. J. - 1995. - Vol.88. - №6. - P.207-210
- Laparoscopic underrunning of bleeding ulceration : a minimalist approach to therapy / I. Martin, N. O'Rourke, I. Bailey et al. // Aust. N. Z. J. Surg. - 1998. - Vol.68. - №3, P.213-215
- Forrest? J.A.H. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. / J.A.H. Forrest, N.D.C. Finlayson, D.J.C. Shearman // Lancet. - 1974. - Vol.17. - №11. - P.394-397