

Профессор В.И. Мидленко, к.м.н. А.Л. Чарышкин
**НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ
ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА
И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ,
ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРФОРАЦИЕЙ**
*Ульяновского государственного университета.
г. Ульяновск.*

По данным литературы, перфорация гастродуоденальных язв сочетается одновременно с кровотечением в 2,7-10% случаев по отношению к общему числу перфоративных язв[2], перфорация и стеноз в 1,5-7%[3], летальность при этом достигает 48%[1]. Больные с перфоративными гастродуоденальными язвами с сочетанными осложнениями, поступаю в стационары, как правило, в крайне тяжелом состоянии, когда радикальная операция неосуществима. Выбор оперативного пособия у данной категории больных остается актуальным.

Материалы и методы исследования. 138 больных после ушивания перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки получали с первых суток парентерально Н-2 гистаминоблокатор третьего поколения квамател, внутривенно по 40 мг в сутки однократно на ночь, традиционную противоязвенную, антихеликобактерную терапию. Учитывая эффект метилурацила на репарацию слизистой и иммуномодулирующий эффект Т-активина в комплексное, локальное лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией в раннем послеоперационном периоде, были дополнительно использованы указанные препараты.

Данный способ комплексного, локального лечения применен у 138 больных после ушивания перфоративных язв. Из них больных с язвенной болезнью желудка осложненной перфорацией было 12 человек, с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки осложненной перфорацией был 126 пациент.

Традиционная противоязвенная, антихеликобактерная терапия проводилась с третьих суток у 300 больных после ушивания перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Из них с язвенной болезнью желудка, осложненной перфорацией было 39 больных, с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией - 261 пациент.

В группе из 30 больных выполнено пластическое закрытие прободной язвы, перфоративная язва желудка (локализация – привратник) – 12 пациентов, перфоративная язва ДПК – 18 человек. 20 больных поступили через 12 –24 часа с момента заболевания, 10 пациентов спустя 24 часа. Диаметр перфоративного отверстия у 11 пациентов составил от 0,5 до 1,0 см, у 19 человек от 1,2 до 2,3 см. Сочетанное осложнение – кровотечение было у 10 больных, стеноз и перфорация у 10 пациентов, у одного пациента стеноз был в стадии декомпенсации. У всех больных

с сочетанными осложнениями заболевание сопровождалось вторичным распространенным фибринозным перитонитом.

У 10 больных в данной группе при больших перфорациях (более 0,5 см) мы применяли «Способ пластики перфоративной гастродуоденальной язвы серозно-мышечным лоскутом путем туннелизации» патент № 2251984.

У 10 человек в данной группе при сочетании перфорации и стеноза мы выполняли расширяющую дуоденопластику пилорoduоденальных язв, серозно-мышечным лоскутом путем дуоденотомии и туннелизации, заявка на изобретение №2005121724.

У 10 пациентов в данной группе при сочетании перфорации и кровотечения мы выполняли способ пластики перфоративных гастродуоденальных язв серозно-мышечным лоскутом путем туннелизации с иссечением язвенного дефекта, заявка на изобретение № 2005121723.

Учитывая эффект метилурацила на репарацию слизистой и иммуномодулирующий эффект Тактивина в комплексное, локальное лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией в раннем послеоперационном периоде после пластического закрытия прободных язв, были также дополнительно использованы указанные препараты.

На 6-7 сутки после оперативного вмешательства, ушивания и пластического закрытия перфоративных гастродуоденальных язв, больным проводили фиброгастродуоденоскопию у 295 (63%) пациентов сохранялся язвенный дефект, размеры его колебались от 0,1 до 1,6 см. После операции у 22 больных сравнимой группы и у 27 пациентов исследуемой группы были проведены гистологические исследования с целью оценки эффективности послеоперационного лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией.

Результаты исследования. Результаты лечения оценивали также при помощи эндоскопического исследования, которые показали, как видно из таблицы 1, что у пациентов с желудочной локализацией перфоративных язв, после их ушивания, получавших в раннем послеоперационном периоде традиционную терапию, очищение язвенных дефектов от фибрина

наблюдалось на $18,8 \pm 0,4$ день, а у больных после пластического закрытия перфораций и получавших комплексное, локальное лечение, полное очищение оставшихся язвенных дефектов происходило на $9,1 \pm 0,2$ день, что достоверно раньше в среднем на 9,7 суток $p < 0,001$.

Снижение отека и гиперемии при эндоскопическом исследовании в параульцерозной зоне у больных после ушивания перфораций, получавших традиционную терапию наблюдалось на $20,8 \pm 0,4$ и $21,3 \pm 0,3$ день, а у пациентов после пластического закрытия перфораций и получавших комплексное, локальное лечение, снижение отека и гиперемии наблюдалось на $9,1 \pm 0,2$ и $9,2 \pm 0,3$ день, что достоверно раньше в среднем на 11,7 и 12,1 суток соответственно при $p < 0,001$.

Как показывает таблица 1, у больных язвенной болезнью желудка, осложненной перфорацией, после её ушивания, в раннем послеоперационном периоде получавших традиционную терапию, начало эпителизации оставшихся язвенных дефектов наблюдалось на $17,3 \pm 0,5$ день, а у пациентов после пластического закрытия перфораций и получавших комплексное, локальное лечение, начало краевой эпителизации происходило на $8,0 \pm 0,2$ день, что достоверно раньше в среднем на 9,3 суток при $p < 0,001$.

Эндоскопическое исследование показало (таблица 2), что у пациентов с дуоденальной локализацией перфоративных язв, после их ушивания, получавших в раннем послеоперационном периоде традиционную терапию, очищение оставшихся язвенных дефектов от фибрина наблюдалось на $17,9 \pm 0,3$ день, а у больных после пластического закрытия перфораций и получавших комплексное, локальное лечение, полное очищение оставшихся язвенных дефектов происходило на $8,1 \pm 0,2$ день, что достоверно раньше в среднем на 9,8 суток при $p < 0,001$. Снижение отека и гиперемии при эндоскопическом исследовании в параульцерозной зоне у больных после ушивания прободных язв, получавших традиционную терапию наблюдалось на $18,5 \pm 0,3$ и $18,9 \pm 0,4$ день, а у пациентов после пластического закрытия перфораций и получавших комплексное, локальное лечение, снижение отека и гиперемии происходило на $8,1 \pm 0,2$ и $8,2 \pm 0,2$ день, что достоверно раньше в среднем на 10,4 и 10,7 суток соответственно при $p < 0,001$. Как

Таблица 1

Эффективность комплексного, локального лечения в послеоперационном периоде у больных после пластики перфоративных язв желудка.

Метод лечения	Показатель эффективности			
	Очищение от фибрина	Снижение отека	Снижение гиперемии	Начало эпителизации
Ушивание, традиционная терапия	$18,8 \pm 0,4$	$20,8 \pm 0,4$	$21,3 \pm 0,3$	$17,3 \pm 0,5$
Пластика, комплексное лечение	$9,1 \pm 0,2$	$9,1 \pm 0,2$	$9,2 \pm 0,3$	$8,0 \pm 0,2$
P	$< 0,001$	$< 0,001$	$< 0,001$	$< 0,001$

Таблица 2

Эффективность комплексного, локального лечения в послеоперационном периоде у больных после пластики перфоративных язв двенадцатиперстной кишки.

Метод лечения	Показатель эффективности			
	Очищение от фибрина	Снижение отека	Снижение гиперемии	Начало эпителизации
Ушивание, традиционная терапия	17,9±0,3	18,5±0,3	18,9±0,4	16,1±0,5
Пластика, комплексное лечение	8,1±0,2	8,1±0,2	8,2±0,2	7,1±0,2
Р	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

показывает таблица 2 у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией, после их ушивания, в раннем послеоперационном периоде получавших традиционную терапию, начало краевой эпителизации оставшихся язвенных дефектов наблюдалось на 16,1±0,5 день, а у пациентов после пластического закрытия перфораций и получавших комплексное, локальное лечение, начало краевой эпителизации происходило на 7,1±0,2 день, что достоверно раньше в среднем на 9 суток при $p<0,001$.

Анализ результатов (таб.3) лечения больных после ушивания перфоративных гастродуоденальных язв, получавших традиционную терапию и после пластического закрытия перфораций и получавших комплексное, локальное лечение показал, что пластика и комплексное лечение позволяют в два раза быстрее ликвидировать болевой синдром; более чем в три раза раньше исчезают диспептические явления; сроки заживления оставшихся язвенных дефектов сокращаются в два раза.

Эндоскопический контроль качества заживления язвенных дефектов (табл.4), у пациентов после ушивания перфоративных гастродуоденальных язв, получавших традиционное и комплексное, локальное послеоперационное лечение, в сравнении с больными после пластического закрытия перфораций и получавших комплексное, локальное лечение показал, что у больных, получавших традиционное лечение, линейный рубец и деформация складок слизистой оболочки наблюдалась у 106 (35,3%), а у пациентов после ушивания, которым проводили комплексное, локальное послеоперационное лечение данное качественное заживление наблюдалось у 78 (55,6%), у больных после пластического закрытия перфораций и получавших комплексное, локальное лечение линейный рубец и незначительная деформация складок слизистой оболочки наблюдалась у 29 (96,7%). Выраженная деформация стенок чаще встречалась в группах сопоставления и выявлена в первой у 194 (64,7%) пациентов, во второй у 60 (44,4%) больных, в исследуемой группе наблюдалось только у 1 (3,3%).

Таблица 3

Эффективность лечения больных с перфоративными гастродуоденальными язвами в зависимости от способа (в сутках).

Вид лечения	Клинические проявления					
	Боль		Диспептические явления		Заживление язвенных дефектов	
	Локализация перфоративной язвы					
	Желудок	ДПК	Желудок	ДПК	Желудок	ДПК
Ушивание, традиционная терапия	10,2±0,4	8,4±0,3	7,0±0,6	5,5±0,3	31,3±0,4	29,2±0,5
Пластика, комплексное лечение	5,4±0,2	3,8±0,3	2,1±0,4	1,1±0,3	14,3±0,3	12,4±0,2
Р	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Таблица 4

Эндоскопическая картина качества заживления язвенных дефектов у больных после ушивания и пластики перфоративных гастродуоденальных язв, в зависимости от способа лечения.

Вид лечения	Качество заживления			
	Линейный рубец, деформация складок слизистой оболочки		Выраженная деформация стенок	
	Абс.	%	Абс.	%
Ушивание, традиционная терапия	106	35,3	194	64,7
Ушивание, комплексное лечение	78	55,6	60	44,4
Пластика, комплексное лечение	29	96,7	1	3,3

При сопоставлении морфометрических показателей слизистой оболочки желудка выявлена достоверная разница в отношении плотности клеточной инфильтрации, процентного содержания лимфоцитов, плазмочитов, эозинофилов, лейкоцитов-полиморфноядерных, макрофагов, фибробластов, межэпителиальных лимфоцитов.

Сравнение морфометрических показателей структурных элементов слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки при разных способах лечения выявило достоверное различие по плотности клеточной инфильтрации, процентному содержанию лимфоцитов, плазмочитов, эозинофилов, лейкоцитов полиморфноядерных, макрофагов, фибробластов, межэпителиальных лимфоцитов.

Таким образом, сравнительный гистологический анализ состояния слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки у больных после ушивания и пластики перфоративных гастродуоденальных язв, показал эффективность пластического закрытия перфораций и комплексное, локальное лечение в послеоперационном периоде, прежде всего с целью исключения деформации стенок ДПК и желудка, улучшения качества заживления, снижения воспалительных процессов в слизистой оболочки и активизации местного иммунитета.

В раннем послеоперационном периоде в сравниваемой первой группе у больных возникли следующие осложнения: кровотечение у 54 (17,9%) пациентов, нарушение моторно-эвакуаторной функции желудка у 194 (64,7%) больных, пневмония была выявлена у 8 (2,6%) пациентов.

Умерло 9 (3,1%) больных от профузного кровотечения из ушитого язвенного дефекта или зеркальной язвы.

В сравниваемой второй группе у больных возникли следующие осложнения: кровотечение у 12 (8,9%) пациентов, нарушение моторно-эвакуаторной функции желудка у 60 (44,4%) больных, пневмония была выявлена у 3 (2,1%) пациентов. Летальных исходов нет.

В исследуемой группе больных осложнения были следующие: нарушение моторно-эвакуаторной функции желудка у 1 (3,3%) пациентов. Летальных исходов нет.

Анализ характера послеоперационных осложнений показал, что наиболее частым осложнением после ушивания перфоративных гастродуоденальных язв является нарушение моторно-эвакуаторной функции

желудка у 194 (64,7%) в первой группе, во второй у 60 (44,4%) больных, в исследуемой группе пациентов данное осложнение было выявлено у 1 (3,3%) пациентов. Кровотечение чаще встречалось в первой группе у 54 (17,9%) пациентов, во второй у 12 (8,9%) пациентов, в третьей группе кровотечения не было.

Таким образом, применение пластического закрытия перфораций и комплексного, локального лечения в послеоперационном периоде у больных с перфоративными гастродуоденальными язвами позволило ликвидировать такое грозное осложнение как кровотечение из язвы, значительно снизить количество больных с нарушением моторно-эвакуаторной функцией желудка.

Выводы. 1. Предложенные способы пластики перфоративных гастродуоденальных язв с сочетанными осложнениями (стеноз, кровотечение) серозно-мышечным лоскутом путем туннелизации восстанавливают проходимость пилородуоденальной зоны, останавливают кровотечение. В сравнении с ушиванием исключают возникновение деформации и стенозирования пилородуоденальной зоны в послеоперационном периоде, в том числе у больных с перфоративным отверстием диаметром более 1,0 см.

2. Пластика и комплексное лечение позволяют в два раза быстрее ликвидировать болевой синдром; более чем в три раза раньше исчезают диспептические явления; сроки заживления оставшихся язвенных дефектов сокращаются в два раза.

3. Пластическое закрытие перфораций и комплексное, локальное лечение в послеоперационном периоде, позволяет исключить деформацию стенок ДПК и желудка, улучшается качество заживления, снижаются воспалительные процессы в слизистой оболочки, и активизируется местный иммунитет.

Библиографический список

1. Курыгин А.А., Стойко Ю.М., Багненко С.Ф. Неотложная хирургическая гастроэнтерология: руководство для врачей.-СПб: Питер, 2001. – 480с.
2. Макар Д.А., Андрющенко В.П., Трутняк И.Р. Сочетанные острые осложнения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Клин.хир.-1984.-№8.-С.46-48.
3. Мышкин К.И., Лагун М.А. Перфоративные гастродуоденальные язвы. Издательство Саратовского университета. – Саратов, 1983. – с.166.