

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРФОРАЦИЕЙ, НА МУНИЦИПАЛЬНОМ УРОВНЕ

*МУЗ «Городская больница», г. Геленджик,
ФГУ «Российский центр функциональной хирургической гастроэнтерологии», г. Краснодар*

Язвенная болезнь (ЯБ), являясь самым распространенным заболеванием органов пищеварения среди взрослого населения, остаётся важной социально-экономической проблемой [3]. В развитых странах мира с 1950-х по 1980-е годы госпитализация в стационары и смертность от ЯБ существенно снизились. В противоположность этой основной тенденции частота развития кровотечений и перфораций язв, смертность от ЯБ среди пожилых пациентов увеличились в 1970–1980-е годы на 80–90% [2]. Вместе с тем стандарты хирургического лечения, гарантирующие устранение осложненных дуоденальных язв, на муниципальном уровне до настоящего времени не разработаны.

Цель исследования – обосновать принципы выбора метода оперативного лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК), осложненной перфорацией, в условиях городской многопрофильной больницы.

Методика исследования

В хирургическом отделении городской многопрофильной больницы (г. Геленджик) с 1999 по 2006 г. наблюдалось 106 больных с перфоративными дуоденальными язвами. Перфоративные дуоденальные язвы устраняли методом радикальной дуоденопластики (РДП) по В. И. Оноприеву [1] (n=89); если дежурила бригада хирургов, не владеющих этими технологиями, применяли простое ушивание язвенного дефекта (n=17). После того как пациент начинал питаться (3–5-е сутки) по 0,1–1-му столу, при наличии показаний проводили эрадикационную терапию с последующим переходом на прием антисекреторных препаратов в полной терапевтической дозе (4 недели), а далее поддерживающий прием ингибиторов протонной помпы. Эрадикационная терапия включала прием эзомепразола по 20 мг 2 раза в сутки, амоксициллина по 1,0 2 раза в сутки, кларитромицина 0,5 2 раза в сутки в течение 7 дней; при непереносимости или наличии противопоказаний к приему амоксициллина в эрадикационную терапию включали метронидазол по 0,5 2 раза в сутки. Поддерживающая противорецидивная терапия включала прием эзомепразола 40 мг в сутки в режиме «по требованию» или 20 мг эзомепразола в сутки длительно. Динамическое наблюдение (ЭФГДС-контроль, оценку качества жизни) проводили в последующем 1 раз в 6 месяцев.

Результаты исследования

В последние годы увеличивается число перфоративных язв, развивающихся в сочетании с

другими болезнями, что затрудняет диагностику, удорожает лечение и ухудшает прогноз. Поскольку перфорации нередко развиваются у пожилых людей с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, операцией выбора становится максимально щадящее оперативное вмешательство. В этих ситуациях наиболее часто выполняется ушивание прободного отверстия перфоративной язвы – операция, чреватая реперфорацией, не устраняющей сопутствующие пенетрации и язвенные кровотечения, нередко ведущая к формированию стеноза. Мы считаем операцией выбора РДП, однако эффективность подобной операции в условиях городской многопрофильной больницы еще не изучена.

Основными этапами РДП в этой ситуации являлись:

- а) диагностика хирургической анатомии язвы и освобождение ее из сращений;
- б) интраоперационное исследование и определение анатомических характеристик рубцово-язвенного очага, необходимого объема мобилизации органов гастродуоденального комплекса, мобилизация двенадцатиперстной кишки (ДПК) с сохранением кровообращения в зоне антродуоденального перехода;
- в) диагностика размеров патологического очага, его отношения к важнейшим анатомическим образованиям, особенно к пилорусу, который при язвенном стенозе определяется с трудом вследствие перерастяжения и атролизации;
- г) дуоденотомия, определение объема оперативного вмешательства;
- д) экономное радикальное иссечение рубцово-язвенного очага до здоровых тканей, определяемых по степени их кровоточивости;
- е) ушивание кишки.

В результате тщательного соблюдения технологий прецизионно и радикально удаляется перфоративное отверстие и окружающий его рубцово-язвенный очаг с сохранением важнейших образований и максимальным восстановлением анатомии гастродуоденального перехода.

В результате интраоперационного исследования выделяли:

- по клиническому течению: 1. Типичную форму перфорации (содержимое органа изливается через перфоративное отверстие в свободную брюшную полость); 2. Прикрытую форму – перфоративное отверстие после его образования прикрывается; 3. Атипичную форму – локализация перфоративного отверстия на задней стенке ДПК, содержимое попадает

в забрюшинную клетчатку, полость малого сальника, сальниковую сумку.

По патолого-анатомическим признакам выделяли: 1. Перфорацию острых язв; 2. Перфорацию хронических язв; 3. Перфорацию одной из зеркальных язв.

По локализации язвы в ДПК делили на базальные, корпоральные, апикальные, постбульбарные (таблица). В результате интраоперационного исследования нами было диагностировано 4 случая атипичных форм перфораций в забрюшинное пространство. Диагностика атипичных перфораций язв весьма трудна не только до операции, но часто даже во время оперативного вмешательства. Особенностью клинической картины является то, что интенсивность внезапно появляющейся в верхнем отделе живота острой боли вскоре снижается.

Так как у таких больных содержимое ДПК не поступает в брюшную полость, боль при пальпации живота практически не определяется, напряжение мышц передней брюшной стенки незначительно, симптомы раздражения брюшины слабо выражены. При прободении язвы в забрюшинное пространство после исчезновения острой боли в животе через несколько часов появляется боль в пояснице, повышается температура тела. Вскоре может появиться озноб, иногда расстройства мочеиспускания. Только тщательное интраоперационное исследование с выявлением инфильтрации забрюшинной клетчатки позволяет установить правильный диагноз.

Хирургическая техника каждой РДП индивидуальна и определяется характером патоморфологических изменений, которые изучаются на диагностическом этапе во время прецизионной препаровки язвенного очага (интраоперационное исследование). Иссечение перфоративной язвы выполняли окаймляющим язву разрезом с контролем пальца в поперечном направлении к оси кишки с сохранением привратника и циркулярных мышечных волокон луковицы ДПК. При этом задняя, боковая одна или обе стенки кишки

сохранялись в виде нервно-мышечных дуоденальных мостиков. Даже при иссечении перфоративной язвы одной передней стенки образовывался большой дефект, который увеличивался еще рассечением входа в псевдодивертикул, поэтому для пластики использовались стенки псевдодивертикулов, раскрываемых дополнительными разрезами между внутривенными сосудами. Большие дефекты в стенках ДПК закрывались смещением лоскутов, максимальным расправлением мешковидных промежутков. Дуоденальная рана формировалась узловыми серозно-мышечно-подслизистыми швами мононитью в 4–6/00. При этом предварительно широко обнажались и захватывались подслизистый слой для компрессии слизистых оболочек. Линия швов прикрывалась с фиксацией пряди сальника.

При сохранении целостности одной из стенок кишки ДПК выполнялась РДП по типу мостовидной дуоденопластики, если же кишка пересекалась полностью, выполнялась сегментарная дуоденопластика. В нашем случае мы только при наличии «целующихся» язв (n=1) и сочетания перфоративной язвы с циркулярным рубцовым стенозом (n=1) производили сегментарное иссечение стенок ДПК. При этом ДПК поперечно пересекалась сначала по линии язвы, а потом экономно (0,5–0,8 см) иссекались ее края до полного расправления просвета. Нижние края псевдодивертикулов резецировались с последующим расправлением псевдодивертикулов. Дуоденальный анастомоз при необходимости расширялся передней продольной дуоденотомией на дистальном конце. Таким образом, просвет ДПК восстанавливали расширяющим концевым дуоденальным анастомозом. После завершения дуоденопластики производили окончательную санацию брюшной полости по О. Е. Нифантьеву.

РДП является универсальной операцией, позволяющей устранить все возможные осложнения ЯБ ДПК любой локализации. Только если дежурная

Клинические формы перфоративных язв

Формы перфоративных язв	Чел. (%)
По клиническому течению	
Типичная форма	101 (95,3)
Прикрытая форма	1 (0,9)
Атипичная форма	4 (3,8)
По патолого-анатомическим признакам	
Перфорация острых язв	2 (1,9)
Перфорация хронических язв	97 (91,5)
Перфорация одной из зеркальных язв	7 (6,6)
По локализации язвы в ДПК	
Базальные	40 (37,7)
Корпоральные	52 (49,1)
Апикальные по передней стенке	9 (8,5%)
Постбульбарные	5 (4,7)

бригада не владела методикой РДП, производили простое ушивание перфоративной язвы (n=17). В последующем 8 таких пациентов были оперированы повторно: 5 больных в связи с формированием стеноза ДПК, 2 – в связи с язвенным кровотечением, у 1 больного через 1,5 года возникла повторная перфорация другой стенки ДПК.

При интраоперационном исследовании 8 пациентов, у которых ранее было произведено ушивание перфоративной язвы, выявлено: у 6 из 8 пациентов (75,0%) обнаружены рубцово-спаечные деформации после ушивания перфоративной язвы, которые были обусловлены исходной язвенно-стенотической деформацией; гофрированием передней стенки ДПК швами; последующей ее альтерацией вследствие ишемии.

У 5 из 8 больных (62,5%) наблюдалась выраженная пенетрация язв в прилежащие органы и ткани: у 3 больных – в большой сальник, у 1 – в поджелудочную железу, у 1 – в гепатодуоденальную связку. Кровотечения наблюдались у 2 больных, причем у одного аррозировалась задняя панкреатодуоденальная артерия.

Наш опыт свидетельствует, что ушивание перфоративной язвы без снятия отечной рубцово-спаечной мантии не позволяет контролировать анатомические ориентиры язвенного очага: наличие и степень пораженности привратника, границы стенок ДПК и гепатодуоденальной связки.

Интраоперационно выявлено, что при ушивании перфоративной язвы передней стенки (n=4) одним или двумя рядами швов проксимальная часть ДПК попеременно гофрируется и значительно укорачивается. Во второй ряд швов, как правило, захватываются привратник, бульбодуоденальный сфинктер, корень брыжейки толстой кишки. Созданный инвагинат, как правило, увеличивает степень имеющегося стеноза ДПК.

При локализации перфоративной язвы на боковой стенке большой кривизны ДПК (n=2) ее гофрирование ограничено из-за фиксации к инфильтрированной гепатодуоденальной связке. В шов при ушивании, как правило, захватываются терминальные сосуды бассейна бульбодуоденальной артерии. Деформация гастроудуоденального перехода обусловлена также смещением верхнего и переднего секторов привратника вправо к линии швов по большой кривизне ДПК. При локализации перфорации у боковой стенки малой кривизны (n=1) привратник с луковицей ДПК смещается влево и формируется левосторонняя асимметричная его деформация. При перфорации язвы по задней стенке

ДПК (n=1) задняя стенка смещается по направлению к инвагинирующим швам.

Заключение

Итак, проведенные исследования свидетельствуют, что при перфорациях дуоденальных язв операция РДП спасает жизнь пациентов, радикально устраняет сопутствующие осложнения (кровотечение, стеноз), восстанавливает нормальные морфофункциональные взаимоотношения гастродуоденопанкреатобилиарного комплекса. Строгое соблюдение прецизионных технологий РДП значительно снижает летальность в экстренных ситуациях и делает РДП операцией выбора в условиях муниципального здравоохранения. Комплексная медикаментозная реабилитация в послеоперационном периоде с использованием эзомерпазола, эрадикационной терапии снижает частоту рецидива дуоденальных язв.

Поступила 13.02.2008

ЛИТЕРАТУРА

1. Оноприев В. И. Этюды функциональной хирургии язвенной болезни. Краснодар, 1995. 296 с.
2. Jibril J. A., Redpath A., Macintyre I. M. Changing pattern of admission and operation for duodenal ulcer in Scotland // Br J Surg. 1994. Vol. 81. P. 87–89.
3. Kreissler-Haag D., Schilling M. K., Maurer C. A. Surgery of complicated gastroduodenal ulcers: outcome at the millennium // Zentralbl Chir. 2002. Vol. 127, № 12. P. 1078–1082.

K. I. POPANDOPULO, N. V. KOROCHANSKAJA

ORGANOPRESERVED TECHNOLOGIES OF SURGICAL TREATMENT OF PERFORATED DUODENAL ULCERS AT THE MUNICIPAL LEVEL

The comparative analysis of results of elimination of perforative ulcers by a method radical duodenoplastic or sewed perforative apertures is lead. The technology radical duodenoplastic in connection with character of patomorfological changes of gastro-duodenopancreatic complex, presence of accompanying complications is individualized. Plans of postoperative rehabilitation are resulted.

Key words: perforative duodenal ulcers, radical duodenoplastic.

В. И. ШАПОШНИКОВ

К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Кафедра госпитальной хирургии Кубанского государственного медицинского университета

Введение

Язвы гастродуоденальной зоны осложняются острым кровотечением в 5–10% наблюдений. У мужчин, особенно в возрасте старше 40 лет, это осложнение встречается в 5–6 раз чаще, чем у женщин. У пожилых пациентов вероятность кровотечения достигает уже

70–90%. У 12–33% больных в среднем через 164 дня наблюдаются рецидивы кровотечений [2].

Развитие данного осложнения объясняют: 1) патоморфологическими особенностями язвенного дефекта слизистой оболочки (длительно не рубцующаяся язва с зияющими сосудами и др.); 2) погрешностями в хирургической коррекции кислотно-пептической агрессии