

ХИРУРГИЯ

УДК 616-002.44-001.5

ПЕРФОРАТИВНАЯ ЯЗВА. ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

М.В. Кукош,
Н.К. Разумовский,
В.А. Трухалёв

ГБОУ ВПО
«Нижегородская
государственная
медицинская академия»

Кукош
Михаил Валентинович –
kukoshm@mail.ru

В данной статье показана необходимость проведения ранней эрадикационной терапии у пациентов после ушивания перфоративной язвы для улучшения отдалённых результатов лечения данных пациентов.

Ключевые слова: перфоративная язва, эрадикационная терапия, отдалённые результаты.

The article shows the necessity for early eradication therapy of patients after suturing of perforated ulcer for the improvement of long-term results of treatment of these patients.

Key words: perforated ulcer, eradication therapy, long-term results.

АКТУАЛЬНОСТЬ

В последнее десятилетие отмечается неуклонное увеличение заболеваемости язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

В связи с появлением современных противоязвенных препаратов уменьшилось число плановых операций по поводу язвенной болезни. Но одновременно отмечен рост количества осложнений и экстренных оперативных вмешательств. Так, ряд авторов отмечают увеличение числа осложнённых форм хронических язв в 3–4 раза в течение последних 15 лет. Количество больных с перфоративными язвами увеличилось в 1,5–2 раза.

Несмотря на то, что впервые операция по поводу перфоративной язвы была выполнена в 1892 г., до настоящего времени вопрос выбора оперативного вмешательства при данной патологии остаётся актуальным.

После резекции желудка осложнения в ближайшем послеоперационном периоде развиваются у 37% больных, а летальность варьирует от 1,3 до 17%. В отдалённом периоде отмечается низкий процент рецидива язв – 1–7%, но распространённость «болезни оперированного желудка» достигает 46%. После выполнения различных видов ваготомий и дренирующих операций отмечается более низкий уровень послеоперационных осложнений и летальности, составляющий 23% и 2,5% соответственно. Но в то же

время, остаётся высоким процент рецидива язвообразования в отдалённом периоде, отмечаемый у 10–17% оперированных больных. Развитие рецидива язвы требует выполнения повторных операций, сопровождающихся высокой летальностью (до 8%), а в 4% случаев не приводящих к полному выздоровлению.

До настоящего времени наиболее распространённым хирургическим вмешательством является ушивание перфоративных язв с последующим назначением противоязвенной терапии, которому в последние годы отдаётся явное предпочтение как в нашей стране, так и за рубежом.

Согласно ряду авторов, большинству пациентов после ушивания перфоративных язв свойственно доброкачественное течение болезни, сопровождающееся нормализацией показателей кислотопродукции и активацией «факторов защиты» слизистой. Летальность и количество осложнений после ушивания перфоративной язвы остаются высокими и достигают 16,6% и 20,9% соответственно. Такие высокие показатели объясняются рядом факторов, такими как поздняя обращаемость за медицинской помощью, наличие у пациентов выраженной сопутствующей патологии, исходно тяжёлое состояние больных. В таких случаях ушивание перфорации является единственно возможной операцией.

Ряд авторов считает, что недостатком данного вида операции является значительное количество рецидивов язв в

отдалённом периоде. Но литературные данные по данному вопросу разноречивы. Так, распространённость рецидива язвообразования колеблется от 4–14 и более до 50%.

Таким образом, на сегодняшний день перфорация язвы остаётся распространённым осложнением язвенной болезни. Радикальные оперативные вмешательства при данной патологии сопровождаются значительным числом осложнений как в ближайшем, так и в отдалённом послеоперационном периоде. Появление эффективных противоязвенных препаратов позволило отдать приоритет ушиванию перфорации. Однако, отдалённые результаты данного оперативного вмешательства противоречивы, в связи с чем, актуальным вопросом является оценка отдалённых результатов и поиск путей, способствующих их улучшению.

ЦЕЛЬЮ НАШЕГО ИССЛЕДОВАНИЯ является улучшение результатов лечения больных перфоративной язвой путём определения наиболее эффективной схемы противоязвенной терапии в раннем послеоперационном периоде после ушивания перфорации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В период с 2000 по 2005 г. в клинике факультетской хирургии НижГМА находилось на лечении 158 пациентов перфоративной язвой, которым было выполнено ушивание перфорации. Распределение больных по полу и возрасту представлено в таблице 1.

ТАБЛИЦА 1.

Распределение больных перфоративной язвой по полу и возрасту

	До 44 лет	45–59 лет	60–74 года	75–90 лет	Более 90 лет	Всего
Мужчин	103	30	6	0	0	139
Женщин	11	2	1	5	0	19
Итого	114	32	7	5	0	158

ТАБЛИЦА 2.

Характер лечения больных с перфоративной язвой

Характер лечения	Количество пациентов
Трёхкомпонентная эрадикационная терапия	43
Двухкомпонентная эрадикационная терапия	49
Не получали эрадикационную терапию	66
Всего	158

Трёх пациентам была выполнена дистальная резекция желудка в различных модификациях. Показанием к данному вмешательству являлась невозможность ушивания перфорации в ходе оперативного вмешательства либо кровотечение из ушитой язвы в раннем послеоперационном периоде в одном случае.

В послеоперационном периоде пациенты получали комплексное консервативное лечение, одним из компонентов которого являлась эрадикационная терапия. По причине ряда социально-экономических факторов не все пациенты получали лечение согласно Маастрихтским соглашениям. Характер проводимой терапии представлен в таблице 2.

Нами проведена оценка отдалённых результатов лечения больных, перенесших ушивание перфоративной язвы, в срок от 6 до 12 лет (медиана – 9 лет, 25-й перцентиль – 7 лет, 75-й перцентиль – 11 лет). Отдалённые результаты прослежены у 137 человек. Распределение пациентов по полу и возрасту представлено в таблице 3.

ТАБЛИЦА 3.

Распределение больных, перенесших ушивание перфоративной язвы, по полу и возрасту

	До 44 лет	45–59 лет	60–74 года	75–90 лет	Более 90 лет	Всего
Мужчин	69	33	13	1	0	116
Женщин	14	6	1	0	0	21
Итого	83	39	14	1	0	137

Пациенты разделены на 2 группы:

- первую группу составили 85 человек, получавшие в раннем послеоперационном периоде многокомпонентную эрадикационную терапию;
- во вторую группу включены 52 пациента, не получавшие лечения по Маастрихтским соглашениям.

Для оценки отдалённых результатов мы использовали шкалу оценки качества жизни MOS SF-36 и опросник шкалы Visick.

ЛИТЕРАТУРА

1. Афендулов С.А., Журавлев Г.Ю., Краснолуцкий Н.А. Лечение прободной язвы. М. 2005. 166 с.
2. Комаров Б.Д., Матюшенко А.А., Кириенко А.И. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки. В кн.: Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости (под ред. В.С. Савельева). М. 2004. С. 303–326.
3. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д., Чернякевич С.А. Хирургическое лечение осложненной язвенной болезни. В сб.: 50 лекций по хирургии (под ред. В.С. Савельева). М. 2003. С. 248–258.
4. Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Материалы конференции. Саратов. 2003. С. 30–94.
5. Юдин С.С. Этюды желудочной хирургии. М.: «Медицина», 1965. С. 189–190.
6. Яицкий Н.А., Седов В.М., Морозов В.П. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. М. 2002. С. 138–169.
7. Malfertheiner et al. Current concept in the management of Helicobacter pylori infection. The Maastricht 2 – 2000 Consensus report.