

© Коллектив авторов, 2010
УДК 616.33-002.44-089.85:615.036

А.Е.Борисов, Ю.Е.Веселов, К.Д.Пуруа

ПОСТУЛЬЦЕРОРАФИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФОРМЫ

Кафедра хирургии им. Н.Д.Монастырского (зав. — проф. А.Е.Борисов) ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава»

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, оперативное лечение, ушивание перфоративной язвы, постульцерафический синдром.

Введение. Несмотря на достигнутые в последние годы успехи в терапии язвенной болезни (ЯБ), в нашей стране отмечается рост заболеваемости и числа осложнений [5, 7, 13]. Регистрируется увеличение более чем в 2,5 раза абсолютного и относительного числа больных с осложненным течением и более чем в 2,5 раза числа прободений с ростом послеоперационной летальности на 25–30% [7, 8].

В последние годы сокращается число плановых операций по поводу ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Однако число экстренных операций по поводу осложненных форм возросло за последнее десятилетие в 2 раза [1]. При перфоративной язве наиболее часто (90%) используют минимальную операцию — ушивание язвы. Отдаленные результаты после ушивания прободной пилорoduodenальной язвы неудовлетворительны: в 60–80% отмечаются рецидивы, резко снижающие качество жизни и более чем в половине случаев требующие повторного вмешательства [6, 11, 16]. В последнее десятилетие широкое внедрение получили методы миниинвазивной хирургии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), позволившие значительно снизить уровень хирургической агрессии, летальность и число осложнений [2, 3, 14–16]. Широкий арсенал современных лечебных технологий позволяет приблизиться к реализации положения о дифференцированном подходе в выборе тактики, но в то же время вызывает сложности в решении вопроса в конкретном случае. Остается неясным вопрос об отдаленных результатах ушивания перфорации и степени морфофункциональных изменений, влияющих на дальнейшее течение болезни.

Считается, что операция ушивания перфоративной язвы практически не меняет анатомо-функциональный статус пациента и не

влияет на течение ЯБ в послеоперационном периоде. Однако у некоторых больных не происходит полной адаптации и развиваются ряд патологических синдромов. Наиболее часто используют классификацию, предложенную Д.П.Чухриенко и соавт. [12]. В этой классификации выделена 1-я группа поздних осложнений, вызванных оставшейся язвой: пенетрация, кровотечение, рецидивная перфорация, развитие рака на месте язвы, и 2-я группа — осложнения, связанные с методикой ушивания: стеноз пилорического отдела желудка, перигастриты, перидуодениты, гастродуодениты. Однако не конкретизируется, каким путем происходит инициирование развития гастродуоденита после ушивания и как это связано с методикой. Другая классификация исходов ушитой язвы представлена В.Г.Плешковым [10]. Автор классифицирует исходы ушитой язвы на 6 вариантов: стойкая ремиссия, рецидив язвы, образование язвы новой локализации, образование множественных язв, незажившая язва, развитие стеноза выходного отдела желудка без клиники и обострения ЯБ. В данном случае не совсем корректна структура выделения классифицируемых групп: как отдельные варианты выделены рецидивные язвы, язвы новой локализации, множественные язвы, незажившие язвы. Это все признаки течения некорригированной ЯБ, причем все разнообразие проявлений ее вряд ли можно учесть, даже значительно дополнив эти варианты. Классификация также не позволяет ориентироваться в выборе и коррекции тактики в послеоперационном периоде. В конкретной задаче систематизации явлений, характерных для ушитой пилорoduodenальной язвы, необходимо учитывать несколько моментов. Во-первых, целью упорядочения состояний после ушивания перфорации является не только систематизация клинических симптомов и синдромов, развивающихся в послеоперационном периоде, но также ответ на вопрос, как влияет сама операция на естественное течение ЯБ у данного пациента в плане угрозы развития опасных осложнений и

направленности лечебного воздействия. Во-вторых, необходимо учитывать, что многие пищеварительные расстройства, связанные с ЯБ, у больных имелись и до оперативного вмешательства, а в новых условиях функционирования они стали проявляться более отчетливо с большой интенсивностью. В-третьих, некоторые осложнения связаны, прежде всего, с техническими погрешностями ее выполнения.

Цель исследования — определить особенности течения ЯБ после ушивания перфоративной гастродуоденальной язвы в плане выбора хирургической тактики у лиц трудоспособного возраста.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов диагностики и лечения 355 больных с перфоративными пилорoduоденальными язвами, находившимися на лечении на клинической базе кафедры хирургии им. Н.Д.Монастырского СПбМАПО в 1994–2000 гг. Исключены из анализа лица с «немыми» язвами, отсутствием возможности проследить за особенностями течения болезни до и после перфорации, а также лица в возрасте 60 лет и старше с целью нивелирования возможных возрастных нарушений функций ЖКТ. Срок дооперационного контроля и срок послеоперационного наблюдения составил от 1,5 до 10 лет, в среднем — 5,5 лет. Контрольной группой явилась группа неоперированных пациентов, сопоставимая по полу, возрасту, сроку заболевания — 67 человек, и перенесшие иссечение язвы с изолированной дуоденопластикой — 54 человека. Оценка изменения течения ЯБ производилась сравнительно, с учетом ретроспективных и проспективных данных, в том числе оценивали критерии Visik. Качество жизни определяли по адаптированному опроснику MOS SF-36.

Результаты и обсуждение. Среди больных, перенесших ушивание перфоративной пилорoduоденальной язвы в сроки до 10 лет, выявлена группа пациентов — 87 (24,5%) больных, у которых имеется прямая причинно-следственная связь между перенесенным вмешательством и изменением течения болезни в послеоперационном периоде. Результаты сравнения течения ЯБ до и после ушивания перфорации показывают статистически значимое изменение течения болезни. Один из важных его признаков — реверсия течения ЯБ в отрицательную сторону в различных аспектах.

Патологические состояния, которые развиваются после ушивания перфоративной язвы, целесообразно назвать **постульцерорафическим синдромом (ПУРС)**. В методологическом плане этот термин близок к названию «постхолецистэктомический синдром». Выявленная симптоматика у 23,9% пациентов позволяет с высокой долей уверенности отнести ее к ПУРС.

Ушивание перфоративной язвы является паллиативной операцией, не устраняющей воздействие факторов агрессии, не меняющей архитектонику патогенетического механизма, но почти в четверти случаев ведущей к анатомо-физиологическим

изменениям на местном, морфологическом, анатомическом и функциональном уровне. В силу низкого качества заживления рубца (нарушение микроциркуляции, лигатурное антигенное раздражение, усиление деформации) и изменения антирефлюксной конфигурации пилорoduоденальной зоны (захват в шов пилорического жома, усиление кисетной деформации и псевдодивертикулов, дилатация жома, сохранение воспалительного процесса) происходит нарушение антропилорoduоденального функционального единства и синхронности. Эти последствия усугубляют деструктивные процессы, исходом которых было формирование осложнений, требующих хирургической коррекции.

ПУРС чаще проявлялся в раннем периоде после операции (в первые 2–3 года) — 76,6% больных, но возможен и длительный временной промежуток, до 7–9 лет — 23,4% больных, когда на фоне достаточно компенсированных изменений сбой адаптации и рецидив ведут к резкому усилению патоморфологических изменений на разных уровнях гастродуоденальной системы, клинически значимому, зачастую тяжелому осложнению.

Результаты консервативной терапии пациентов с ПУРС — основная группа (32 больных) и без синдрома — контрольная группа (41 больной) показали, что больные с ПУРС оказались резистентны к проводимой терапии, особенно в отношении таких морфологических признаков, как деформация стенки пилорoduоденальной зоны, сохранение явлений хронических нарушений дуоденальной проходимости (ХНДП), дуоденогастрального рефлюкса (ДГР). В группе с ПУРС рецидивы в 1 год после лечения составили 61,7%, развитие осложненного течения болезни зарегистрировано в трети случаев, отмечается сохранение высокого процента рефрактерных язв, часто рецидивирующего течения. В группе больных без признаков ПУРС проведенная терапия была эффективна в 78,7% случаев. Отмечалось значительное уменьшение деформации стенки, нормализация моторно-эвакуаторной функции, купировались явления ХНДП. ДГР выявлен только в 31,9% случаев. Число рефрактерных и часто рецидивирующих язв было ниже в 2 раза. В первый год после лечения число рецидивов не превышало 14,8%. Анализ изменений, выявленных в группе пациентов с ПУРС, показал, что в основе синдрома лежат патоморфологические изменения пилорoduоденальной зоны, при которых происходит разобщение единого в функциональном плане процесса антропилорoduоденальной моторики вследствие анатомических нарушений (деформация стенки, уменьшение диаметра, деформация пилорического жома), выпадения пейсмейкерной функции начального отдела ДПК при обязательном ухудшении качества заживления

язвы и периульцерозной зоны [4]. Присоединение такого синдрома, как ДГР, вызывает в последующем каскад изменений слизистой оболочки желудка и пищевода.

Для стратификации полученных результатов приведем определение и клинические формы ПУРС. Постульцерорафический синдром — группа патологических состояний, появляющихся вследствие операции ушивания прободной пилородуоденальной язвы, ведущих к нарушениям анатомической конфигурации пилородуоденальной зоны, ухудшению качества регенерации рубца и периульцерозной зоны, функциональным нарушениям моторики гастродуоденального сегмента пищеварительного тракта, значительно усугубляющих тяжесть течения ЯБ, способствующих развитию осложнений, требующих лечебной коррекции, в том числе и хирургической.

Клинические формы ПУРС:

I. Язвенно-деструктивная форма (рецидив язвы с более тяжелым клиническим течением):

прогрессирование деструктивных местных процессов (пенетрация);

снижение репаративных возможностей с формированием рефрактерной, часто рецидивирующей язвы;

лигатурный ульцерогенез.

II. Обструктивная форма (деформация пилородуоденальной зоны, повышение давления в гастродуоденальной системе и нарушение пропульсивной способности и синхронности антропилородуоденального сегмента):

стеноз различной степени;

ДГР разной степени;

хронические нарушения дуоденальной проходимости: клапанный десинхроноз, спазм, рефлюкс, стаз.

III. Мигрирующая форма (вовлечение в патологический процесс соседних анатомических образований, слизистой оболочки гастродуоденальной зоны):

мигрирующая язва желудка;

мигрирующая язва ДПК;

появление ГПОД;

раковый фенотип гастрита;

язвенный фенотип гастрита.

Патогенетические факторы, ведущие к развитию ПУРС, можно представить следующим образом.

1. Морфологический уровень:

— оставление ульцеронесущей зоны с неполноценной регенерацией, иммуноморфологической перестройкой ткани;

— оставление в стенке инородного материала — лигатур, вызывающих продуктивное воспаление,

являющихся антигенным раздражителем, стимулирующим аутоиммунный процесс;

— вовлечение в шов и в зону рубца сосудов микроциркуляторного русла (кровеносных и лимфатических) и усиление ишемизации целого сегмента ДПК, выходящего за границы ульцеронесущей зоны.

2. Анатомический уровень:

— появление или усиление деформации стенки пилородуоденальной зоны, особенно при использовании двухрядного шва;

— формирование кистозной деформации ДПК или ее усиление, появление и усиление псевдодивертикулов ДПК;

— спаечный процесс в зоне ушивания с вовлечением органов верхнего этажа брюшной полости и образованием рубцового инфильтрата;

— изменение просвета ДПК, пилорического канала, естественной конфигурации кишечной трубки;

— анатомическая деформация порции пилорического жома при захвате в шов участка пилоруса.

Исходом процесса будут изменения на **функциональном уровне**: развитие системного клапанного десинхроноза с повышением внутридуоденального давления с нарушением функции сфинктера Одди, стойким механическим разноразноуровневым ХНДП, проявляющимся рефлюксной болезнью, недостаточностью пилорического жома, кардии.

Каждый из представленных факторов имеет тесную причинно-следственную связь с операцией ушивания перфорации и реализует изменения на анатомическом, морфологическом и функциональном уровне. При суммировании этих причин следует ожидать ярко выраженного ПУРС, формирующегося в течение короткого времени. Примером максимальной степени может служить развитие в раннем послеоперационном периоде стеноза пилородуоденальной зоны, требующего немедленного оперативного вмешательства.

Представленные данные не могут претендовать на исчерпывающую стратификацию патологических процессов, характерных для синдромов после ушивания прободной пилородуоденальной язвы, но позволяют облегчить процесс прогнозирования течения ЯБ у данного контингента больных. Выделение ПУРС и его клинических форм позволяет оптимизировать решение тактических вопросов диагностики и лечения. Методическое значение ПУРС заключается в том, что изменения, характерные для синдрома, носят постоянный характер, склонны к прогрессированию, в основе их лежат органические причины. У пациентов с ПУРС следует ожидать низкую эффективность консервативного лечения. В этом случае активное

терапевтическое лечение будет являться необходимым этапом подготовки к оперативной коррекции. В идеале необходимо иссекать язвенно-сущую зону с целью нивелировать угрозу развития ПУРС. В послеоперационном периоде выявление признаков, характерных для ПУРС, должно вносить коррективы в определение тактики и служить основанием для показаний к радикальному вмешательству.

Выводы. 1. Полученные результаты свидетельствуют о правомочности выделения синдрома после ушивания пилородуоденальной перфоративной язвы, который приобретает значение дополнительного фактора риска в 24% случаев, изменяющего течение ЯБ в отдаленном периоде, и показывают возможность его нивелирования выполнением такого паллиативного вмешательства, как иссечение ulceronесущей зоны.

2. Основными признаками ПУРС можно считать некупирующиеся клинические, патоморфологические и функциональные изменения гастродуоденальной зоны с преимущественной локализацией в зоне оперативного вмешательства.

3. В послеоперационном периоде выявление признаков ПУРС должно вносить коррективы в определение тактики и служить показанием к радикальному вмешательству.

4. Выбор объема и характера повторного оперативного вмешательства должен учитывать помимо местных морфологических изменений, характер нарушений гастродуоденальной моторики и секреции.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. 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.
2. Емельянов С.И., Матвеев Н.Л., Феденко В.В. Лапароскопическая хирургия желудка.—М.: Медпрактика-М, 2002.—164 с.
3. Комаров Б.Д., Матюшенко А.А., Кириенко А.И. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки // Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / Под ред. В.С.Савельева.—М.: Трида-Х, 2004.—С. 303–326.
4. Кропачева Е.Н., Воробьев М.В., Рудик А.А. и др. Сравнительная оценка моторно-эвакуаторной функции желудка после функциональных операций при осложненных дуоденальных язвах // Хирургия.—2002.—№ 6.—С. 22–26.
5. Кузин М.И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия.—2001.—№ 1.—С. 27–32.
6. Курыгин А.А., Перегудов С.И., Шафалинов В.А., Песикин К.Н. Отдаленные результаты хирургического лечения больных с перфоративными гастродуоденальными язвами // Вестн. хир.—1999.—№ 1.—С. 20–24.
7. Лобанков В.М. Язвенная болезнь желудка и рак (мифы и реальность) // Вестн. хир. гастроэнтерол.—2009.—№ 1.—С. 19–25.
8. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д., Чернякевич С.А. Хирургическое лечение осложненной язвенной болезни // 50 лекций по хирургии / Под ред. В.С.Савельева.—М., 2003.—С. 248–258.
9. Петров В.П. Лечение язвенной болезни: взгляды терапевта и хирурга / Материалы «круглого стола» // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.—2001.—№ 2.—С. 9–16.
10. Плешков В.Г. Хирургическое лечение осложненных ушитых гастродуоденальных перфоративных язв: Метод. реком.—Смоленск, 1991.—17 с.
11. Сацукевич В.Н., Сацукевич Д.В. Факторы риска острых осложнений гастродуоденальных язв.—М.: Либерия, 1999.—416 с.
12. Чухриенко Д.П., Решетов Л.Д., Белый И.С., Бондаренко В.А. Хирургия прободных гастродуоденальных язв.—Киев: Здоровье, 1968.—291 с.
13. Яицкий Н.А., Седов В.М., Морозов В.П. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.—М.: МЕДпресс-информ, 2002.—376 с.
14. Cougard P., Barrat C., Gayral F. et al. Laparoscopic treatment of perforated duodenal ulcers. Results of a retrospective multicentric study. French Society of Laparoscopic Surgery // Ann. Chir.—2000.—Vol. 125.—P. 726–731.
15. Gomes-Ferrer F., Balique J.G., Azagra S. et al. Laparoscopic surgery for duodenal ulcer: first results of a multicentre study applying a personal procedure // Brit. J. Surgery.—1996.—Vol. 83, № 4.—P. 547–550.
16. Millat B., Fingerhut A., Borie F. Surgical treatment of complicated duodenal ulcers: controlled trials // World J. Surg.—2000.—Vol. 24, № 3.—P. 299–306.

Поступила в редакцию 23.09.2009 г.

A.E.Borisov, Yu.E.Veselov, K.D.Rurua

POSTULCERORRHAPHIC SYNDROME: CAUSES OF THE DEVELOPMENT AND PATHOGENETIC FORMS

The article deals with the question of consequences of suturing perforating pyloroduodenal ulcer in late terms in 355 patients. Marking out the postulcerorhaphic syndrome which complicated the course of the ulcer disease in 24.5% of cases and requires the determination of early indications to reoperation was grounded.