Soroka A.K., Shendrikov Yu.M. **Acute appendicitis. rational diagnostics limited health care settings.** *FGI "1477 Naval clinical Fleet Hospital", Vladivostok, Russia.*

On the basis of 1947 case histories of the analysis of the diagnostic effectiveness of clinical, laboratory, instrumental and operational methods for diagnosis of acute appendicitis in patients admitted to the Naval Hospital in Vladivostok in 2000–2010. and crew members of ships in autonomous navigation. The rational version of the diagnosis of acute appendicitis by using the "direct" laparoscopy in the absence of the possibility of using general anesthesia, and perform other instrumental methods of examination.

Keywords: acute appendicitis, "direct" laparoscopy.

Сведения об авторах:

Сорока Анатолий Константинович, канд. мед. наук, заведующий отделением неотложной хирургии ФБУ «1477 ВМКГ флота» г. Владивосток: тел.: 8(423) 271-58-25; e-mail: navidoc@mail.ru.

Шендриков Юрий Михайлович, канд.мед.наук, заведующий отделением онкохирургии «1477 ВМКГ флота» г. Владивосток: тел.: 8(423) 246-77-65.

© А.К. Сорока, 2012
УДК 616.33 + 616.312

Сорока А.К.

РАЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

ФГУ «1477 Военно-морской клинический госпиталь флота», Владивосток

Проведен анализ результатов лечения 79 пациентов, преимущественно молодого возраста, с перфорацией пилородуоденальной язвы (ППДЯ), поступивших во Владивостокский военно-морской клинический госпиталь за период 1998–2008 гг. Показана сравнительная эффективность общепринятых методов диагностики и лапароскопии. Оценены различные варианты оперативного лечения. Предложен способ лапароскопической ликвидации ППДЯ.

Ключевые слова: перфоративная пилородуоденальная язва, лапароскопия.

Введение. Перфорация язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (ППДЯ) среди ургентной хирургической патологии составляет около 1,5%, а среди больных язвенной болезнью, по данным разных авторов, встречается в 5–30% случаев. Летальность при ППДЯ колеблется в пределах 2,8 – 17% [6, 9].

Основными диагностическими критериями ППДЯ является свободный газ в брюшной полости при обзорной рентгенографии и выявленная при фиброгастродуоденоскопии (ФГДС) язва с признаками перфорации. Однако, стертая клиническая картина перфорации (прикрытые и атипичные прободения) встречается до 36% случаев [4,7]. В связи с этим, особую диагностическую значимость приобретает диагностическая лапароскопия, позволяющая верифицировать диагноз, оценить распространенность перитонита и определить дальнейшую лечебную тактику [1, 5, 8].

Как известно, основным методом лечения ППДЯ является оперативный. В исключительных случаях может быть использован метод консервативного лечения по методу Тейлора–Уоренна. Однако, он применим в крайне редких случаях: при агональном состоянии больного, при невозможности выполнения операции ввиду болезни врача, отсутствия необходимого имущества и лекарственных средств [7, 12, 13, 15].

Большинство хирургов считают, что операцией выбора является простое ушивание язвы [4, 7, 10, 11]. Особенно это актуально для пациентов молодого возраста при полном отсутствии или коротком язвенном анамнезе [3, 4]. Предложены лапароскопические методики лечения ППДЯ. Авторы предлагают различные варианты ликвидации перфорации язвы: простое ушивание, тампонаду большим сальником, применение клеевых композиций и синтетических материалов [2, 5, 8, 14].

Целью настоящего исследования явилось определение наиболее рациональных вариантов диагностики и лечения перфоративной пилородуоденальной язвы у лиц молодого возраста.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 79 больных с перфорацией пилородуоденальной язвы, что составило 3,1% от всех экстренно госпитализированных пациентов в отделение неотложной хирургии Владивостокского военно-морского клинического госпиталя за период 1998–2008 гг.

Подавляющее большинство пациентов составили мужчины молодого возраста: до 20 лет – 43 (54,4%), от 21 года до 30 лет – 15 (19%), от 31 года до 40 лет – 7 (8,9%).

В группе пациентов до 21 года ни один не имел язвенного анамнеза, в возрасте 21–30 лет язвенный анамнез до 1 года присутствовал у 2 больных, в возрасте 31–40 лет у 4. У больных старших возрастных групп язвенный анамнез до 1 года отмечен у 2 пациентов и более 1 года у 11. Большинство пациентов (74,6 %) госпитализированы в период 2–5 часов от начала заболевания.

Результаты и их обсуждение. Диагностика ППДЯ не представляла существенных трудностей при типичной картине заболевания, включающую в себя классическую триаду Мондора (язвенный анамнез, «кинжальная боль» в животе, «доскообразный» живот) и сопровождавшуюся явными признаками перитонита. В подавляющем большинстве случаев при атипичной форме заболевания применялось сочетание различных методов диагностики, включающее в себя рентгенологические, эндоскопические исследования и диагностическую лапароскопию.

Среди поступивших больных типичную картину разлитого перитонита имели 63 (79,7%). У 11 (13,9%) имелись признаки местного перитонита, 5 (6,3%) предъявляли жалобы только на боли в области правого подреберья. Признаков перитонита у них не наблюдалось. Клинический анализ крови при поступлении показал отсутствие лейкоцитоза у 12 (15,2%) пациентов, повышение лейкоцитов до 10 х 10^9 мм^3 так же у 12 (15,2%) больных, до 12 х 10^9 мм^3 у 14 (17,7%) и выше 12 х 10^9 мм^3 у 41 (51,9%) больного.

Обзорное рентгенологическое исследование брюшной полости выполнено у 72 (91,1%) больных. Из них у 31 (43,1%) патологии не выявлено, у 34 (47,2%) выявлен свободный газ в брюшной полости. Семи пациентам обзорная рентгенография живота выполнена повторно после ФГДС. При этом свободный газ в брюшной полости появился только у 5 больных.

ФГДС чаще всего выполнялась у пациентов с подозрением на ППДЯ, при отсутствии свободного газа в брюшной полости или предшествовало обзорной рентгенографии по решению дежурного хирурга. Всего выполнено 51 исследование. Из них у 14 (27,5%) пациентов выявлена язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки без признаков перфорации, с признаками перфорации у 30 (58,8%) и исследование оказалось неинформативным виду наличия большого количества пищи в желудке у 7 (13,7%) пациентов.

Диагностическая лапароскопия выполнена у 20 больных. Из них 9 под местной анестезией, 11 под наркозом. Показаниями к лапароскопии явились:

- сомнения в клиническом диагнозе при «стертой» клинической картине и отсутствии других явных признаков перфорации (12);
- при наличии признаков разлитого перитонита с целью определения его источника и оперативного доступа (5);
- для лапароскопической ликвидации ППДЯ и санации брюшной полости (3).

Во всех указанных случаях лапароскопия позволила диагностировать перфорацию пилородуоденальной язвы, уточнить степень распространенности перитонита. Отказ от выполнения лапароскопии при проведении дифференциального диагноза между перфорацией аппендикулярного происхождения и язвенной в трех случаях привел к тому, что ППДЯ выявлена при проведении традиционной аппендэктомии по характеру отделяемого из брюшной полости на фоне неизмененного червеобразного отростка. В результате чего оперативный доступ в правой подвздошной области был изменен на верхнесрединную лапаротомию. После изменения тактики дежурной хирургической службы в сторону расширения показаний к диагностической лапароскопии, подобных случаев больше не было.

Представляют интерес данные о времени установления окончательного диагноза и начале операции от момента поступления больного в стационар при выполнении лапароскопии и без нее (табл. 1).

Таблица 1

Сроки установления окончательного диагноза

СРОКИ УСТАНОВЛЕНИЯ ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА	Количество больных			
	Без лапароскопии		С лапароскопией	
	Абс.	%	Абс.	%
До 30 минут	4	5,1	18	22,8
30 – 60 минут	44	55,7	1	1,3
60 – 90 минут	11	13,8	1	1,3
Всего:	59	74,6	20	25,4

В наших наблюдениях перфорационное отверстие располагалось на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки у 74 (93,7%), на передней стенке пилорического отдела желудка у 4 (5,1%) и на передней стенка гастроэнтероанастомоза у 1 (1,2%) пациента.

У 68 больных (86,1%) имелся разлитой серозно-фибринозный перитонит. Местный серозный перитонит наблюдался у 8 (10,1%), разлитой серозный у 2 (2,5%) и разлитой фибринозно-гнойный перитонит у 1 пациента.

В своей практике, учитывая особенности контин-

гента поступающих больных (преимущественно молодой возраст, отсутствие вовсе или короткий язвенный анамнез), мы применяли паллиативные варианты оперативного лечения ППДЯ (табл. 2).

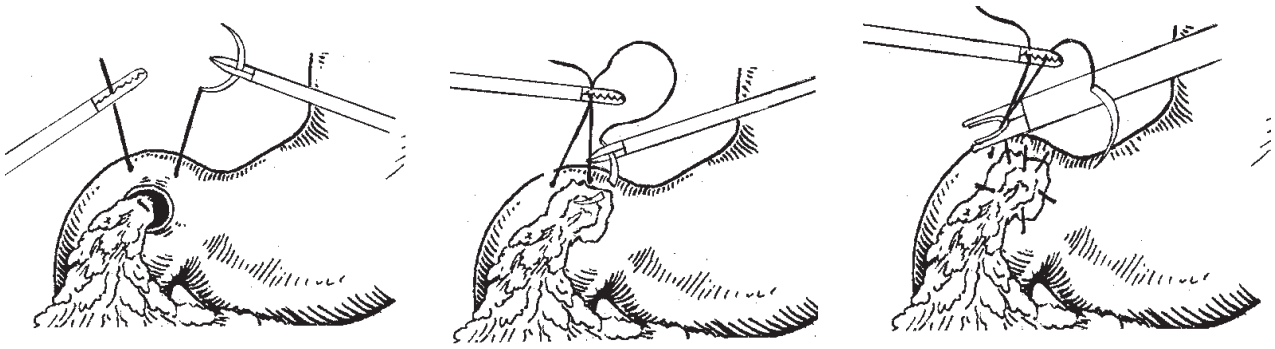
Таблица 2

Варианты оперативного лечения ППДЯ

ВИД ОПЕРАЦИИ	Количество больных	
	Абс.	%
Операция Оппеля-Поликарпова	46	58,3
Ушивание язвы однорядным швом	31	39,2
Лапароскопическая ликвидация перфорации	2	2,5
Всего:	79	100

Предпочтение отдавали способу ликвидации ППДЯ методом тампонирования перфорационного отверстия прядью большого сальника по Оппелю–Поликарпову. Однако, при размере перфорационного отверстия менее 5 мм и невыраженном перифокальном воспалении стенки двенадцатиперстной кишки, использовали ушивание перфорации однорядным швом с последующей фиксацией пряди большого сальника по линии шва. Во всех случаях проводилось дренирование брюшной полости в течение 1–2 суток. Дренажи (1–2) устанавливались к зоне перфорации и в полость малого таза в зависимости от степени распространенности перитонита.

Двое больных оперированы лапароскопически. Использовался собственный вариант ликвидации перфорации ППДЯ из трех проколов передней брюшной стенки (Патент № 2397727 RU, 2008). Методика заключалась в тампонировании перфорации прядью большого сальника одной нитью (рис. 1а). Периферический конец нити далее использовался в качестве держалки. Ей же фиксировался сальник к стенке кишки непрерывным обвивным швом (рис. 1б). В последующем оба конца нити укреплялись титановой клипсой (рис. 1в).



а) б) в)

Рис. 1. Этапы лапароскопической ликвидации ППДЯ.

В плане послеоперационного лечения, независимо от варианта выполненной операции, мы придерживались общепринятым положениям, рекомендованным для лечения данной категории больных: постоянное дренирование желудка в течение суток; комплексное лечение перитонита; полноценная противоязвенная терапия.

В раннем послеоперационном периоде после традиционной операции мы имели три осложнения: кровотечение из стенки двенадцатиперстной кишки в зоне перфорации (остановлено при релапаротомии на 1 сутки), один подпеченочный абсцесс в результате недостаточной санации брюшной полости во время операции и послеоперационную пневмонию у пациента пожилого возраста. Осложнений после лапароскопических операций и летальных исходов не было.

Активизация больных после традиционных операций осуществлялась на 3–4 сутки, после лапароскопических на 0,5–1 сутки. Средний койко–день составил соответственно 11 и 5 суток.

В послеоперационном периоде клинически значимых случаев нарушения эвакуации пищи из желудка и рецидивов перфорации пилородуоденальной язвы не было. Из ранее оперированных больных один через 6 лет госпитализирован с кровотечением из язвы луковицы двенадцатиперстной кишки. Выполнена резекция 2\3 желудка, выписан с выздоровлением. Как было указано выше, диагностика ППДЯ при ее типичных проявлениях не представляла трудностей. В нетипичных случаях проявления заболевания диагностическая ценность обзорной рентгенографии органов брюшной полости в наших наблюдениях не превышала 50%.

В свою очередь, мы высоко оцениваем диагностическую эффективность ФГДС, проведение которой

позволило не только выявить язвенное поражение пилородуоденальной зоны у 44 из 51 обследованного больного, но и позволило определить размеры язвы, ее локализацию, величину зоны перифокального воспаления и другие возможные осложнения язвенной болезни. К отрицательным моментами ФГДС мы относим необходимость присутствие врача – эндоскописта и соответствующего оборудования, увеличение времени установления окончательного диагноза и значительное усиление абдоминального болевого синдрома у исследуемого.

Диагностическая же лапароскопия может быть выполнена при необходимости дежурным хирургом в более сжатые сроки и, в том числе, под местной анестезией. При этом достигается максимальная диагностическая эффективность.

Согласно данным литературы, мы считаем оправданным выполнение паллиативных операций у лиц молодого возраста, отказавшись при этом от ушивания язвенного дефекта двухрядным швом. Так же, на основании данных изученной литературы и имея собственный небольшой опыт, мы считаем лапароскопический вариант ликвидации ППДЯ перспективным, учитывая противопоказания к его применению, наиболее четко, на наш взгляд, сформулированные Ю.Н.Сухопарой (2003):

- длительный язвенный анамнез с неэффективностью консервативного лечения;
- перенесенные ранее осложнения язвы (перфорация, кровотечение);
- разлитой гнойный перитонит:
- пилородуоденальный стеноз любой степени;
- сочетание перфорации и кровотечения из язвы;
- размер перфорационного отверстия более 1,0 см;
- выраженный язвенный инфильтрат;
- расположение перфорационного отверстия вблизи малой кривизны желудка и двенадцатиперстной кишки;
- клинико-эндоскопические признаки малигнизации язвы желудка.

Выводы.

Диагностическая эффективность рентгенологического исследования брюшной полости при ППДЯ не превышает 50%. Фиброгастродуоденоскопия относится к более инвазивным исследованиям и обладает большей диагностической значимостью. Однако наиболее информативным является лапароскопия, диагностическая эффективность которой достигает 100%. Применение диагностической лапароскопии позволило значительно сократить сроки установления окончательного диагноза у подавляющего числа пациентов.

Ликвидация перфорации пилородуоденальной язвы тампонадой по Опелю-Поликарпову или путем ушивания однорядным швом с фиксацией большого пряди большого сальника по линии шва являются надежными способами лечения, не вызывающими впоследствии нарушений эвакуаторной функции желудка.

Предложенный вариант лапароскопической ликвидации перфорации пилородуоденальной язвы нуждается в дальнейшем изучении, однако имеемый опыт позволяет судить о его простоте и надежности, при соблюдении соответствующих противопоказаний к применению.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Горлунов А.В. Лапароскопия в лечении перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки / А.В.Горлунов, Р.В.Шабалин, Г.В.Авилов // Эндоскопическая хирургия. Тезисы докладов VI Всероссийского съезда (Москва 22 – 25 мая 2003 г.). – М.: 2003. С. 44.

2. Дифференцированное применение различных модификаций лапароскопических ушиваний перфоративных язв двенадцатиперстной кишки / В.П.Сажин [и др.] // Эндоскопическая хирургия. 2007. № 1.С. 83.

3. Ивашкин В.Т. Рекомендации по диагностике и лечению язвенной болезни. – М.: 2002. 30 с.

4. Комаров Н.В. и соавт. Хирургическое лечение больных с осложнениями язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в условиях районной больницы // Вестн. хир. 2001. Т.160, № 2. С. 104-106.

5. Краснов О.А., Ооржак О.В. Показания к лапароскопическому ушиванию перфоративных пилородуоденальных язв // Эндоскопическая хирургия. 2005. № 1. С 70.

6. Кузин М.И. Актуальные проблемы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. 2001. № 1. С. 27-32.

7. Курыгин А. А. и соавт. Неотложная хирургическая гастроэнтерология. – СПб.: Питер, 2001. 568 с.

8. Лапароскопическое лечение перфоративных язв в условиях муниципальной больницы / Н.А. Краснолуцкий [и др.] // Эндоскопическая хирургия. 2005. № 1. С 66.

9. Лечение больных с перфоративными пилородуоденальными язвами / Н.С. Утешев [и др.] // Хирургия. 2003. № 12. С. 48-51.

10. Панцирев Ю.М. и соавт. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв // Хирургия. 2003. № 3. С.43-49.

11. Современные возможности в лечении перфоративных гастродуоденальных язв / В.Е.Розанов [и др.] // Воен.-мед. журн. 2002. Том CCCXXIII, № 3. С. 47.

12. Шуркалин Б.К. и соавт. Можно ли не ушивать перфоративную язву? // Вестн. хир. 2001. Т.160, № 2. С. 71-86.

13. Effect of inappropriate initial empiric antibiotic therapy on outcome of patients with community-

acquired intra-abdominal infections requiring surgery / K. Krobot [et all] // Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis. 2004. Vol.23, №9. P. 682–687.

14. Laparoscopic versus conventional suture and abdominal lavage in stomach perforation with peritonitis of various durations / C. Bloechle [et al.] // Langenbecks Arch. Chir. Suppl. Kongress. 1997. Bd. 114, N 8. S. 813-819.

15. Lichtenstein D.R. Approach to the patient with acute upper gastrointestinal Emergencies / D.R. Lichtenstein, M.D. Berman, M.M. Walfe // Ed. M.B. Taylor: Williams & Wilkins, 1997. P. 99-130.

Soroka A.K. **Rational diagnostics and variants of treatment perforating pyloroduodenal ulcers at persons of young age.** *FGU «1477 Naval clinical hospital of fleet», Vladivostok.*

The analysis of results of treatment of 79 patients, mainly young age, with punching pyloroduodenalis ulcers (ППДЯ) is carried out, arrived in the Vladivostok naval clinical hospital during 1998-2008 comparative efficiency of the standard methods of diagnostics and a laparoscopy Is shown. Various variants of operative treatment are estimated. The way laparoscopy is offered liquidation PPDU.

Keywords: perforating pyloroduodenal ulcers, a laparoscopy.

Сведения об авторе:

Сорока Анатолий Константинович, канд. мед. наук, заведующий отделением неотложной хирургии ФБУ «1477 ВМКГ флота» г. Владивосток: тел.: 8(423) 271-58-25; e-mail: navidoc@mail.ru.

© Коллектив авторов, 2012
УДК 617.7-007.681-085.849.19

Тедеева Н. С., *Мельников В. Я., Шишкин В. П., Кузьмина Е.А., Григорьев Д. В.

ЭФФЕКТ ОТ СНИЖЕНИЯ ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ НА РЕТРОБУЛЬБАРНЫЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ

ФБУ «1477 Военно-морской клинический госпиталь флота», Владивосток;
*ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет», Владивосток

Ключевые слова: открытоугольная глаукома, гемодинамические характеристики, снижение внутриглазного давления

Актуальность. Термин открытоугольная глаукома (ОУГ) включает в себя широкий спектр многофункциональных оптических нейропатий, которые характеризуются приобретенной потерей ретинальных ганглиозных клеток и атрофией зрительного нерва, что выражается в нарушениях поля зрения. Повышенное внутриглазное давление (ВГД) – один из основных факторов риска не только в развитии глаукомы (Kass M.A., Heuer D.K, 2002; Gordon M.O., Beiser J. A., 2002), но также и ее прогрессировании (Heijl A., Leske M.C., Bengtsson B.Я., 2002). Тем не менее, в результате исследований по всему миру в течение последних нескольких лет получены данные о сосудистых факторах риска при глаукоме (Carter C.J., Hayreh S. S., FlammerJ. и соавт., 2002–2008).

Однако сохраняется вопрос о том, является ли повреждение глазного тока крови (ГТК) вторичным эффектом, вызванным повышенным ВГД, или свидетельством наличия глаукоматозной оптической нейропатии (ГОН), а, может быть, изменения ГТК – основной независимый от других явлений фактор. Для исследования гемодинамики глаза существует множество как инвазивных, так и неинвазивных методов: офтальмодинамография, офтальмоплетизмография, офтальмосфигмография, реоофтальмография (Астахов Ю. С., 1990; Бунин Ф. Я., 1974). M. Spenceги и J. Reid в 1981 г. описали способ прямого исследования кровотока в глазной артерии (ГА) трансорбитальным доступом при помощи постоянно-волнового допплеровского режима, а в последующем был исследован кровоток в центральной артерии (ЦАС) и центральной вене сетчатки (ЦВС) (Шмырева В. Ф., 1997–2000). Применение допплеровского ультразвукового цветового картирования дало возможность не только визуализировать кровоток в ЦАС, ЦВС, ГА и задних цилиарных артериях (ЗЦА), но и одновременно регистрировать гемодинамические характеристики потока крови в изучаемом сосуде (Харлап С. И., 2000–2003).

Цель исследования. Изучить влияние эффекта снижения ВГД на ретробульбарные гемодинамические характеристики ГА, ЦАС, а также коротких задних цилиарных артерий (ЗКЦА) после снижения ВГД у пациентов с открытоугольной глаукомой (ОУГ).

Материалы и методы. Исследовались 14 человек с первичной открытоугольной глаукомой в начальной, развитой, далеко зашедшей стадиях. Пациентам 1-ой группы (4 человека) проведена синустрабекулэктомия по стандартной методике, 2-й группы (5 человек) – синустрабекулэктомия с применением