

© Коллектив авторов, 2009
УДК 616.342-002.44-06-089

С.Ф.Багненко, А.А.Курыгин, Г.И.Синенченко, А.Е.Демко, С.И.Перегудов

СОЧЕТАННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ИХ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И.Джанелидзе
(дир. — чл.-кор. РАМН проф. С.Ф. Багненко); 2-я кафедра (хирургии усовершенствования врачей)
(нач. — проф. Г.И.Синенченко) Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург

Ключевые слова: язва, двенадцатиперстная кишка, стеноз, перфорация, кровотечение.

Введение. Осложнения язвы двенадцатиперстной кишки в виде сочетания стеноза кишки, кровотечения, перфорации и их хирургическое лечение остаются нерешенной проблемой. В этих случаях пока не существует согласованной лечебной тактики, в результате чего нередко выполняются неадекватные операции, и летальность среди таких больных достигает 34–50% [1, 2, 4, 8, 9].

Мы попытались на своем опыте изучения данной проблемы сформулировать принципы лечения сочетанных язвенных осложнений.

Материал и методы. Работа основана на материалах, касающихся 269 больных, которые распределены на три группы. В 1-ю группу вошли 78 больных с сочетанием стеноза двенадцатиперстной кишки с перфорацией язвы, 2-ю — составили 115 пациентов с сочетанием стеноза и кровотечения, в 3-ю — вошли 76 больных, у которых язвенное кровотечение сопровождалось перфорацией язвы.

Обследование больных, кроме общеклинических анализов, включало обзорную рентгенографию живота, ФГДС, лапароскопию, определение тяжести кровопотери и перитонита, а также общего состояния больного.

Радикальным операциям подверглись 174 (78,7%) больных, из них поддиафрагмальная стволовая ваготомия с дренирующими желудок вмешательствами выполнена 161 (92,5%) больному, резекция желудка — 13 (7,5%) больным. Паллиативные операции выполнены 47 (21,3%) пациентам, находящимся в тяжелом и крайне тяжелом состоянии: из них ушивание перфоративной язвы — 35 (74,4%), операция по Опелю–Поликарпову — 6 (12,8%), изолированная операция по Финнею у больных с декомпенсированным стенозом и крайне тяжелым общим состоянием — у 6 (12,8%). 46 (17,2%) больных с начальными признаками дуоденального стеноза и легкой степенью кровопотери лечились терапевтическими методами.

Результаты и обсуждение. Необходимо обратить внимание на два обстоятельства. Во-первых, в сложных топографоанатомических условиях оперирования по поводу язвы двенадцатиперстной кишки, сопровождающейся одновременно двумя наиболее опасными осложнениями, самым выгодным, по нашему опыту, вмешательством в очаге сочетанных язвенных осложнений может быть пилоропластика по Финнею, выполняемая в обход данного очага. Поддиафрагмальная стволовая ваготомия (Ств), сочетающаяся с операцией Финнея и направленная на подавление кислой желудочной секреции, обеспечивает в этих случаях стойкий эффект лечения.

В первую очередь, мы остановимся на лечении 78 больных, у которых стеноз двенадцатиперстной кишки сопровождался перфорацией язвы. Такое сочетание осложнений наблюдается в 18–30% среди больных с язвой двенадцатиперстной кишки [6]. Резекция желудка в таких случаях сопровождается летальностью до 35%, а среди пациентов старше 60 лет — достигает 56–60% [3]. Наибольшую опасность представляет сочетание декомпенсированного стеноза двенадцатиперстной кишки с перфорацией язвы. Эти больные, как правило, истощены, диагностика бывает затрудненной. Из 78 наших больных такое сочетание осложнений язвы на догоспитальном этапе не было распознано ни разу. В клинике у 66 (84,6%) больных до операции был поставлен диагноз перфоративной язвы и только в 11 (14,1%) случаях — сочетание со стенозом двенадцатиперстной кишки.

Виды хирургических вмешательств в зависимости от тяжести перитонита и степени стеноза двенадцатиперстной кишки представлены в табл. 1 и 2.

Таблица 1

Виды операций в зависимости от тяжести перитонита

Вид операции	Местный перитонит	Разлитой перитонит			Итого
		реактивная фаза	токсическая фаза	терминальная фаза	
Ушивание язвы	1	3	2	2	8 (10,2%)
Ств+ДЖО	10	38	14	–	62 (80%)
Резекция желудка	1	1	–	–	2 (2,2%)
Операция Финнея без ваготомии	–	3	2	1	6 (7,6%)
Всего	12 (15,4%)	45 (57,8%)	18 (23%)	3 (3,8%)	78 (100%)

Примечание. Здесь и табл. 2: Ств — стволовая ваготомия; ДЖО — дренирующая желудок операция.

Из приведенных данных видно, что при крайне тяжелом состоянии больных выполнялись щадящие паллиативные операции, направленные на спасение жизни больного. Кстати, из числа этих больных поправляются до 20–30%. В то же время, в этих критических ситуациях радикальные вмешательства с применением ваготомии оказываются эффективными в 65% случаев.

Среди ранних послеоперационных осложнений в этой группе больных необходимо отметить желудочно-кишечные кровотечения, которые наблюдались у 7 (9%) пациентов. Из других осложнений следует назвать инфаркт миокарда (у 2), разлитой прогрессирующий перитонит (у 1), несостоятельность швов ушитой язвы на фоне терминального перитонита (у 1), пневмонию (у 3). У одного больного при резко выраженном стенозе двенадцатиперстной кишки возникла ее непроходимость в результате ошибочного ушивания перфоративной язвы, на 7-е сутки после операции была выполнена гастроеюностомия. Больной поправился. В этой группе больных умерли 5 (6,4%) человек: от терминального разлитого перитонита (2), острого инфаркта миокарда (2), острой кровопотери из пропущенной «зеркальной» язвы во время ушивания перфоративной язвы (1).

2-ю группу больных составили 115 пациентов, у которых стеноз двенадцатиперстной кишки сочетался с кровотечением, что наблюдается в 18% случаев [5]. Из 115 больных 46, как уже указывалось ранее, лечились терапевтически.

Нами оперированы 69 больных: 42 — в неотложном порядке, 19 — в течение 24 ч после поступления, 8 — в плановом порядке.

Из больных данной группы подверглись стволовой ваготомии с пилоропластикой по Финнею 48, с пилоропластикой по Гейнеке–Микуличу выполнена 18, резекция желудка выполнена 3.

Из ранних послеоперационных осложнений следует отметить механическую непроходимость пилородуоденального канала у больного с резко выраженным стенозом двенадцатиперстной кишки, при котором ошибочно была выполнена пилоропластика по Гейнеке–Микуличу вместо адекватной операции Финнея. На 6-е сутки больному была выполнена повторная операция — гастроеюностомия. Наступило выздоровление. Из других осложнений надо отметить рецидив желудочно-кишечного кровотечения у 5 (7,2%) больных.

Источниками рецидивных кровотечений были: линия швов пилоропластики (у 1 больного), острые эрозии желудка (у 2) и пропущенные при пилоропластике по Гейнеке–Микуличу залуковичные язвы (у 2). В одном случае после резекции желудка наступила несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки, излеченная повторным вмешательством. Двое больных умерли в 1-е сутки после резекции желудка от острого инфаркта миокарда, двое — от крайне тяжелой кровопотери после ваготомии, у одного — причиной летального исхода был инсульт, и еще один больной умер от двусторонней пневмонии.

Таблица 2

Виды операций в зависимости от степени стеноза двенадцатиперстной кишки

Вид операции	Степень стеноза двенадцатиперстной кишки			Итого
	компенсированная	субкомпенсированная	декомпенсированная	
Ушивание язвы	5	3	–	8 (10,2%)
Ств+ДЖО	12	42	8	62 (80%)
Резекция желудка	1	1	–	2 (2,2%)
Операция Финнея без ваготомии	–	4	2	6 (7,6%)
Всего	18 (23,2%)	50 (64%)	10 (12,8%)	78 (100%)

Таким образом, послеоперационная летальность в данной группе больных составила 10,1%. Важно отметить, после неотложных операций умерли 6 больных из 42 (14,3%), а после отсроченных — только 1 (5,2%) из 19, что можно объяснить более интенсивной предоперационной подготовкой.

Сочетание перфорации язвы двенадцатиперстной кишки с язвенным кровотечением считается особо сложной патологией в абдоминальной хирургии, которое наблюдается в 3–10% среди больных с перфоративными язвами [3, 7].

Под нашим наблюдением находились 76 таких больных. Распознавание подобного сочетания осложнений язвы бывает непростым, так как у некоторых больных симптомы перитонита маскируются кровопотерей и, наоборот, клиника перитонита выступает на первый план. Такие ситуации определяются очередностью развития указанных осложнений. По нашим данным, перфорация язвы возникла после начала желудочно-кишечного кровотечения у 45 (59,2%) больных, одновременное появление обоих осложнений наблюдалось у 22 (28,9%), а возникновение кровотечения после перфорации язвы — у 7 (9,2%) больных. Именно указанными обстоятельствами определяется тот факт, что лишь 2 (2,6%) больных поступили в клинику в удовлетворительном состоянии, 39 (51,3%) — в состоянии средней тяжести, 27 (35,4%) — в тяжелом состоянии, 6 (7,9) — в крайне тяжелом, а 2 — в агональном состоянии и умерли без хирургического лечения. Лишь у 23 (30,2%) пациентов до операции нами был поставлен диагноз хронической язвы двенадцатиперстной кишки, осложненной одновременно перфорацией и кровотечением. У остальных 53 (69,8%) больных показанием к неотложной операции были: перфорация полого органа — у 25 (33,8%), желудочно-кишечное кровотечение — у 15 (20,2%), разлитой перитонит — у 11 (14,9%).

Клиническая картина перфорации при сочетании с кровотечением бывает наиболее очевидной, когда она предшествует кровотечению или возникает через значительный промежуток времени после остановки кровотечения.

Нами оперированы 74 больных, из них ваготомия выполнена у 33 (44,5%), резекция желудка — у 8 (10,8%). Паллиативные операции выполнены 33 (44,5%) пациентам: в виде простого ушивания перфорационного отверстия — 13 (17,5%), ушивания с иссечением краев язвы — 14 (18,9%) и операции Опделя–Поликарпова — 6 (8,2%).

Установлено, у 58 (78,4%) из 74 больных с перфорацией и кровотечением источником была одна и та же язва двенадцатиперстной кишки, у 16 (21,6%) — кровотечение возникло из «зеркальной» язвы, из которых у двух эти язвы обнаружены лишь на секции, что случилось после

простого ушивания перфорации, когда широкая ревизия двенадцатиперстной кишки оказывается невозможной. Важно подчеркнуть, что 55 (74,3%) больных оперированы на фоне токсической фазы разлитого перитонита (24,3%), 18 — при средней степени кровопотери (22,9%) и при тяжелой степени — 15 (20,3%). Что касается послеоперационной летальности в данной группе больных, то после резекции желудка из 8 пациентов умерли 4 (50%), после ваготомии — 4 (12,1%) из 33. Причинами смерти больных, подвергшихся резекции желудка, были: инфаркт миокарда (у 1), несостоятельность швов анастомоза при разлитом перитоните (у 1), а смерть 2 больных наступила через 1–2 ч после операции, выполненной при крайне тяжелой кровопотере, что следует считать превышением объема вмешательства.

После ваготомии причинами летальных исходов были: у 1 — несостоятельность швов пилоропластики по Финнею на фоне тяжелого панкреонекроза, повторное вмешательство в виде ушивания несостоятельности оказалось безуспешным, больной умер от интоксикации. У одного больного во время ваготомии вторая, «зеркальная», язва не кровоточила, профилактически не было оснований для ее прошивания, но на 4-й день из нее возникло массивное кровотечение, по поводу которого выполнена резекция желудка, которая закончилась смертью больного через 1 ч после вмешательства. Еще у одной больной в первые 2 сут после ваготомии с пилоропластикой по Гейнеке–Микуличу на фоне длительного применения аспирина перфорировала острая язва залуковичного отдела, больная умерла от перитонита. Наконец, 1 больной умер от острой сердечной недостаточности после ваготомии по поводу перфоративной язвы, сочетающейся с массивной кровопотерей. Этот больной страдал хроническим алкоголизмом.

Следует особо отметить необычайно высокую летальность после вынужденных и ошибочных паллиативных операций при сочетании перфорации дуоденальной язвы с кровотечением — из 33 больных умерли 19 (57,6%), из них самой частой причиной летального исхода было рецидивное кровотечение. У 8 больных рецидив кровотечения возник на фоне тяжелых сопутствующих заболеваний, из-за которых 5 пациентов вынужденно лечились консервативно, и все они вскоре умерли от других причин: панкреонекроз (у 3), разлитой перитонит на почве несостоятельности швов ушитой язвы (у 1), тромбоз сосудов брыжейки тонкой кишки (у 1), медиастинит на почве перфорации дивертикула пищевода (у 1), двое больных доставлены в агональном состоянии, обусловленном разлитым перитонитом и кровотечением и умерли без хирургического вмешательства. Из

указанных 8 больных 4 подверглись повторной операции, оказавшейся безуспешной.

Еще у 5 из 8 больных с рецидивом послеоперационного кровотечения из-за крайне их тяжелого состояния проводилась консервативная терапия, у всех у них источником кровотечения были ушитая (у 4) и острая язва желудка (у 1), все они умерли без повторного хирургического вмешательства. Одна больная 82 лет умерла от кровотечения неясного происхождения.

У двух больных с рецидивом кровотечения удалось справиться консервативными методами.

Наконец, в других случаях причинами летальных исходов были: разлитой перитонит после ушивания перфоративной язвы по Оппелю—Поликарпову, несмотря на повторную операцию; инфаркт миокарда (у 1), ушивание перфоративной язвы на фоне терминальной стадии перитонита.

Таким образом, в группе больных с сочетанием перфорации язвы с кровотечением летальный исход после резекции желудка наступил у 4 (50%) больных из 8, после ваготомии — у 4 (12,1%) из 33, а после паллиативных вмешательств — у 19 (57,6%) больных из 33.

В заключение необходимо обратить внимание на частоту летальных исходов после радикальных и паллиативных вмешательств при сочетанных осложнениях язвы двенадцатиперстной кишки. Из 13 больных, подвергшихся резекции желудка, умерли 6 (46,1%), а из 161 больного, подвергшегося ваготомии в сочетании с дренирующими вмешательствами на желудке, умерли 11 (6,8%). После вынужденных паллиативных операций умерли 22 (46,8%) больных из 47. Общая послеоперационная летальность на 221 оперированного больного составила 17,5% (39 человек).

Самыми частыми причинами летальных исходов были непереносимость самой операции в виде резекции желудка, выполненной на фоне сочетания перитонита с желудочно-кишечным кровотечением, разлитой перитонит в терминальной фазе, а также частый рецидив кровотечения в раннем послеоперационном периоде, главным образом после паллиативных вмешательств в виде ушивания перфоративной язвы без иссечения ее краев. Так, из 20 рецидивных кровотечений у 14 больных они возникли именно после ушивания перфоративной язвы, не позволяющей детально осмотреть просвет двенадцатиперстной кишки, в результате чего пропускаются «зеркальные» и залуковичные кровоточащие язвы. При ушивании перфоративной язвы без иссечения ее краев кровоточащий сосуд в крае язвы нередко не попадает в шов и становится источником кровотечения. Другими причинами летальных исходов являются острые нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы и мозгового кровообращения.

Выводы. 1. Сочетанные осложнения язвы двенадцатиперстной кишки характеризуются особой тяжестью проявления, частыми (до 26%) тяжелыми послеоперационными осложнениями и высокой (до 17,5%) летальностью.

2. Тяжелое состояние больных вынуждает у каждого 5-го из них прибегать к паллиативным вмешательствам, которые сопровождаются послеоперационной летальностью, достигающей 50%.

3. Наиболее рациональным вмешательством у такого рода больных является стволовая поддиафрагмальная ваготомия с пилоропластикой по Финнею, при которой летальность в самых сложных ситуациях составляет 6,8%.

4. Ушивание перфоративной язвы без иссечения ее краев в пределах здоровых тканей следует считать недопустимым.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Горбашко А.И. Ошибки и опасности в диагностике и лечении острых желудочно-кишечных кровотечений язвенной этиологии // Вестн. хир.—1985.—№ 9.—С. 119–125.
2. Демко А.Е. Сочетанные осложнения язвы двенадцатиперстной кишки и их лечение: Дис. ... д-ра мед. наук.—СПб., 2005.—299 с.
3. Перегудов С.И. Хирургическое лечение перфоративных гастродуоденальных язв: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.—СПб., 1998.—38 с.
4. Перегудов С.И., Курыгин А.А. Хирургическое лечение прободных гастродуоденальных язв в пожилом и старческом возрасте // Вестн. хир.—2004.—№ 5.—С. 106–110.
5. Толстокоров А.С., Коваленко Ю.В., Кулакова Е.В. и др. Особенности хирургической тактики у больных с сочетанными осложнениями язвенной болезни // Всерос. конф. хирургов: Материалы.—Саратов, 2003.—С. 221.
6. Fadil A., Moumen M., Bellakhdar A. et al. Les stenoses pyloro-duodenales d'origine ulcereuse a propos de 260 cas // G. Chir Paris.—1992.—Vol. 129, № 1.—P. 27–30.
7. Hurtado-Andrade H. Surgical treatment of peptic ulcer // Rev. Gastroenterol. Mex.—2003.—Vol. 68, № 2.—P. 143–155.
8. Ucccheddu A., Floris G., Altana M.L. et al. Surgery for perforated peptic ulcer in the elderly: Evaluation of factors influencing prognosis // Hepatogastroenterology.—2003.—Vol. 50, № 54.—P. 1956–1958.
9. Watanabe T., Chiba T. Clinical features of peptic ulcer disease in the elderly // Nippon Rinsho.—2002.—Vol. 60, № 8.—P. 1499–1503.

Поступила в редакцию 01.04.2009 г.

S.F.Bagnenko, A.A.Kurygin, G.I.Sinchenko,
A.E.Demko, S.I.Peregudov

ASSOCIATED COMPLICATIONS OF PEPTIC ULCER AND THEIR SURGICAL TREATMENT

Based on an experience with treatment of 269 patients with complicated peptic ulcer the authors came to a conclusion that the most sparing and radical operation was subdiaphragmatic truncal vagotomy with Finney pyloroplasty with lethality of 6.8%. Resection of the stomach and forced palliative interventions such as suturing of perforated and bleeding ulcers resulted in lethal outcomes in more than 50% of them.