



ВОЗМОЖНО ЛИ РАСШИРЕНИЕ ПОКАЗАНИЙ К ПЕРВИЧНО-РАДИКАЛЬНЫМ ОПЕРАЦИЯМ ПРИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЕ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ?

Вачёв А.Н., Адыширин-Заде Э.Э., Фролова Е.В., Дергаль С.В., Козлов А.А.

Самарский государственный медицинский университет

443099, Самара, ул. Чапаевская, д. 89

Тел./факс: 8 (846) 332-16-34, 333-29-76

E-mail: info@samsmu.ru

РЕЗЮМЕ

Был выполнен ретроспективный анализ 365 историй болезней пациентов, поступивших в дежурные хирургические стационары с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки. Все больные были прооперированы в экстренном порядке. Диагноз «гнойный перитонит» был установлен 17% больных, «серозный» — 47,4%, «серозно-фибринозный» — 35,6%. 75,3% выполнены операции ушивания перфоративного отверстия вне зависимости от формы перитонита. Остальным 24,7% — вмешательства, устраняющие как перфорацию, так и воздействующие на патогенез язвенной болезни. При радикальных хирургических вмешательствах, которые выполнялись у отдельных больных даже в условиях гнойного перитонита, летальных исходов отмечено не было. А при ушивании язвенных дефектов летальность составила 14,5%. При этом группы пациентов были сопоставимы по возрасту и тяжести общего состояния. Сделаны выводы о том, что операции ушивания перфоративной язвы применялись неоправданно широко, а большинству пациентов, поступающих в стационар с перфоративной язвой желудка и ДПК, возможно расширение объема хирургического пособия для радикального лечения как возникшего осложнения, так и самой язвенной болезни.

SUMMARY

A retrospective analysis of 365 completed patient records received by the duty surgical hospital with perforated gastric ulcer and duodenal ulcer. All the patients were operated on urgently. Diagnosis of purulent peritonitis was set 17% of patients, "serous" - 47.4%, "seroplastic" - 35.6%. 75.3%, perform suturing of perforated openings, regardless of the form of peritonitis. The remaining 24.7% — interventions that address as a perforation, and the impact on the pathogenesis of peptic ulcer. When radical surgery, which were performed in selected patients even with purulent peritonitis, deaths were reported. And when suturing the ulcer defect lethality was 14.5%. In this group of patients were comparable in age and severity of general condition. It is concluded that that the operations of suturing perforated ulcers were used unnecessarily broad, and the majority of patients admitted to hospital with a perforated stomach ulcer and duodenum may increase the volume of surgical benefit for radical treatment of complications as well as most of peptic ulcer.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки занимает ведущее положение в структуре заболеваний желудочно-кишечного тракта [6; 12; 15; 18]. Несмотря на активное ведение больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) врачами-терапевтами и гастроэнтерологами, процент осложнений от этого заболевания вообще и перфораций в частности увеличивается [2; 5; 10; 11; 14]. При этом число перфораций за последнее десятилетие возросло в три раза, что многие связывают

со снижением оперативной активности в отношении язвенной болезни в плановом порядке [10; 16].

Постулатом является то, что перфорация — это такое осложнение, при развитии которого врач для спасения жизни больного прежде всего обязан выполнить неотложное хирургическое вмешательство, направленное на спасение жизни. При этом минимальным обязательным объемом вмешательства является санация брюшной полости и закрытие перфоративного отверстия. Одни хирурги в надежде



на достаточную фармакотерапию язвенной болезни в послеоперационном периоде, а также с целью уменьшения операционной травмы при перитоните выполняют минимальный объем вмешательства (ушивание дефекта, укрытие его сальником) [3; 9; 13; 15]. Другие предлагают более радикальный подход в хирургии данного осложнения язвенной болезни (ваготомия с пилоропластикой, резекция желудка) [1; 4; 7; 8; 17; 18]. Камнем преткновения в данной ситуации является как наличие сопутствующего перитонита, так и отсутствие возможности в экстренном порядке определить объем необходимого радикального вмешательства с точки зрения лечения язвенной болезни. Именно наличие перитонита многих врачей останавливает от патогенетического хирургического воздействия на язвенную болезнь, склоняя их к мало-травматичным вмешательствам, к так называемым операциям «во спасение жизни». Таким образом, объем оперативного вмешательства при перфоративной язве желудка и ДПК однозначно не определен.

Цель исследования — определить, возможно ли расширение показаний к первично-радикальным операциям с точки зрения патогенетического лечения язвенной болезни при перфоративной язве желудка и ДПК на фоне имеющегося перитонита.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Был выполнен ретроспективный анализ историй болезней за 2002–2006 годы. Изучались сроки поступления больных с момента перфорации и формы перитонита на основании протоколов операций, объемы выполненных вмешательств и исходы лечения.

Всего за пять лет в три хирургических стационара города с верифицированными язвенными перфорациями желудка и ДПК поступило 365 человек, из них с перфорацией желудка — 59 (16,2%), перфорацией ДПК — 306 (83,8%).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Прежде всего нами были изучены сроки поступления больных в стационары с момента перфорации (диагр. 1).

Оказалось, что из всех поступивших большинство госпитализировалось в сроки до 6 часов — 225 человек (61,6%). Очевидно, что эта благоприятная тенденция связана как с наличием выраженного болевого синдрома в начале заболевания, так и с высоким уровнем диагностики этой патологии врачами скорой помощи. В сроки от 7–12, 13–18 и до 24 часов процент поступивших снижается соответственно до 16,4, 6,3 и 4,4%. Но при этом обращает на себя внимание группа больных, поступающих в стационар позднее суток с начала заболевания, которую составили 41 человек (11,3%). При детальном анализе этой группы нами было выявлено, что в нее попадают чаще люди социально неадаптированные, пожилые (старше 75 лет) и молодые пациенты с открытой перфорацией, когда нет резко выраженной

клинической манифестации. Самый длительный срок поступления в стационар составил 7 суток, это был больной без определенного места жительства.

Затем мы провели оценку того, какой тип перитонита был у пациентов, поступивших в стационары.

Из всех поступивших с перфоративной язвой серозный перитонит был диагностирован у 173 (47,4%), серозно-фибринозный перитонит — у 130 (35,6%), а гнойный — у 62 (17,0%). Таким образом, гнойного перитонита не было у 303 (83%) больных. В группе поступивших в первые 6 часов серозный перитонит был выявлен у 57,3%, у 35,5% выпот носил серозно-фибринозный характер, у 7,2% диагностирован гнойный перитонит (диагр. 2).

В последующие временные промежутки поступления больных соотношение перитонитов постепенно изменялось в пользу гнойного. В срок более 24 часов число пациентов, поступавших с гнойным процессом в брюшной полости, было преобладающим. Но и в этой группе были отмечены пациенты с серозным (4,9%) и серозно-фибринозным (21,9%) перитонитом.

Нами также было проанализировано, какой объем хирургического вмешательства выполнялся у больных с разными формами перитонитов. При этом все хирургические вмешательства были разделены на радикальные и паллиативные. К паллиативным мы отнесли вмешательства, которые не оказывали какого-либо влияния на патогенез язвенной болезни и были направлены только на закрытие дефекта полого органа, — это ушивание перфоративного отверстия и /или укрывание его прядью сальника. Радикальными мы считали вмешательства, которые так или иначе оказывали влияние на течение язвенной болезни, — это различные виды ваготомий с пилоропластикой, резекции, а также их комбинации (табл. 1).

Таким образом, большинство выполненных вмешательств следует отнести к паллиативным 275 (75,3%), которые были выполнены при перитоните различной степени выраженности.

Для проверки предположения о том, возможно ли при перфоративной язве расширение показаний к радикальным операциям, мы проанализировали результаты лечения тех больных, у которых на момент операции уже развился гнойный перитонит. Для этого мы разделили пациентов с гнойным перитонитом на две группы. Группу I составили пациенты, которым выполняли паллиативные операции, группу II — пациенты, которым выполняли радикальные операции.

Статистический анализ проводился с использованием *t*-критерия Стьюдента и точного критерия Фишера. Сравнимые группы оказались сопоставимы ($p > 0,05$) по полу, возрасту, среднему времени с момента перфорации и среднему койко-дню. Достоверное различие ($p < 0,05$) было получено при анализе среднего времени операции. Радикальные операции длились в среднем на 34,7 минуты дольше, чем паллиативные. В то же время пациенты группы II достоверно меньше времени проводили в отделении реанимации (табл. 2).

Диаграмма 1

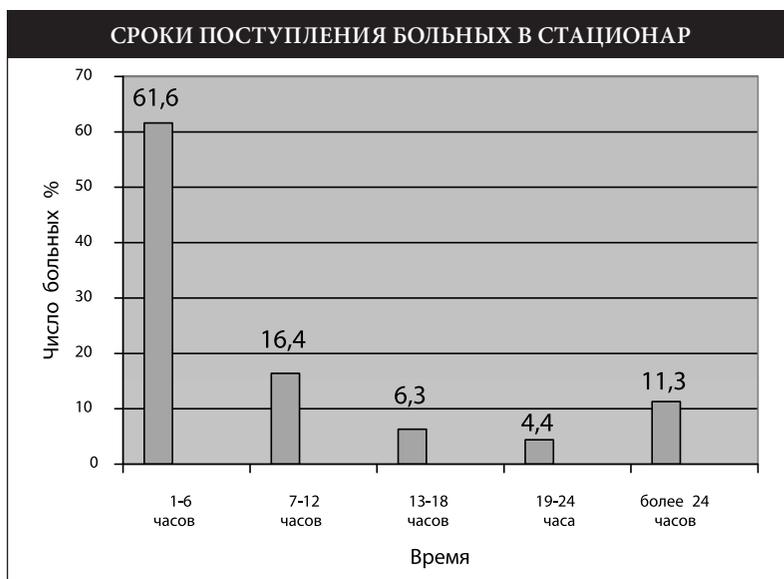


Диаграмма 2



Таблица 1

ОБЪЕМ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ РАЗНЫХ ФОРМАХ ПЕРИТОНИТА			
	Серозный	Серозно-фибринозный	Гнойный перитонит
Радикальные операции	47 (27,2%)	37 (28,5%)	6 (9,7%)
Паллиативные операции	126 (72,8%)	93 (71,5%)	56 (90,3%)
Итого	173 (100%)	130 (100%)	62 (100%)

При этом следует отметить, что летальных исходов у больных, которым при гнойном перитоните были выполнены радикальные операции, не было. А вот среди тех, кому выполнялись операции ушивания язвы, погибло 9 (14,5%) человек. Причинами летальных исходов были: у 7 — несостоятельность швов и послеоперационный перитонит, у 2 — инфаркт миокарда.

ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Прежде всего мы хотели бы обсудить вопрос о том, возможно ли при перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки выполнить радикальную

операцию с точки зрения лечения язвенной болезни, и если возможно, то от чего это зависит.

Нами было установлено, что доминирующее число людей поступало в стационары до 6 часов и перитонит при этом расценивался как серозный и серозно-фибринозный. Оказалось, что реальное возрастание числа больных с гнойным перитонитом наблюдается после поступления через 19 – 24 часа с момента перфорации. Поэтому, с нашей точки зрения, у подавляющего числа госпитализированных (303 человека, или 83%), которым диагностирован серозный или серозно-фибринозный перитонит, имелась реальная возможность выполнения радикальной операции не только

Таблица 2

ХАРАКТЕРИСТИКА СРАВНИВАЕМЫХ ГРУПП ПАЦИЕНТОВ			
	Группа I	Группа II	Статистический анализ
Средний возраст (лет)	50,4	43,8	Нет различия
Мужчины	38 (67,8%)	4 (66,7%)	Нет различия
Женщины	18 (32,2%)	2 (33,3%)	Нет различия
Средний срок, прошедший с момента перфорации (часов)	17	20,6	Нет различия
Средняя продолжительность операции (минут)	59	93,7	Есть различия
Средний койко-день ОРИТ	8,7	3,9	Есть различия
Средний койко-день	11	13,7	Нет различия
Летальный исход	9 (14,5%)	0	Есть различия

для спасения больного, но и для возможности патогенетического воздействия на язвенную болезнь. А выполнено это было только 24,7% больных. При этом летальность в группе больных с гнойным перитонитом, которым были выполнены радикальные операции, 0, а в группе больных, которым проводили ушивание язвенного дефекта, умерло 9, летальность составила 14,5%. Следовательно, не только и даже не столько форма перитонита должна быть определяющей при выборе лечебной тактики. Мы полагаем, что при возможностях современной медицины процент выполненных операций ушивания язвенного дефекта сохранится неоправданно высоким. С нашей точки зрения, при современных возможностях антибиотикотерапии серозный и серозно-фибринозный перитонит вообще не должен рассматриваться как фактор, ограничивающий хирурга в выборе объема операции при перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки. Выполненное исследование ясно показало, что тактика хирурга уже не всегда зависит от времени поступления больных в стационар с начала заболевания и формы перитонита, установленного в момент операции. Чаще «по традиции» выполняется воздействие на дефект полого органа, а не на процесс, приводящий к его возникновению. При этом примеры успешного радикального подхода к хирургическому лечению язвенной болезни нами были отмечены при любых формах перитонита, и они достаточно убедительны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллаев Д. С. Опыт хирургического лечения язвенной болезни желудка // Хирургия. — 1999. — № 8. — С. 8–11.
2. Богер М. М. Язвенная болезнь. Современные аспекты этиологии, патогенеза, саногенеза. — Новосибирск: Наука, 1986. — 256 с.
3. Бронштейн П. Г. и др. Механический шов перфоративной язвы // Хирургия. — 2007. — № 9. — С. 23–25.
4. Головин Р. А., Гостищев В. К., Евсеев М. А. Перфоративные гастродуоденальные язвы: взгляд на проблему // Рус. мед. журн. — 2005. — С. 25.

Без сомнения, следует говорить и о том, что, выполняя пациенту паллиативную операцию, мы обрекаем его на последующее длительное и дорогостоящее лечение язвенной болезни, которое по каким-то причинам (экономическим, социальным) не проводилось этим больным до развития перфорации, и нет никакой гарантии, что такое лечение будет проводиться этому пациенту впредь.

Другое дело больные, у которых первоначально был диагностирован гнойный перитонит. По нашим данным, их количество составило 17%. Вероятнее всего, именно к этой группе больных следует выработать дифференцированный подход. Полагаем, что и в этой группе будут пациенты, которым выполнение радикальной операции также не противопоказано.

ВЫВОДЫ

1. При выборе объема хирургического вмешательства у больных с перфоративной язвой желудка и ДПК следует ориентироваться не на время, прошедшее с момента перфорации, а на такие факторы, как форма развившегося перитонита и тяжесть сопутствующей патологии.
2. Большинству больных, поступающих в стационар с перфоративной язвой желудка и ДПК, в современных условиях возможно расширение объема хирургического пособия для радикального лечения не только возникшего осложнения, но и самой язвенной болезни.

5. Григорьев П. Я. Классификация и номенклатура гастродуоденальных язв. — М., 1990. — С. 9–16.
6. Ефименко Н. А., Стойко Ю. М., Курыгин А. А. Перфоративные гастродуоденальные язвы: Патогенез осложнений, их профилактика и лечение. — М. — СПб., 2001. — 192 с.
7. Курыгин А. А. Ваготомия в хирургической гастроэнтерологии: легенды и действительность // Вестн. хирургии. — 2006. — № 4. — С. 83–86.

8. *Курыгин А. А., Перегудов С. И.* Спорные вопросы хирургического лечения перфоративных гастродуоденальных язв // Хирургия. — 1999. — № 6. — С. 15–19.
9. *Левин Л. А., Пешехонов С. И.* Выбор и результаты лапароскопического ушивания перфоративных гастродуоденальных язв // Вестн. хирургии. — 2006. — № 4. — С. 70–73.
10. *Лобанков В. М.* Хирургия язвенной болезни на рубеже XXI века // Хирургия. — 2005. — № 1. — С. 58–64.
11. *Панцырев Ю. М., Михалев А. И., Федоров Е. Д.* Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв // Хирургия. — 2003. — № 3. — С. 43–49.
12. *Пиманов С. И.* Эзофагит, гастрит и язвенная болезнь. — М.: Мед. книга, 2000. — 378 с.
13. *Потапов Л. В., Семенов Д. Ю., Ушверидзе Д. Г.* и др. Отдаленные результаты ушивания перфоративных пилородуоденальных язв // Вестн. хирургии. — 2005. — № 5. — С. 40–42.
14. Резолюция Всерос. конф. хирургов «Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки». — Саратов, 2003.
15. *Савельев В. С.* Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. — М.: Мед. книга, 2004. — 640 с.
16. *Федоров В. Д.* Доклад главного хирурга России // Всерос. конф. по проблемам хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. — Саратов, 2003.
17. *Шиленок В. Н., Зельдин Э. Я., Приступа Ю. В.* Лечение прободных гастродуоденальных язв // Хирургия. — 1999. — № 2. — С. 11–13.
18. *Юдин С. С.* Этюды желудочной хирургии. — М.: Бином, 2003. — 423 с.