

© В.И.Мидленко, А.Л.Чарышкин, 2007
УДК 616.33/.342-002.44-007.251-089

В.И.Мидленко, А.Л.Чарышкин

ВЫБОР ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ ПРИ БОЛЬШИХ ПЕРФОРАТИВНЫХ ОТВЕРСТИЯХ И С СОЧЕТАННЫМИ УЛЬЦЕРОГЕННЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Кафедра госпитальной хирургии (зав. — проф. В.И.Мидленко) Института медицины, экологии и физической культуры Ульяновского государственного университета

Ключевые слова: перфоративные гастродуоденальные язвы, пластика, сочетанные осложнения.

Введение. По данным литературы, перфорация гастродуоденальных язв сочетается одновременно с кровотечением в 2,7–10% наблюдений по отношению к общему числу перфоративных язв, перфорация и стеноз — в 1,5–7% [3], летальность при этом достигает 48% [2]. Больные с перфоративными гастродуоденальными язвами с сочетанными осложнениями поступают в стационары, как правило, в крайне тяжелом состоянии, когда радикальная операция неосуществима. Выбор оперативного пособия у данной категории больных остается актуальным. Описанные в литературе методики гастродуоденопластики [1, 4, 5] имеют существенные недостатки, поэтому не нашли применения в клинической практике.

При сочетании перфорации с другими осложнениями язвенной болезни (стеноз, кровотечение), а также при больших перфоративных отверстиях нами разработаны оригинальные оперативные пособия.

Материал и методы. На основании проведенных экспериментальных исследований (на 12 кроликах), были разработаны варианты пластики язв серозно-мышечным лоскутом путем туннелизации, при этом было показано, что при пластическом закрытии перфоративной язвы отсутствует деформация и нарушение проходимости просвета двенадцатиперстной кишки (ДПК), репаративный процесс проходит активнее, чем при ушивании, что явилось основанием для их применения в клинической практике.

1. «Способ пластики перфоративной гастродуоденальной язвы серозно-мышечным лоскутом путем туннелизации» (патент № 2251984). Данный способ применяем при больших перфорациях (более 0,5 см). Этот технический

результат достигается тем, что, отступя 2 см проксимально и дистально от прободного отверстия, производят по два разреза серозной оболочки длиной 2–3 см параллельно циркулярным волокнам (рис. 1). Через оба разреза с каждой стороны от перфорации в мышечном слое тупо осуществляется туннелизация до отверстия. Выкраивают из стенки желудка серозно-мышечный лоскут на ножке так, чтобы она была на 1 см проксимальнее верхнего разреза, отпрепаровывают его, проводят через туннель, накладывают на язвенный дефект серозной оболочкой и фиксируют по краям рассеченной серозной оболочки, сшивают по периметру лоскут со стенкой желудка узловыми швами, не захватывая слизистую и

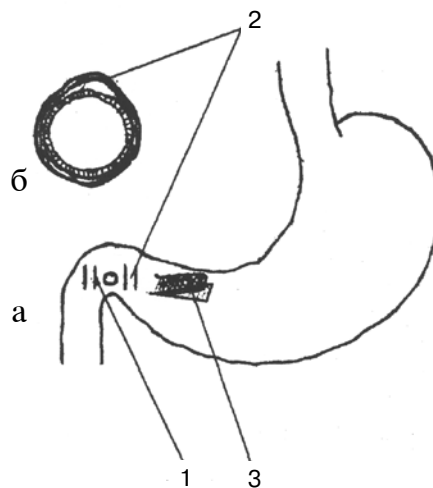


Рис. 1. Пластика перфоративной гастродуоденальной язвы серозно-мышечным лоскутом путем туннелизации.

а — выкраивание и мобилизация серозно-мышечного лоскута на ножке, выполнены разрезы для формирования туннеля; б — произведен туннель в мышечном слое (вид в разрезе). 1 — выполнены разрезы для формирования туннеля; 2 — туннель в мышечном слое; 3 — серозно-мышечный лоскут на ножке.

подслизистую оболочку. Затем укрывают дефект на месте выкроенного лоскута путем подшивания пряди большого сальника.

Задачей способа пластики перфоративных гастродуоденальных язв серозно-мышечным лоскутом путем туннелизации является снижение сроков заживления, повышение надежности и герметичности швов, что улучшает кровоснабжение в данной зоне, исключит деформацию стенки органа и нарушение эвакуаторной функции желудка. На слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки не остается ни одной лигатуры, которая препятствовала бы регенерации.

2. *Расширяющая дуоденопластика пилорoduоденальной язвы, осложненной перфорацией и стенозом, серозно-мышечным лоскутом на ножке, путем дуоденотомии и туннелизации* (решение Роспатента регистрации заявки № 2005121724 от 12.07.2005 г., приоритет от 11.07.2005 г.). Задачами способа расширяющей дуоденопластики и пластического замещения дефекта гастродуоденальной зоны являются при сочетании осложнений пилорoduоденальных язв — перфорации и стеноза, устранить сужение ДПК, повысить надежность и герметичность швов, при этом улучшить кровоснабжение в данной зоне, исключить деформацию стенки органа и нарушение эвакуаторной функции желудка. Результат достигается тем, что через центр перфоративного отверстия делается продольная дуоденотомия до слизистой оболочки длиной от 2 до 4 см через стеноз с экономным иссечением некротизированных краев перфорации. Далее, как по способу 1, выкраивают из стенки желудка серозно-мышечный лоскут на ножке и через туннель в стенке ДПК (см. рис. 1) накладывают на продольную дуоденотомию серозной оболочкой и путем тракции за серозно-мышечный лоскут, продольный разрез превращают в поперечный до соприкосновения краев, в таком положении лоскут фиксируется по краям рассеченной серозной оболочки. Сшивают по периметру лоскут со стенкой ДПК узловыми швами, не захватывая слизистую и подслизистую оболочки. Затем укрывают дефект на месте выкроенного лоскута путем подшивания пряди большого сальника.

3. *Способ пластики перфоративной гастродуоденальной язвы серозно-мышечным лоскутом на ножке путем туннелизации с иссечением язвенного дефекта* (решение Роспатента регистрации заявки № 005121723 от 12.07.2005 г., приоритет от 11.07.2005 г.). Задачей способа является удаление язвенного дефекта, что позволяет его применять при сочетанном осложнении перфорацией и кровотечением, снижает сроки заживления, значительно повышает надежность и герметичность швов, при этом улучшает кровоснабжение в данной зоне, исключает деформацию стенки органа и нарушение эвакуаторной функции желудка. Данный результат достигается тем, что на расстоянии 1 см от края перфоративного отверстия производится иссечение язвенного дефекта. Отступя 0,5 см проксимальнее и дистальнее от края раны производят по два разреза серозной оболочки длиной 2–3 см параллельно циркулярным волокнам. Далее, как по способу 1 (см. рис. 1), выкраивают из стенки желудка серозно-мышечный лоскут на ножке, проводят через туннель, накладывают на рану серозной оболочкой и путем тракции за серозно-мышечный лоскут края раны сопоставляют, в таком положении лоскут фиксируют по краям рассеченной серозной оболочки, сшивают по периметру лоскут со стенкой ДПК узловыми швами, не захватывая слизистую и подслизистую оболочки. Затем укрывают дефект на месте выкроенного лоскута путем подшивания пряди большого сальника.

В период с 2004 по 2006 г. оперированы по данным методикам 30 пациентов (1-я группа). 2-ю группу (30 больных) за

данный период составили пациенты после ушивания перфоративных гастродуоденальных язв. Сочетанных осложнений во 2-й группе не было.

Результаты и обсуждение. В 1-й группе из 30 больных перфоративная язва желудка (в привратнике) была у 12 пациентов, перфоративная язва ДПК — у 18. 20 больных поступили через 12–24 ч с момента заболевания, 10 — спустя 24 ч. Диаметр перфоративного отверстия у 11 пациентов составил от 0,5 до 1 см, у 19 — от 1,2 до 2,3 см. Перфорация и кровотечение были у 10 больных, стеноз и перфорация — у 10 (у одного пациента стеноз был в стадии декомпенсации). У всех больных с сочетанными осложнениями заболевание сопровождалось вторичным распространенным фибринозно-гнойным перитонитом. У 10 человек в данной группе при больших перфорациях (более 0,5 см) мы применяли 1-й способ из описанных выше, у 10 — при сочетании перфорации и стеноза выполняли расширяющую дуоденопластику пилорoduоденальных язв по 2-му способу, у 10 — при сочетании перфорации и кровотечения выполняли пластику перфоративных гастродуоденальных язв по 3-му способу.

Во 2-й группе перфоративная язва желудка (в привратнике) была у 3 пациентов, перфоративная язва ДПК — у 27. 2 больных поступили через 12–24 ч с момента заболевания, 18 — до 6 ч. Вторичный распространенный фибринозно-гнойный перитонит имелся у 2 больных. Диаметр перфоративного отверстия у 15 пациентов составил от 0,3 до 0,5 см, у 5 — от 0,6 до 1 см. Сочетанных осложнений не было.

Перед оперативным вмешательством пациентам, у которых при рентгенографии не обнаружен свободный газ в брюшной полости или при подозрении на сочетанное осложнение (стеноз, кровотечение), выполняли фиброгастродуоденоскопию (ФГДС). В послеоперационном периоде все больные получали противоязвенную терапию. Эрадикационная терапия в отношении *Helicobacter pylori* проводилась всем пациентам [5].

Всем больным, при отсутствии противопоказаний, на 8–9-е сутки после оперативного вмешательства с целью выявления язвенного дефекта и определения тактики лечения выполнена ФГДС. У пациентов (2-й группы) после ушивания перфоративных гастродуоденальных язв в раннем послеоперационном периоде у 62,9% пациентов остается язвенный дефект, у больных (1-й группы) после пластического закрытия перфорации без полного иссечения язвенного дефекта он сохранялся у 73,3%. Анализ полученных результатов показал, что умеренная и выраженная деформация, нарушение проходимости пилорoduоденальной зоны отсутствуют в 1-й группе больных (рис. 2).

Во 2-й группе у 15 пациентов с диаметром перфорации от 0,3 до 0,5 см имелась умеренная

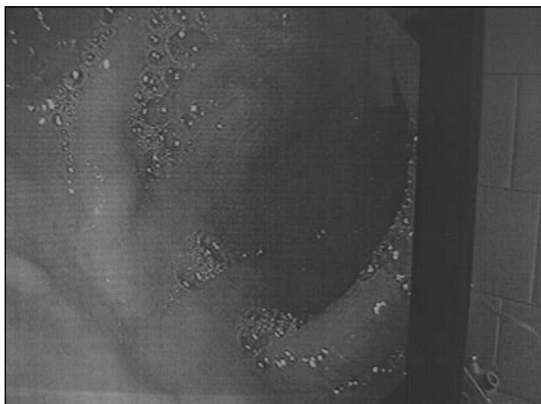


Рис. 2. Эндоскопическая картина после пластики перфоративной язвы ДПК серозно-мышечным лоскутом путем туннелизации.



Рис. 3. Эндоскопическая картина после ушивания перфоративной язвы ДПК.

деформация, а выраженная деформация с нарушением проходимости пилорoduodenальной зоны — у 5 с перфорацией от 0,6 до 1 см (рис. 3).

При сопоставлении данных по срокам заживления язвенного дефекта после ушивания перфораций и противоязвенного лечения выявлено, что заживление язвенных дефектов во 2-й группе больных наступало на $(21,3 \pm 0,3)$ -й день, а у пациентов после пластического закрытия перфоративных язв заживали достоверно раньше ($p < 0,001$) — на $(12,4 \pm 0,2)$ -й день.

Осложнений в послеоперационном периоде в 1-й группе не было. В раннем послеоперационном периоде во 2-й группе больных развилось грозное осложнение — кровотечение из ушитой язвы (у 2 пациентов) и у 1 — источником кровотечения оказалась зеркальная язва двенадцатиперстной кишки. Кровотечение остановлено путем эндоскопического лечения (клеевые аппликации). Нарушение моторно-эвакуаторной функции желудка наблюдалось у 14 больных.

Отдаленные результаты в сроки от 3 мес до 1 года изучены у всех пациентов, рецидива язвенной болезни не выявлено в 1-й группе. Во 2-й группе рецидив язвенной болезни за данный период наблюдался у 12 больных.

Таким образом, наличие открытых язвенных дефектов в раннем послеоперационном периоде у большего числа больных в 1-й группе (73,3%) не ухудшает результаты лечения, наоборот, благодаря пластическому закрытию перфораций отсутствует деформация пилорoduodenальной зоны, что снижает риск осложнений и рецидив язвенной болезни.

Выводы. 1. Предложенные способы пластики перфоративных гастрoduodenальных язв с сочетанными осложнениями (стеноз, кровотечение) восстанавливают проходимость пилорoduodenальной зоны, обеспечивают надежный гемостаз. В сравнении с ушиванием исключают возникновение деформации и стенозирование пилорoduodenальной зоны в послеоперационном периоде, в том числе у больных с перфоративным отверстием диаметром более 1 см.

2. Заживление язвенных дефектов после пластики перфоративных гастрoduodenальных язв путем туннелизации в сравнении с ушиванием наступает в среднем на 9 сут раньше.

3. Пластика перфоративных гастрoduodenальных язв туннелизации в сравнении с ушиванием снижает ранние послеоперационные осложнения и рецидив язвенной болезни в сроки от 3 мес до 1 года.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Земляной А.Г. Резекция желудка.—Л.: Медицина, 1973.—191 с.
2. Курыгин А.А., Стойко Ю.М., Багненко С.Ф. Неотложная хирургическая гастроэнтерология: Руководство для врачей.—СПб.: Питер, 2001.—480 с.
3. Мышкин К.И., Лагун М.А. Перфоративные гастрoduodenальные язвы.—Саратов: Изд-во Саратовск. ун-та, 1983.—166 с.
4. Оноприев В.И. Этюды функциональной хирургии язвенной болезни.—Краснодар, 1995.—293 с.
5. Яицкий Н.А., Седов В.М., Морозов В.П. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.—М.: МЕДпресс-информ, 2002.—С. 138–169.

Поступила в редакцию 24.11.2006 г.

V.I.Midlenko, A.L.Charyshkin

DECISION ON THE OPERATIVE TREATMENT OF GASTRODUODENAL ULCERS IN PATIENTS WITH LARGE PERFORATED OPENINGS AND WITH ASSOCIATED ULCEROGENIC COMPLICATIONS

Optimal kinds of surgical treatment were developed for perforated gastroduodenal ulcers and associated complications (stenosis, bleeding), with large perforated openings in patients with high risk of radical operative treatment. The method was used in operations on 30 patients. The second group consisted of 30 patients after suturing perforated gastroduodenal ulcers. Healing of ulcer defects after plasty of the perforated gastroduodenal ulcers by tunneling was noted 9 days earlier on average as compared with suturing.