

© Коллектив авторов, 2011  
УДК 616.33/.342-002.44-007.251-089

В.Н. Репин, Л.М. Костылев, С.Н. Поляков, Н.А. Матвеева

## ВЫБОР ОПЕРАЦИИ ПРИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВАХ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Кафедра хирургических болезней (зав. — проф. В.Н. Репин) педиатрического и стоматологического факультетов  
ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера Росздрава»

**Ключевые слова:** перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, выбор операции.

**Введение.** Язвенная болезнь (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) остается актуальной проблемой. Современное комплексное лечение не привело к уменьшению осложнений, угрожающих жизни больного. Лечение больных как с перфоративными, так и кровоточащими язвами остается сложной хирургической проблемой [2, 3, 5].

После ушивания перфорации с рекомендацией последующего консервативного лечения 60–80% больных продолжают страдать ЯБ, нередко с возникновением повторных осложнений. Наиболее радикальной операцией при прободной язве является резекция желудка, которая многими хирургами рассматривается как опасная операция [6]. Более безопасной операцией при прободной язве ДПК считают стволовую ваготомию в сочетании с ушиванием или иссечением язвы [1, 4, 5]. Однако с учетом ее негативных отдаленных последствий она вряд ли оправдана у больных молодого возраста, у которых чаще всего и происходит перфорация язвы.

Самым щадящим вариантом оперативного лечения перфоративной язвы ДПК является ушивание перфорации в сочетании с селективной проксимальной ваготомией (СПВ). Большой опыт применения СПВ в плановой хирургии показал эффективность ее в лечении ЯБ [7, 8]. К настоящему времени имеется достаточно большой опыт применения СПВ и при перфоративных язвах [7, 9–11]. Летальность после СПВ в сочетании с ушиванием перфорации не отличается от показателей при изолированном ушивании язвы.

Таким образом, к настоящему времени существенно расширился выбор варианта операции

при перфорации язвы желудка и ДПК. Каждая из предлагаемых операций оправдана в определенной ситуации. Ушивание перфорации надо считать вынужденной операцией при запущенном перитоните и у больных с декомпенсацией сопутствующей патологии. Остальным больным желательно выполнить радикальную операцию.

Цель исследования — обосновать оптимальную тактику оперативного лечения ЯБ желудка и ДПК, осложненной перфорацией.

**Материал и методы.** В представленной работе проанализированы результаты оперативного лечения 776 больных с перфоративными гастродуоденальными язвами с 1990 по 2007 г. Из указанного числа больных у 723 (93,2%) человек диагностирована прободная язва ДПК и лишь у 53 (6,8%) — желудка. Возраст больных был в пределах от 15 до 83 лет, 67,8% больных — в возрасте от 20 до 50 лет.

Важнейшее значение как в диагностике, так и хирургической тактике, имеют сроки госпитализации. В анализируемой группе больных 613 (79%) пациентов были госпитализированы в первые 6 ч с момента перфорации. Классическая картина перфоративной язвы, известная большинству хирургов, позволила поставить правильный диагноз при поступлении у 25,5% больных. Облегчает диагностику перфорации наличие язвенного анамнеза. Из числа наших больных язвенный анамнез отсутствовал у 48,4%, у 32% — был в пределах до 5 лет, у 9,6% — до 10 лет и у 10% — свыше 10 лет.

Особое значение в диагностике перфоративных язв придается рентгенологическому обследованию. Обзорная рентгенография брюшной полости проведена у 396 больных, но свободный газ под диафрагмой выявлен лишь у 40,5% больных. Наиболее информативным методом диагностики в сомнительных случаях считаем лапароскопию. Имея возможность провести это исследование в любое время суток, диагноз перфоративной язвы был подтвержден лапароскопией у 202 (26%) человек, в том числе у большинства пациентов с прикрытой перфорацией — у 49 (6,3%). У 52 (6,7%) больных перфорация сопровождалась кровотечением, которое чаще ей предшествовало.

Из 776 пациентов операция ушивания перфоративной язвы проведена у 165 (21,3%), в том числе у 9 — с

## Осложнения операций по поводу перфоративных язв

Осложнения	Варианты операции			Итого
	ушивание перфорации	резекция желудка	СПВ	
Гнойные осложнения:				34
прогрессирующий перитонит	6	2	–	8
абсцессы брюшной полости	1	3	4	8
несостоятельность швов	2	4	1	7
нагноение раны	5	2	4	11
Кровотечение в брюшную полость или просвет ЖКТ:				6
повреждение селезенки	–	1	–	1
кровотечение из ушитой язвы	2	–	–	2
кровотечение из острой язвы культи желудка	–	3	–	3
Легочно-сердечные осложнения:				28
пневмония, плеврит	6	8	9	23
инфаркт миокарда	3	2	–	5
Моторно-эвакуаторные нарушения	1	12	5	18
Всего операций	165	267	332	776
Всего осложнений, n (%)	26 (15,6)	37 (13,7)	23 (6,9)	86 (11)

язвой желудка. Ушивание перфорации проводим рассасывающимися синтетическими нитями (чаще всего используем полисорб), отдельными швами в один ряд. У 3 больных с каллезными язвами тела желудка и разлитым гнойным перитонитом перфорацию ушили по Опелю—Поликарпову. Каких-либо серьезных осложнений, связанных с ушиванием, не наблюдали. Лапаростома, сформированная 6 больным с перитонитом в стадии полиорганной дисфункции, привела к выздоровлению у 4 человек.

Резецирующие операции проведены 267 (34,4%) пациентам. Показанием к этим операциям считаем перфоративные язвы желудка, сочетание перфорации с кровотечением, пенетрирующие и стенозирующие язвы пилородуоденальной зоны и, наконец, язвы ДПК, протекающие на фоне хронической дуоденальной непроходимости (ХДН). 216 больным выполнена антрумэктомия с селективной ваготомией и наложением позадибодочного гастроэнтероанастомоза на длинной петле с межкишечным соустьем. При отсутствии у пациента клинических и интраоперационных признаков ХДН резекция желудка заканчивалась наложением гастроэнтерального соустья по Гофмейстеру—Финстереру (у 42 человек), у 2 — с перфоративной язвой гастроэнтероанастомоза после резекции желудка проведена резекция с анастомозом по Ру, дополненная ваготомией.

Оперированы 7 пациентов с перфоративной язвой ДПК на фоне артериомезентериальной компрессии ДПК в стадии декомпенсации. Выполнена комбинированная операция по разработанной нами методике — антрумэктомия с гастроэнтероанастомозом по Гофмейстеру—Финстереру и наложением дуоденоюнального анастомоза по Грегори—Смирнову.<sup>1</sup>

Селективная проксимальная ваготомия в сочетании с ушиванием или иссечением язвы выполнена у 332 (42,8%) больных. Показанием к проведению этой операции считаем

отсутствие у пациентов клинических и интраоперационных признаков ХДН. Однако 12 больным с перфоративной язвой в сочетании с артериомезентериальной компрессией ДПК проведена СПВ, дополненная дуоденоюнальным анастомозом по Грегори — Смирнову. Всем больным после резецирующих операций и СПВ проводилось энтеральное зондовое питание с первого дня после операции.

**Результаты и обсуждение.** Осложнения после операции возникли у 86 (11%) больных и представлены в табл. 1. Чаще всего осложнения возникали у больных после ушивания перфорации и преобладали гнойная инфекция — прогрессирующий перитонит, инфекция в лапаротомной ране, легочно-сердечные осложнения. Подобные осложнения наблюдали и после ушивания в сочетании с СПВ, но они заканчивались выздоровлением больных.

Из 776 человек с перфоративными язвами умерли 40, т.е. послеоперационная летальность составила 5,1%. Наиболее высокая летальность зафиксирована после ушивания перфоративной язвы, так как это была самая тяжелая категория больных: из 165 больных, перенесших ушивание, умерли 17 (10,3%). Основной причиной их смерти был запущенный перитонит (у 7), сочетание перфорации с кровотечением (у 5), пожилой и старческий возраст (у 2), декомпенсация сопутствующей патологии (у 3).

Из 267 больных с резецирующими операциями умерли 11 (4,1%). Из-за несостоятельности швов культи желудка (у 2), гастроэнтероанастомоза (у 2) и культи ДПК (у 1) умерли 5 пациентов. Пневмония закончилась летальным исходом у 3

<sup>1</sup> Патент № 2176483 РФ. Способ хирургического лечения хронической дуоденальной непроходимости / М.В.Репин, В.Н.Репин.—Заявка № 99107743 12.04.99 г.— Зарегистрирован 10.12.2001 г.

Таблица 2

## Отдаленные результаты операций

Варианты операции	Результаты				Итого
	отличные	хорошие	удовлетворительные	неудовлетворительные	
Ушивание язвы в сочетании с СПВ	83	28	6	8	125
Резекция желудка	36	19	7	–	62
Всего (%)	119 (63,6)	47 (25,1)	13 (7)	8 (4,3)	187 (100)

человек, инфаркт миокарда — у 2 и кровотечение из подключичной вены — у 1.

Из 332 больных после ушивания перфорации в сочетании с СПВ умер 1 (0,3%) больной. Таким образом, из 776 больных с перфоративными язвами 599 (77,2%) проведены радикальные операции. Умерли 12 человек, послеоперационная летальность составила 2%.

Отдаленные результаты изучены у 187 больных, в том числе у 125 после ушивания в сочетании с СПВ и у 62 — после резецирующих операций. После СПВ 62 больных обследованы в сроки от 2 до 5 лет, 63 — через 5–10 лет. Результаты представлены в табл. 2.

Таким образом, отдаленные результаты проведенных операций, в целом, отличные и хорошие у 88,7% обследованных. Эти больные постоянно трудоспособны, не нуждаются в каком-либо лечении, и качество их жизни приближается к качеству жизни здорового человека. Все это является подтверждением адекватно выбранной операции в условиях неотложной помощи.

Неудовлетворительные результаты после ушивания перфорации в сочетании с СПВ у 6 больных связаны с неадекватной коррекцией секреции желудка и рецидивом язв. Показаний к повторной операции нет. У 2 больных была недиагностированная ХДН, и они оперированы повторно.

Мы считаем, что выбор операции при перфоративных язвах должен быть индивидуально обоснованным с учетом многих факторов и условий, в которых оказывается помощь больному. Первоочередной задачей является спасение жизни больного. Ушивание перфоративного отверстия показано больным с разлитым фибринозно-гнойным перитонитом в стадии токсемии и, тем более, в стадии полиорганной дисфункции. Независимо от сроков с момента перфорации и тяжести перитонита следует ограничиваться ушиванием при тяжелой сопутствующей патологии. Показанием к этой операции являются старческий возраст и перфорация острых язв у этой категории больных. Лечение перитонита и сопутствующей патологии у этих пациентов является основной задачей. Некоторым резервом снижения летальности от

перитонита служит формирование лапаростомы для повторных санаций брюшной полости.

Остальным больным с перфоративными язвами при соответствующих условиях можно выполнить радикальную операцию, направленную на основные патогенетические механизмы заболевания. Резецирующие операции и ваготомия не должны противопоставляться, а применяться по определенным показаниям или в сочетании.

Резекция желудка показана при перфоративных язвах желудка любой локализации, включая привратник. Резецирующие операции целесообразнее при перфорации пенетрирующих стенозирующих язв ДПК и при язвах ДПК, протекающих на фоне хронических нарушений дуоденальной проходимости. Мы предпочитаем эти операции при сочетании перфорации с кровотечением, хотя не исключаем по ситуации и иссечение язвы со стволовой ваготомией.

Остальным больным с язвой ДПК обоснованной операцией является ушивание перфорации в сочетании с селективной проксимальной ваготомией. При стенозах, обусловленных обширным воспалительным инфильтратом вокруг язвы, операцию можно дополнить позадибодочным гастроэнтероанастомозом с межкишечным соустьем. Опасность СПВ при перфоративных язвах преувеличена. Но, безусловно, ее должен выполнять высококвалифицированный хирург, хорошо освоивший технику этих операций.

**Выводы.** 1. Диагностика перфоративной язвы нередко бывает затруднительной в связи с тем, что у 48,4% больных отсутствует язвенный анамнез, свободный газ под диафрагмой выявляется лишь у 40,5% пациентов. Наиболее информативным методом диагностики, особенно при закрытой перфорации, является лапароскопия.

2. Выбор операции при перфоративных язвах должен быть индивидуально обоснованным с учетом общего состояния больного, локализации язвы и особенностей морфологических изменений окружающих ее тканей.

3. Ушивание перфорации является вынужденной операцией, обусловленной тяжестью состояния больного и неадекватными условиями для проведения более радикальной операции.

В реактивную стадию перитонита большинству больных удастся выполнить радикальную операцию — экономную резекцию желудка в сочетании с селективной ваготомией или СПВ с ушиванием перфорации язвы двенадцатиперстной кишки. Послеоперационная летальность при этих операциях не превышает исхода подобных вмешательств, проводимых в плановом порядке.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- Багненко С.Ф., Курыгин А.А., Синенченко Г.И. и др. Сочетанные осложнения язвы двенадцатиперстной кишки и их хирургическое лечение // *Вестн. хир.* — 2009. — № 6. — С. 12–15.
- Борисов А.Е., Земляной В.П., Акимов В.П., Рыбкин А.К. Результаты хирургического лечения перфоративных и кровоточащих язв // *Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки: Материалы Всерос. конф. хирургов.* — Саратов, 2003. — С. 37.
- Ермолов А.С., Карасев Н.А., Турко А.П. Экстренная хирургическая помощь в Москве при острых заболеваниях органов брюшной полости // *Хирургия.* — 2009. — № 8. — С. 4–10.
- Курыгин А.А., Перегудов С.И., Шафалинов В.А., Песикин И.Н. Отдаленные результаты хирургического лечения больных с перфоративными язвами // *Вестн. хир.* — 1999. — № 1. — С. 22–24.
- Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв // *Хирургия.* — 2003. — № 3. — С. 43–48.
- Перегудов С.И. Хирургическое лечение перфоративных гастродуоденальных язв: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — СПб., 1998. — 38 с.
- Репин В.Н., Возгомент А.О., Поляков С.Н., Артмеладзе М.С. Хирургическая тактика при перфоративных гастродуоденальных язвах // *Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки: Материалы Всерос. конф. хирургов.* — Саратов, 2003. — С. 72.
- Черноусов А.Ф., Шестаков А.Л. Селективная проксимальная ваготомия. — М.: ИздАТ, 2001. — 340 с.
- Boej J., Branicki F., Alfgoratan T. Proximal gastric vagotomy: The preferred operation in acute duodenal ulcer // *Ann. Surg.* — 1988. — Vol. 208. — P. 169–174.
- Ceneviva R., Castro E., Silvia J. Simple suture with or without proximal gastric vagotomy for perforated duodenal ulcer // *Brit. J. Surg.* — 1986. — Vol. 73. — P. 427–430.
- Jordan P.H., Thornby L. Perforated pyloroduodenal ulcer. Longterm results with omental patch closure and parietal cell vagotomy // *Ann. Surg.* — 1995. — Vol. 221, № 5. — P. 479–486.

Поступила в редакцию 12.07.2010 г.

V.N.Repin, L.M.Kostylev, S.N.Polyakov, N.A.Matveeva

#### CHOICE OF THE OPERATION FOR PERFORATED ULCERS OF THE STOMACH AND DUODENUM

Actual questions of diagnostics and treatment of 776 patients with perforated gastroduodenal ulcers are discussed. The most informative method of the diagnosis, particularly covered perforation, is laparoscopy. Decision on the operation must be individually grounded. Radical operations were performed in 599 patients with 2% postoperative lethality. Lethality after suturing of the perforation was 10.3%, after resection operations — 4.1%, after suturing the perforation in combination with selective proximal vagotomy — 0.3%.

**Комментарий редколлегии.** В статье анализируются 3 вида оперативных вмешательств при перфоративных язвах: ушивание перфоративной язвы, резецирующие операции на желудке и двенадцатиперстной кишке, ушивание перфоративной язвы в сочетании с селективной проксимальной ваготомией. Авторы отдают предпочтение радикальной операции — экономной резекции желудка в сочетании с селективной ваготомией или СПВ с ушиванием перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки. Летальность составила 5,1%. Отдаленные хорошие и отличные результаты получены у 88,7% пациентов. Авторы утверждают, что ушивание перфорации является вынужденной операцией, обусловленной тяжестью состояния больного и неадекватными условиями для проведения более радикальной операции.

За последнее десятилетие отношение к лечению дуоденальных язв изменилось. Это связано, прежде всего, с открытием хеликобактерной инфекции, которая является патогенной при хронической язве двенадцатиперстной кишки. С другой стороны — в настоящее время появились препараты, позволяющие практически полностью подавлять желудочную секрецию и, прежде всего, ИПП — ингибиторы протонной помпы (париет, нексиум). Применение ИПП привело, практически, к полному отказу от оперативного лечения хронической язвы двенадцатиперстной кишки в плановом порядке. Стволовая и селективная ваготомия практически не применяются в ведущих клиниках как за рубежом, так и в нашей стране. Данные операции не являются патогенетическими, так как не влияют на хеликобактерную инфекцию. Количество резекционных способов оперативного лечения значительно уменьшилось и применяется только при осложненных язвах с выраженными морфологическими изменениями. Развитие эндовидеохирургии позволяет в большинстве случаев выполнить ушивание перфоративной язвы лапароскопически, а в сочетании с современной противоязвенной терапией ИПП и эрадикацией хеликобактерной инфекции ушивание перфоративной язвы является операцией выбора. Данный подход к лечению хронических язв двенадцатиперстной кишки позволяет сохранить желудок, значительно уменьшить число рецидивов и осложнений, получить хороший функциональный результат лечения и значительно повышает качество жизни пациентов.