

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СОЧЕТАНИИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ И ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОГО СТЕНОЗА

А. Черепанин, доктор медицинских наук, профессор,
О. Антонов, доктор медицинских наук,
М. Негребов, доктор медицинских наук, профессор,
Е. Баулина, кандидат медицинских наук,
А. Рыбальченко,
Р. Шеров
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
E-mail: oantonov78@mail.ru

Проблема лечения осложнений язвенной болезни – одна из наиболее актуальных в ургентной хирургии. Наиболее частым осложнением пилородуоденальных язв является стеноз (18–57% всех язвенных осложнений); 3–19% пациентов одновременно имеют прободение язвы. Вопросы выбора оптимального метода хирургического вмешательства, способа ведения послеоперационного периода, предупреждения и лечения послеоперационных осложнений остаются дискуссионными. Отсутствует единая тактика ведения пациентов данной категории, в связи с чем сохраняются высокие показатели общей и послеоперационной летальности как в нашей стране, так и во всем мире.

Ключевые слова: хирургия, язвенная болезнь, осложнения язвенной болезни, пилородуоденальный стеноз, перфорация язвы.

Наиболее сложные пациенты – с сочетанными осложнениями язвенной болезни (ЯБ), когда у 1 больного имеется несколько язв и каждая из них является осложненной или 1 язва дает несколько осложнений. Рубцовое сужение пилородуоденальной зоны – самое частое осложнение гастро-дуоденальных язв (от 18 до 57% всех язвенных осложнений) [1, 3, 6–8, 15]; 52–71% пациентов со стенозирующими перфоративными пилородуоденальными язвами (СППДЯ) имеют одновременно и другие осложнения язвы [5, 10, 12], в том числе 3–19,8% – ее прободение [2–4, 11, 13]. Каждое из этих 2 осложнений опасно для больного само по себе, а когда они сочетаются, трудности лечения и летальность резко возрастают. Послеоперационная летальность при сочетанных осложнениях достигает 34%, и тенденции к ее снижению не наблюдается [9, 10, 14, 16].

Изучены результаты хирургического лечения 125 пациентов (95 мужчин и 30 женщин в возрасте от 16 до 75 лет, в среднем – $40,3 \pm 11,0$ года) со СППДЯ, проходивших лечение на клинических базах кафедры госпитальной хирургии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова в период с января 1998 г. по декабрь 2012 г.

В табл. 1 представлено время обращения пациентов за медицинской помощью с момента перфорации до госпитализации. Высокая частота ранней госпитализации объясняется выраженностью клинической картины перитонита при пер-

форативной язве в случае поздней обращаемости; последняя связана с атипичностью клинической картины.

Язвенный анамнез выявлен у 116 (92,8%) пациентов (табл. 2).

Частота стенозирования находится в прямой зависимости от давности заболевания: 7 пациентов страдали ЯБ >20 лет, 54 – >10 лет, у 9 пациентов язвенный анамнез отсутствовал, но у 6 из них имел место «желудочный анамнез»: изжога, тошнота, отрыжка; 111 пациентов неоднократно получали противоязвенное, санаторно-курортное лечение; 78 из них ранее предлагали плановое оперативное лечение по поводу ЯБ, от которого они отказывались; 12 пациентов были ранее оперированы по поводу перфоративной язвы в объеме ушивания. У 20 человек было в анамнезе кровотечение из язвы.

Распределение пациентов по стадии перитонита приведено в табл. 3.

Распределение пациентов по локализации язвенного дефекта представлено в табл. 4.

Сопутствующий пилородуоденальный стеноз (ПДС) в стадии компенсации диагностирован у 25 (20%) пациентов, в стадии субкомпенсации – у 76 (60,8%), в стадии декомпенсации – у 24 (19,2%).

ПДС и перфорация у 36 (28,8%) пациентов сочетались с пенетрацией язвы в соседние органы (17 пациентов с субкомпенсированным и 19 – с декомпенсированным ПДС): в головку поджелудочной железы – у 18, в малый сальник – у 6, в печеночно-двенадцатиперстную связку – у 7, в печень и желчный пузырь – у 5.

Грубые периульцерозные морфологические изменения в пилородуоденальной зоне отмечены у 42 (28%) пациентов с суб- и декомпенсированным ПДС.

Клинически значимые сопутствующие заболевания выявлены у 97 (77,6%) пациентов. Преобладали хронические сердечно-сосудистые заболевания (у 41%), заболевания дыхательной системы (у 19,6%), нарушение обмена веществ (у 11,9%). У 37 (29,6%) пациентов сопутствующая патология охарактеризована как тяжелая, что повлияло на оценку операционно-анестезиологического риска (ОАР).

При поступлении больных отмечено, что у 102 (81,6%) длительность язвенного анамнеза превышала 5 лет. Продолжительность ремиссии у 85 (68%) составляла от 3 мес до 1 года. Постоянным симптомом была боль (в 100% случаев), но она различалась по интенсивности. Внезапные «кинжаль-

ные» боли возникли у 71 (56,8%) пациента, постепенно нарастающая или постоянная не очень интенсивная боль отмечена у 44 (35,2%). Боли в эпигастриальной области локализовались у 82 (65,6%) пациентов, в правом подреберье – у 23 (18,4%), в правой подвздошной области – у 27 (21,6%).

В алгоритме диагностики перфоративной язвы в нашей клинике широко используется рентгенологическое исследование, а при отрицательных рентгенологических данных проводится комплексное исследование: рентгеноэндоскопическое, УЗИ органов брюшной полости. Стандартное рентгенологическое исследование позволило выявить свободный газ в брюшной полости у 83 (66,4%) пациентов; применение комплекса диагностики повысило выявление пневмоперитонеума до 98%. У 42 пациентов применено рентгеноэндоскопическое исследование, позволившее выявить свободный газ еще в 39 случаях. Трудности диагностики были вызваны наличием прикрытой перфорации либо микроперфорацией и грубыми рубцовыми изменениями в пилородуоденальной зоне на фоне ПДС, ограничивающими ее от свободной брюшной полости; 3 пациентам удалось поставить диагноз с помощью диагностической видеолaparоскопии.

Все пациенты, поступившие в стационар с перфоративной язвой, были оперированы в экстренном порядке в течение 1 ч с момента установления диагноза перфорации, включая мероприятия по предоперационной подготовке.

Таблица 1
Сроки с момента перфорации язвы до обращения пациентов за медицинской помощью; n (%)

Число пациентов	Срок общения, ч				
	до 3	3-6	6-24	24-48	48-72
125 (100)	37 (29,6)	45 (36)	31 (24,8)	9 (7,2)	3 (2,4)

Таблица 2
Распределение больных со СППДЯ по длительности язвенного анамнеза; n (%)

Число пациентов	«Немые» язвы	Желудочный анамнез	Язвенный анамнез, годы			
			1-5	6-10	11-20	>20
125 (100)	3 (2,4)	6 (4,8)	14 (11,2)	41 (32,8)	54 (43,2)	7 (5,6)

Таблица 3
Распределение пациентов по степени распространенности перитонита; n (%)

Число пациентов	Характер перитонита		
	местный и распространенный, серозный	распространенный серозно-фибринозный	распространенный гнойный
125 (100)	73 (58,4)	33 (26,4)	19 (15,2)

Таблица 4
Локализация перфорированной язвы; n (%)

Число пациентов	Локализация		
	препилорическая	пилорическая	луковица двенадцатиперстной кишки
125 (100)	43 (34,4)	51 (40,8)	31 (24,8)

Интраоперационно у больных с наличием ПДС обнаруживалось большое количество содержимого в брюшной полости — до 2 л. При выполнении ревизии пилородуоденальной зоны обнаружить язвенный инфильтрат, стенозирующий просвет желудка, не представлялось сложным. Перфоративное отверстие было обнаружено у 114 (91,2%) пациентов при первичном осмотре. У 11 (8,8%) обнаружить перфоративное отверстие сразу не удалось. Пальпаторно и путем осмотра задней стенки пилородуоденальной зоны *ad oculus* при мобилизации язвенного инфильтрата с перфоративным отверстием можно исключить наличие 2-й «зеркальной» язвы, пенетрирующей в головку поджелудочной железы, или возможного потенциального источника язвенного кровотечения. Этот прием позволил обнаружить наличие 2-й хронической язвы у 21 (16,8%) пациента.

Метод операции следует выбирать строго индивидуально с учетом факторов риска и интраоперационных находок. Основные критерии для определения характера оперативного вмешательства — исходное состояние пациента; степень выраженности перитонита; тяжесть сопутствующей патологии; возраст; характер изменений в пилородуоденальной зоне. Характер оперативных вмешательств у пациентов со СППДЯ представлен в табл. 5.

Ушивание перфоративного отверстия вынужденно выполнено 16 пациентам. Мы не являемся сторонниками расширения показаний к ушиванию перфоративной язвы вообще и при сочетанных осложнениях — в частности, так как это вмешательство не воздействует ни на один из патогенетических механизмов язвообразования и характеризуется высокой частотой рецидивного язвообразования (34–85%) [8, 10]. Ушивание перфоративной язвы было выполнено у крайне тяжелых пациентов при разлитом гнойном перитоните, ОАР IV степени по ASA и наличии местных разрешающих факторов: диаметр перфоративного отверстия <1,5 см; компенсированный или субкомпенсированный ПДС без явлений расширения желудка; отсутствие грубых морфологических изменений в пилородуоденальной зоне и пенетрации язвы.

В других случаях мы прибегали к более радикальным операциям. Те или иные виды ваготомии в качестве оперативных пособий не применялись, учитывая тяжесть состояния больных и ОАР. Селективная проксимальная ваготомия (СПВ) при осложненных дуоденальных язвах имеет ограниченное применение. Во-первых, СПВ занимает много времени, подавляя I фазу секреции, и практически не влияет на II. Во-вторых, при наличии нарушений эвакуации в послеоперационном периоде есть опасность застоя пищи в антральном отделе желудка, что может способствовать удлинению II фазы пищеварения с увеличением продукции гастрина и свободной соляной кислоты.

Органосохраняющие операции (пилородуоденопластика) позволяют иссечь язву с последующим гистологическим исследованием, осмотреть заднюю стенку пилородуоденальной зоны и сшить практически здоровые ткани. В лечении 45 пациентов применены разные виды пилоропластики.

У 64 пациентов был сделан выбор в пользу пилороантрумэктомии и резекции 2/3 желудка, условиями для выполнения которых были отсутствие ОАР высокой степени, распространенного гнойного перитонита с давностью заболевания не более 6 ч. Эти вмешательства показаны при сочетании субкомпенсированного и декомпенсированного ПДС и перфорации больших каллезных язв, при повторных перфорациях, длительном язвенном анамнезе, наличии пенетрации язвы в соседние органы.

Принципиально важный момент в ведении раннего послеоперационного периода — постановка назогастрального зонда и сохранение его до разрешения пареза кишечника. Интраоперационно устанавливали капиллярный зонд, заведенный за зону пилоропластики или в отводящую петлю тонкой кишки при гастроэнтеростомии для декомпрессии и затем — раннего энтерального питания.

Послеоперационный парез разрешался на 2–3-и сутки после операции, что характеризовалось светлым желудочным отделяемым по назогастральному зонду.

После пилоропластики послеоперационный парез разрешался чуть раньше — на 2-е сутки после операции. В эти

сроки пациентов начинали энтерально кормить через капиллярный зонд: 500–800 мл физиологического раствора и затем — питательная смесь Нутрикомп (Nestle) капельно в течение 1 сут из расчета 1000 ккал/сут.

Восстановление моторно-эвакуаторной функции желудка после пилоропластики наблюдалось к 5–6-м суткам, что подтверждалось характером и количеством желудочного отделяемого. С этого срока переходили на оральный прием пищи (табл. 6).

На 2–3-и сутки все пациенты были активизированы, причем более ранняя активизация и благоприятное течение послеоперационного периода были отмечены после разных видов пилоропластики.

Виды оперативных вмешательств у пациентов со СППДЯ; n (%)

Таблица 5

Характер операции	Число пациентов	Летальность
Ушивание перфоративного отверстия	16 (12,8)	0
Пилоропластика по Финнею с иссечением язвенного инфильтрата	24 (19,2)	0
Поперечная пилоропластика (Holle)	21 (16,8)	0
Пилороантрумэктомия	26 (20,8)	2 (7,7)
Резекция 2/3 желудка	38 (30,4)	4 (10,5)
Всего	125 (100)	6 (4,8)

Восстановление функции кишечника после операций на желудке; сут (M±m)

Таблица 6

Показатель	Органосохраняющие операции (n=61)	Резекционные методы лечения (n=64)
Продолжительность пареза кишечника	2,0±0,5	3,0±0,2
Начало отхождения газов	3,0±0,3	4,0±0,3
Самостоятельный стул	5,0±1,0	6,0±0,9

Из 125 пациентов в раннем послеоперационном периоде осложнения в общей сложности возникли у 62 (49,6%); достоверно чаще они возникали после резекции желудка (у 56,2%), нежели после органосохраняющих вмешательств (у 40,6%), и напрямую зависели от степени ПДС, возникая чаще у пациентов с декомпенсированным ПДС. После органосохраняющих вмешательств моторно-эвакуаторные нарушения встречались в 24,5% случаев, нагноение послеоперационной раны – в 9,9%, пневмония – в 6,6%; у 1 пациента обнаружена несостоятельность швов ушитой перфоративной язвы. Летальных исходов после органосохраняющих операций не было.

После резекции желудка встречались несостоятельность швов гастроэнтероанастомоза (3,2%) и культы двенадцатиперстной кишки (9,3%), послеоперационный панкреатит (6,2%), нагноение послеоперационной раны (17,1%), тромбоэмболические осложнения (3,1%), пневмония (10,9%), полиорганная недостаточность (3,1%); у 1 пациента развился острый инфаркт миокарда. Летальность после резекционных вмешательств составила 9,3% (6 пациентов).

В программу послеоперационного обследования включали: рН-метрию, рентгенографию желудка с бариевой взвесью, эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС) с проведением де-нол-теста. По этой программе были обследованы 44 пациента.

У 30 пациентов с дуоденальной локализацией язвы выявлено повышение уровня кислотности желудочного сока. У всех пациентов с язвами пилорического канала показатели кислотопродукции находились в норме. Рентгенологическое исследование у 10 пациентов выявило наличие компенсированного и у 5 – субкомпенсированного ПДС, главным образом – после операции ушивания перфоративной язвы (6 пациентов). Проведенное в последующем консервативное лечение позволило нивелировать явления ПДС у 9 пациентов (функциональный стеноз). При выполнении рентгенологического исследования у пациентов после пилоропластики по Финнею ни в одном случае не выявлено признаков ПДС.

При выполнении ЭГДС с де-нол-тестом положительный результат обсемененности *Helicobacter pylori* (*Hp*) выявлен у 21 (47,7%) из 44 больных. У 20 (45,4%) не обнаружено ни повышения кислотности желудочного сока, ни обсемененности *Hp*.

Среднесуточный уровень интрагастральной кислотности у пациентов после пилоропластики составил $18,5 \pm 2,1$ ммоль/л. Отсутствие высоких показателей кислотности желудочного сока у пациентов после пилоропластики свидетельствует о том, что сама пилоропластика, улучшая эвакуаторную функцию желудка, способствует снижению кислотности желудочного сока на 15–20%.

Таким образом, использование комплексного метода диагностики, индивидуального подход к выбору метода операции и применение мер профилактики послеоперационных осложнений позволяют улучшить результаты лечения пациентов данной категории и снизить летальность до 4,8%. Своевременная диагностика сочетания перфорации и ПДС позволила у большинства пациентов (109 – 87,2%) избежать паллиативной операции. Сравнительная оценка функции выходного отдела желудка после разных вариантов органосохраняющих операций свидетельствует о несомненных их функциональных преимуществах перед ушиванием перфора-

тивного отверстия и в целом органосохраняющих операций перед резекционными.

Литература

1. Бачев И.И. Факторы риска осложнений язвенной болезни острым кровотечением и перфорацией // Вестник хирургии. – 1991; 146 (2): 20–2.
2. Ефименко Н.А., Стойко Ю.М., Курыгин А.А. и др. Перфоративные гастродуоденальные язвы: патогенез осложнений, их профилактика и лечение / М., СПб, 2001; 192 с.
3. Курбанов К.М. Комплексная диагностика и хирургическое лечение осложненных дуоденальных язв. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Душанбе, 1997; 42 с.
4. Маломан Е.Н., Иовчев И.И., Курка В.И. Хирургическое лечение больных с язвенным пилородуоденальным стенозом // Хирургия. – 1994; 4: 25–7.
5. Мамчич В.И., Шуляренко В.А., Парацкий З.З. и др. Ранняя диагностика и лечение пилородуоденальной язвы, осложненной стенозом выхода из желудка // Клиническая хирургия. – 1992; 8: 38–42.
6. Окоемов М.Н. Хирургическое лечение язвенных пилородуоденальных стенозов. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2001; 40 с.
7. Пажитнов С.М. Хирургическая тактика при стенозирующих дуоденальных язвах, сочетающихся с другими язвенными осложнениями. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб, 2000; 172 с.
8. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих пилородуоденальных язв // Хирургия. – 2003; 3: 43–9.
9. Перегудов С.И., Шафалинов В.А. Особенности хирургического лечения гастродуоденальных язв, осложненных одновременно перфорацией и желудочно-кишечным кровотечением. Актуальные вопросы патогенеза, диагностики и лечения перитонита: Всерос. научная конференция. СПб, 2003; с. 34–6.
10. Синенченко Г.И., Курыгин А.А., Демко А.Е. и др. Сочетанные осложнения язвы двенадцатиперстной кишки / СПб, 2007; 191 с.
11. Стойко Ю.М., Перегудов С.И., Есютин И.Н. и др. Особенности паллиативных вмешательств при пилородуоденальных язвах, осложненных одновременно перфорацией и желудочно-кишечным кровотечением. Актуальные вопросы медицинского обеспечения сотрудников органов внутренних дел и военнослужащих внутренних войск МВД России. Мат-лы научно-практической конференции, посвященной 70-летию медицинской службы ГУВД Санкт-Петербурга и Ленинградской области / СПб, 2001; с. 294–7.
12. Толстоколов А.С., Коваленко Ю.В., Кулакова Е.В. и др. Особенности хирургической тактики у больных с сочетанными осложнениями язвенной болезни. Мат-ры Всерос. конф. хирургов / Саратов, 2003; с. 221.
13. Хаджиев О.Ч., Клишевич И.Б., Бабалич А.К. и др. Хирургическая тактика при осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. // Экспериментальна і клінічна медицина. – 2004; 3: 167–70.
14. Blomgren L. Perforated peptic ulcer: Long-term results after simple closure in the elderly // World J. Surg. – 1997; 21 (4): 412–5.
15. Fadil A., Moumen M., Bellakhdar A. et al. Les stenoses pyloro-duodinales d'origine ulcéreuse a propos de 260 cas // J. Chir. Paris. – 1992; 129 (1): 27–30.
16. Winkeltau G. Die chirurgische Therapie in Behandlungskonzept der Ulcuskrankheit // Leber, Magen, Darm. – 1988; 5 (18): 229–34.

THERAPEUTIC AND DIAGNOSTIC TACTICS FOR PERFORATED ULCER CONCURRENT WITH PYLORODUODENAL STENOSIS

Professor **A. Cherepanin**, MD; **O. Antonov**, MD; Professor **M. Negrebov**, MD; **E. Baulina**, Candidate of Medical Sciences; **A. Rybalchenko**; **R. Sherov** I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

The treatment of complications of peptic ulcer disease is one of the most relevant problems in urgent surgery. The most common complication of pyloroduodenal ulcers is stenosis (18–57% of all peptic ulcer complications); 3–19% of patients have simultaneously a perforated ulcer. The choice of an optimal surgical method and a way to manage the postoperative period, to prevent and treat postoperative complications remains controversial. There is no uniform tactic for managing this category of patients, therefore high overall and postoperative mortality rates remain in both our country and in the world.

Key words: surgery; peptic ulcer disease, complications of peptic ulcer disease; pyloroduodenal stenosis; perforated ulcer.