

УДК 616.33-002.44+617-089.12 (575.2) (04)

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПЕРФОРАТИВНЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВАМИ

М.И. Асаналиев – аспирант

The purpose of work was analyzing suture of palliate surgical treatment of 110 patients with perforated gastroduodenal ulcers. Results of treatment appeared better it patients by whom it is made suture by our technique.

В настоящее время одним из основных вопросов хирургической гастроэнтерологии является проблема лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Прежде всего это связано с осложненными формами, в частности с перфорациями, количество которых ежегодно увеличивается на 5–8% [1–3], лечение представляет серьезную проблему в современной urgentной хирургии.

До сих пор вопрос выбора метода операции при прободных пилородуоденальных язвах остается до конца нерешенным. Но в экстренной хирургии ушивание перфоративной язвы является основным и самым распространенным методом оперативного вмешательства, так как главная цель urgentной операции – спасение жизни больного [3–5].

При значительных успехах, связанных с совершенствованием хирургической тактики ушивания прободных язв, применением эндоскопической техники и достижениями фармакотерапии в послеоперационном периоде, летальность и рецидив заболевания все еще остаются на высоком уровне, достигая 3–13,5% и 26–70% соответственно [3, 4, 6, 7], что, безусловно, требует хирургической доработки и коррекции возникающих нарушений при этом осложнении. Поэтому ведутся поиски все новых разработок, которые бы создали условия для быстрой реабилитации больных в раннем послеоперационном периоде и обеспечили благоприятные результаты в отдаленные сроки

с максимальным предотвращением рецидивов язвенной болезни, а также снизили бы частоту незаживших язв [1, 2, 7].

Цель исследования – улучшение результатов хирургического лечения больных с перфоративными гастродуоденальными язвами путем использования круглой связки печени и региональной лимфостимуляции, разработанными в нашей клинике.

Материал и методы исследования. Проведен анализ 110 больных с перфоративными гастродуоденальными язвами в возрасте от 15 до 77 лет. Пациенты с прободной язвой желудка составили 16,3% (18 больных), с прободной язвой двенадцатиперстной кишки – 83,7% (92). Среди них мужчин было 99 (90%), женщин – 11 (10%). Перфоративные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки чаще встречались у больных в возрасте от 20 до 40 лет (55,4% от общего числа поступивших). При разработке клинического материала нами были выделены 2 группы больных.

Основную группу составили 49 пациентов, у которых ушивание перфоративного отверстия было осуществлено с помощью круглой связки печени. В контрольную группу включен 61 больной с использованием традиционных методов ушивания прободных язв. По характеру заболевания, полу и возрасту больные основной и контрольной групп были сопоставимы. Время от начала перфорации, наличие и длительность язвенного анамнеза,

возраст больного, а также выраженность перитонеальных явлений не влияли на выбор способа ушивания прободной язвы.

Помимо общеклинических методов исследования больным, поступившим с подозрением на перфоративную язву, проводили ультразвуковое исследование, при котором выявляли свободную жидкость в брюшной полости и обращали внимание на состояние кишечника (вздутие, большое количество газа и жидкости в просвете кишечника, наличие или отсутствие перистальтики), проводили обзорную рентгенографию брюшной полости для выявления свободного газа в поддиафрагмальном пространстве. Трем больным с атипичной и стертой клинической картиной перфорации была выполнена эзофагогастродуоденоскопия.

При сравнении эффективности традиционного и представленного нами методов ушивания перфоративных язв использовали определение лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) по Я.Я. Кальф-Калифу [8] и парамецийного теста (ПТ) по разработанной в клинике методики как критерии степени тяжести эндотоксикоза. Учитывали степень выраженности болевого синдрома в послеоперационном периоде, сроки отмены постельного режима, длительность пребывания больных в стационаре, частоту и характер осложнений, летальность, отдаленные результаты. Повторные осмотры больных проводили через 3, 6 и 12 месяцев после выписки из стационара. При этом обращали внимание на данные контрольной ЭГДС, степень обсемененности *Helicobacter pylori*, самочувствие больного, качество трудовой реабилитации.

Результаты и их обсуждение. Самыми молодыми (от 15 до 20 лет) были 20 пациентов, наибольший удельный вес занимали лица от 20 до 40 лет – 61, от 40 до 60 – 20 и старше 60 лет – 9, из которых самому пожилому было 77 лет.

В первые 6 часов от момента перфорации язвы в клинику поступили 48 больных, из них 15 – обратились в первые 2 часа от начала острого заболевания. От 6 до 12 часов с момента прободения в клинику были доставлены 36, от 12 до 24 часов – 19 и позже суток госпитализировано 7 больных. Язвенный анамнез выявлен у 42, большая часть которых не получали

медикаментозного противоязвенного лечения, либо оно было нерегулярным и неполноценным. Из них 4 больных в прошлом перенесли ушивание перфоративной язвы. В старших и пожилых возрастных группах встречались различные сопутствующие заболевания, но наиболее часто были выявлены сердечно-сосудистые (КБС, гипертоническая болезнь).

При поступлении в клинику 57 больным выполнили обзорную рентгенографию брюшной полости, из них у 41 (72%) выявлен свободный газ под правым куполом диафрагмы в виде “серповидной” полоски, у 89 выполнено УЗИ, при котором у 85 (95,5%) была установлена свободная жидкость в брюшной полости, а расширенные петли кишечника и ослабленная перистальтика визуализировались у 18 пациентов.

Стертая клиническая картина перфоративных язв представляла определенные трудности в их диагностике. Так, у двух пожилых женщин наблюдался продромальный период – умеренные боли в эпигастрии в течение 3–4 дней, тошнота, рвота. Один больной с перфоративной язвой в сочетании с кровотечением жаловался на умеренные боли в животе, при пальпации дефанса мышц передней брюшной стенки не наблюдалось. Диагноз был верифицирован гастроскопически.

Простое ушивание перфоративного отверстия произведено 14 больным, ушивание по Опеллю-Поликарпову – 30, с подведением пряди сальника – 17.

Ушивание прободных гастродуоденальных язв по нашей методике осуществлено 49 пациентам. В данном случае мобилизуется круглая связка печени и двумя нитями, прошитыми у ее конца, проводятся через прободное отверстие, при натягивании которых связка погружается и тампонирует просвет желудка или двенадцатиперстной кишки. По краям язвы накладываются дополнительные узловы швы с захватыванием круглой связки печени. Во время операции в круглую связку печени фиксируем микроирригатор, через который один раз в сутки в течение 5–6 дней вводим лимфотропную смесь (новокаин 0,25%-ный – 20 мл, гепарин 70 ед на 1 кг массы тела, гентамицин 80 мг, лидаз 12 ед, квамател 20 мг) для стимуляции регионального лимфооттока.

Смесь вводится перманентно с интервалом в 2–3 минуты после каждого медикаментозного средства.

Морфологическим обоснованием метода является обнаружение в круглой связке печени лимфатических сосудов. Благодаря данному методу лимфотропная стимуляция, ослабляя проявления местной воспалительной реакции, непосредственно влияет на первичный очаг воспаления (язву), а также, способствуя быстрой ликвидации воспалительного процесса брюшины, ускоряет процесс детоксикации и регенерации. Кроме того, лимфостимуляция способствует быстрому восстановлению функции кишечника, что немаловажно в раннем послеоперационном периоде [9].

Квамател в составе лимфотропной смеси, попадая через круглую связку сразу же в печень, не проходя “лишний” круг кровообращения (как при внутривенном введении), на пути которого теряется концентрация препарата, быстрее приобретает активную “полную” свою форму. Благодаря чему начинается ранняя противоязвенная терапия – снижается повышенная кислая желудочная секреция, и, таким образом предотвращается несостоятельность швов ушитой язвы.

Для ускорения процесса детоксикации и профилактики спаечной болезни во время операции промывали брюшную полость озонированным физиологическим раствором поваренной соли с концентрацией озона 6–8 мкг/мл, а в первые сутки вводили в брюшную полость через страховые дренажные трубки по 20–25 мл этого раствора. Им же, ввиду его высокого бактерицидного действия и антиоксидантной способности, с целью дополнительной эрадикации *Helicobacter pylori* и для улучшения действия антибактериальных препаратов [10, 11], проводили орошение желудка через назогастральный зонд в раннем послеоперационном периоде, а затем давали пить по 30–40 мл 3 раза в день.

У пациентов с ушиванием перфоративной язвы круглой связкой печени по сравнению с контрольной группой больных уже на первые сутки после операции отмечалось значительное улучшение самочувствия, они были более активны, что способствовало профилактике легочных осложнений, спаечного процесса в

брюшной полости. На вторые сутки нормализовывалась температура тела, снижался ЛИИ, увеличивался ПТ. Все это свидетельствовало о положительном влиянии использованных нами мер лечения в послеоперационном периоде.

Всем пациентам на 3–4-е сутки после операции, когда разрешался прием пероральных препаратов, назначали полный курс современной антигеликобактерной противоязвенной терапии.

После ушивания традиционными методами у 14 (22,9%) больных возникли различные осложнения. Так, у 3 пациентов развилась послеоперационная динамическая кишечная непроходимость, у 4 – нагноилась послеоперационная рана, в одном случае возник экссудативный плеврит. У 2 больных послеоперационное течение осложнилось кровотечением (в брюшную полость у одного и в просвет желудка – у другого), у 4 – несостоятельностью швов ушитого перфоративного отверстия (у одного из них образовался подпеченочный абсцесс), которым потребовалась релапаротомия. Причиной смерти трех больных (4,9%) была полиорганная недостаточность на почве прогрессирующего перитонита, обусловленного несостоятельностью швов ушитой язвы. Среднее пребывание больных этой группы в стационаре составило $10,8 \pm 1,3$ койко-дней.

У больных основной группы осложнения не отмечены. Среднее пребывание у них составило $6,3 \pm 1,1$ дней, что в 1,5–2 раза меньше, чем у больных с традиционным ушиванием.

При контрольном ЭГДС-исследовании, которое выполнялось от 3 месяцев до одного года, в контрольной группе ($n=36$) незаживление язвы обнаружено у 8 больных (22,2%). У 35 пациентов основной группы в отдаленном послеоперационном периоде при контрольной эндоскопии лишь у одного выявили эрозивный гастрит и дуоденит, причиной которых было нарушение диеты и невыполнение рекомендаций, данных врачом.

Таким образом, ушивание перфоративной язвы круглой связкой печени является оптимальным паллиативным вмешательством, с помощью которой проведение лимфотропной терапии не только усиливает дренажную и детоксикационную функции, восстанавливая нарушенный гомеостаз целого организма, но и

непосредственно влияет на сам очаг воспаления, а применение кваматела через круглую связку печени и эрадикационная антигеликобактерная озонотерапия существенно снижают процент рецидивов язвенной болезни.

Литература

1. Афендулов С.А., Смирнов А.Д., Журавлев Г.Ю., Краснолуцкий Н.А. Реабилитация больных после ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2002. – №4. – С. 48–51.
2. Кузин М.И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2000. – №1. – С. 27–32.
3. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв // Хирургия. – 2003. – №3. – С. 43–49.
4. Ефименко Н.А., Стойко Ю.М., Курыгин А.А. Перфоративные гастродуоденальные язвы: Патогенез осложнений, их профилактика и лечение. – СПб.: Медицина, 2001. – 192 с.
5. Перегудов С.Н., Курыгин А.А. Хирургическое лечение прободных гастродуоденальных язв в пожилом и старческом возрасте // Вестник хирургии. – 2004. – №5. – С. 105–110.
6. Heep M., Kist M., Stzodel S. Secondary resistance among 554 isolates of *Helicobacter pylori* after failure of therapy // Europ. J. Clin. Microbiol. infect. – 2000. – Vol. 19. – P. 538–541.
7. Svanes C. Trends in perforated peptic ulcer: Incidence, etiology treatment and prognosis // World J. Surg. – 2000. – Vol. 24. – №3. – P. 277–283.
8. Кальф-Калиф Я.Я. О лейкоцитарном индексе интоксикации и его практическом значении // Врачебное дело. – 1941. – №1. – С. 31–33.
9. Левин Ю.М. Основы лечебной лимфологии. – М.: Медицина, 1986. – 271 с.
10. Вебер В.Р., Корабельников А.И., Салехов С.А. Лечение хронической язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки озоном // Актуальные вопросы современной хирургии: Сб. тез. – М., 2000. – С. 72–73.
11. Richelmi P, Valdenassi L. Ossigeno-ozono terapia // Pavia-Bergamo. – 1995. – 126 p.