

На правах рукописи

**АРТМЕЛАДЗЕ
МУХАМЕД СУЛИКОВИЧ**

**ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПЕРФОРАТИВНЫХ
ЯЗВАХ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

14.00.27 – Хирургия

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Пермь 2007

Работа выполнена в государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Пермская государственная медицинская академия имени академика Е. А. Вагнера Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», на базе МСЧ №9 им. М.А. Тверье, г. Пермь

НАУЧНЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ

доктор медицинских наук, профессор

Репин Василий Николаевич

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ОППОНЕНТЫ:

доктор медицинских наук, профессор

Заривчацкий Михаил Федорович

доктор медицинских наук, профессор

Никитин Николай Александрович

Ведущая организация

ГОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия Росздрава»

Защита диссертации состоится « ____ » марта 2007 г. в ____ часов на заседании диссертационного совета Д 208.067.03 при ГОУ ВПО «ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава» (614990, г.Пермь, ул. Куйбышева,39).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Пермской государственной медицинской академии (614990, г. Пермь, ул. Коммунистическая, 26)

Автореферат разослан « ____ » _____ 2007г.

Ученый секретарь диссертационного совета

доктор медицинских наук, профессор

Л.П. Котельникова

Общая характеристика работы

Актуальность проблемы. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) на сегодняшний день остается одной из важнейших проблем здравоохранения (М.И. Кузин, 2001; А.Ф. Черноусов и соавт., 2001, Г.К. Жерлов и соавт., 2005; M.Henderson, 1997; J.Y.Kang et al., 2006). Заболеванием чаще всего страдают люди наиболее активного, работоспособного возраста, что обуславливает социальную значимость проблемы (П.Я.Григорьев, 1997).

Одним из грозных осложнений язвенной болезни является перфорация язвы, частота которой составляет 4 - 30% (Н.А. Майстренко, К.Н. Мовчан, 2000; О.Ч. Хаджиев и соавт., 2001; И.И. Белов, 2004). В настоящее время на долю перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки приходится 0,1% среди хирургических заболеваний, а при острой хирургической патологии органов брюшной полости она составляет 1,9-2,6% (В.Н.Сацукевич, 2001). Летальность при перфоративных язвах остается высокой и составляет 5 - 15% (А.А. Курыгин и соавт., 2001; А.П. Борисов и соавт., 2003 Б.Д. Комаров, 2004).

В настоящее время при перфоративных пилородуоденальных язвах не существует «идеального» хирургического вмешательства, вопросы хирургической тактики остаются спорными и продолжают обсуждаться в периодической печати и форумах хирургов.

Ушивание перфоративной язвы является простой и малотравматичной операцией, доступной выполнению начинающему хирургу. Данный вид вмешательства не имеет альтернативы при общем гнойном перитоните, тем более при наличии полиорганной недостаточности и тяжелой сопутствующей патологии. Однако такой объем вмешательства не влияет на этиологические и патогенетические механизмы развития язвенной болезни (О.В. Бабкин и соавт., 2003; Ю.Д. Ермолаев, 2003; А.С. Ермолов и соавт., 2003; М.В. Кукош и соавт., 2003; Л.В. Поташов, 2005).

Наиболее радикальным способом операций при перфоративной язве считается резекция желудка, положительной стороной которой является низкая частота рецидива заболевания. Однако эта операция сопровождается большим количеством послеоперационных осложнений, высокой летальностью и развитием постгастрорезекционных синдромов. (С.И. Перегудов, 1998; Н.А. Никитин, 2001; Г.К. Жерлов и соавт., 2001; И.В. Сергеев и соавт., 2003; M.W. Mulholland, 1996).

Новый этап в хирургии язвенной болезни связан с применением стволовой и селективной ваготомии. Накопленный большой опыт ее применения в плановой хирургии язвенной болезни ДПК показал высокую эффективность операции (А.А. Гринберг, Ю.А. Нестеренко, 1995; А. Ф. Черноусов, 1996; А.А. Курыгин, 1999; Н.М. Кузин, 2001; Ю.М. Панцырев и соавт., 2003). Однако ваготомия не находит должного применения в лечении перфоративных язв. Основными аргументами против ее использования являются сложность и продолжительность вмешательства, а также широко распространенное, но научно не обоснованное мнение, что ваготомия при распространенных формах перитонита противопоказана. Между тем, ушивание перфоративной язвы ДПК в сочетании с селективной проксимальной ваготомией считается самым щадящим вариантом оперативного лечения (В.А. Кубышкин, 1995; М.Г. Кутяков, 1997; В.И. Оноприев, 1998; А.А. Курыгин, 2001; А.А. Кульчиев, 2003; F. Dubois, 2000).

Таким образом, к настоящему времени выбор вариантов операций при перфоративных язвах желудка и ДПК существенно расширился. Несомненно, нужна оценка результатов радикальных операций, которая бы позволила определить объективные критерии для обоснования хирургической тактики при перфоративных язвах. У многих больных, особенно молодого возраста, с коротким язвенным анамнезом или при его отсутствии, целесообразно расширить показания к радикальным, органосохраняющим операциям.

Цель исследования: разработать дифференцированный подход к выбору способов операций для улучшения непосредственных исходов и отда-

ленных результатов оперативного лечения больных с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки.

Задачи исследования:

1. Усовершенствовать программу диагностики перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки.
2. Обосновать выбор варианта операции при перфоративных язвах желудка и ДПК.
3. Усовершенствовать лечение больных в послеоперационном периоде и изучить причины неблагоприятных исходов при перфоративных язвах.
4. Изучить отдаленные результаты и качество жизни больных после радикальных операций при перфоративных язвах.

Научная новизна. На основе изучения результатов лечения больных язвенной болезнью, осложненной перфорацией обоснован дифференцированный подход к выбору способов радикальных и паллиативных операций. Индивидуальный выбор объема и техники оперативного вмешательства при перфоративной язве желудка и ДПК позволил добиться снижения числа послеоперационных осложнений и летальности.

В работе впервые показана недостаточная информативность обзорной рентгенографии брюшной полости в диагностике перфоративных язв и обоснована необходимость применения лапароскопии в сложных диагностических ситуациях.

Разработан и внедрен в практику оригинальный способ ушивания культи ДПК, предупреждающий развитие несостоятельности шва при пенетрирующих и гигантских язвах, осложненных перфорацией.

Целесообразность применения радикальных способов операций при перфоративных язвах доказана путем изучения качества жизни оперированных больных в отдаленном периоде.

Практическая значимость работы. В работе показана низкая информативность рентгенологической диагностики перфоративной язвы и обоснованы показания к применению лапароскопии.

Представленные обоснования хирургической тактики позволили реализовать дифференцированный подход к выбору способа операции при перфоративной язве. Предложенные способы радикальных операций, таких как экономная резекция с ваготомией культи желудка или селективная проксимальная ваготомия с ушиванием перфорации позволили снизить летальность и улучшить отдаленные результаты хирургического лечения больных с перфоративными язвами.

Применение энтерального зондового питания в раннем послеоперационном периоде обеспечило адекватную коррекцию питательного статуса, своевременное восстановление моторики, что способствовало снижению числа послеоперационных осложнений.

Положения, выносимые на защиту:

1. Клиника перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки часто протекает атипично, а информативность рентгенологического метода недостаточна. В сложных диагностических ситуациях целесообразна лапароскопия.

2. При перфоративных язвах желудка и ДПК выбор объема операции зависит от сроков госпитализации, локализации язвы, наличия других осложнений язвенной болезни, тяжести состояния больного и опыта хирурга; предпочтение следует отдавать радикальным вмешательствам с перспективой полного выздоровления.

3. Радикальные операции при язвенной болезни, осложненной перфорацией, должны быть щадящими, обеспечивая коррекцию секреторной функции желудка и устранение хронической дуоденальной непроходимости.

4. Течение послеоперационного периода и летальность у больных с перфоративными язвами зависят от тяжести исходного состояния больных и в меньшей степени от характера выполненного оперативного вмешательства.

5. Индивидуальный подход к выбору объема операции при перфоративных язвах желудка и ДПК обеспечивает высокое качество жизни большинства больных.

Апробация работы. Материалы диссертации доложены на Всероссийской конференции хирургов «Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки» (Саратов, 2003); научной сессии ПГМА (Пермь, 2004); X Всероссийской научно-практической конференции «Молодые ученые в медицине» (Казань, 2005); Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки» (Сочи, 2006).

По материалам диссертации опубликовано 8 работ, издана монография.

Внедрение результатов работы. Разработанный алгоритм диагностики и лечения больных с перфоративными язвами желудка и ДПК применяются в практической работе экстренной хирургии МСЧ № 9 им. Тверье М. А. г. Перми. Результаты исследований используются при чтении лекций и проведении практических занятий со студентами, интернами, клиническими ординаторами на кафедрах хирургического профиля ГОУ ВПО «ПГМА им. акад. Е.А. Вагнера Росздрава».

Личный вклад заключается в непосредственном участии в проведении обследования и лечения пациентов с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки. Принимал участие в 10% операций при перфоративных язвах, освоил технику ушивания перфорации, резекции желудка и ваготомии. Самостоятельно выполнено 15 операций. Все общеклинические исследования по теме диссертации, анализ, подсчет, статистическая обработка материала проведены самостоятельно. Изучил непосредственные исходы оперативного лечения и отдаленные функциональные результаты путем обследования больных и анализа анкетных данных.

Объем и структура работы. Диссертация изложена на 140 страницах машинописного текста, состоит из введения, 6 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, включающего 186 отечественных авторов и 94 зарубежных источников. Работа иллюстрирована 19 таблицами и 9 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования.

Работа выполнена на кафедре хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов Пермской государственной медицинской академии на базе клинической МСЧ № 9 им. М.А. Тверье.

Работа основана на опыте оперированного лечения 624 больных с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, поступивших в клинику с 1990 по 2004 г.г. Мужчин было 547 (88%), женщин - 77 (12%), в соотношении 7:1, в возрасте от 16 до 83 лет. Наибольшая частота перфораций отмечена в возрасте от 20 - 50 лет - 424 (68,2%) больных, наименьшая в группе до 20 лет - 56 (9%) и старше 60 лет - 69 (11%) больных.

Большинство больных - 493 (79%) поступили до 6 часов от начала заболевания. В сроки от 6 до 12 часов госпитализированы 42 (6,7%) пациента, от 12 до 24 часов 48 (7,7%), через сутки и позже - 41 (6,6%) больной.

Язвенный анамнез отсутствовал у 276 (42,2%) больных. У 141 (22,6%) больного язвенный анамнез был в пределах от 1 до 3 лет; у 86 (13,8%) - от 3 до 6 лет и у 121 (19,4%) - свыше 6 лет.

Сложную проблему представляла диагностика прикрытой перфоративной язвы. Из 624 больных прикрытая перфорация язвы установлена у 39 (6,3%) человек, у 35 язва локализовалась в ДПК, у 3 - в теле желудка и у 1 больного произошла перфорация язвы задней стенки гастроэнтероанастомоза после резекции желудка.

На фоне хронического течения язвенной болезни у многих больных возникали сочетанные осложнения. Самым опасным осложнением было сочетание перфорации язвы с кровотечением. Из 624 больных с перфоративными язвами кровотечение выявлено у 42 (6,3%) человек. Указанное сочетанное осложнение чаще возникало у больных зрелого возраста, при гигантских размерах и пенетрации язв.

Особое значение в диагностике перфоративных язв принадлежало рентгенологическому обследованию. Обзорная рентгенография брюшной по-

лости, направленная на выявление свободного газа под диафрагмой, проведена у 553 (88,6%) больных. Свободный газ на рентгенограммах в вертикальном положении больного был выявлен лишь у 324 (58,5%) больных. При отсутствии пневмоперитонеума, в сомнительных случаях применяли лапароскопию. Диагноз перфоративной язвы подтвержден лапароскопией у 193 (31%) больных, в том числе у большинства больных с прикрытой перфорацией. У остальных 36 больных, при отчетливой клинической картине перитонита, была выполнена лапаротомия.

Лабораторные исследования проводили по стандартным и унифицированным методикам (В.В.Меньшиков, 1987).

Оценка отдаленных результатов осуществлялась по модифицированной балльной системе классификации Visick (Панцырев Ю.М., Сидоренко В.И., 1987) с учетом результатов рентгенологического и эндоскопического исследований. Основными показателями, определяющими результаты ваготомии и резецирующих операций, являлись частота и тяжесть различных расстройств, связанных с операцией: демпинг-синдром, диарея, рефлюкс-гастрит, эзофагит, желудочная диспепсия, болевые ощущения и рецидивы язвы.

В дополнение к стандартным показателям, отражающим отдаленные результаты, мы изучали качество жизни оперированных больных на основании анкеты, ответы которой оценивали в баллах. По результатам заполнения анкеты рассчитывали 3 интегральных показателя: индекс тяжести болезни (ИТБ), индекс качества жизни (ИКЖ), индекс выбранных шкал (ИВШ) (Рутгайзер Я.М., 1997). Анкета нами незначительно изменена и адаптирована для конкретных условий работы.

Материалы исследования подвергнуты математической обработке с помощью пакетов статистических программ Excel 2000, Statistica for Windows 5.0 и «Биостатистика». Для сравнения значений количественных признаков применялись непараметрические критерии Вальда-Вольфовитца, Шапиро-

Уилкса, Манна-Уитни и Колмогорова-Смирнова, Пирсона и Спирмана. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты собственных исследования

При оперативном лечении применяли три варианта операции: ушивание перфорации, резекцию желудка или ваготомию в сочетании с ушиванием либо с иссечением язвы. Каждая из этих операций имела свои показания.

Операция ушивания перфоративной язвы проведена у 85 (13,6%) больных, в том числе у 9 - с язвой желудка. В возрасте от 20 до 40 лет было 30 человек, от 40 - 60 лет – 32, и от 60 -83 лет - 23 больных. Ушивание перфорации проводилось рассасывающимися синтетическими нитями, отдельными швами в один ряд. Линию шва прикрывали прядью сальника на питающей ножке. Стремилась, чтобы эти лигатуры не проникали в просвет органа, накладывали серозно-мышечно-подслизистый шов, так как срок рассасывания нитей довольно продолжительный. У 3 больных с каллезными язвами тела желудка и общим гнойным перитонитом перфорация ушита по Оппелю-Поликарпову. Каких-либо серьезных затруднений при ушивании перфорации не встречали.

Резецирующие операции проведены у 250 (40%) пациентов. Показанием к резецирующим операциям считали перфоративные язвы желудка, включая область привратника (33), сочетание перфорации с кровотечением (32), пенетрирующие и стенозирующие язвы пилородуоденальной зоны (81) и язвы ДПК, протекающие на фоне хронических нарушений дуоденальной проходимости (104). Выбор варианта резецирующей операции проводился с учетом локализации язвы и признаков хронической дуоденальной непроходимости. При язве двенадцатиперстной кишки стандартной операцией была антрумэктомия, дополненная селективной денервацией культи желудка до пищевода. Восстановительный этап чаще всего проводили наложением позадибодочного гастроэнтероанастомоза на длинной петле с межкишечным соустьем, по принципу Бальфура. При перфорации язвы желудка объем резекции зависел от ее локализации. При язвах антрального отдела и средней тре-

ти ограничивались резекцией в пределах половины желудка. При высокорасположенных язвах и гигантских язвах тела желудка объем резекции иногда соответствовал субтотальной, с удалением всей малой кривизны. Всем больным во время операции в отводящую петлю устанавливали ирригатор для энтерального питания.

Селективная проксимальная ваготомия (СПВ) проведена у 289 (46%) больных с перфоративной язвой ДПК. Показанием к проведению этой операции считали отсутствие клинических и интраоперационных признаков хронической дуоденальной непроходимости. Возраст больных колебался от 15 до 76 лет. Применялась техника селективной проксимальной ваготомии, усовершенствованная Ю.М. Панцыревым (1979, 1980), М.И. Кузиным (1974, 1980), А.Ф.Черноусовым (1996). Некоторая особенность нашей техники заключается лишь в том, что мы предварительно довольно широко рассекаем желудочно-ободочную связку. Это облегчает фиксацию желудка, позволяет визуально оценить нижнюю границу денервации задней стенки. Денервация передней стенки желудка, идентификация длинных ветвей блуждающего нерва значительно облегчаются за счет гидравлической препаровки малого сальника вблизи желудка 0,25 % раствором новокаина.

Непосредственные исходы лечения. Лечение больных в послеоперационном периоде проводилось с учетом тяжести состояния и варианта перенесенной операции. Наиболее тяжелую группу составили больные, у которых ограничились ушиванием перфорации. Тяжесть их состояния обычно была обусловлена распространенным гнойным перитонитом, а у больных пожилого возраста еще и тяжелой сопутствующей патологией.

Осложнения в раннем послеоперационном периоде наблюдали у 86 (13,8%) больных: гнойные осложнения – 33 (5,3%); кровотечения в брюшную полость или в просвет ЖКТ – 6 (1%); легочно-сердечные осложнения – 28 (4,4%); моторно-эвакуаторные нарушения – 18 (3%); прогрессирование сопутствующей патологии – 1 (0,2%). Осложнения возникали в результате прогрессирования перитонита, сочетания двух и более осложнений язвенной бо-

лезни, у больных пожилого и старческого возраста из-за наличия у них сопутствующих заболеваний.

Из 624 человек с перфоративными язвами умерло 29 больных. Общая летальность составила 4,6%. Наиболее высокая летальность была после ушивания перфоративной язвы, так как это была самая тяжелая категория больных. Из 85 больных после ушивания перфоративной язвы умерли 17 (20%) человек. Анализ летальности в группе больных с ушитой перфорацией язвы свидетельствует, что основной причиной смерти был запущенный перитонит. Другие причины летальных исходов представлены в таблице 1.

Таблица 1

Причины летальных исходов после ушивания перфоративной язвы

Причины летальных исходов	Результат	
	абс.	%
Прогрессирующий перитонит	8	8,8
Кровотечение из ушитой язвы	1	1,1
Пневмония	4	4,5
Инфаркт миокарда	2	2,2
Инсульт	1	1,1
Прогрессирование сопутствующих патологий - врожденная менингиома головного мозга	1	1,1
Всего	17	20

Из 250 больных после резецирующих операциями умерли 11 (4,4%). У 6 больных были гигантские язвы, осложненные перфорацией и кровотечением; у трех человек перфорация произошла на фоне стеноза и воспалительного инфильтрата. Из 11 умерших 5 находились в возрасте от 60 до 70 лет и страдали тяжелой сопутствующей патологией. Причины летальных исходов представлены в таблице 2.

**Причины летальных исходов после
резецирующих операций.**

Причины смерти	Результат	
	абс.	%
Несостоятельность швов: культи желудка (1), культи ДПК (1), гастроэнтероанастомоза (1)	3	0,13
Моторно-эвакуаторные нарушения культи желудка	2	0,8
Пневмония	3	0,13
Инфаркт миокарда	2	0,8
Повреждение подключичной вены при катетеризации	1	0,4
Всего	11	4,4%

Из 289 больных после ушивания перфорации в сочетании с селективной проксимальной ваготомией умер 1 (0,3%) больной. У этого больного операция была дополнена наложением позадибодочного гастроэнтероанастомоза. Больной умер от несостоятельности соустья и прогрессирующего перитонита.

Отдаленные результаты лечения перфоративных язв

В отличие от непосредственных исходов лечения перфоративных язв, которые зависят от многих факторов, отдаленные результаты определяются, прежде всего вариантом выполненного хирургического вмешательства.

Для изучения отдаленных результатов нами были обследованы 187 человек, из них 125 больных после ушивания язвы в сочетании с селективной проксимальной ваготомией и 62 после резекции желудка. По срокам наблюдения больные распределились следующим образом: до 2 лет – 25 человек, от 3 до 5 лет – 64, от 6 до 7 лет – 43, от 8 до 10 лет – 37, и более 10 лет – 18 человек.

При обследовании 125 больных после ушивания язвы в сочетании с селективной проксимальной ваготомией результаты оценены как отличные у 83 (68,4%) больных. Здоровыми считали себя 77 человек и лишь 6 человек в анкете отметили улучшение. Никто из этих больных после операции не обращался за медицинской помощью. При ответах на вопросы анкеты 19 чело-

век указали, что у них «изредка» наблюдается изжога, еще 9 человек иногда испытывали боли в эпигастрии.

Эзофагогастродуоденоскопия проведена 46 больным из 83. У 14 (30%) выявлены признаки рефлюкс-гастрита или очагового атрофического гастрита. У большинства обследованных больных была определенная деформация ДПК на месте ушивания язвы при сохраненной проходимости.

Рентгенологическое исследование желудка проведено 52 больным; у всех эвакуация из желудка была свободная, порционная. Пассаж первой порции бариевой взвеси по двенадцатиперстной кишке был в пределах 10-30 секунд.

Секреция исследована у 18 больных. У 10(67%) человек интрагастральный рН на уровне тела желудка находился в пределах 1,0 - 1,5; у остальных на уровне 2,0 - 2,5.

Результаты признаны хорошими у 28 (22,4%) обследованных. Здоровыми считали себя 19 человек, 9 указали улучшение. Половина обследованных больных отмечали периодически изжогу, а четверо иногда испытывали боли в подложечной области.

Эзофагогастродуоденоскопия проведена 18 больным. У 5 (28%) человек натошак в желудке имелась примесь желчи и единичные эрозии в антральном отделе. У 7 (39%) больных выявлена недостаточность замыкательной функции пищеводно-желудочного перехода, которая клинически проявлялась изжогой.

При рентгенологическом обследовании 20 человек установлено, что у 7 (35%) из них имеется некоторая задержка эвакуации из желудка, обусловленная гипотонией желудка в результате ваготомии. У остальных 13 человек моторно-эвакуаторных нарушений не выявлено.

Внутрижелудочная рН-метрия проведена 20 больным. В результате выявлено, что у 18 (90%) пациентов наблюдалась нормацидность и у двоих - гиперацидность с декомпенсацией ощелачивания.

Результаты селективной проксимальной ваготомии в сочетании с ушиванием перфорации были удовлетворительными у 6 (4,6%) человек. При самооценке результатов операции трое отметили, что чувствуют себя лучше, один - без изменений, а двое считали, что состояние их хуже, чем до операции из-за периодических болей, изжоги, неустойчивого стула.

При эзофагогастродуоденоскопии, проведенной 3 больным из 6, у всех выявлен рефлюкс-гастрит. Признаков рецидива язвы у них не выявлено. Основной причиной снижения качества жизни и результатов операции были рефлюкс-гастрит и хронический панкреатит.

Рентгенологически установлено, что причиной рефлюксных расстройств были моторно-эвакуационные нарушения ДПК. У больных наблюдалась задержка первых порций бария в ДПК от 30 до 60 секунд с наличием дуоденогастрального рефлюкса.

При pH-метрии у 3 больных наблюдалась гиперацидность натошак, у 3 - нормацидное состояние. Больные периодически нуждались в лечении, которое приносило улучшение и сохранение трудоспособности.

Результаты проведенной операции признаны неудовлетворительными у 8 (6,4%) человек из-за рецидива язв, что подтверждено эндоскопическим исследованием. Двое из этих больных поступили в клинику повторно с кровоточащими язвами ДПК. При обследовании выявлена артериомезентериальная компрессия ДПК в стадии декомпенсации. Больные оперированы повторно. Выполнены комбинированные операции - антрумэктомия с исключением ДПК и ее дренированием дуоденоюноанастомозом по Грегори-Смирнову.

Рецидив язвы выявлен через 2 года у 3 человек. Язвы ДПК были размером 5-8 мм, без каких-либо серьезных осложнений. Все отметили улучшение и не нуждались в стационарном лечении. Еще у 3-х человек рецидив язвы возник в период от 5 до 8 лет, причем у 2 из них он сопровождался кровотечением, которое остановлено консервативно в условиях стационара.

Причиной рецидива язв наряду с дуоденостазом была неадекватная коррекция секреции желудка - при исследовании желудочной секреции у больных выявлена гиперацидность, обусловленная неадекватной ваготомией.

Рентгенологически у больных с неудовлетворительными результатами выявлены моторно-эвакуационные нарушения ДПК. У 6 наблюдалась задержка первых порций бария в ДПК от 30 до 60 секунд с наличием дуоденогастрального рефлюкса.

Анализируя показатели качества жизни, следует отметить, что индекс тяжести болезни (ИТБ) зависел от выраженности субъективных ощущений; чаще всего это были изжога и отрыжка, возникающие вследствие рефлюксных расстройств. Это же касалось и болевого синдрома. Результаты исследования качества жизни в этой группе представлены в таблице 3.

Таблица 3

Сравнительная характеристика показателей отдаленных результатов после ушивания перфоративной язвы сочетания с СПВ

Показатели качества жизни	Оценка отдаленных результатов по Visick				
	Отл <i>n</i> = 83	Хор <i>n</i> = 28	Удовл <i>n</i> = 6	Неудовл <i>n</i> = 8	Всего <i>n</i> = 125
%	66,4	22,4	4,8	6,4	100
ИТБ	- 7,6±0,3	- 7±0,9	3,2±1,5	0,1±2,2	- 6,0±0,4
ИКЖ	13,1±0,2	12,4±0,7	6,8±2,8	6,2±2,6	11,9±0,3
ИВШ	0,8±0,2	2,0±0,5	3,3±0,9	3,7±1,1	1,2±0,1

Индекс качества жизни (ИКЖ) больных в группе с отличными и хорошими результатами был высоким (11,9±0,3) и приближался к таковому у здоровых людей. Качество жизни улучшилось по сравнению с дооперационным даже в группе больных, где результаты признаны неудовлетворительными.

После резецирующих операций в отдаленные сроки обследованы 62 больных. Сроки обследования колебались от 2 до 13 лет после операции, большинство больных обследованы через 5-10 лет. Из 62 больных у 36(57,6%) человек результаты операции признаны отличными.

При заполнении анкеты 29 из 36 человек указали, что они здоровы, 6 человек отметили «улучшение», хотя каких-либо жалоб не предъявляли. Они были трудоспособны, не обращались за медицинской помощью.

Эзофагогастроскопия проведена у 15 из 36 обследованных. У 9 (60%) человек не выявлено никакой патологии в культе желудка и в зоне анастомозов. У 5 (33%) больных имелись признаки рефлюкс-гастрита с наличием умеренного количества желчи в культе желудка, у 1 - атрофический гастрит. Соответствия клинических проявлений и эндоскопических изменений слизистой культи желудка установить не удалось.

При рентгенологическом исследовании у всех больных пищевод был не изменен, культя желудка тонична, не расширена. Эвакуация в отводящую петлю происходила порционно, ритмично и своевременно.

У 16 (25,8 %) обследованных больных результаты признаны хорошими. Из 16 больных четверо считали себя здоровыми, остальные 12 человек чувствовали себя лучше, чем до операции. Установлено, что двое оперированных к моменту обследования были нетрудоспособны из-за сопутствующих заболеваний. У 2 человек клинически и рентгенологически выявлен демпинг-синдром легкой степени, хотя один из этих больных результат операции оценивал как «отличный». Из 16 обследованных больных этой группы у 12 проведена гастроскопия. При этом у 5 человек обнаружена желчь в желудке, хотя у 2 из них жалоб не было. Признаки рефлюкс-эзофагита эндоскопически имелись еще у 2 больных. Как и в группе больных после ушивания перфорации в сочетании с СПВ наиболее частым субъективным ощущением была изжога, изредка нарушения стула.

Результаты обследования 7 (11,2 %) больных после резекции желудка признаны удовлетворительными. Больные обследованы через 5 и более лет после операции. При опросе и заполнении анкеты 1 считал себя здоровым, хотя эндоскопически выявлен рефлюкс-гастрит. Трое больных считали, что состояние их здоровья улучшилось, несмотря на то, что у 1 из них выявлены признаки демпинг-синдрома легкой степени, а у 2 периодически возникали

боли в подложечной области и неустойчивый стул. Показатели качества жизни в этой группе были ниже, чем после ушивания перфорации в сочетании с СПВ.

При эзофагогастроскопии, проведенной 4 больным, у 3 выявлен рефлюкс-гастрит, у 1 – недостаточность замыкательной функции пищеводно-желудочного перехода. У больных с неустойчивым стулом клинически и по данным УЗИ выявлены признаки хронического панкреатита.

Неудовлетворительные результаты установлены у 3 (4,8%) человек. Состояние их после операции ухудшилось. Основная жалоба больных - боли в эпигастральной области. Изжогу и рвоту отмечали 2 человека, отрыжку – 3, нарушения стула были у всех больных. Фиброгастроскопия проведена двум больным - установлен рефлюкс-гастрит и анастомозит. Третий больной от обследования отказался. Двое больных являются инвалидами II группы - один страдает эпилепсией, другой оперирован на позвоночнике по поводу грыжи межпозвонкового диска.

В целом эта группа характеризуется тем, что внимание больных было сконцентрировано, прежде всего, на состоянии своего здоровья и течения заболевания. В меньшей степени была нарушена социальная и трудовая адаптация.

Результаты исследования качества жизни в этой группы представлены в таблице 4.

Таблица 4

Сравнительная характеристика показателей отдаленных результатов после резекции желудка

Показатели качества жизни	Оценка отдаленных результатов после резекции желудка по Visick				
	Отл <i>n</i> = 36	Хор <i>n</i> = 16	Удовл <i>n</i> = 7	Неудовл <i>n</i> = 3	Всего <i>n</i> = 62
%	58,1	25,8	11,3	4,8	100
ИТБ	- 7,0±0,5	- 1,3±1,3	1,7±1,5	10,5±4,5	- 3,9±0,7
ИКЖ	12,6±0,3	7,6±1,6	6,8±1,5	2,6±3,5	9,8±0,8
ИВШ	1,0±0,2	3,6±0,7	4,1±0,8	5,6±2,3	2,3±0,3

Анализируя результаты анкет этой группе больных, следует отметить, что показатели качества жизни (ИКЖ) были высокими, так как у больных исчезли клинические проявления язвенной болезни, они оставались трудоспособными и не нуждались в медицинской помощи, о чем свидетельствуют и низкие значения ИТБ. Следует подчеркнуть, что показатели тяжести болезни и качества жизни у больных после ваготомии и резецирующих операций с отличными результатами оказались практически на одном уровне.

Выводы

1. Диагностика перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки до настоящего времени остается актуальной проблемой. Отсутствие свободного газа в брюшной полости при рентгенографии не исключает прободения язвы. При обоснованных подозрениях на перфорацию показана лапароскопия, а в исключительных случаях - лапаротомия.

2. Выбор операции при перфоративных язвах должен быть индивидуальным с учетом локализации язвы, наличия других осложнений язвенной болезни, сроков госпитализации, общего состояния больного и квалификации хирурга. Показанием к ушиванию перфорации является общий фибринозный перитонит или тяжелая фоновая патология в стадии декомпенсации.

3. Состояние большинства больных с перфоративными язвами позволяет выполнить им радикальную операцию. При перфоративных язвах желудка, пенетрирующих язвах ДПК, сочетании перфорации с кровотечением показаны экономные резецирующие операции в сочетании с селективной ваготомией культи желудка. Такой же способ вмешательства показан при язвах, протекающих на фоне хронической дуоденальной непроходимости у больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки. При отсутствии интраоперационных признаков хронической дуоденальной непроходимости показана селективная проксимальная ваготомия в сочетании с ушиванием перфорации.

4. Развитие в послеоперационном периоде гнойных осложнений и моторно-эвакуаторных расстройств обусловлено в большей степени исходной тяже-

стью патологического процесса брюшной полости, чем характером выполненного оперативного вмешательства.

5. Индивидуальный подход к выбору объема оперативных вмешательств при перфоративных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки позволил улучшить ближайшие и отдаленные исходы операций. Летальность после резекции желудка составила 4,4%, после ушивания перфорации в сочетании с селективной проксимальной ваготомией – 0,3%, только ушивания перфорации, у наиболее тяжелого контингента больных – 20%. После радикальных оперативных вмешательств отличные и хорошие результаты в отдаленном периоде достигнуты у 87% больных.

Практические рекомендации

1. При подозрении на перфоративную язву желудка и ДПК и отрицательных результатах рентгенологического исследования необходимо проводить лапароскопию.

2. Ушивание перфоративной язвы следует считать вынужденной операцией, направленной на спасение жизни больного в критических ситуациях, каковыми являются общий гнойный перитонит, тяжелая сопутствующая патология, а также недостаточный опыт хирурга в абдоминальной хирургии.

3. При язвах желудочной локализации, больным с пенетрирующими язвами ДПК, при сочетании перфорации с кровотечением и при язвах протекающих на фоне хронической дуоденальной непроходимости показаны резецирующие операции. Наиболее оптимальным вариантом восстановительного этапа является позадиободочный гастроэнтероанастомоз на длинной петле с межкишечным соустьем.

4. Ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки в сочетании с селективной проксимальной ваготомией является адекватной операцией при отсутствии клиники и интраоперационных признаков хронической дуоденальной непроходимости.

Список работ, опубликованных по материалам диссертации

1. Хирургическая тактика при перфоративных гастродуоденальных язвах/ В.Н. Репин, А.О. Возгомент, С.Н. Поляков, М.С. Артмеладзе// Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки: Материалы всероссийской конференции хирургов. – Саратов, 2003. – С.72.
2. Артмеладзе М.С. Радикальные операции перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки/ М.С. Артмеладзе// Материалы научной сессии ПГМА. – Пермь, 2004. – С.328-329.
3. Отдаленные результаты ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки в сочетании с селективной проксимальной ваготомией/ В.Н. Репин, С.Н. Поляков, М.В. Репин, М.С. Артмеладзе// Актуальные вопросы хирургии и клинической анатомии. – Пермь, 2005. – С. 99.
4. Артмеладзе М.С. Отдаленные результаты ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки в сочетании с селективной проксимальной ваготомией/ М.С. Артмеладзе// X Всероссийская научно-практическая конференция Молодые ученые в медицине: – Казань, 2005. – С. 240-241.
5. Хирургическое лечение язвенных пилородуоденальных стенозов/ В.Н. Репин, С.Н. Поляков, М.В. Репин, М.С. Артмеладзе// Трудные и нестандартные ситуации в хирургии. Новые технологии в медицине: сборник научных трудов. – Ижевск, 2006. – С. 260-263.
6. Хирургическая тактика при перфоративных пилородуоденальных язвах/ В.Н. Репин, С.Н. Поляков, М.В. Репин, А.С. Ефимушкина, М.С. Артмеладзе// Пермский медицинский журнал. - 2006. - №3. – С. 29-33.
7. Репин В.Н. Выбор и отдаленные результаты операций при перфоративных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки/ В.Н. Репин, С.Н. Поляков, М.С. Артмеладзе// Актуальные вопросы хирургии: сборник научно-практических работ. – Челябинск, 2006. - №6. – С.48-50.
8. Хирургическая тактика у больных язвенной болезнью на фоне артериомезентериальной компрессии двенадцатиперстной кишки/ М.В. Репин,

В.Н. Репин, А.С. Ефимушкина, М.С. Артмеладзе// Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием – Сочи, 2006. – С. 49.

9. Репин В.Н. Диагностика и выбор операции при перфоративных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки/ В.Н.Репин, С.Н. Поляков, М.С. Артмеладзе. - Пермь, 2006, 99 С.

Список сокращений

АМК – артериомезентериальная компрессия
ГЭР – гастроэзофагеальный рефлюкс
ДПК – двенадцатиперстная кишка
ДГР – дуоденогастральный рефлюкс
ДС – демпинг-синдром
ИВШ – индекс выбранных шкал
ИКЖ – индекс качества жизни
ИТБ – индекс тяжести болезни
МЭН – моторно-эвакуаторные нарушения
ПВТС – постваготомические синдромы
ПГРС – постгастрорезекционные синдромы
СПВ – селективная проксимальная ваготомия
СтВ – стволовая ваготомия
СВ – селективная ваготомия
ХДН – хроническая дуоденальная непроходимость
ЯБЖ – язвенная болезнь желудка
ЯБДПК – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии
www.gastroscan.ru/literature/