

## РАДИКАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

Шуляренко В.А., Гвоздяк Н.Н., Параций З.З., Палиенко Р.К., Йосипенко М.А., Яремчук Н.А. Кафедра хирургии, Киевская медицинская академия последипломного образования

В сложной проблеме перфоративных гастродуоденальных язв предметом дискуссии продолжает оставаться выбор метода оперативного вмешательства [1, 2, 3].

С 1993 по 1997 гг. в хирургической отделении Киевской областной клинической больницы и ЦРБ Киевской области находилось 1247 больных с прободными гастродуоденальными язвами в возрасте от 14 до 89 лет. Мужчин было 1177 (94,4%), женщин - 70 (5,6%). У 369 (29,6%) больных язва локализовалась в двенадцатиперстной кишке, у 556 (44,6%) - в отделе, и 322 (25,8%) - в желудке. Таким образом, частота прободных язв пилородуоденального канала (по классификации Ю. М. Панцырева и А.А.Гринберга, 1977) составляет 71,2%. Большинство поступивших 831 (66,6%) были в возрасте 20 -40 лет.

От 6 часов от начала заболевания госпитализировано 972 (77,9%) больных, через 6-12 часов - 159 (12,7%), 12-24 часа - 86 (6,9%). Причем 50 - (2,4%) поступили через 24 часа и более.

Методы хирургического лечения перфоративных гастродуоденальных язв до сих пор широко варьируют от простого ушивания язвы до вмешательств на парасимпатических нервах и резекций желудка (4,6) у 223 (23,3%) больных с прободными гастродуоденальными язвами выполнены радикальные операции. Характер и исходы оперативных вмешательств представлены в таблице.

Операции	Число больных	Умерло
СтВ •+ пилоропластика по Джадду-Хорслей	34	1
СтВ -+ гастродуоденоанастомоз по Джабулею	12	
СтВ -+ гастроэнтероанастомоз	9	
СтВ + пилоропластика по Финнею	43	1
СтВ + иссечение язвы дуоденопластика	36	
СПВ + ушивание язвы	11	
Комбинированная ваготомия+иссечение язвы+пилоропластика	21	
Комбинированная ваготомия + иссечение язвы+гемипилорэктомия	57	
Резекция желудка по Бильрот-II	62	2
Резекция желудка по Бильрот-I	6	

Как и большинство авторов (1, 4, 6, 7) в экстренной хирургии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (перфорации и кровотечения) чаще применяли стволовую ваготомию (СтВ), которая выполнена у 98 (44%), больных. В последние годы с накоплением опыта, там где позволяют условия, особенно у лиц молодого возраста предпочтение отдаем селективной проксимальной ваготомии (СПВ), которая выполнена у 47 (21%), или комбинированной ваготомии 78 (34, 9%) больные. Наш опыт показывает, что комбинированная ваготомия по подавлению желудочной секреции приближается к СПВ, хотя в техническом выполнении намного проще.

Радикальные операции при перфоративных язвах выполнялись у лиц молодого и среднего возраста (до 55 лет), поступивший в стационар до 4-6 часов с момента, перфорации без сопутствующим заболеваниями и выраженных явлений перитонита. Тщательный анализ работы хирургических стационаров ЦРБ области показал довольно условную и "свободную" трактовку распространенности и стадии перитонита у больных с перфоративной язвой до 4-6 часов с момента перфорации. Так, если в одних хирургических стационарах ЦРБ у этой категории больных выполнялось более 50% радикальных операций без осложнений и летальных исходов, то в других - выполнялись только паллиативные вмешательства.

При выполнении органосохраняющих операций при перфоративной язве важное значение придаем очередности проведения отдельных этапов: верификация локализации перфоративного отверстия, временное ушивание его, санация брюшной полости, смена белья, перчаток, инструментария, выполнение одного из видов ваготомии, иссечение язвы с последующей дуодено-пилоропластикой или гемипилорэктомии, повторная тщательная санация брюшной полости.

При выполнении дренирующих операций у всех больных производилась мобилизация двенадцатиперстной кишки по Кохеру, что значительно облегчает выполнение операции и предупреждает деформацию анастомоза. Выбору методу дренирующей операции после ваготомии придаем важное значение, поскольку неадекватное дренирование желудка в 10-15 случаев является причиной рецидива язвы.

Гастродуоденоанастомоз по Жабулею и задний гастроэнтероанастомоз выполняли как вынужденную операцию при грубых рубцовых деформациях воспалительных инфильтрат (6-8 см) в пилорoduоденальных зонах в сочетании со стенозом. Такая тактика имеет свои преимущества: анастомоз формируется вне зоны воспалительной инфильтрации тканей, кроме того оставляя язву "в строке" от нового основного пути пассажа пищи, создаются дополнительные благоприятные условия для ее заживления. Из дренирующих операций чаще всего выполняли пилоропластику по Финнею (52 больных). Данная методика позволяет иссечь язву, осмотреть заднюю стенку двенадцатиперстной кишки и сохранить непрерывность пилорoduоденального канала. В последние годы как в плановой, так и в ургентной хирургии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки предпочтение отдаем поперечной дуоденотомии. Если язва и воспалительный инфильтрат локализируются на 1 см дистальнее привратника - иссекаем язву и отдельными швами Матешука выполняем поперечную дуоденопластику избегая захвата в швы циркулярных волокон привратника таких операций выполнено 36. При локализации язвы или воспалительного инфильтрата ближе чем 1 см от привратника или при перфорации язв пилорического отдела - выполняем поперечное иссечение язвы с передней гемипилорэктомией. При полуцикулярных язвах (передне-верхней или передне-нижней) такая методика, позволяет иссечь переднюю (перфоративную) язву, экстрадуоденизировать пенетрирующую язву и выполнить мостовидную дуоденопластику. Такие операции выполнены у 17 больных. У 6 больных наблюдалось "зеркальные" язвы, перфорация передней язвы и язва по задней стенке. У 4 из них язва была до 0,6 см и они прошиты П - образным швом и у 2 - они были более 1,5 см, что потребовало выполнения первичной резекции желудка.

Различного рода функциональные расстройства, (желудочный стаз, диарею и демпинг-синдром) в послеоперационной периоде наблюдали у 14 (6,3%) больных. У 8 (8,1%) после СтВ: у 4 (5,1%) после комбинированной и у 2 (4,2%) после селективной проксимальной ваготомии. Желудочный стаз в результате стойкого угнетения моторной функции же-

лудка отмечен у 3 больных, диарея - у 6 и демпинг-синдром - у 5. Эти осложнения с течением времени уменьшались и у большинства больных к концу первого года после операции клинически не проявлялись.

После органосохраняющих операций умерло 2 больных. Один из них от перитонита, вследствие недостаточности швов в области пилоропластики и другой - от рецидива кровотечения.

Первичные резекции желудка были выполнены у 68 больных. Показаниями к ним были: перфорация хронической каллезной язвы желудка у 43 больных подозрение на малигнизацию язвы - у 8, перфорация пилородуоденальной язвы в сочетании с рубцовым стенозом привратника - у 7, сочетание перфорации и кровотечения - у 5, сочетанные язвы желудка и 12-ти перстной кишки - у 3, повторные перфорации - у 2. Чаще всего выполнялись резекции желудка по Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера (62 больных). После операции умерло 2 больных: (2,9%), При перфорации язв желудка и невозможности выполнить радикальную операцию, обязательным считаем взятие края язвы для гистологического исследования. У 4 таких больных обнаружено раковое перерождение язвы.

Из 223 больных, которым выполнены радикальные операции при перфоративных язвах, умерло - 4 (1,8%), причем у/из них имело место сочетание перфорации и кровотечения.

Особого внимания заслуживает хирургическая тактика при сочетании перфорации и кровотечения язв желудка и 12-перстной кишки. Такое сочетание осложненной язвенной болезни встречается от 0,3 до 3% сопровождается летальностью от 27 до 53% [3, 4, 6]. Основными причинами неудовлетворительных результатов лечения этих больных являются: несвоевременная диагностика этих осложнений: поздние операции или вообще отказ от нее при нераспознанной перфорации; неправильная тактика во время операции. Из 1247 больных с перфоративными язвами у 22 (1,8%) отмечено сочетание перфорации и кровотечения. Чаще всего источником кровотечений и перфорации явилась одна и та же полуциркулярная язва - у 18, а также "зеркальные" язвы [4]. Только

простое ушивание такой язвы далеко не всегда останавливает кровотечение. Применение тактики у 7 больных в 5 случаях привело к летальному исходу от рецидива кровотечения. Из 5 больных, которым была выполнена первичная резекция желудка, 2 умерли от перитонита, вследствие недостаточности культи 12-ти перстной кишки. У 5 больных выполнена стволовая ваготомия с пилоропластикой по Финнею, иссечением и экстрадуденизацией язвы с мостовидной дуоденопластикой. Умер 1 больной от перитонита, вследствие недостаточности швов дуоденопластики. У 4 больных выполнена пилоропластика с иссечением и экстрадуденизацией язвы. Среди них умер 1 больной от рецидива кровотечения. Учитывая тот факт, что простое ушивание перфоративного отверстия в 34-70% случаев через 2-3 года приводит к рецидиву заболевания (пенетрации, стенозы, желудочно-кишечные кровотечения) в последние годы мы более широко применяем "условно" радикальные операции при перфоративных язвах - иссечение язвы с дуодено- или пилоропластикой без подавления секреторной функции желудка. Иссечение язвы с воспалительным инфильтратом позволяет осмотреть все стенки пилородуоденального канала, накладывать швы на практически неизменные ткани, что ведет к значительному снижению титра аутоиммунных антител, создавая наиболее благоприятные условия для заживления язвы.

Проведенный нами ретроспективный анализ хирургического лечения 1247 больных с перфоративными язвами показал, что прогноз заболевания в большей степени зависит от возраста больных, наличия сопутствующих заболеваний, времени прошедшего с момента перфорации до операции, наличия местного или разлитого перитонита, его стадии, локализации язвы нежели от вида оперативного вмешательства.

Такой дифференцированный подход позволил улучшить результаты лечения больных с перфоративными гастродуоденальными язвами. Послеоперационная летальность в группе больных с радикальными операциями составила 1,8%, тогда как с паллиативными - 3,74%.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Алыбаев Э.Ч. Пути совершенствования радикального хирургического лечения перфоративной язвы ДПК. Автореф. дисс. канд. мед. наук: Бишкек, 1994, 18 ст.
2. Белый И.С., Вахтангишвили Р.Ш. Ваготомия при прободных пилородуоденальных язвах. Киев, "Здоров'я", 1984, с.157.
3. Горбашко А.И., Ботчаев О.Х., Егоров Н.В. Возможности улучшения результатов оперативного лечения больных перфоративной язвой желудка и 12-ти перстной кишки. Вестник хирургии, 1986, II, с.96-101.
4. Гоер Я.В., Тутченко Н.И., Клименко П.Н. и др. Хирургическая тактика при перфоративной язве желудка и 12-перстной кишки. Материалы XXI Пленума Правления общества Белорусских хирургов.- Брест.- 1997, с.219-220.
5. Гринберг А.А. Ваготомия в неотложной хирургии осложненной дуоденальной язвы. Хирургия, - 1990, №7, с.20-24.
6. Зайцев В.Т., Пеев Б.И. Особенности иссечения перфоративных пилородуоденальных язв у больных с распространенным перитонитом. Клини.хир.- 1995, №4, с.14-15.
7. Краковский А.И., Иванов С.В. Результаты селективной проксимальной ваготомии при прободной пилородуоденальной язве. Хирургия, 1986, 4, с.15-19.
8. Мирошников Б.И., Горбачев В.Н., Сергеев Е.О. Анализ результатов лечения больных с перфоративной язвой желудка

**РЕЗЮМЕ****кальні операції при перфоративних гастродуоденальних виразках****ренко В.А., Гвоздяк Н.Н., Парацій З.З., Палієнко Р.К., Йосипенко М.А., Яремчук Н.А.**

Проведено ретроспективний аналіз хірургічного лікування 1247 хворих з перфоративними гастродуоденальними виразками. Показано, що прогноз захворювання в більшій мірі залежить від віку хворих, наявності супутніх захворювань, часу, що минув з моменту перфорації до операції, наявності місцевого або розлитого перитоніту, його стадії, локалізації виразки, ніж від виду оперативного втручання.

**SUMMARY****ical operations in case of the perforating gastroduodenal ulcers****'A.Shuliarenko, N.N.Gvozdiak, Z.Z.Paratsyi, R.K.Palienko, M.A.Yosypenko, M.A.Yaremchuk**

A retrospective analysis of surgical treatment of 1247 patients with gastroduodenal perforating ulcers. It is shown that the prognosis of the disease depends to a greater extent on the age of patients, the availability of accompanying diseases, period that has elapsed from the moment of perforation to operation, the presence of local or diffuse peritonitis, its stages, the ulcer's localisation on the type of surgical treatment.