

Н. Н. Милица,
И. Н. Ангеловский,
Н. Д. Постоленко,
В. В. Солдусова,
К. Н. Милица,
А. И. Маслов

Запорожская медицинская
академия последипломного
образования

© Коллектив авторов

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ С УЧЕТОМ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПЕРИТОНИТА

Резюме. Нами был проведен анализ результатов хирургического лечения 138 больных с клиническим диагнозом осложненная язвенная болезнь, перфорация язвы луковицы двенадцатиперстной кишки, перитонит. В сроки до 6 ч от начала заболевания поступили 107 (77,5 %) пациентов, от 6 до 24 ч — 14 (10,2 %), свыше 24 ч — 17 (12,3 %). Всем больным производился интраоперационный забор материала перитонеальной жидкости с последующим высевом на питательные среды. В зависимости от времени с момента перфорации состав микрофлоры изменялся следующим образом: до 6 часов, как правило, преобладали *Enterobacterii* и *Corynebacterii*, а свыше 6 часов появлялись ассоциации вышеуказанной микрофлоры со стафилококками и стрептококками. Выбор метода оперативного пособия должен в каждом конкретном случае быть индивидуальным. Наилучшие результаты могут быть получены при ушивании прободной язвы, причем это пособие целесообразно выполнять лапароскопическим доступом. Послеоперационная летальность в анализируемой группе больных составила 10,9 %.

Ключевые слова: перфоративная язва, перитонит, хирургическая тактика.

Введение

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки является одним из распространенных заболеваний, которые выявляются у 10-15 % взрослого населения, занимая второе место после ИБС. Несмотря на успехи гастроэнтерологов в лечении язвенной болезни отмечен рост ее осложненных форм с 4,2 до 4,7 % по Украине [1-7].

Среди многочисленных осложнений язвенной болезни перфорация язвы стоит на первом месте, как по непосредственной угрозе жизни, так и по частоте развития драматических ситуаций. Диагноз перфоративной дуоденальной язвы диктует необходимость экстренного оперативного вмешательства, так как задержка с его проведением грозит возникновением разлитого перитонита [1, 2].

До настоящего времени отсутствует единая позиция по выбору методов хирургического лечения перфоративных язв в зависимости от срока возникновения перфорации, распространенности и тяжести перитонита, возраста больного [5, 6]. Большинство хирургов считает целесообразным удаление язвенного субстрата с одним из методов пластики и ваготомии, даже при наличии перитонита в первые 12 часов с момента перфорации [3,4].

Цель исследования

Оценить результаты лечения больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки в зависимости от тяжести перитонита.

Материалы и методы исследований

Нами был проведен анализ результатов хирургического лечения 138 больных с клиническим диагнозом язвенная болезнь, осложненная перфорацией язвы луковицы двенадцатиперстной кишки, перитонит (местный, диффузный, распространенный), находившихся на лечении на базе кафедры хирургии и проктологии в 9-й городской больнице г. Запорожье с 2014 по 2016 год. Среди них мужчин было 92 % (127) женщин 8 % (11). Основной контингент больных составили пациенты трудоспособного возраста до 50 лет 90 % (124). В большинстве случаев клиническая диагностика перфоративной язвы не представляла особых затруднений. Наиболее достоверными и типичными признаками наступления перфорации были: внезапное начало в виде острой «кинжальной» боли в области эпигастрия с быстрым последующим распространением на весь живот (81,4 %), «доскообразное» напряжение мышц передней брюшной стенки (73,1 %), тяжелое состояние больного вследствие боли и интоксикации (29,7 %).

Ошибки в диагностике на догоспитальном этапе чаще встречаются в результате атипичного течения клиники прободения. В сроки до 6 ч от начала заболевания поступили 107 (77,5 %) пациентов, от 6 до 24 ч — 14 (10,2 %), свыше 24 ч — 17 (12,3 %). Причиной поздней госпитализации (более 6 ч) было наличие атипичных форм перфорации: прикрытая перфорация 9,4 %, перфорация язвы в клетчатку



забрюшинного пространства 2,3 % и прободные язвы в сальниковую сумку 3,7 %, а также перфорация пептической язвы в зоне рубцово-спаечного процесса 7,1 %. Во всех перечисленных выше случаях атипичное течение заболевания привело к диагностическим и тактическим ошибкам на догоспитальном этапе, а также несвоевременному обращению больных за медицинской помощью.

Результаты исследований и их обсуждение

Диагностика перфоративной язвы не представляла каких-либо затруднений при наличии трех известных составляющих: язвенного анамнеза, симптомокомплекса, рентгенологических и ультразвуковых данных. Из 138 пациентов у 99 (71,7 %) больных диагноз перфорации полого органа не вызвал сомнений и был поставлен до операции на основании клинико-рентгенологических и ультразвуковых данных. В целях дифференциальной диагностики при неясной картине заболевания, отсутствие свободного газа в брюшной полости рентгенологически, проводили фиброгастродуоденоскопию (ФГДС) 18,9 % и лапароскопию 9,4 %, при которых во всех случаях диагноз был подтвержден.

При анализе клинического материала установлено, что среди 138 больных при обзорном рентгенологическом исследовании свободный газ под правым куполом диафрагмы имел место в 99 случаях. В 12 наблюдениях при отсутствии пневмоперитонеума выполняли ФГДС, что позволило обнаружить язвенный дефект у 5 пациентов, признаки перфорации — у 4 и выявить сопутствующие осложнения (кровотечение, стеноз пилоробульбарной зоны) у 3 больных. Кроме того, ФГДС позволила определить локализацию язвы, ее характер, а также исключить наличие второй — «зеркальной» язвы на противоположной стенке двенадцатиперстной кишки и желудка. Для определения свободного газа в брюшной полости после ФГДС обязательно выполняли рентгенологическое исследование. Появление свободного газа в брюшной полости после ФГДС — это достоверный признак перфорации гастродуоденальных язв. Свободный газ при повторном рентгенологическом исследовании был обнаружен у 9 (6,5 %) из 12 больных.

Все пациенты, поступившие в отделение оперированы. Лечебный комплекс до операции включал общепринятую предоперационную подготовку в течение 1,5-2 часов. Тяжесть состояния пациентов и величина операционно-анестезиологического риска оценивали с использованием критериев ASA.

Сроки оперативного лечения перфоративных язв от момента перфорации были следующие:

121 (87,7 %) пациент оперирован в первые 1,5-2 часа с момента госпитализации, от 2 до 4 ч — 17 (12,3 %). Причина задержки выполнения операции была в необходимости проведения интенсивной предоперационной подготовки в связи с наличием клиники разлитого перитонита в сочетании с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. У всех пациентов во время операции был установлен перитонит: распространенный у 31 (22,5 %), диффузный у 101 (73,1 %) и у 6 (4,4 %) местный ограниченный. Реактивная фаза перитонита отмечена у 88 (63,8 %), токсическая — у 42 (30,4 %) и терминальная у 8 (5,8 %).

Применялись следующие методы хирургического лечения:

1) лапароскопическое ушивание прободной язвы 58 % (80),

2) иссечение и ушивание перфоративных язв двенадцатиперстной кишки с пилоропластикой по Джадду-Танаку 17 % (23),

3) иссечение перфоративной внепилорической язвы с дуоденопластикой по Джадду-Хорсли 15 % (21),

4) циркулярное иссечение язвы с ушиванием культи двенадцатиперстной кишки и формированием термино-латерального гастродуоденоанастомоза 4 % (6),

5) пилоропластика по Гейнеке-Микуличу 3 % (4), 6) иссечение язвы с гастродуоденоанастомозом по Финнею 3 % (4).

Основным хирургическим пособием в настоящее время является ушивание прободной язвы, которое выполнено в 59 случаях (39 %) у лиц молодого возраста, как правило, с впервые выявленной язвой и отсутствии разлитого перитонита. В 26 (19 %) случаях при наличии распространенного перитонита у лиц пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией. При сроке с момента перфорации до 12 часов ушивание прободной язвы у большинства пациентов лапароскопически.

Показанием к пилоропластике по Джадду-Танаку был пилорoduоденальный стеноз и рубцовая деформация двенадцатиперстной кишки.

Дуоденопластику по Джадду-Хорсли проводили при наличии перфорации на передней стенке двенадцатиперстной кишки дистальнее на 1,5 см от пилорического жома.

Циркулярное иссечение язвы с термино-латеральным гастродуоденоанастомозом проведено при повторных перфорациях пилорoduоденальных язв после их ушивания, нарушении дуоденальной проходимости, наличии циркулярных язв.

Дренирующие желудок операции были показаны, когда стеноз представлял собой изолированное сужение луковицы или прилежащего участка двенадцатиперстной кишки без вовле-

чения в процесс самого привратника. Показанием для выполнения такого рода операций было: время от момента прободения до начала операции не более 6 часов, наличие хронической язвы двенадцатиперстной кишки и безуспешность ранее проведенного консервативного лечения.

Иссечение язвы при ее прободении должно оставаться в арсенале хирургов, однако следует избегать различных видов ваготомий, заменив их медикаментозной ваготомией в послеоперационном периоде. Исключением может быть небольшая группа больных, у которых, несмотря на полноценное медикаментозное лечение язвенной болезни, наступает прободение язвы. В таких случаях будет оправдана операция иссечения язвы, дополненная одной из разновидностей ваготомии.

Всем больным производился интраоперационный забор материала перитонеальной жидкости с последующим высевом на питательные среды, бактериологическим исследованием и определением чувствительности выращенной микрофлоры к антибиотикам. В преобладающем большинстве случаев при бактериологическом исследовании перитонеальной жидкости удавалось высеять *Corynebacterium* у 50 % больных, *Enterobacterium* 23 % случаев, *Staphylococcus* 12 % и *Streptococcus* 5 %. В 10 % случаев выявить патогенную микрофлору не удалось. В зависимости от срока перфорации состав микрофлоры изменялся следующим образом: до 6 часов преобладали *Enterobacterii* и *Corynebacterii*, а свыше 6 часов появлялись ассоциации вышеуказанной микрофлоры со стафилококками и стрептококками. Наибольшая чувствительность микрофлоры к применяемым антибиотикам остается к препаратам цефалоспоринового ряда.

Операции завершали у всех пациентов обильным промыванием брюшной полости растворами антисептиков и дренированием по общепринятым в хирургической практике принципам. Всем пациентам декомпрессия желудка проводилась через назогастральный зонд, который удаляли на 3-4 сутки после восстановления функции кишечника. Антибактериальная терапия у всех пациентов с первых суток проводилась эмпирически, а затем после результатов посева патогенетическая.

Послеоперационная летальность в анализируемой группе больных составила 10,9 %. Основными причинами летальных исходов был распространенный фибринозно-гнойный перитонит в связи с поздней госпитализацией (до 6 часов — летальность составляет 4,6 %, более 6 часов — 14,2 %, более 24 часов — 21,3 %), старческий возраст пациентов и тяжелые сопутствующие заболевания. Средний возраст умерших составил 79 лет.

Выводы

1. Наиболее часто при бактериологическом исследовании перитонеальной жидкости удается высеять *Corynebacterium*, затем *Enterobacterium*, и далее *Staphylococcus* и *Streptococcus*. Местный перитонит наблюдался у 4,4 % больных, диффузный — у 73,1 % и у 22,5 % — распространенный, что зависело от сроков перфорации.

2. Выбор метода оперативного пособия должен в каждом конкретном случае быть индивидуальным. Наилучшие результаты могут быть получены при ушивании прободной язвы, причем это пособие целесообразно выполнять лапароскопическим доступом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Велигоцкий Н. Н. Удаление осложненных дуоденальных язв и дуоденопластика / Н. Н. Велигоцкий. — Х. : Прапор. — 2005. — 84 с.
2. Возможно ли расширение показаний к первично-радикальным операциям при перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки? / А. Н. Вачёв, Э. Э. Адыширин-Заде, Е. В. Фролова Е.В., [и др.] // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2010. — № 2. — С. 43-47.
3. Гостищев В. К. Радикальные оперативные вмешательства в лечении больных с перфоративными гастродуоденальными язвами / В. К. Гостищев, М. А. Евсеев, Р. А. Головин // Хирургия. Журнал имени Н. И. Пирогова. — 2009. — № 3. — С. 10-16.
4. Жданова А.С. Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки / А.С. Жданова // Бюллетень медицинских интернет-конференций. — 2011. — Т. 1. — № 1. — С. 63.
5. Кондратенко П. Г. Лапаростомия и программированные санации брюшной полости в комплексном лечении перфоративной язвы, осложненной разлитым гнойным перитонитом / П. Г. Кондратенко, Е. А. Койчев // Украинский журнал хирургии. — 2013. — № 1 (20). — С. 80-85.
6. Кукош М. В. Перфоративная язва. Отдалённые результаты / М. В. Кукош, Н. К. Разумовский, В. А. Трухалёв // Журнал МедиАль. — 2012. — № 1. — С. 8-9.
7. Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки: диагностика и хирургическое лечение / В. В. Бойко, М. П. Брусницына, В. П. Далавурак [и др.] // Харківська хірургічна школа. — 2006. — № 2(21). — С. 11-14.



ВИБІР МЕТОДУ
ЛІКУВАННЯ
ПЕРФОРАТИВНИХ
ВИРАЗОК
ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ
КИШКИ З УРАХУВАННЯМ
СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ
ПЕРИТОНІТУ

*М. М. Міліца,
І. М. Ангеловский,
Н. Д. Постолєнка,
В. В. Солдусова, К. М. Міліца,
А. І. Маслов*

Реферат. Нами було проведено аналіз результатів хірургічного лікування 138 хворих з клінічним діагнозом ускладнена виразкова хвороба, перфорація виразки цибулини дванадцятипалої кишки, перитоніт. У терміни до 6 годин від початку захворювання надійшли 107 (77,5 %) пацієнтів, від 6 до 24 год — 14 (10,2 %), понад 24 год — 17 (12,3 %). Всім хворим проводився інтраопераційний забір матеріалу перитонеальної рідини з наступним висівом на поживні середовища. Залежно від часу з моменту перфорації склад мікрофлори змінювався таким чином: до 6 годин, як правило, переважали *Enterobacterii* і *Corynebacterii*, а понад 6 годин з'являлися асоціації вищевказаної мікрофлори зі стафілококами і стрептококами. Вибір методу оперативного посібника повинен в кожному конкретному випадку бути індивідуальним. Найкращі результати можуть бути отримані при ушиванні проривної виразки, причому цю допомогу доцільно виконувати лапароскопічним доступом. Післяопераційна летальність в аналізованій групі хворих складала 10,9 %.

Ключові слова: *перфоративна виразка, перитоніт, хірургічна тактика.*

THE CHOICE OF THE
METHOD OF TREATMENT
OF PERFORATED
DUODENAL ULCERS
TAKING INTO ACCOUNT
THE SEVERITY
OF PERITONITIS.

*N. N. Militca, I. N. Angelovsky,
N. D. Postolenko, V. V.
Soldusova, K. N. Militca, A. I.
Maslov*

Summary. We analyzed the results of surgical treatment of 138 patients with a clinical diagnosis of complicated peptic ulcer, perforation of the ulcer duodenal bulb, peritonitis. At periods up to 6 hours of onset received 107 (77.5 %) patients, from 6 to 24 hr — 14 (10.2 %), over 24 hr — 17 (12.3 %). All the patients undergone intraoperative sampling of peritoneal fluid material followed by plating on nutrient media. Depending on the time since the composition of the microflora of perforation is amended as follows: up to 6 hours, usually dominated Enterobacter and Corynebacter, and more than 6 hours appeared above microflora association with staphylococci and streptococci. The choice of method of operational allowance must in every case be individualized. The best results can be obtained by suturing perforated ulcer, and it is advisable to perform manual laparoscopic access. Postoperative mortality in the analyzed group of patients was 10.9 %.

Key words: *perforated ulcer, peritonitis, surgical tactics.*