



К.М. Курбонов, М.Г. Хамидов,
Ф.И. Махмадов,
Дж.Т. Шарифов

Таджикский государственный
медицинский университет
им. Абуали ибн Сино

© Коллектив авторов

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АТИПИЧНЫХ ПЕРФОРАЦИЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Резюме. В работе проанализированы результаты комплексной диагностики и лечения 42 больных с атипичными перфорациями гастродуоденальных язв. При этом установлено, что заболевание в большинстве случаев протекает под маской других заболеваний в виде холецистоподобного, гастритического и почечного синдромов. Высокоинформативными инструментальными методами диагностики являются: УЗИ и видеолапароскопия. Операцией выбора при атипичных перфорациях дуоденальных язв являются органосохраняющие операции с ваготомией, а при атипичных перфорациях желудочных язв — традиционные ушивания и резекционные методы по показаниям.

Ключевые слова: атипичная перфорация, гастродуоденальная язва, диагностика, хирургическое лечение.

Введение

В последние годы благодаря появлению новых и современных противоязвенных препаратов, частота плановых оперативных вмешательств по поводу осложненной язвенной болезни существенно снизилось [1, 5, 6, 8]. Однако, как не парадоксально, частота острых и тяжелых осложнений язвенной болезни, в частности перфорации гастродуоденальных язв (ПГДЯ), не имеет тенденции к снижению, и летальность при этом достигает 18-20,4 % [3, 4, 7].

Среди ПГДЯ наиболее трудным для диагностики и лечения представляют атипичные формы [2, 6, 7]. Атипичные ПГДЯ в большинстве случаев протекают под маской других заболеваний и нередко становятся причиной диагностических ошибок в догоспитальном этапе, а также несвоевременного и запоздалого обращения больных за медицинской помощью [1, 6, 8].

Цель исследования — улучшение диагностики и лечения атипичных форм перфораций гастродуоденальных язв.

Материалы и методы исследования

В клинике хирургических болезней № 1 ТГМУ имени Абуали ибн Сино за последние 15 лет оперировано 42 пациента с атипичными формами ПГДЯ. Мужчин было 28 (66,7 %), женщин — 14 (33,3 %). Возраст пациентов составил от 19 до 72 лет. У 30 (71,4 %) пациентов имело место перфорация язв заднебоковой стенки постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки (n=18) и кардиального отдела желудка (n=12). В 9 (21,4 %) случаях наблюдалась перфорация язвы малой кривизны желудка и у 3 (7,1 %) перфорация пептической язвы в зоне рубцово-спаечного процесса, при этом

перфорация происходила в клетчатку забрюшинного пространства. Спустя 24-48 часов от момента перфорации поступили 32 (76,1 %) пациента, через 3-5 суток — 7 (16,7 %), через 6-7 суток — 2 (4,8 %). До операции 24 пациента страдали язвенной болезнью, в остальных (n=18) случаях у больных язвенного анамнеза не отмечали. Для диагностики атипичных ПГДЯ, больным проводили клинико-лабораторные исследования, рентгенологическое, эндоскопическое, ультразвуковое исследование, а также видеолапароскопию.

Результаты исследования и их обсуждение

Клиническое проявление атипичных форм в большинстве (n=36) наблюдений не соответствовало классической форме этого заболевания. Это, прежде всего, зависело от локализации перфорации (дуоденальная или желудочная), характера содержимого, поступающего не в свободную брюшную полость, а в забрюшинную клетчатку или сальниковую сумку. Так, в результате указанных выше причин, момент прободения не был выражен во всех 42 наблюдениях. Болевой синдром при атипичных перфорациях в значительной степени отличался от болей при типичных прободениях в свободную брюшную полость. В 39 наблюдениях боли в животе были не очень острые и практически никогда не сопровождались шоком. В дальнейшем боли у 28 больных становились менее интенсивными и имели различную локализацию в зависимости от расположения прободного отверстия и места скопления желудочно-дуоденального содержимого. При перфорации язвы задней стенки постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки в 16 наблюдениях заболевание протекало с почечным синдромом, а при пер-

форации язв кардиального отдела желудка 9 пациентов беспокоили боли в подложечной области, иррадиировавшие в левое плечо и надплечье (холецистоподобный синдром). У 8 пациентов с перфорации язв малой кривизны желудка, жалобами были умеренные тупые боли в эпигастральной области, т.е. гастритический синдром. Признаки раздражения брюшины были у 30 пациентов, особенно она была выражена у 9 пациентов с перфорацией язв малой кривизны желудка в результате изливания желудочного содержимого из сальниковой сумки через Винслово отверстие в свободную брюшную полость. В 8 случаях из-за нагноения, излившегося желудочного или дуоденального содержимого в подпеченочном пространстве (n=5) и в поясничной области (n=3) пальпировались опухолевидные болезненные образования твердо-эластической консистенции. Особенностью атипичных ПГДЯ, являлось, то что, практически, в 90 % случаев она сопровождалась выраженным интоксикационным синдромом (МСМ – 13,68 ± 7,1 мкг/мл, L – 10,1 ± 10⁹/л, ЛИИ – 2,1), что свидетельствовало о развитии гнойно-септических осложнений.

При анализе клинического материала установлено, что из 42 больных с атипичной ПГДЯ при обзорном рентгенологическом исследовании наличие свободного газа под правым куполом диафрагмы выявлено у 14 больных. В 2 наблюдениях свободный газ определяли в забрюшинной клетчатке и в 5 – в подкожной клетчатке туловища (передней брюшной стенки). В 12 случаях при отсутствии пневмоперитонеума выполняли фиброгастродуоденоскопию, что позволило обнаружить язвенный дефект у 4 пациентов, признаки перфорации у 3 и выявить сопутствующие осложнения (кровотечения, дуоденостеноз) у 5 больных. Кроме этого, фиброгастродуоденоскопия позволила определить локализацию язвы, ее характер, а также дала возможность исключить наличие второй «зеркальной» язвы на противоположной стенке двенадцатиперстной кишки и желудка. В последние годы нами для диагностики ПГДЯ эффективно применяется УЗИ. При проведении УЗИ в 70 % наблюдений диагностировали косвенные признаки атипичных перфораций, а именно: наличие свободной жидкости; объемных образований в различных отделах брюшной полости и забрюшинного пространства. Проведенно УЗИ у пациентов с атипичной ПГДЯ в 8 наблюдениях позволило диагностировать инфильтраты в подпеченочной (n=5) и поясничной (n=3) областях с наличием жидкости; в 4 случаях определяли наличие свободной жидкости в брюшной полости.

Учитывая значительные трудности в диагностике атипичных ПГДЯ, нередко являющихся причиной задержки оперативного пособия,

растягивающих время операции и увеличение количества послеоперационных осложнений, в арсенал диагностических мероприятий была включена видеолапароскопия. Для подтверждения или исключения наличия атипичной ПГДЯ, а также выбора объема и способа операции видеолапароскопия была выполнена 12 больным. Во всех случаях (100 %) диагноз атипичной ПГДЯ подтвержден. Видеолапароскопия позволила выявить множество признаков атипичной ПГДЯ.

Все пациенты с атипичной ПГДЯ подверглись хирургическому лечению. Выбор объема и способа хирургического пособия при атипичных ПГДЯ зависел от выраженности и распространенности перитонита, локализации перфоративной язвы, возраста больных и наличия сопутствующих заболеваний.

В 12 наблюдениях при атипичной перфорации язв задней стенки постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки (n=7) и желудка (n=5) ограничивались традиционным ушиванием перфоративного отверстия двухрядными швами, санацией и дренированием брюшной полости и тонкой кишки. В послеоперационном периоде в 4 наблюдениях отмечали гнойно-септические осложнения с 3 летальными исходами. Причиной летальных исходов являлось полиорганная недостаточность (n=2) и несостоятельность швов ушитой перфорации (n=1). В 4 случаях имела место перфорация седловидных язв, в 5 – перфорация сочеталась со стенозом, в 2 – с кровотечением. Эти осложнения создавали дополнительные трудности и требовали выполнения более сложных и радикальных оперативных вмешательств, т.к. попытка ушивания таких язв часто сопровождается реперфорациями в ближайшем послеоперационном периоде или профузным кровотечением, а в отдаленном периоде, развитием дуоденостеноза и рецидивов заболевания. В этой связи, при атипичной перфорации язв задней стенки двенадцатиперстной кишки, в 11 наблюдениях выполняли усовершенствованные методики органосохраняющих оперативных вмешательств. Так, в 6 наблюдениях выполняли циркулярное иссечение перфоративной язвы с открытой обработкой культи двенадцатиперстной кишки и формирования терминолатерального пилородуоденоанастомоза с СВ. В 5 случаях после циркулярного иссечения перфоративных язв восстановительный этап операции завершали формированием перемного термино-латерального (n=3) и косопоперечного (n=2) пилорозентероанастомоза в сочетании с СВ. В послеоперационном периоде после органосохраняющих оперативных вмешательств гнойно-септические осложнения наблюдали в 3 случаях. Летальных исходов не было.



Значительные сложности для хирургического лечения представляли также пациенты с атипичной перфорацией желудочных язв. Так, в 12 наблюдениях при перфорации субкардиальных язв и малой кривизны желудка выполняли лестничную резекцию желудка (n=6) и клиновидное иссечение язв (n=6). Ещё в 3 наблюдениях при перфорации пептической язвы анастомоза в зону рубцово-спаечного процесса выполняли резекцию желудка с формированием гастроэнтероанастомоза по Ру. Послеоперационные осложнения имело место в 5 наблюдениях с 3 летальными исходами. Причиной летальных исходов явилась интоксикация (n=2) и острый инфаркт миокарда (n=1).

Таким образом, диагностика и лечение атипичных ПГДЯ до настоящего времени представляют значительные трудности, что обусловлено локализацией язвы, характером содержимого, поступающего в забрюшинное пространство, сальниковую сумку или в свободную брюшную полость.

Выводы

1. В связи с нетипичной локализацией перфоративного отверстия и поступления содержимого желудка и двенадцатиперстной кишки в замкнутые пространства, клиническое проявления перфораций в большинстве случаев атипичное с проявлением почечного, холецистоподобного и гастритического синдромов.

2. Наряду с эндоскопией для диагностики перфораций гастродуоденальных язв и их осложнений целесообразно применение УЗИ и видеолапароскопии.

3. Наличие сочетанных осложнений язвенной болезни (стеноз, кровотечения, пенетрация) при атипичных локализациях перфораций дуоденальных язв требуют выполнения радикальных органосохраняющих вмешательств в сочетании с ваготомией, а при атипичных перфорациях желудочных язв — традиционное ушивание и резекционные методики по показаниям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Велигоцкий Н.Н. Удаление осложненных дуоденальных язв и дуоденопластика / Н.Н. Велигоцкий. — Харьков: «Прапор». — 2005. — 81 с.

2. Гостищев В.К. Радикальные оперативные вмешательства в лечении больных с перфоративными гастродуоденальными язвами / В.К. Гостищев, М.А. Евсеев, Р.А. Головин // Хирургия. — 2004. — № 3. — С. 10 — 16.

3. Гринберг А.А. Регионарный кровоток и секреторная функция желудка у больных с дуоденальной язвой / А.А. Гринберг, С.Г. Гришко, Л.Х. Стоярова // Клин. мед. — 1987. — № 4. — С. 72 — 74.

4. Курыгин А.А. Ваготомия в хирургической гастроэнтерологии / А.А. Курыгин, В.В. Румянцев. — С-Петербург: Гиппократ. — 1992. — 362 с.

5. Нужна ли ваготомия при прободных язвах? / Г.Л. Ратнер, Е.А. Корымасов, В.В. Смирницкий [и др.] // Вест-

ник хирургии им. Грекова. — 1995. — Т. 154. — № 4 — 6. — С. 118 — 120.

6. Патофизиологическое обоснование ваготомии при перфоративных дуоденальных язвах / Л.В. Поташов, В.П. Морозов, Е.С. Дидзурабова // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. — 1997. — Т. 156, № 1. — С. 17—19.

7. Совцов С.А. Лапароскопически-ассистированный способ хирургического лечения прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки / С.А. Совцов, В.Ю. Подшивалов, А.В. Потемкин // Хирургия. — 2007. — № 3. — С. 7—9.

8. Утешев Н.С. Лечение больных с перфоративными пилородуоденальными язвами / Н.С. Утешев, А.А. Гуляев, П.А. Ярцев // Хирургия. — 2005. — № 12. — С. 14 — 51.

РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ АТИПОВИХ ПЕРФОРАЦІЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗОК

К.М. Курбонов, М.Г. Хамідов, Ф.І. Махмадов, Дж.Т. Шаріфов

Резюме. В роботі проаналізовані результати комплексної діагностики та лікування 42 хворих з атипичними перфораціями гастродуоденальних виразок. При цьому встановлено, що захворювання в більшості випадків пліне під маскою інших захворювань у вигляді холецистоподібного, гастритичного та ниркового синдромів. Високоінформативним інструментальним методом діагностики є УЗД та видеолапароскопія. Операцією вибору при атипичних перфораціях дуоденальних виразок є органозберігаючі втручання з ваготомією, а при атипичних перфораціях шлункових виразок, традиційні зашивання та резекційні методи за показами.

Ключові слова: атипична перфорація, гастродуоденальна виразка, діагностика, хірургічне лікування.



DIAGNOSTIC AND
TREATMENT TACTIC OF
ATYPICAL PERFORATION
OF GASTRODUODENAL
ULCER

*K.M. Kurbonov, M.G. Homidov,
F.I. Mahmudov, J.T. Sharifov*

Summary. In work results of complex diagnostics and treatment of 42 patients with atypical perforation of gastroduodenal ulcers are analysed. It is thus established that disease in most cases proceeds behind a mask of other diseases like acute cholecystitis, acute gastritis and nephritic syndromes. The higher method of diagnostics are ultrasonic and a videolaparoscopy. The better surgeries at atypical perforation of gastroduodenal ulcers is saveorgan surgeries with vagotomy, and at atypical perforation of the gastric ulcers, traditional suture plication and resections methods under indications.

Key words: *atypical perforations, gastroduodenal ulcer, diagnosis, surgical treatment.*