

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ

К. С. Долимов, А. Ш. Абдумажидов, З. З. Тухтамурод, А. М. Ашурметов,
М. Дж. Ахмедов, Х. М. Жафаров

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан

TACTICS OF TREATMENT OF PERFORATIVE GASTRODUODENAL ULCER

K. S. Dolimov, A. Sh. Abdumazhidov, Z. Z. Tukhtamurod, A. M. Ashurmetov,
M. J. Akhmedov, Kh. M. Zhafarov

Tashkent Pediatric Medical Institute, Republic of Uzbekistan

Прободение ГДЯ является угрожающим жизни больного осложнением.

Несмотря на четкие симптомы и несложности диагностики этого осложнения ГДЯ, прикрытая ее форма представляет определенные трудности в диагностике. В этом плане оправданы анализ и обобщение наблюдений в целях изучения особенностей клинического течения, возможностей ранней диагностики, улучшения результатов лечения.

По данным литературы, прикрытую перфорацию ГДЯ выявляют в 2,1 — 15% наблюдений перфоративных язв, летальность, обусловленная поздней операцией по поводу прикрытой перфорации, составляет 1,8 — 4% [1 — 3].

В клинике в течение 7 лет по поводу перфоративной ГДЯ оперированы 386 больных, из них у 24 (6,8%) — обнаружена прикрытая перфорация язвы. Мужчин было 20, женщин — 4, возраст больных от 20 до 78 лет.

Прикрытые перфоративного отверстия обуславливают искажение клинических симптомов в связи с прекращением поступления содержимого желудка в брюшную полость, следовательно, больных направляют в клинику с другим диагнозом. Поскольку участковые врачи и бригады "скорой помощи" недостаточно учитывают особенности клинического течения прикрытой перфорации ГДЯ, часто возникают диагностические ошибки. Так, с диагнозом острого аппендицита госпитализированы 8 больных, ост-

Реферат

Прикрытое прободение гастродуоденальной язвы (ГДЯ) представляет определенные трудности в диагностике, что обуславливает искажение клинических симптомов. Диагноз обычно устанавливают с опозданием. В клинике в течение 7 лет у 24 больных обнаружена прикрытая перфорация ГДЯ, что составило 6,8% общего числа перфоративных язв. Пневмоперитонеум не устанавливали. После пневмогастроскопии у 3 больных в брюшной полости обнаружен свободный газ, они оперированы. При анализе динамики у остальных больных отмечено ухудшение состояния, симптомы раздражения брюшины, что требовало выполнения оперативного вмешательства. Летальность составила 4,1%.

Ключевые слова: гастродуоденальная язва; перфорация;крытие язвенного отверстия; перитонит.

Abstract

The covered perforation of gastroduodenal ulcer constitutes certain difficulties in diagnosis, causing distortion of clinical symptoms. The diagnosis is usually established with delay. In the clinic during 7 years in 24 patients the covered perforative aperture of gastroduodenal ulcer was revealed, constituting 6.8% of total number of perforative ulcers. Pneumoperitoneum was not established. After pneumogastroscopy in 3 patients with a free gas revealed, they were operated on. After analyzing of dynamics in rest of patients their state degradation and the peritoneal symptoms occurrence was noted, what have had demanded performance of operative intervention. Lethality was 4.1%.

Keywords: gastroduodenal ulcer; perforation; closure of the ulcer aperture; peritonitis.

рого панкреатита — 6, обострения язвы — 3, острого холецистита — 6, острой непроходимости кишечника — 1; 2 — ошибочно госпитализированы в терапевтическое отделение, в последующем в связи ухудшением состояния после консультации хирурга переведены в хирургическое отделение с предположительным диагнозом перитонита.

Клинические проявления, как правило, нечеткие, начало острое — возникает кратковременная боль в надчревной области, которая быстро исчезает. При пальпации выявляют болезненность в надчревной области без напряжения мышц живота. Брадикардию, гипертермию не

наблюдал. При перкуссии печеночная тупость сохранялась, симптомов раздражения брюшины не было. Такая ситуация значительно усложняла диагностику, особенно при отсутствии язвенного анамнеза. Рентгенологическое исследование для выявления свободного газа в брюшной полости проведено всем больным, однако он не обнаружен. Только у 3 больных при предположении о наличии перфоративной язвы при повторной рентгенографии брюшной полости после эндоскопической инсuffляции в желудок воздуха удалось обнаружить свободный газ под диафрагмой, больные своевременно оперирована-

ны. У остальных больных диагноз был установлен с опозданием.

Состояние больных тщательно контролировали, проводили повторное рентгенологическое и ультразвуковое исследования.

При изучении динамики состояния больных установлено, что в течение 6—10 ч наблюдения их состояние значительно ухудшилось, появились тахикардия, сухость языка, напряжение мышц передней брюшной стенки, симптомы раздражения брюшины. У 12 больных проведена повторная рентгенография брюшной полости, у 2 из них обнаружен свободный газ. Совокупность указанных симптомов свидетельствовала о необходимости выполнения оперативного вмешательства.

Все больные оперированы в сроки от 6 до 12 ч. У всех больных во время операции обнаружен перитонит различной выраженности и распространенности. Наиболее часто прободное отверстие было при-

крыто сальником (у 12 больных), левой долей печени при язве желудка (у 6), желчным пузырем (у 3); у 2 больных прободное отверстие небольших размеров было прикрыто пищевым комком, после его удаления содержимое желудка стало интенсивно поступать в брюшную полость. Зашивание перфоративного отверстия произведено 15 больным, зашивание с наложением гастроэнтероанастомоза в связи с сомнительной проходимость антральной части желудка — 2, тампонада перфоративного отверстия сальником по Поликарпову — 6, стволовая ваготомия с иссечением перфоративной язвы и пилоропластикой по Финнею — 1. После санации брюшной полости операцию завершали ее дренированием.

Течение послеоперационного периода у 19 больных без осложнений. Осложнения возникли у 5 больных: нагноение операционной раны — у 2, пневмония — у 1, 1 боль-

ной повторно оперирован по поводу ранней послеоперационной непроходимости кишечника, 1 — в связи с продолжающимся после операции перитонитом, что обусловило летальный исход. Летальность составила 4,1%.

Таким образом, диагностика прикрытой перфорации ГДЯ трудна, особенностью прикрытой ГДЯ является нечеткость симптомов вследствие быстрого прекращения поступления содержимого желудка в брюшную полость. Для уменьшения частоты послеоперационных осложнений и летальности необходима возможно более ранняя диагностика, что требует от хирурга глубоких знаний симптомов атипичного течения осложнения, тщательное динамическое наблюдение за больными с проведением повторных рентгенологических и ультразвуковых исследований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мицура Д. И. Прикрытые перфоративные гастродуоденальные язвы / Д. И. Мицура // Хирургия. — 1990. — № 3. — С. 35 — 38.
2. Особенности клинического течения, диагностика и результаты лечения прикрытых перфораций гастродуоденальных язв / И. И. Неймарк, В. А. Овчинников, В. И. Марченко, В. А. Глазков // Там же. — 1987. — № 5. — С. 35 — 37.
3. Шалимов А.А. Хирургия пищеварительного тракта / А. А. Шалимов, В. Ф. Саенко. — К.: Здоровья, 1987. — 568 с.

