

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВОЙ

*И.А. Даниленко, клин. ординатор; А.Л. Ситник, асп.;
Н.Г. Кононенко, д.мед.н., проф.; Л.Г. Кащенко, доц.;
В.И. Бугаев, доц.; В.Я. Пак, ассист.
(Сумский государственный университет)*

Проведен анализ историй болезни 427 пациентов с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки (основная группа), пролеченных в х.о. №1 и х.о. №2 ГКБ №5 с 1995 по 2000 г. Мужчин было 380 человек, женщин - 47, (соотношение 8,1:1) в возрасте от 15 до 89 лет: до 20 лет - 32 (7,5%), 21-30 лет - 107 (25%), 31-40 лет - 109 (25,5%), 41-50 лет - 93 (21,8%), 51-60 лет - 33 (7,7%), 61-70 лет - 30 (7,0%), старше 70 лет - 23 (7,25%) человек.

В зимние месяцы заболели 88 (20,6%) пациентов, в весенние - 111 (26,0%), в летние - 126 (29,5%) с максимальным помесечным показателем в августе - 47 (11%), в осенние - 102 (23,9%). То есть данные нашего анализа не вполне согласуются с общепринятым мнением о связи перфораций язв с весенне-летними обострениями язвенной болезни.

Внезапно боли возникли у 396 (92,7%) пациентов, постепенно - у 31 (7,3%). Распределение по возникновению боли на протяжении суток: в 0-6 часов - 60 (14%) человек, в 6-12 часов - 102 (23,8%), в 12-18 часов - 160 (37,7%), в 18-24 часа - 105 (24,6%), что совпадает с данными других авторов [1,2]. У подавляющего большинства (58,5%) пациентов боли локализовались в эпигастрии и правой половине живота. Иррадиация отмечалась в плечо и ключицу справа - у 103 (26,5%), слева - у 21 (4,9%). Слабость отмечали 189 (44,3%) человек. Тошнота беспокоила 236 (55,5%) человек, рвота у 114 (26,7%).

Язвенный анамнез выявлен у 276 (64,6%) пациентов, по данным литературы [1,2] - у 80-85%. В этой группе хронический гастрит был у 32 (11,6%), язва двенадцатиперстной кишки - у 165 (59,8%), язва желудка - у 13 (4,7%) - 66 (23,9%) пациентов не обследовались. Длительность заболевания язвой до года была у 62 (22,5%), до 5 лет - у 81 (29,3%), до 10 лет - у 71 (25,7%), свыше 10 лет - у 50 (18,2%). На фоне обострения ранее выявленного заболевания обратилось 79 (18,5%) человек, причем длительность обострения до суток была у 11, до 7 суток - у 37, свыше 7 суток - у 31.

Вынужденное положение отмечалось у 183 (42,8%) пациентов. Большинство из них лежало на правом боку с приведенными к животу ногами. Бледность кожных покровов отмечена у 310 (72,6%) человек. Средняя частота пульса - 82,7 уд/мин. Положительный симптом Винтера (передняя брюшная стенка не участвует в дыхании) отмечался у 356 (83,0%), вздутие живота - у 26 (6,0%). Симптомы раздражения брюшины были выражены у 312 (73,0%) пациентов, отсутствовали - у 19 (4,5%).

Сопутствующие заболевания преимущественно сердечно-сосудистой системы наблюдали у 95 (22,2%) больных.

Для диагностики применяли обзорную рентгенографию органов брюшной полости на наличие свободного газа. Исследование проведено у 332 пациентов, из которых у 233 (70,2%) обнаружили серповидную полосу газа под правым куполом диафрагмы, у 99 (29,8%) - не

обнаружено. Отсутствие данных в 95 историях болезни связано либо с очевидной клинической картиной (исследование просто не назначали),

либо данные о результатах не внесены в историю болезни. У 3 пациентов проводилась проба Хенальдта, которая у одного была ложноотрицательной.

Отмечено повышение содержания лейкоцитов в крови в среднем до $9,6 \times 10^9/\text{л}$ (колебания от $3,9 \times 10^9/\text{л}$ до $25,1 \times 10^9/\text{л}$).

У 94 (22,0%) пациентов с клиническими признаками распространенного перитонита или при декомпенсации сопутствующих заболеваний, или высоком анестезиологическом риске проводилась предоперационная подготовка: инфузия коллоидов, кристаллоидов, кардиотропных препаратов и др.

Перитонит выявлен у 227 (53,2%): местный - у 62 (27,3%), диффузный - у 113 (49,8%), разлитой - у 36 (15,9%), общий - у 16 (7%) больных.

По характеру выпота: серозный - у 42 (18,5%), серозно-фибринозный - у 161 (70,9%), фибринозно-гнойный - у 24 (10,6%) человек.

Локализация перфоративной язвы была следующей: в двенадцатиперстной кишке - у 296 (69,3%), в пилорическом отделе (включая язвы на 0,5 см проксимальнее или дистальнее пилоруса) - у 78 (18,3%), в препилорическом отделе (от 0,5 до 2 см проксимальнее пилоруса) - у 30 (7,0%), в антральном отделе (проксимальнее 2 см от пилоруса) - у 21 (4,9%), в субкардиальном отделе - у 2 (0,47%) пациентов. Перфорация острых язв отмечена у 12 (2,8%) больных. Прикрытая перфоративная язва обнаружена у 40 (9,4%) больных, атипичных перфораций не наблюдали. Стеноз выходного отдела желудка диагностирован у 47 (11,0%) пациентов: компенсированный - у 10, субкомпенсированный - у 29, декомпенсированный - у 8.

Хирургическое лечение при перфоративной язве включало санацию брюшной полости, иссечение язвенного субстрата или ушивание отверстия, один из вариантов ваготомии [3,4,5].

Ушивание перфоративных язв выполнено у 26 (6,1%) больных при тяжелой сопутствующей патологии на фоне распространенного перитонита, а также при острой язве. Иссечение, как правило, проводили при локализации перфоративной язвы в препилорическом и антральном отделах у 51 (12,0%) больного. Пилоропластику и пилорoduоденопластику проводили при локализации язвы в привратнике или в начальном отделе двенадцатиперстной кишки. Выполнено 101 (23,6%) вмешательство, у больных с распространенным перитонитом или при недостаточной квалификации хирурга операцию не дополняли ваготомией. Оптимальным объемом вмешательства при пилорoduоденальной перфоративной язве считаем иссечение язвы с различными видами пилоро- и пилорoduоденопластики, дополненные ваготомией. Так, сочетание дренирующих операций, со стволовой ваготомией было выполнено у 23 (5,4%), с различными видами селективных ваготомий - у 201 (47,0%), с селективной проксимальной ваготомией - у 8 (1,9%) больных. У пациентов с перфоративной язвой и суб- или декомпенсированным стенозом выходного отдела атоничного желудка при отсутствии распространенных форм перитонита предпринята резекция желудка: по методике Бильрот - I - у 8 (1,9%), по Бильрот - II в модификации Бальфура - 5, Гофмейстера-Финстерера - 2. У 2 (0,47%) больных с циркулярным рубцово-язвенным стенозом проведена циркулярная резекция двенадцатиперстной кишки.

Во время вмешательства в пилорoduоденальной зоне у 79 (19,7%) оперированных обнаружили вторую язву задней стенки двенадцатиперстной кишки, из них у 13 (27,6%) больных со стенозом. Это свидетельствует о повышении риска стеноза "целующихся" язв.

У больных с распространенным перитонитом проводили санацию брюшной полости стерильными растворами в объеме до 15 литров,

дренировали в 2-4 точках. Средняя длительность оперативного вмешательства составила 2 часа 05 минут.

В послеоперационном периоде средняя длительность пребывания в отделении интенсивной терапии составила 1,7 суток. В течение 4-5 суток проводилась инфузионная терапия, стимуляция кишечника, декомпрессия желудка зондом. Для антибиотикотерапии использовали комбинацию ампициллина 0,5x4 раза в день и гентамицина 0,08x2 раза в день в/м в течение 5-7 дней. В последние 2-3 года дополнительно использовали метрагил по 100 мл 0,5% раствора 2-3 раза в день в/в. При тяжелом течении применяли цефазолин 1,0x4 раза в день, тиенам 0,5x3 раза в день. Энтеральное питание начинали с 4-5 суток. Гипертермия наблюдалась в среднем 6,4 дня. Средний койко-день составил 13,07 суток.

У 33 (7,73%) больных первоначальный диагноз был поставлен неправильно. В группе лиц с ошибочной диагностикой клиническая картина отличалась от "классического" проявления перфоративной язвы. Так, живот был вздут у 7 (21,2%), участвовал в дыхании у 24 (72,7%), выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки наблюдалось у 9 пациентов, причем у всех оно было только в одной анатомической области (эпигастрий, правое подреберье, правая подвздошная область). 22 (66,6%) пациентам проводили рентгенографию органов брюшной полости на наличие свободного газа. У 15 человек газ отсутствовал, у 7 обнаружена серповидная полоска газа, что подтверждало диагноз. У 11 больных исследование не проводили из-за уверенности в другом диагнозе. Первоначально выставлены следующие диагнозы: острый аппендицит - у 11, острый холецистит - у 4, острый панкреатит - у 12, обострение язвенной болезни - у 2, острая кишечная непроходимость - у 2, острое желудочно-кишечное кровотечение - у 2. С диагностической целью у 9 больных вмешательство начато с доступа по Волковичу-Дьяконову, у 2 - с нижнесрединной лапаротомии, у 2 - с лапароцентеза, у 1 - с герниотомии.

Основной причиной ошибочной диагностики перфоративной язвы послужило прикрытие перфоративного отверстия фибрином, салником, левой долей печени, плотным комком пищи, что имело место у 22 (66,6%) человек. Примечательно, что ошибочная диагностика поставлена у 22 (55,0%) из 40 интраоперационно обнаруженных прикрытых перфоративных язв.

Осложнения в основной группе наблюдались у 69 (16,16%) пациентов: у 60 (15,7%) мужчин и у 9 (19,14%) женщин.

Нагноение послеоперационных ран наблюдали у 22 (5,15%) пациентов. Длительность пребывания в стационаре колебалась от 12 до 44 суток (в среднем 21,2), что на 8,13 суток дольше, чем в группе без нагноений (13,07 суток). Эвентрация 3-4-й степени обнаружена у 2 пациентов. Осложнения воспалительного характера в брюшной полости диагностированы у 6 пациентов: у 2 - инфильтраты брюшной полости, у 2 - абсцессы брюшной полости, у 2 - послеоперационный диффузный перитонит как следствие недостаточной санации и дренирования. Несостоятельность швов наблюдали у 4 (0,93%) больных, из них у двух потребовалась релапаротомия. Гастроплегия длительностью до 5 суток выявлена у всех 7 (1,64%) человек после пилоропластики с селективной ваготомией.

У 8 (1,87%) больных диагностированы осложнения органов дыхания: острый бронхит или его обострение (4), острая пневмония (3), экссудативный плеврит (1). У двух пациентов развилось острое нарушение мозгового кровообращения, у 5 наблюдали энцефалопатию.

У 4 больных диагностирована ранняя (на 6-е, 9-е и 11-е сутки) спаечная тонкокишечная непроходимость. При релапаротомии рассечены

спайки и трансназально интубирована тонкая кишка. У одного пациента отмечали послеоперационный панкреатит средней степени тяжести.

У 4 пациентов послеоперационный период осложнился кровотечением: в просвет ЖКТ - у 3, в брюшную полость из участка гастроэнтероанастомоза, что вызвало необходимость релапаротомии с ушиванием кровоточащего сосуда - у 1.

Из 427 пациентов умерло 13(3,04%). Проведен анализ летальности. Из умерших 10 мужчин и 3 женщин, 7 (54,0%) пациентов были старше 60 лет. Сопутствующие заболевания отмечены у 11 (84,6%), из них у 8 в стадии декомпенсации.

У всех этих больных во время операции обнаружен перитонит, из них фибринозно-гнойный - у 6 (46,0%), что значительно превышает показатель основной группы (5,6%). Следовательно, фибринозно-гнойный перитонит резко увеличивает риск летального исхода.

У всех умерших больных наблюдались послеоперационные осложнения: острая кишечная непроходимость (2), острое нарушение мозгового кровообращения (1), декомпенсация сахарного диабета (1), нагноение послеоперационной раны (2), эвентерация (2), энцефалопатия (2), пневмония (1), несостоятельность швов двенадцатиперстной кишки (1), тромбоз подключичной вены (1), кровотечение из язвы желудка (1). У 4 больных проведена релапаротомия.

Непосредственной причиной смерти 8 больных была острая сердечно-сосудистая недостаточность, 3 - тромбоэмболия легочной артерии, 1 - эндотоксический шок, 1 - геморрагический шок.

Таким образом, приведенный анализ клинических, диагностических и тактических аспектов течения заболевания показывает эффективность лечения пациентов с перфоративной язвой и снижение летальности до 3,04% (по Украине в 1999 и 2000 г. соответственно 3,43% и 3,66% [5]).

ВЫВОДЫ

1. Большинство (66,6%) случаев ошибочной диагностики обусловлено прикрытием перфоративного отверстия.
2. Фибринозно-гнойный перитонит резко увеличивает риск послеоперационных осложнений и летального исхода.
3. Указанная хирургическая тактика позволила снизить летальность до 3,04% (по Украине в 1999г. и 2000 г. соответственно 3,43% и 3,66%).

SUMMARY

The result of clinical investigation and surgical treatment of 427 patients with perforated ulcers of the stomach and duodenum for the period of 1995-2000. In X-ray investigation of the abdominal cavity the air under the diaphragm was found in 70,2% of patients. Peritonitis was encountered in 227 (53,2%) patients. Radical organ-saving operation were carried out in 232 (54,7%) patients. There are analyzed the conditions of patients in after operating period and observed the development of complications and their control. The postoperative lethality has formed 3,04%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. И.С, Белый. Ваготомия при прободных пидородуоденальных язвах.- К., 1984.
2. И.И, Неймарк. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки,- Алтай. 1988.
3. В.К. Гусак. Хирургічна тактика при перфоративних гастродуоденальних виразках.- Шпитальна хірургія, 1999.- 2.-С.65-69.
4. А.А, Курьгин. Спорные вопросы хирургического лечения перфоративных гастродуоденальных язв.-Хирургия, 1999,-6.-С. 15-18.
5. О.И. Хадышев. Лечение прободных гастродуоденальных язв,- Хирургия, 2001.- 5.-С. 13-17.

Поступила в редколлегию 18 апреля 2002г.