

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, г. Минск

Проанализированы результаты лечения 29 пациентов с хронической язвой двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, пенетрацией, стенозом и перфорацией. Всем выполнено иссечение, экстрадуденизация язвы, поперечная дуоденопластика. Дополнительно 12 (41,4%) больному проведена селективная проксимальная ваготомия. Послеоперационный период протекал без особенностей у 28 пациентов (96,6%). У 1 (3,4%) – имела место правосторонняя нижнедолевая пневмония. Летальных исходов не было.

Разработанный нами метод оперативного лечения сочетанных осложнений дуоденальной язвы сопровождается хорошими ближайшими результатами: низким процентом осложнений (3,4%), отсутствием летальности, сохранением естественного пассажа пищи по желудочно-кишечному тракту, сократительной функции желудка и двенадцатиперстной кишки, быстрым восстановлением показателей общего анализа крови, может быть рекомендован для широкого практического применения.

Показанием к иссечению, экстрадуденизации язвы, поперечной дуоденопластике по нашей методике является дуоденальная язва, осложненная кровотечением, пенетрацией, стенозом и перфорацией, размерами от 0,5 до 4 см.

Оригинальные научные публикации

Ключевые слова: язва двенадцатиперстной кишки, кровотечение, пенетрация, стеноз, перфорация, иссечение, экстрадуденизация язвы, поперечная дуоденопластика.

G.A. Solomonova

SURGICAL TREATMENT OF COMBINED DUODENAL ULCER COMPLICATIONS

There were analyzed the results of 29 patients' treatment with chronic duodenal ulcer, complicated with bleeding, penetration, stenosis and perforation. All the patients have undergone duodenal resection, exteriorizing of the ulcer base from duodenal lumen, diametrical duodenoplasty according to the method, offered by the author. Additionally 12 patients (41,4%) have undergone highly selective parietal cell vagotomy. Postoperative period passed without peculiarities for 28 patients (96,6%), 1 patient (3,4%) was diagnosed a dextral lower-lobar nidal pneumonia.

The suggested method of combined duodenal ulcer complications surgical treatment has shown good near-term results: low rate of complications (3,4%), lethality absence, retention of natural food passage through gastrointestinal tract, contractile stomach and duodenum function, rapid rehabilitation of common blood analysis' rates, and can be recommended for wide practical application.

The indication for duodenal resection, exteriorizing of the ulcer base from duodenal lumen, diametrical duodenoplasty according to our method, is a complicated with bleeding, penetration, stenosis and perforation duodenal ulcer, with dimensions from 0,5 to 4 cm.

Key words: duodenal ulcer, bleeding, penetration, stenosis, perforation, duodenal resection, exteriorizing of the ulcer base from duodenal lumen, diametrical duodenoplasty.

В последние годы увеличилось количество пациентов с осложненным течением хронической дуоденальной язвы [2, 5]. При этом возросло и число сочетанных осложнений язвы двенадцатиперстной кишки (ДПК) [2, 5]. Множественные осложнения дуоденальной язвы наиболее часто встречаются при локализации процесса в луковице ДПК [2, 5]. Хирургическое лечение сочетанных осложнений язвы ДПК: пенетрации, кровотечения, перфорации, стеноза, сопровождается высокой летальностью [4, 5, 7, 10]. Ее цифры достигают 50% [4, 5, 7, 10]. Поэтому проблема лечения данной категории больных в настоящее время является актуальной в неотложной хирургии. Вопрос о выборе метода хирургического пособия остается дискуссионным [1, 6, 8].

Цель исследования. Изучить эффективность применения иссечения и экстрадуденизации язвы (ЭД), поперечной дуоденопластики (ПД) в сочетании с селективной проксимальной ваготомией (СПВ) и без неё при сочетанных осложнениях язвы двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы

По поводу кровоточащей и пенетрирующей дуоденальной язвы оперировано 160 пациентов. У 29 пациентов (18,1%) были сочетанные осложнения язвы ДПК. Они лечились в учреждениях здравоохранения «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Минска, «10-я городская клиническая больница» г. Минска, «3-я городская клиническая больница им. Е.В. Клумова» г. Минска с 2000 по 2010 годы. Из них 20 мужчин (68,9%) и 9 женщин (31,1%) (таблица 1). Соотношение мужчин и женщин составило 2,2:1. Количественные данные возраста пациентов соответствовали закону нормального распределения (Shapiro-Wilk-критерий $W=0,98$, $p=0,8$). Средний возраст пациентов составил $45,3 \pm 14,6$ лет (95% ДИ: 39,7-50,8, min 18, max 73) (рисунок 1).

У всех пациентов причиной кровотечения являлась хроническая язва ДПК, пенетрирующая в соседние органы и ткани. Сочетание этих двух осложнений со стенозом было у 20 пациентов (68,9%), с перфорацией язвы – у 19 (65,5%). У 10 пациентов (34,5%) имели место 4 осложнения: кровотечение, пенетрация, стеноз и перфорация.

Пациенты поступили в клинику от момента начала кровотечения через 24,0 часа (25%-75% квартили – 4-37, min 2, max 480).

Язвенный анамнез отсутствовал у 4 пациентов (14,0%). У остальных в среднем он был $10,8 \pm 7,6$ года (95% ДИ: 7,2-14,4, min 0,08, max 27) (рисунок 2).

Четверо оперированы ранее: двоим выполнено ушивание, третьему – иссечение прободной язвы; четвертому – иссечение кровотокающей язвы. Кровотечение возникло впервые у 15 пациентов (68,2%), повторным было у 4 больных (18,2%), третьим – у 3 (13,6%).

Кровопотеря легкой степени (до 15%) имела у 18 пациентов (62,1%), средней степени – у 5 (17,2%), тяжелой (свыше 25%) – у 6 (20,7%). Объем кровопотери составил 15% (25%-75% квартили – 6-30, min 2, max 71), в абсолютных числах – 591 мл (25%-75% квартили – 350-1392, min 108, max 3479).

Воспалительные изменения в крови отмечены у 12 пациентов (41,4%), количество лейкоцитов – $10,8 \cdot 10^9$ (25%-75% квартили – 7,9-14,3, min 4,1, max 26,6). Палочкоядерный сдвиг лейкоцитарной формулы влево имелся у 12 (41,4%). Количество палочкоядерных нейтрофилов составило 7% (25%-75% квартили – 4-12, min 1, max 22).

При поступлении в стационар эзофагогастродуоденоскопия (ЭГД) проведена 19 пациентам (65,5%). Остальным пациентам в связи с наличием клиники перфорации язвы, перитонита ЭГД не выполнялась. У них при обзорной рентгенографии брюшной полости

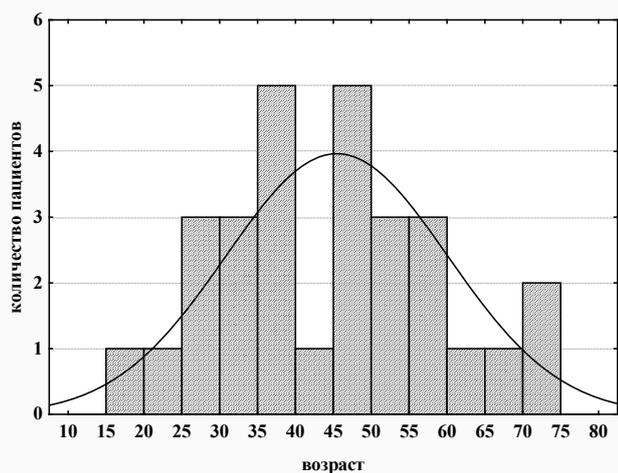


Рис. 1. Возраст пациентов с сочетанными осложнениями язвы ДПК

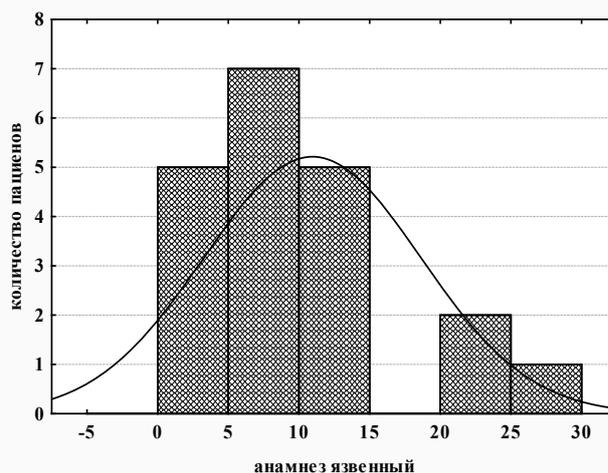


Рис. 2. Язвенный анамнез у пациентов с сочетанными осложнениями язвы ДПК

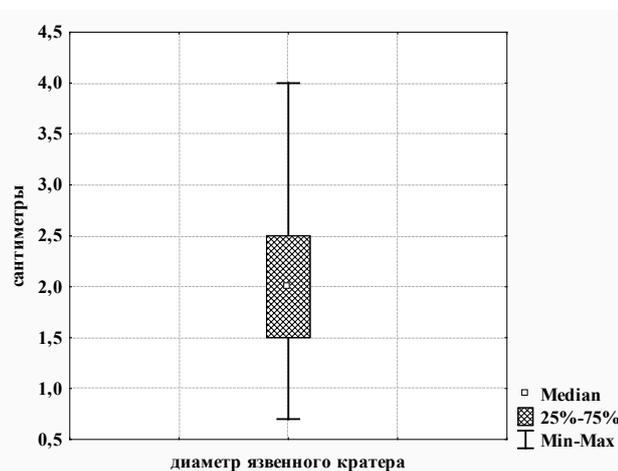


Рис. 3. Величина язвенного кратера во время операции

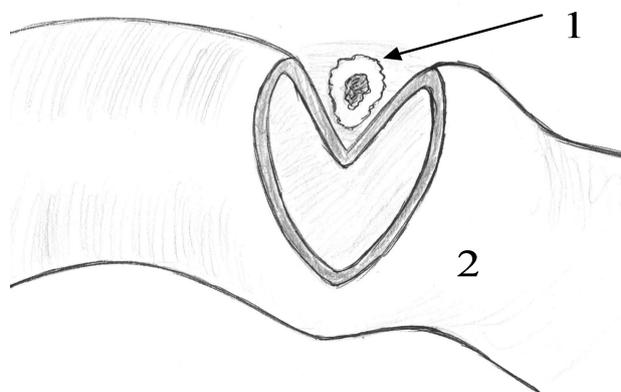


Рис. 4. Выведение язвенного кратера за просвет 12-перстной кишки после ее мобилизации
1 – язвенный кратер
2 – 12-перстная кишка

определялся свободный газ под куполами диафрагмы. Продолжающееся кровотечение было у 2 пациентов (10,5%), состоявшееся – у 12 (63,2%), перфорация кровоточащей язвы – у 5 (26,3%). Эндоскопический гемостаз раствором 70% спирта с 1,0 мл адреналина выполнен 5 пациентам (26,3%). Рубцовая деформация, стеноз ДПК в месте локализации язвы определялся у 4 пациентов (21,1%).

Повторная ЭГД выполнена 9 пациентам (47,4%). Рецидив кровотечения констатирован при этом у 5 больных (26,3%). Им вновь выполнен эндоскопический гемостаз. У остальных язва ДПК была покрыта фибрином. По показаниям третья ЭГД проведена 3 пациентам (15,8%). У 1 диагностирован рецидив кровотечения. Ему выполнен гемостаз.

Проводилась гемостатическая, противовоспалительная терапия, восполнялся объём циркулирующей крови.

Результаты и обсуждение

Все пациенты (29) были оперированы под эндотрахеальным наркозом. Оценку анестезиологического

риска при поступлении больных в стационар проводили при помощи шкалы ASA [9].

У 9 (31,0%) пациентов был установлен ASA Class II (пациенты были с контролируемыми сопутствующими заболеваниями без системных эффектов). У 14 (48,3%) – ASA Class III (они имели сопутствующие заболевания с выраженными системными нарушениями, периодически приводящими к значительной функциональной недостаточности). У 6 (20,7%) – ASA Class IV (пациенты с плохо контролируемым физическим состоянием, что связано со значительной дисфункцией и потенциальной угрозой для жизни).

Показанием к операции явились: прободение язвы у 19 пациентов (65,5%), рецидив кровотечения – у 5 (17,2%), неэффективность консервативной терапии – у 4 (13,8%), высокий риск рецидива кровотечения – у 1 (3,5%).

Операционный доступ – верхнесрединная лапаротомия. При ревизии кровь в кишечнике обнаружена у 25 пациентов (86,2%). У 16 (24%) она была в тонком

Оригинальные научные публикации

Таблица 1. Локализация язвы ДПК во время операции

Стенка ДПК	Количество пациентов		
	абсолютное		%
Задняя+верхняя+передняя	11	21	37,9
Задняя+нижняя+передняя	4		13,8
Задняя+верхняя	2		6,9
Задняя+верхняя+нижняя+передняя	4		13,8
Передняя+верхняя	4		13,8
Двойная локализация	3		10,3
Верхняя	1		3,5
Всего	29		100

Таблица 2. Пенетрация язвы ДПК во время операции

Орган, в который пенетрирует язва	Количество пациентов	
	абсолютное	%
Гепатодуоденальная связка	11	37,93
Поджелудочная железа	8	27,6
Поджелудочная железа, гепатодуоденальная связка	9	31
Поджелудочная железа, гепатодуоденальная связка, желчный пузырь	1	3,44
Всего	29	100

Таблица 3. Операции, выполненные пациентам с сочетанными осложнениями язвы ДПК

Показания к операции	Название операции			Всего	
	иссечение, ЭД, ПД	иссечение, ЭД, ПД, ХЭ	иссечение, ЭД, ПД, СПВ	число пациентов	%
Риск рецидива кровотечения	–	–	1	1	3,5
Рецидив кровотечения	–	–	5	5	17,2
Прободение	16	1	2	19	65,5
Неэффективность консервативной терапии	–	–	4	4	13,8
Всего	16	1	12	29	100

кишечнике, у 6 (24%) – в тонком и толстом кишечнике, у 2 (8%) – в толстом, у 1 (4%) – в желудке и тонком кишечнике. У пациентов с перфорацией дуоденальной язвы были явления распространенного перитонита: серозно-фибринозный выпот определялся у 11 пациентов (57,9%), гнойно-фибринозный – у 11 (57,9%).

Язвенный процесс располагался на расстоянии 1 см (25%-75% квартили – 1-1,5, min 0,5, max 3): от 1,0 до 1,9 см от пилорического жома у 19 пациентов (65,5%), от 0,5 до 0,9 см – у 7 (24,1%), свыше 3,0 см – у 2 (6,9%), от 2,0 до 2,9 см – у 1 (3,5%).

Наиболее часто язва занимала 3 стенки:

заднюю+верхнюю+переднюю – у 11 пациентов (37,9%) (таблица 1).

Размеры язвенного кратера варьировали от 0,7 см до 4,0 см в диаметре, составили 2,0 см (25%-75% квартили – 1,5-2,5 min 0,7, max 4,0) (рисунок 3). При двойной локализации язвы величина второй язвы была – 0,5 см; 1 см и 1,5 см.

В дне язвы определялись тромбированный сосуд и перфоративное отверстие у 15 больных (51,7%). Дно язвы было покрыто фибрином у 5 (17,2%), фибрином и солянокислым гематином – у 1 (3,5%). Тромбированный сосуд в дне язвы был у 4 пациентов (13,8%), пер-

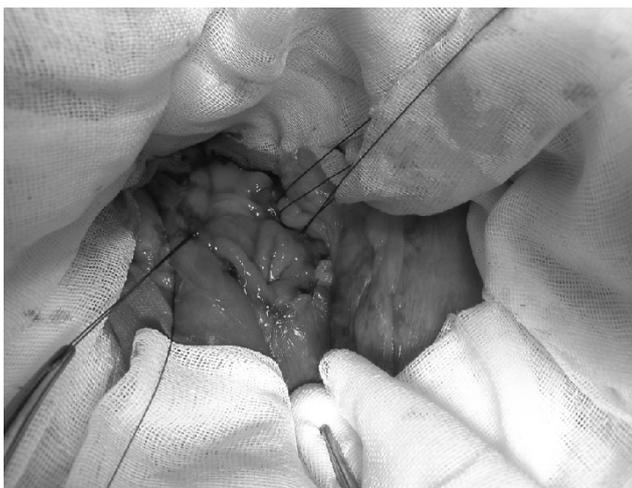


Рис. 5. Наложение непрерывного кишечного шва на заднюю стенку 12-перстной кишки над язвенным кратером



Рис. 6. Ушивание передней стенки ДПК

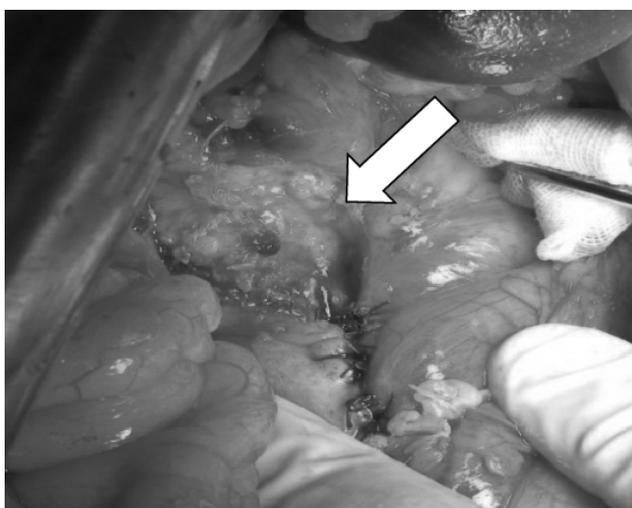


Рис. 7. Завершающий этап операции: осмотр кратера язвы, выведенной за просвет кишки, контроль гемостаза



форативное отверстие – у 4 (13,8%).

Пенетрация язвы имела место у всех пациентов. Чаще она пенетрировала в гепатодуоденальную связку (таблица 2).

При пенетрирующих язвах верхней (латеральной), задней, нижней (медиальной) стенок ДПК нами предложена следующая методика операции [3]. Проводили минимальную мобилизацию указанных стенок верхнегоризонтальной ветви ДПК. Затем выполняли поперечную дуоденотомию. Часть язвы, находящаяся на передней стенке, иссекали. Оставшаяся часть пенетрирующей язвы, расположенная на верхней (латеральной), задней либо нижней (медиальной) стенке ДПК выводили за ее просвет (рисунок 4). Заднюю, верхнюю (латеральную), нижнюю (медиальную) стенки ДПК ушивали непрерывным однорядным швом атрауматической иглой с рассасывающейся нитью над язвой через все слои со стороны просвета кишки (рисунок 5). Переднюю стенку ушивали отдельными серозно-мышечными швами (рисунок 6). Все швы накладывали в поперечном по отношению к кишке на-

правлении (рисунок 7).

При наличии кровотечения или тромбированного сосуда в дне пенетрирующей язвы, перед выведением язвы за просвет кишки проводилось прошивание сосуда в язве.

Иссечение язвы, ЭД, ПД выполнена всем пациентам. Дополнительно СПВ проведена 12 (41,4%) (таблица 3).

Пациенты оперированы через 3 часа от момента госпитализации (25%-75% квартили – 2-36, min 1, max 284). Длительность операции была 150 минут (25%-75% квартили – 110-205, min 80, max 300) (рисунок 8).

Сопутствующая патология имелась у 15 пациентов (51,7%). Ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия была у 6 (40%), жировой гепатоз – у 2 (13,3%), туберкулез легких – у 1 (6,7%), опухоль левого легкого – у 1 (6,7%), другие заболевания – у 5 (33,3%).

В послеоперационном периоде пациенты находились в отделении реанимации и интенсивной терапии в течение 1 суток (25%-75% квартили – 1-2, min 0,

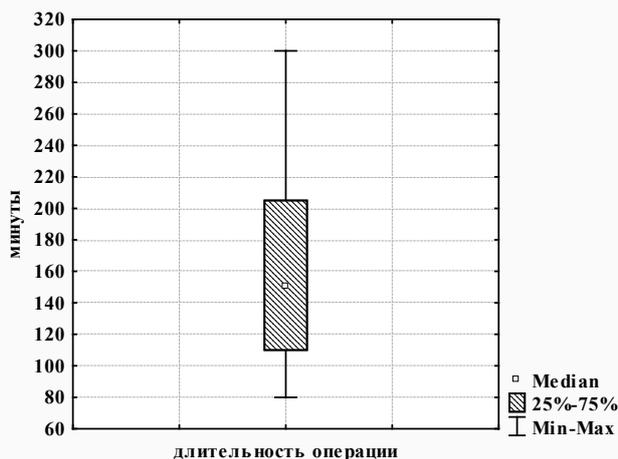


Рис. 8. Длительность операции

тах 4). Им проводилась коррекция изменений объема циркулирующей крови, противовоспалительная, антибактериальная терапия.

Пациентам на протяжении первых, вторых суток после операции эвакуировалось содержимое желудка, оценивалось количество его и характер.

На 10-13 сутки после иссечения, ЭД язвы, ПД 19 пациентам (65,5%) с целью изучения моторно-эвакуаторной функции выполнена рентгеноскопия желудка с контролем эвакуации. 8-ми из них (42,1%) во время операции выполнена дополнительно СПВ. Обычных размеров и формы желудок был у 17 обследованных (89,5%), несколько увеличен у 2 (10,5%). Натощак небольшое количество жидкости в желудке определялось у 8 (42,1%), у остальных ее не было. Тонус желудка нормальный у 14 обследованных (73,7%), у 5 после СПВ (26,3%), несколько снижен. Привратник округлой формы, хорошо функционирует у всех. Луковица ДПК нормальной величины и формы у 8 пациентов (42,1%), отёчна, умеренно деформирована у 11 (57,9%).

Эвакуация протекала ритмично, порционно у всех обследованных. Скорость ее была несколько замедлена у 2 (10,5%). Контроль пассажа бария по кишечнику прослежен у всех пациентов. Через 2 часа контрастная масса в желудке отсутствовала у 8 пациентов (42,1%), ее следы определялись у 11 (57,9%). Через 8 часов в желудке бариевой взвеси не определялось.

Результаты гистологического заключения получены у 27 пациентов (93,1%): хроническая язва с обострением была у 26 (96,3%), фрагменты слизистой ДПК с инфильтрацией, хроническим воспалением, сосудом – у 1 (3,7%).

При выписке отмечалась нормализация показателей красной крови. Количество эритроцитов – $3,9 \cdot 10^{12}$ (25%-75% квантили – 3,6-4,2, min 3,3, max 5,7). Показатели гемоглобина составили 123 г/л (25%-75% квантили – 109-131, min 95, max 168). Величина гематокрита – 0,36 (25%-75% квантили – 0,33-0,41, min 0,31, max 0,49).

Уменьшились воспалительные изменения. Количество лейкоцитов – $7,1 \cdot 10^9$ (25%-75% квантили – 5,4-9,6, min 3, max 15,8). Снизилось количество палочкоядерных нейтрофилов. Палочкоядерные нейтрофилы составили 2% (25%-75% квантили – 2-4, min 1, max 10).

Послеоперационный период протекал без особенностей у 28 пациентов (96,6%). У 1 пациента (3,4%) имела место правосторонняя нижнедолевая пневмония. Летальных исходов не было.

Длительность пребывания в стационаре – 13 дней (25%-75% квантили – 11-15, min 3, max 29). Койкодень после операции составил 12 (25%-75% квантили – 11-13, min 3, max 20).

Выводы

1. У 51,7% пациентов с язвой ДПК, имеющей сочетанные осложнения, был длительный язвенный анамнез: от 5 до 27 лет.

2. Во время операции в 72,4% язвенный процесс у данной группы пациентов распространялся на заднюю стенку ДПК. У всех пациентов язва пенетрировала в поджелудочную железу, гепатодуоденальную связку или в оба этих органа.

3. Разработанный нами метод оперативного лечения язвы ДПК, осложненной пенетрацией, сопровождается хорошими ближайшими результатами: низким процентом осложнений (3,4%), отсутствием летальности, сохранением естественного пассажа пищи по желудочно-кишечному тракту, сократительной функции желудка и ДПК, быстрым восстановлением показателей общего анализа крови.

4. Показанием к иссечению, экстрадюоденизации язвы, поперечной дуоденопластике по нашей методике является не только язва ДПК, пенетрирующая в соседние органы и ткани, но и имеющая сочетанные осложнения, размерами от 0,5 до 4 см.

Литература

1. Гостищев, В.К., Евсеев М.А. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии (патогенез, диагностика, лечение). – ГОЭТАР-Медицина, 2008. – 384 с.
2. Романчишен, А.Ф. Хирургическое лечение больных с сочетанными осложнениями гастродуоденальных язв /А.Ф. Романчишен. А.М. Пономарев, А.В. Гостицкий // Вестн. хир. – 1999. – Т. 166, № 3. – С. 3-4.
3. Способ поперечной дуоденопластики при пенетрирующей язве двенадцатиперстной кишки: пат. 7976 Респ. Беларусь, МПК С1 А 61В 17/03 / Г.А. Соломонова, Н.В. Завада; заявитель Государственное учреждение образования “Белорусская медицинская академия последипломного образования” № а 20030467; заявл. 27.05.2003; опубл. 30.04.2006 // Афицкий бюл. / Нац. центр интеллектуал. уласнасці. – 2006. – № 2. – С. 41.
4. Сочетанные осложнения язвы двенадцатиперстной кишки и их хирургическое лечение / С.Ф. Багненко [и др.] // Вестн. хирургии им. Грекова. – 2009. – Т. 168, № 6. – С. 12–15.
5. Сочетанные осложнения язвы двенадцатиперстной кишки /А.С. Толстоколов [и др.] // Саратов. научно-мед. журнал. – 2008. – № 1 (19), январь-март. – С. 102-105.
6. De Caestecker J. Upper Gastrointestinal Bleeding: Surgical Perspective // Medicine from WebMD, Article Last Updated, 2006, Apr. – Vol. 11, № 18. - P. 80-89.
7. Surgery for perforated peptic ulcer in the elderly: Evaluation of factors influencing prognosis / Uccheddu A. [et al.] // Gastroenterol. – 2003. – Vol. 50, № 54. – P. 1956-1958.
8. Targownik, L.E. Trends in management and outcomes of acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: 1993-2003 / L.E. Targownik, A. Nabalamba // Clin. Gastroenterol. Hepatol. – 2006. - № 4. – P. 1459-1466.
9. Venbrux, A.C. Percutaneous Endoscopy for Biliary Radiologic Interventions / A.C. Venbrux, C.D. McCormick // Techniques in Vascular and Interventional Radiology. – 2001. – Vol. 4, № 3. – P. 186-192.
10. Watanabe, T. Clinical features of peptic ulcer disease in the elderly / T. Watanabe, T. Chiba // Nihon Rinsho. – 2002. – Vol. 60, № 8. – P. 1499-1503.

Поступила 7.11.2013 г.