

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПРОБОДНОЙ ЯЗВОЙ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ МЕТОДОМ ТАМПОНАДЫ САЛЬНИКОМ ПО ПОЛИКАРПОВУ

© 2006 А.В. Лопатников¹

Изучены результаты лечения 162 больных с прободными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, оперированных в Дорожной клинической больнице на ст. Ярославль ОАО "РЖД", методом тампонады сальником на ножке по Поликарпову. Выявлено, что количество осложнений и летальность у пациентов после тампонады по Поликарпову не превышает средних показателей органосохраняющих операций при прободных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки. Признаки гнойно-резорбтивной лихорадки у пациентов сохраняются в течение 5 суток с момента операции. Рубцевание язвы после операции по Поликарпову происходит в обычные сроки — в течение 3–4 недель после операции.

Введение

Высокая заболеваемость язвенной болезнью, встречающаяся с частотой от 7,6 до 8,4 на 1000 населения [2, 3], и не имеющая отчетливой тенденции к снижению, ставит данную патологию в ряд важнейших социальных проблем. Частота перфораций при язвенной болезни достигает 10–15% [1]. Летальность при прободении колеблется от 5,1 до 17% [3].

Продолжают развиваться оперативные методы лечения прободных язв. Большое распространение приобретают иссечение язвы с ваготомией и пилоропластикой, различные видеолапароскопические методики. Однако ушивание желудочной или дуоденальной перфоративной язвы остается главным методом лечения, особенно у больных с распространенным, запущенным перитонитом и высокой степенью операционно-анестезиологического риска [4].

Наряду с ушиванием прободной язвы возможно применение такой органосохраняющей операции, как тампонада перфоративного отверстия сальником на ножке по Поликарпову (1946 г.).

В Дорожной клинической больнице (ДКБ), ст. Ярославль ОАО "РЖД" тампонада сальником перфоративной язвы желудка и 12-перстной кишки традиционно является основной при данной патологии. Исходя из этого, результаты этой операции и явились объектом нашего исследования.

¹Лопатников Андрей Владимирович (info@dkb.yar.ru), НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Ярославль ОАО "РЖД", 150030, Россия, г. Ярославль, Суздальское шоссе, 21.

1. Материал и методы

Для оценки результатов оперативного лечения прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки был произведен анализ медицинской документации больных, проходивших лечение с указанной патологией в ДКБ с 1982 по 2004 годы. Оценивались возрастной состав пациентов, пол, сроки поступления в стационар, методы обследования, характер произведенной операции, количество койко-дней, проведенных в хирургическом отделении, летальность. 77 пациентам в раннем послеоперационном периоде после тампонады по Поликарпову была произведена фиброгастроскопия аппаратами "Olimpus" на видеоэндоскопической стойке "Evis".

2. Результаты исследования и их обсуждение

За период с 1982 по 2004 годы в хирургическом отделении было пролечено 162 пациента с прободными язвами желудка и 12-перстной кишки. Из них 15 были с перфорацией язвы желудка и 147 (90,0%) с перфорацией язвы луковицы двенадцатиперстной кишки, мужчин было — 149 (92%), женщин — 13 (8%). Наиболее часто прободные язвы встречались у пациентов от 21 до 40 лет (71%). С увеличением возраста наблюдалась отчетливая тенденция к снижению заболеваемости. Позднее 24 часов момента перфорации поступили 2 пациента (1,2%), в первые 6 часов — 57,5% больных, от 6 до 12 часов — 29,6% больных, в период от 12 до 24 часов, с признаками развивающегося перитонита — 19 пациентов (11,7%). Диагностические методы, используемые для уточнения диагноза, представлены на рисунке.

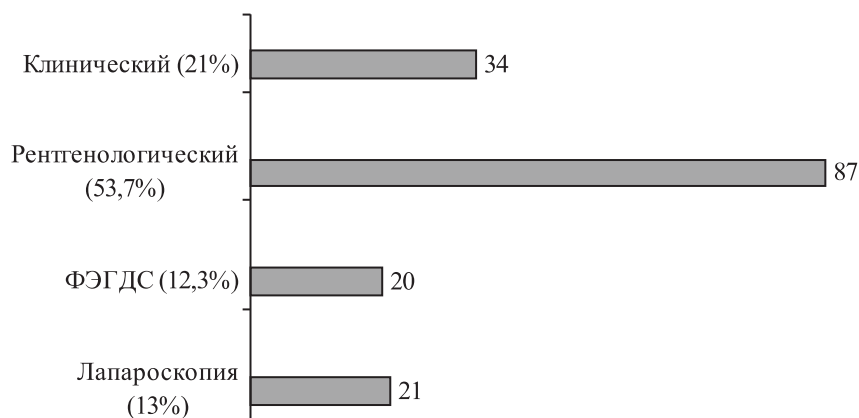


Рис. 1. Методы исследования, примененные при постановке диагноза прободной язвы желудка и 12-перстной кишки

У 21% больных яркая клиническая картина и язвенный анамнез не оставляли сомнения в наличии перфоративной язвы верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Более чем у половины пациентов (53,7%) диагноз установлен на основании клинических данных и наличия свободного газа под куполом диафрагмы на обзорной рентгенограмме брюшной полости. В 20 случаях при осмотре пациента оставались сомнения в наличии перфорации. Рентгенологические признаки прободной язвы на обзорной рентгенограмме брюшной полости отсутствовали. Для

уточнения диагноза у этих пациентов была выполнена экстренная эзофагогастро-дуоденоскопия, при которой была обнаружена язва, в дне которой определялось перфоративное отверстие. У 12,3% больных ни один из вышеперечисленных методов не позволил точно установить прободение язвы. В таких случаях решающим методом в постановке диагноза является диагностическая лапароскопия, при которой были обнаружены признаки прободения и перитонита: выпот или желудочное содержимое в брюшной полости, фибрин и язвенная перфорация передней стенки желудка или луковицы двенадцатиперстной кишки.

Подавляющее большинство пациентов (95,8%) были оперированы в сроки до 3 часов с момента поступления в стационар. 4,2% пациентов — в сроки от 3 до 24 часов с момента поступления. Задержка операции объясняется сложностью диагностики у пожилых пациентов с тяжелой сопутствующей патологией, прикрытой перфорацией или перфорацией, произошедшей на фоне других осложнений язвенной болезни.

Выбор метода хирургического лечения прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки зависел от ряда факторов: сроков госпитализации, возраста пациента, сопутствующих заболеваний, расположения и размеров язвы, диаметра перфоративного отверстия, выраженности перитонита. Варианты операций, выполненных при прободных язвах верхних отделов желудочно-кишечного тракта, представлены в табл. 1.

Таблица 1

Операции, выполненные при прободных язвах желудка 12-перстной кишки и летальность при них в ДКБ

№ п/п	Операции	Кол-во больных	%	Число умерших	%
1	Тампонада по Поликарпову	139	85,8	5	3,6
2	Ушивание перфорации	11	6,8	3	27,2
3	Резекция желудка	7	4,3	0	0
4	Иссечение язвы с пилоропластикой и стволовой ваготомией	4	2,4	0	0
5	Ушивание язвы + гастроэнтероанастомоз	1	0,7	0	0
	Всего	162	100	8	4,9

Тампонада перфоративного отверстия сальником по Поликарпову выполнена у 139 больных. Летальность составила 3,6%. Практически все умершие больные были пожилого и старческого возраста. Средний возраст умерших пациентов составил $63,6 \pm 15,3$ года. Причинами смерти явились: у двух больных — несостоятельность тампонады и прогрессирующий перитонит, у остальных пациентов — тромбоэмболия, инфекционно — токсический шок, почечно-печеночная недостаточность.

Особенности послеоперационного течения болезни, динамика стихания воспалительных процессов, заживление ран и язвенного дефекта оценивались исходя из картины крови в различные сроки после операции. Как было установлено, наиболее показательными в отношении выраженности воспаления являются количество лейкоцитов крови и лейкоцитарный индекс инфильтрации (ЛИИ).

Средние показатели количества лейкоцитов крови и ЛИИ в различные сроки стационарного лечения представлены в табл. 2.

Таблица 2

Количество лейкоцитов крови и ЛИИ у пациентов с прободными язвами желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки в различные сроки стационарного лечения

№ п/п		До операции	3–5 сутки после операции	10–14 сутки после операции	Р (А–В)	Р (В–С)	Р (А–С)
		А	В	С			
1	Количество лейкоцитов крови	$14,77 \pm 5,65$	$10,41 \pm 3,20$	$7,18 \pm 1,66$	0,001	0,001	0,001
2	ЛИИ	$6,85 \pm 5,51$	$3,05 \pm 4,33$	$0,70 \pm 0,59$	0,001	0,001	0,001

До операции в крови пациентов отмечаются лейкоцитоз и значительное увеличение ЛИИ. Через 5 суток после оперативного лечения отмечается снижение показателей, характеризующих воспаление, однако лейкоцитоз в крови сохраняется, а ЛИИ показывает наличие гнойно-резорбтивной лихорадки. На 10–14 сутки количество лейкоцитов крови и ЛИИ приходят к норме.

Среднее пребывание пациентов с прободными язвами в хирургическом отделении составило $12,7 \pm 1,57$ койко-дней.

У подавляющего большинства пациентов с прободными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки в хирургическом отделении ДКБ была произведена тампонада сальником по Поликарпову (85,8%). Летальность составила 3,6%, что не превышает средних показателей при органосохраняющих операциях при прободных язвах желудка и 12-перстной кишки. У 25,3% больных диагноз установлен с помощью таких дополнительных эндоскопических методов, как эзофагогастродуоденоскопия и лапароскопия. Признаки гнойно-резорбтивной лихорадки сохранялись у оперированных больных в течение 5 суток с момента операции.

77 пациентам в раннем послеоперационном периоде после тампонады по Поликарпову была произведена фиброгастроскопия. Одиннадцати из них исследование произведено в сроки от 4 до 10 суток с момента операции. У одного больного была несостоятельность тампонады, в дне язвы определялось большое (до 1,2 см) перфоративное отверстие. У 4 больных были признаки состоявшегося кровотечения из язвы и (или) эрозий верхних отделов желудочно-кишечного тракта. У 6 больных осложнений обнаружено не было. При эндоскопическом осмотре мы пытались визуализировать сальник, шов и состояние дна язвы. У всех осмотренных пациентов после тампонады по Поликарпову дно язвы было выполнено фибрином. Сальник, расположенный на слизистой, у осмотренных больных не определялся. На фоне отека и гиперемии слизистая вокруг язвы была ровной. Так на рис. 1 и 2 на передней стенке луковицы 12-перстной кишки определяется подслизистое утолщение в виде валика. Слизистая над ним гладкая. На фоне утолщения имеется язва с ровным дном, покрытым фибрином и гладкими краями. На рис. 4–6 отражена динамика рубцевания язвы у пациентки после тампонады по Поликарпову.

На основании произведенных осмотров мы пришли к выводу, что после операции по Поликарпову язва сохраняется примерно таких же размеров, как и до операции. Дно язвы выполняется фибрином. Подшитый сальник представляет собой валикообразное подслизистое утолщение, идущее от язвы проксимально на 2–3 см. и выступающее в просвет на 0,2–0,4 см. Язва рубцуется в течение 3–4 недель, как правило, звездчатым рубцом, выступающим в просвет на 2–4 мм. Рубец умеренно деформирует стенку в области операции, не суживая просвет.

Выводы

1. Количество осложнений и летальность у пациентов, перенесших операцию тампонады прободной язвы сальником по Поликарпову, не превышает средних показателей органосохраняющих операций при прободных язвах желудка и 12-перстной кишки.
2. Признаки гнойно-резорбтивной лихорадки у пациентов сохраняются в течение 5 суток с момента операции.
3. Рубцевание язвы после тампонады перфорации сальником по Поликарпову происходит в обычные сроки в течение 3–4 недель после операции.

Литература

- [1] Ефименко, Н.А. Современные подходы к эндоскопической видеооперационной хирургии перфоративной гастродуоденальной язвы / Н.А. Ефименко, С.И. Перегудов, А.Л. Сухоруков // Хирургия. – М., 2000. – №10. – С. 60–62.
- [2] Осипов, В.В. Нейросетевая модель определения лечебной тактики у больных язвенной болезнью / В.В. Осипов, В.П. Петров, С.В. Есин // Хирургия. – 2004. – №2. – С. 8–13.
- [3] Панцирев, Ю.М. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв / Ю.М. Панцирев, А.И. Михалев, Е.Д. Федоров // Хирургия – 2003. – №3. – С. 43–49.
- [4] Резолюция Всероссийской конференции хирургов "Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и ДПК". Саратов, 25–26 сентября, 2003 г. // Хирургия. – 2004. – №3. – С. 86.

Поступила в редакцию 26/VIII/2006;
в окончательном варианте — 26/VIII/2006.

**NEAREST OUTCOMES OF SURGICAL TREATMENT
OF THE PATIENTS WITH A PERFORATED ULCER
OF A STOMACH AND DUODENAL INTESTINE
BY A POLIKARPOV'S METHOD
OF A TAMPONADE BY A GLAND**

© 2006 A.V. Lopatnikov²

The outcomes of treatment 162 patients with perforated ulcers of a stomach and duodenal intestine are studied. The operations are made by method of a tamponade by a gland on a leg on Polikarpov in a Road Hospital on Yaroslavl station of JSC Russian Railways. It is detected that quantity of complications and lethality for the patients after a tamponade on Polikarpov does not exceed average indices of operations keeping a body at perforated ulcers of a stomach and duodenal intestine. The signs of a purulent absorption fever for the patients remain within five day from the moment of operation. The ulcer cicatrization after operation due to Polikarpov is executed in customary terms — during 3–4 weeks after operation

Paper received 26/*VIII*/2006.

Paper accepted 26/*VIII*/2006.

²Lopatnikov Andrey Vladimirovitch (info@dkb.yar.ru), Public Health Service, The Road Hospital of Railway Yaroslavl Station, JSC Russian Railways, Yaroslavl, 150030, Russia.