

УДК 616.33-002.44-007.271+616.381-086

РАННИЕ ВНУТРИБРЮШНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА В ХИРУРГИИ ЯЗВЕННОГО ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОГО СТЕНОЗА

С.И. СЛИЗЬКО

Гомельский государственный медицинский университет

В исследовании анализируются непосредственные и ближайшие результаты хирургического лечения 1025 больных дуоденальной язвой, оперированных с язвенным пилородуоденальным стенозом в 3-х клиниках Гомельского и Витебского медуниверситетов. Изучено влияние основных клинических и морфологических характеристик заболевания на частоту ранних внутрибрюшных осложнений, потребовавших релапаротомии, с учетом способа операции. У 65 больных, находившихся на лечении в клинике хирургических болезней № 1 ГогМИ, проведены клинические исследования по совершенствованию тактических подходов, направленных на снижение риска их развития.

Ключевые слова: язвенный пилородуоденальный стеноз, хирургическое лечение, внутрибрюшные осложнения, факторы риска, профилактика, повторные операции.

The immediate and nearest results of 1025 ulcer pyloroduodenal stenosis patients, operated in 3 clinics of The Gomel and Vitebsk medical universities were analyzed. The influence of principal clinical and morphological signs of the disease on the frequency of intra-abdominal complications and re-operations was studied. In 65 patients operated at surgical clinic № 1 of The Gomel medical university medical tactics was modified to reduce their frequency.

Key words: ulcer pyloroduodenal stenosis, surgical treatment, intra-abdominal complications, risk factors, means of prevention, re-operations.

Язвенный пилородуоденальный стеноз является абсолютным показанием для планового хирургического лечения, и этот вопрос в настоящее время не дискутируется. Общепринятой является классификация язвенных пилородуоденальных стенозов по степеням на компенсированный, субкомпенсированный и декомпенсированный [2, 4, 5]. Патоморфологической основой язвенного стеноза является развитие рубцовой соединительной ткани в зоне язвенного поражения, возникновение перидуоденита и спаечного процесса с вовлечением смежных органов и тканей. Во многих случаях различная степень стеноза сочетается с наличием язвы в пилородуоденальной зоне. При этом степень сужения пилородуоденального канала зависит как от механического препятствия (в результате развития рубцовой ткани), так и от сопутствующего периульцерозного инфильтративного процесса. В сравнительно редких случаях причиной стеноза является только рубец. Отдельные авторы выделяют 3 стадии стеноза: воспалительную, рубцово-язвенную и рубцовую [1, 2, 5]. Вместе с тем в литературе практически отсутствуют сведения о риске развития ранних внутрибрюшных осложнений в зависимости от тех или иных патоморфологических изменений в зоне стеноза. При этом остается

дискутабельным ряд важных вопросов, касающихся целей и длительности предоперационной подготовки, а также выбора сроков и способа операции [1, 3, 4, 6, 7, 8].

Целью исследования являлось улучшение непосредственных и ближайших результатов хирургического лечения больных язвенным пилородуоденальным стенозом путем применения рациональных тактических подходов, направленных на снижение риска внутрибрюшных осложнений, требующих повторных вмешательств.

Материалы и методы

В основу работы положены клинические исследования по изучению факторов риска ранних внутрибрюшных осложнений, потребовавших релапаротомии, у 156 больных язвенным пилородуоденальным стенозом, оперированных в клинике хирургических болезней № 1 ГогМИ за период с 1995 по 2001 гг. Дополнительно сведения по частоте, характеру и факторам риска внутрибрюшных осложнений изучены ретроспективно по данным медицинской документации у 869 больных, оперированных в 3-х клиниках: общей хирургии ВГМУ, хирургических болезней № 2 ГогМИ и хирургических болезней № 1 ГогМИ. Мужчин было 864 (84,3 %), женщин – 161 (15,7 %) в возрасте от 16

до 88 лет. Средний возраст составил $48,8 \pm 2,9$ лет. Резекция желудка была выполнена у 687 больных. Из них по Бильрот-II – у 614, по Бильрот-I – у 73 больных. Органосохраняющие вмешательства (СПВ, КЖВ, ТВ) с дренирующими желудок операциями выполнены у 325 больных. Послеоперационная летальность составила 2,2 % (23). Ранние внутрибрюшные осложнения, потребовавшие релапаротомии, были у 74 (7,2 %) больных, из них у 18 (24,3%) больных они закончились летальным исходом, что составило 78,3% в структуре послеоперационной летальности.

Изучали влияние степени стеноза (1025 больных) и его формы (156 больных, оперированных в клинике хирургических болезней № 1 ГоГМИ) на риск внутрибрюшных осложнений. В работе использовали общепринятую классификацию стенозов с выделением компенсированной, субкомпенсированной и декомпенсированной степени (М.И. Кузин и соавт., 1985; Г.П. Рычагов, 1993; Ю.Б. Мартов и соавт., 1995). С учетом патоморфологических изменений стеноз представлен инфильтративным и рубцовым компонентом. В зависимости от преобладания того или иного компонента нами выделены 3 формы стеноза: инфильтративная, инфильтративно-рубцовая и рубцовая. Диагностику формы стеноза осуществляли на основе дооперационного клиничко-анамнестического обследования больных, результатов рентгенологического, эндоскопического и интраоперационных исследований. У 38 больных с целью дифференциальной диагностики различных форм стеноза применяли ультразвуковое исследование пилородуоденальной зоны. Использовали аппарат ультразвуковой диагностики «Sonoace 6000» и датчики – линейный с частотой 7,5 МГц и конвексный трансвагинальный с частотой 6,5 МГц. Утолщение стенки луковицы двенадцатиперстной кишки определяли в миллиметрах по ширине ее гипоехогенной инфильтрации.

Результаты исследований послужили основой для совершенствования тактических подходов к профилактике внутрибрюшных осложнений, которые были применены у 65 больных, находившихся на лечении в клинике хирургических болезней № 1 ГоГМИ. Контрольную группу составили 56 больных, оперированных с применением прежних тактических подходов.

В исследуемой группе мужчин было 51 (78,5%), женщин – 14 (21,5 %). Возраст больных колебался от 20 до 75 лет, средний возраст – $43,9 \pm 1,9$ лет. Осложнения в анамнезе имелись у 21 (32,3 %).

Стеноз в стадии компенсации был у 24 (36,9 %) больных, в стадии субкомпенсации – у 32 (49,2 %) больных, в стадии декомпенсации – у 9 (13,8 %) больных.

В контрольной группе мужчин было 45 (80,3 %), женщин -11 (19,6 %). Возраст больных колебался от 20 до 80 лет, средний возраст составил $46,7 \pm 2,7$ лет. Осложнения в анамнезе имелись у 13 (23,2%) больных. Компенсированная степень стеноза была у 6 (10,7%) больных, субкомпенсированная – у 27 (48,2%), декомпенсированная – у 23 (41%)

Результаты обработаны с применением стандартного пакета Статистика 5.5 с использованием параметрических и непараметрических (критерий Пирсона – χ^2 для малых выборок) методов.

Результаты и обсуждение

После резекций желудка частота внутрибрюшных осложнений составила 9,2% (63 случая), после органосохраняющих операций – 3,1 % (10 случаев), что в 3 раза меньше ($p < 0,05$), а послеоперационная летальность – в 5 раз (3,1 % и 0,6 % соответственно, $p < 0,01$). Наиболее частым показанием для релапаротомии после резекции желудка являлся послеоперационный перитонит – 46,0 % (29 случаев), основными причинами которого в половине случаев была несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки (16), в 7 случаях – панкреонекроз. После органосохраняющих операций также преобладали специфические осложнения (9 случаев). Из них более половины были обусловлены моторно-эвакуаторными расстройствами (6). Вместе с тем общая частота специфических осложнений после ваготомии в 2 раза, а неспецифических – в 11 раз меньше по сравнению с резекцией желудка ($p < 0,01$).

Установлено, что у больных с компенсированным стенозом частота осложнений более чем в 6 раз меньше по сравнению с суб- и декомпенсированными степенями стеноза (1,3 и 8,2 % соответственно, $p < 0,05$). Разницы в частоте осложнений между суб- и декомпенсированным стенозом не имелось (8,4 % и 7,9 % соответственно, $p > 0,05$). После резекций желудка частота осложнений не имела достоверного различия в зависимости от степени стеноза (компенсированная – 5,4 %, субкомпенсированная – 10,4 %, декомпенсированная – 8,2 %, $p > 0,05$). После органосохраняющих операций общая частота внутрибрюшных осложнений у больных с компенсированным и субкомпенсиро-

ванным стенозом была почти в 4 раза меньше по сравнению с резекцией желудка (2,6 % и 9,9 % соответственно, $p < 0,05$).

Общепринятую классификацию стенозов по степеням мы дополнили патоморфологической и выделяли: инфильтративную, инфильтративно-рубцовую и рубцовую формы. Диагностику формы стеноза проводили на основе комплексного анализа клинико-анамнестических данных, инструментальных (ФГДС, УЗ) и интраоперационных исследований. Установлено, что наиболее информативным методом при дифференциальной диагностике различных патоморфологических форм стеноза является ультразвуковая, позволяющая оценить толщину стенки двенадцатиперстной кишки в зоне стеноза. При этом утолщение стенки более 5 мм свидетельствует об инфильтративной форме стеноза.

Анализ частоты интраабдоминальных осложнений в зависимости от формы стеноза показал, что у больных с инфильтративно-рубцовой и инфильтративной формами стеноза она не имела статистического различия (9,3 % и 12,9 % соответственно, $p > 0,05$) и была достоверно выше по сравнению с больными, оперированными с рубцовой формой стеноза ($p < 0,05$). При этом у больных с инфильтративно-рубцовой и инфильтративной формами стеноза в подавляющем числе случаев была выполнена резекция желудка – 96,6 % (113), которая сопровождалась наибольшей частотой ранних внутрибрюшных осложнений – 9,7 % (11 больных). У больных с рубцовой формой стеноза резекция желудка была выполнена у 76,9 % (30) больных, а органосохраняющие операции – у 20,5 % (8) без внутрибрюшных осложнений.

Таким образом, у больных с язвенным пилородуоденальным стенозом риск внутрибрюшных осложнений определяется не только степенью стеноза, но и его патоморфологической формой, влияющей на объем и травматичность операции. С учетом этого мы стремились максимально уменьшить инфильтративный компонент стеноза путем дополнения к традиционной подготовке интенсивной противоязвенной терапии, что в свою очередь позволяло выбрать оптимальный способ операции и снизить ее риск. Данный подход реализовывался у 65 больных, находившихся на лечении в клинике хирургических болезней № 1 ГоГМИ (исследуемая группа). Контрольную группу составили 56 больных, у которых предоперационная подготовка проводилась без учета формы стеноза. У всех боль-

ных на момент поступления имелись характерные «стенотические» жалобы. Из них у 33,8 % (22) больных длительность гастростаза не превышала 1 – 1,5 месяцев и появилась впервые на фоне очередного обострения заболевания. У 66,2 % (43) больных в анамнезе прослеживались эпизоды проходящего «стенозирования», совпадающие с очередным обострением заболевания. Длительность такого анамнеза составляла от 3 – 6 месяцев до 4 – 5 лет. На момент поступления при эндоскопическом исследовании у всех больных имелась выраженная в различной степени дилатация желудка. У 78,5 % (51) больных на фоне рубцово-язвенной деформации пилоробульбарной зоны определялся язвенный дефект (со средними размерами $0,7 \pm 0,3$ мм) с периульцерозной инфильтрацией, острыми эрозиями, гиперемией и контактной кровоточивостью слизистой оболочки. У 21,5 % (14) больных эндоскопом не удалось пройти за зону стенозирования, где определялись косвенные признаки активного язвенного процесса (отек, гиперемия, острые эрозии) или визуализировался только край язвы. Предоперационная подготовка включала, помимо общепринятого лечения, интенсивную противоязвенную терапию с назначением антисекреторных препаратов, в том числе парентерально, антибиотиков широкого спектра действия (как правило, полусинтетических пенициллинов), прокинетиков. Средняя длительность противоязвенной терапии составила $14,1 \pm 2,9$ дней (при минимуме 7 и максимуме 28 дней). На момент операции инфильтративный компонент стеноза удалось ликвидировать (существенно уменьшить) у 78,5 % (51) больных. Из них клиника обострения и гастростаза полностью купировались у 24,6 % (16). У 53,8 % (35) больных наблюдалась выраженная положительная динамика с уменьшением клинических проявлений гастростаза. Данный подход позволил у 90,2 % (46) больных выполнить органосохраняющие операции (СПВ) и применить наиболее оптимальный вид дренирующего пособия: дуоденопластику – у 17, перидуоденальный адгезиолизис – у 14, пилоропластику – у 15 больных. Релапаротомия потребовалась 1 (2,2 %) больному. Резекция желудка выполнена у 9,8 % (5) больных. Малоэффективным лечение оказалась у 21,5 % (14) больных. Из них резекция желудка выполнена у 10, СПВ с пилоропластикой – у 4 больных. Общая частота внутрибрюшных осложнений составила 1,5 % (1 случай), летальных исходов не было.

В контрольной группе предоперационная под-

готовка проводилась по стандартной общепринятой методике с учетом только степени стеноза и составила в среднем $7,3 \pm 2,1$ дней (при минимуме 3 и максимуме 9 дней). Во время операции у 75 % (42) больных имелся периульцерозный инфильтрат, вовлекающий смежные органы, что дало основание диагностировать у них преимущественно инфильтративную форму стеноза. Резекция желудка была выполнена у 39 (92,8 %) больных. Релапаротомия потребовалась 5 (12,8 %) из них. СПВ с дренирующими операциями – 2 больным, ГЭА – 1 больному. Рубцовая форма стеноза на момент операции имела у 25 % (14) больных. Из них резекция желудка была выполнена в 9 случаях, СПВ с дренирующими операциями – в 4 случаях с одной релапаротомией, ГЭА – в 1 случае. Общая частота внутрибрюшных осложнений составила 10,7%, что в 7 раз выше по сравнению с исследуемой группой ($p < 0,05$), а послеоперационная летальность – 5,4 % (умерло 3 больных после резекции желудка).

Таким образом, у больных с инфильтративной и инфильтративно-рубцовой формами стеноза предоперационная противоязвенная терапия позволяет у большинства из них ликвидировать (или существенно уменьшить) его проявления, выбрать оптимальный вид вмешательства (СПВ с дренирующими операциями) и в свою очередь снизить частоту внутрибрюшных осложнений и послеоперационную летальность.

Выводы

1. В хирургии язвенного пилородуоденального стеноза риск внутрибрюшных осложнений определяется не только его степенью, но и патоморфологической формой (инфильтративной, инфильтративно-рубцовой, рубцовой). Наибольшим риском внутрибрюшных осложнений сопровождаются операции при инфильтративной и инфильтративно-рубцовой формах стеноза.

2. В дифференциальной диагностике форм стеноза наиболее информативным является ультразвуковой метод, позволяющий выявить характерные изменения толщины стенки в зоне стеноза. Установлено, что ее утолщение более 5 мм свидетельствует о преобладании инфильтративного компонента стеноза

3. Проведение больным с инфильтративной и инфильтративно-рубцовой формами стеноза пре-

дооперационной противоязвенной терапии позволяет существенно уменьшить инфильтративный компонент стеноза, расширить показания для органосохраняющих операций и тем самым снизить частоту внутрибрюшных осложнений.

Литература

1. Кубышкин В.А., Козлов И.А. Хирургическое лечение язвенных стенозов двенадцатиперстной кишки // Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки: Мат. Всерос. науч.-практ. конф. хирургов, Саратов, 25–26 сент. 2003 г. – Саратов, 2003. – С. 189.
2. Кузин М.И., Помелов В.С., Алексеев А.А. Селективная проксимальная ваготомия в хирургическом лечении язвенного стеноза // Хирургия. – 1985. – № 2. – С. 3–8.
3. Окоемов М.Н., Кузин Н.М., Майорова Ю.Б. Хирургическое лечение язвенных пилородуоденальных стенозов в современных условиях // Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки: Мат. Всерос. науч.-практ. конф. хирургов, Саратов, 25–26 сент. 2003 г. – Саратов, 2003. – С. 17.
4. Органосохраняющие операции при декомпенсированном стенозе язвенной этиологии / Батвинков Н.И., Иоскевич Н.Н., Кояло И.К. и др. // Здоровоохранение Беларуси. – 1988. – № 7. – С. 12–16.
5. Панцырев Ю.М., Гринберг А.А. Ваготомия при осложненных дуоденальных язвах. – М., 1979. – 160 с.
6. Селективная проксимальная ваготомия и дуоденопластика в хирургии стенозирующей дуоденальной язвы / В.С. Помелов, Г.А. Булгаков, Н.Д. Графская и др. // Хирургия. – 1991. – № 10. – С. 58–64.
7. Bowden T.A., Hooks V.H., Rogers D.A. Role of highly selective vagotomy and duodenoplasty in the treatment of postbulbar duodenal obstruction // Am. J. Surg. – 1990. – 159(1), 15–9. – 19–20.
8. Surgical treatment of stenosed duodenal ulcers / Batorfi J., Kiss K., Radna Z. et al // Acta.Chir.Hung. – 1992. – 93. – 33(1–2). – 37–44.

Resume

EARLY INTRAABDOMINAL COMPLICATIONS AND THEIR PREVENTION IN ULCER PYLORODUODENAL STENOSIS SURGERY

Sergey I. Slizko

Gomel State Medical University

The general frequency of abdominal complications in pyloroduodenal stenosis patients is 7,2 % (data of 3 hospitals). The risk of abdominal complications is mainly determined not only by the stenosis degree but by its pathomorphological form: infiltrative, infiltrative-scar, scar. The maximum frequency of abdominal complications is marked in infiltrative and infiltrative-scar forms of stenosis patients. Ultrasound diagnostics is the most informative method of differential diagnostics of different forms of stenosis. Preoperative peptic ulcer treatment of infiltrative stenosis patients allows to eliminate (or at least to decrease) its degree, to expand the indices for HSV and thus to reduce the frequency of abdominal complications.