

ГЛАВА 3. ОШИБКИ, ОПАСНОСТИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ВАГОТОМИИ И ДРЕНИРУЮЩИХ ЖЕЛУДОК ОПЕРАЦИЙ

Многие авторы пишут о ваготомии как вмешательстве простом и безопасном. Однако было бы большой ошибкой считать ваготомию в сочетании с дренирующей операцией или без нее операцией, лишенной осложнений. Мы здесь не имеем в виду те осложнения, которые могут встретиться при любой операции. В настоящей работе изучались не только широко известные, но и более редкие осложнения, наблюдавшиеся во время ваготомии, в ближайшем послеоперационном периоде и в отдаленные сроки после операции. Кроме того, изучалась операционная летальность в течение раннего послеоперационного периода.

3.1.1. Повреждения пищевода

Повреждения пищевода во время поисков и пересечения блуждающих нервов относятся к наиболее опасным осложнениям. Оставаясь иногда незамеченными, они приводят к гибели больных более чем в 70% случаев, если вскоре не производится повторное хирургическое вмешательство. Только ранняя релапаротомия, ушивание отверстия в стенке пищевода и дренирование брюшной полости, а если необходимо — то и средостения, снижают число летальных исходов до 20%.

Такое осложнение наблюдается, по сводной статистике R. Postlethwait и соавт. [411], в 0,54% случаев. На 4414 операций эти авторы нашли описание 24 осложнений, среди которых в 3 случаях диагноз перфорации пищевода не был поставлен и больные погибли от медиастинита и перитонита, а 21 больной подвергнут повторному хирургическому вмешательству, после которого все больные выздоровели. О 5 таких больных с перфорацией пищевода, наступившей во время ваготомии, с одним летальным исходом сообщили L. Wirthlin и R. Malt [435]. В отечественной литературе о перфорации пищевода во время ваготомии сообщали Ю. М. Панцырев и соавт. [216], В. Ф. Жупан и В. Н. Сацукевич [96]. Среди наших 2003 больных, подвергшихся ваготомии, повреждение пищевода наблюдалось у 3 (0,14%). Чаще всего повреждение пищевода во время ваготомии связано с малым опытом хирурга, грубой техникой оперирования или трудностями поиска блуждающих нервов, обусловленными тучностью больного, недостаточным освещением операционного поля, а также при поисках веточек блуждающих нервов в мышечном слое стенки пищевода, чего, по нашему мнению, делать никогда не следует. Кроме того, перфорации могут способствовать и некоторые заболевания пищевода, такие как язвенный эзофагит и дивертикулит. Приводим наше наблюдение.

Больной, 41 года, 24.10.69 г. подвергся нами стволовой поддиафрагмальной ваготомии с пилоропластикой по Финнею по поводу язвы двенадцатиперстной кишки, осложненной субкомпенсированным стенозом и пенетрацией язвы в головку поджелудочной железы. При поиске блуждающих нервов в области абдоминального отдела пищевода обнаружен плотный воспалительный инфильтрат. При выделении пищевода из этого инфильтрата просвет его вскрылся, и в нем обнаружена больших размеров язва, дно которой осталось на правой ножке диафрагмы. Отверстие в стенке пищевода было ушито двухрядными швами, выполнена стволовая ваготомия. Околопищеводная клет-

чатка дренирована трубчатым дренажем, произведена пилоропластика по Финнею. Послеоперационный период протекал без осложнений. Наблюдение в течение 6 лет не обнаружило патологических изменений желудка и пищевода. Происхождение хронической язвы пищевода в данном случае обусловлено, вероятно, желудочным стазом на почве язвенного стеноза двенадцатиперстной кишки и рефлюкс-эзофагитом. Подобное наблюдение, но с летальным исходом, описано R. McBurney (1969).

Избежать повреждения пищевода во время ваготомии можно путем исключения грубых манипуляций, производимых «вслепую», путем постоянного визуального контроля за ходом операции и оттеснения пищевода лопаточкой Буяльского или специальными инструментами при выделении заднего блуждающего нерва. При этом конец диссектора не должен направляться в сторону пищевода.

3.1.2. Повреждение и некроз стенки желудка

Повреждение и некроз желудка во время ваготомии относятся к редким осложнениям. В литературе описаны единичные наблюдения [350]. Такое осложнение случается при грубом скелетировании малой кривизны желудка во время выполнения селективной ваготомии, чрезмерном потягивании за желудок. В нашей практике повреждение желудка наблюдалось в одном случае.

Больная, 48 лет, подверглась стволовой ваготомии с пилоропластикой по Гейнеке–Микуличу по поводу язвы двенадцатиперстной кишки 20.09.67 г. Поиски блуждающих нервов были крайне затруднены из-за тучности больной. Сразу после операции внезапно появился цианоз и наступила остановка дыхания. Был констатирован двухсторонний пневмоторакс. Произведена срочная пункция плевральных полостей и интубация трахеи. Вскоре стала быстро нарастать подкожная эмфизема на грудной стенке, шее и лице. Отмечено вздутие живота, а в брюшной полости стал определяться в большом количестве газ. Произведена релапаротомия, признаков повреждения плевры и диафрагмы не обнаружено, но установлена перфорация желудка в кардиальном отделе на малой кривизне. Это отверстие ушито. Причина пневмоторакса так и осталась неизвестной. На 5-е сутки после операции развился тяжелый психоз, однако в течение последующих 3 нед. больная поправилась, и наблюдение за ней на протяжении 8 лет показало, что она здорова, хотя в желудочном соке остается высокий уровень свободной соляной кислоты.

После различных видов селективной ваготомии в результате недостаточной перитонизации скелетированной малой кривизны желудка возможны некроз и перфорация его стенки. Такие осложнения встречаются в 0,18% случаев [361]. С введением в клиническую практику так называемой расширенной селективной проксимальной ваготомии наблюдались случаи омертвения почти всего желудка.

Не случайно первоначальный вариант этой операции, предусматривающий, наряду со скелетированием малой кривизны желудка от его угла до пищевода, пересечение желудочно-ободочной и желудочно-селезеночной связок, претерпел изменения, направленные на сохранение кровоснабжения антрального и кардиального отделов желудка со стороны его большой кривизны [128].

3.1.3. Повреждение селезенки

Одним из осложнений ваготомии, связанным с поиском блуждающих нервов, является повреждение селезенки, которое, по сборной статистике L. Wirthlin, R. Malt [435],

наблюдается в 2,7% случаев и в большинстве своем требует спленэктомии. В нашей практике такое осложнение наблюдалось у 4 (0,2%) больных, из них сохранить селезенку удалось у 1. По нашему убеждению, повреждение селезенки во время ваготомии бывает обусловлено резким натяжением селезеночно-желудочной связки, вследствие чего происходит надрыв ее капсулы. Возникновению этого осложнения способствует в некоторых случаях заведение марлевых тампонов в левое подреберье, которые ограничивают подвижность селезенки и создают как бы противотягу при тракции за большую кривизну желудка. Единственным способом предупреждения повреждения селезенки при операциях на желудке является не только осторожное потягивание за него, но, что самое главное, – это потягивание должно приходиться на малую кривизну, а не на большую, где прикрепляется желудочно-селезеночная связка. Кроме этого, нужно как можно реже во время манипуляций на желудке заводить тампоны к воротам селезенки.

3.1.4. Повреждение желчных и панкреатических протоков

Значительно чаще отмечается повреждение желчных протоков. С этим осложнением можно встретиться в тех случаях, когда в треугольной связке печени проходит желчный проток, а связка пересекается для мобилизации левой доли печени, как это делают некоторые хирурги для облегчения поисков блуждающих нервов. У 2 наших больных именно при такой ситуации был поврежден желчный проток в треугольной связке. Поначалу это осложнение не было замечено, но к концу операции обнаружено скопление желчи в брюшной полости. Поврежденный проток был прошит и перевязан лигатурой. Возможность такого осложнения заставила нас отказаться от мобилизации левой доли печени, тем более что, как мы потом в этом твердо убедились, в таком приеме оперирования нет никакой необходимости.

Повреждение внепеченочных желчных протоков возможно при выполнении дренирующей операции в случаях, когда приходится иметь дело с пенетрацией язвы в них или при прошивании низкой залуковичной язвы, осложненной кровотечением. С таким осложнением нам пришлось встретиться. Приводим это наблюдение.

Больной, 58 лет, 30.06.87 г. подвергся стволовой ваготомии с пилоропластикой по Финнею по поводу язвы двенадцатиперстной кишки, осложненной субкомпенсированным стенозом и кровотечением. Пилоропластика затруднена из-за пенетрации язвы в желчный пузырь и печеночно-дуоденальную связку и большого воспалительного инфильтрата. На 2-й день после операции появилась желтуха, которая постепенно нарастала. Одновременно развивалась механическая непроходимость выходного отдела желудка. При чрескожной чреспеченочной холангиографии обнаружены расширение общего желчного протока до 1,5 см и обрыв его тени у двенадцатиперстной кишки (рис. 37), заполнение желчного пузыря контрастирующим веществом через резко расширенный его проток. Во время повторной операции (04.08.87 г.) установлена почти полная непроходимость выходного отдела желудка за счет спаечного процесса и воспалительного инфильтрата. Ductus choledochus вблизи стенки двенадцатиперстной кишки прошит и перевязан лигатурой, которую снять не удалось. РН-метрия слизистой оболочки желудка показала высокую кислую секрецию (рН 1,5). Желчный пузырь резко увеличен и напряжен. Произведена холецистоеюностомия с межкишечным соустьем по Ру. Устранение желудочной непроходимости путем простого гастроеюноанастомоза из-за высокой кислотности и опасности развития пептической язвы тощей кишки противопоказано, и поэтому выполнена

резекция дистальных 2/3 желудка по Гюфмейстеру–Финстереру. Послеоперационное течение без осложнений. При обследовании через 1 и 2 года после операции патологических изменений не выявлено, в желудке сохраняется анацидное состояние.



Рис. 37. Чрескожная чрепеченочная холангиография. Объяснение в тексте

Ошибка хирурга во время выполнения первой операции состояла в том, что при наличии резкого воспалительного процесса в области язвы и подпеченочном пространстве производилось выделение начальной части двенадцатиперстной кишки для выполнения пилоропластики, вместо того чтобы ограничиться простой и безопасной операцией – гастроеюностомией на короткой петле. Во вмешательстве на самой язве не было никакой необходимости, так как больной оперирован через несколько дней после остановки кровотечения.

3.1.5. Пневмоторакс

Редким осложнением поддиафрагмальной ваготомии является пневмоторакс. В литературе такое осложнение описано неоднократно. Наше наблюдение, описанное выше, подтверждает возможность такого осложнения. Наиболее вероятной причиной пневмоторакса следует считать чрезмерное выделение пищевода из средостения, что может привести к повреждению плевры. Нельзя также исключить и того, что возникновение пневмоторакса связано с буллезной эмфиземой легких и разрывом пузырей во время проведения интубационного наркоза. В этих случаях данное осложнение по своему происхождению не имеет отношения к ваготомии.

3.1.6. Кровотечение в околопищеводную клетчатку

Наконец, нельзя не упомянуть о кровотечении в околопищеводную клетчатку из артерий стенки пищевода или сосудов, сопровождающих блуждающие нервы. Описаны даже случаи смертельных кровотечений [435]. Об одном собственном наблюдении, касающемся кровотечения в околопищеводную клетчатку с образованием больших размеров гематомы, мы сообщим в разделе, посвященном дисфагии.

3.2. Осложнения раннего послеоперационного периода

Среди осложнений ваготомии в раннем послеоперационном периоде наибольшего внимания заслуживают дисфагия, функциональные моторно-эвакуаторные нарушения желудка и кишечника, механическая непроходимость гастродуоденального канала в области пилоропластики, желудочно-кишечное кровотечение и ряд других осложнений, не связанных с особенностями хирургического вмешательства, но отражающих в определенной мере тяжесть операции.

3.2.1. Желудочно-кишечные кровотечения

Одним из серьезных осложнений ваготомии, хотя и редким, является кровотечение в просвет желудочно-кишечного тракта. Такое осложнение мы наблюдали 9 раз (0,45%). У 2 больных источником кровотечения были не попавшие в шов сосуды стенки желудка и двенадцатиперстной кишки по линии пилоропластики. Во всех случаях кровотечение оказалось небольшим и было остановлено консервативными методами, включая электрокоагуляцию через гастроскоп.

Принципиальное значение имеют кровотечения из оставленной язвы двенадцатиперстной кишки, которая во время ваготомии не подвергалась какому-либо хирургическому воздействию, недостаточно была иссечена или недостаточно тщательно прошита. Кроме этого, кровотечение может возникнуть из сопутствующей «зеркальной» язвы или язвы желудка. Так, в одном нашем наблюдении массивное кровотечение возникло из язвы двенадцатиперстной кишки глубокой ночью в первые часы после селективной проксимальной ваготомии в сочетании с пилоропластикой по Финнею, которое было распознано только утром, и больной погиб во время релапаротомии от внезапной остановки сердца. В другом случае больному была выполнена стволовая ваготомия в сочетании с дренирующей операцией по поводу массивного кровотечения из язвы двенадцатиперстной кишки. Из-за недостаточного еще в тот период опыта нам язву прошить не удалось, ее кратер был «затампонирован» кусочком сальника, а через 6 дней кровотечение возобновилось. Больной был повторно оперирован, язва прошита лавсановыми нитями, кровотечение остановлено, но через месяц больной умер от эмболии легочной артерии. Приведем одно наше наблюдение, когда больная подверглась стволковой ваготомии с прошиванием кровоточащей язвы двенадцатиперстной кишки и пилоропластикой, а через 48 часов возникло массивное кровотечение из просмотренной язвы желудка.

Больная, 36 лет, поступила в клинику 10.12.86 г. с жалобами на резкую общую слабость, головокружение, рвоту кровью, дегтеобразный стул и двукратную потерю сознания. Больна с 05.12.86 г., когда появились ноющие боли в надчревной области, а 09.12.86 г. – обильная рвота кровью, дважды теряла сознание. С 1973 года болеет язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, обостряющейся весной и осенью.

Объективно: состояние крайне тяжелое, кожный покров бледный, эйфория. Пульс 90 уд./мин., АД 100/70 мм рт. ст. В крови: Hb 95 г/л, эритроцитов $3,6 \times 10^{12}/л$. Из-за тяжести состояния и, как оказалось, при ясном диагнозе больная срочно оперирована без предварительной фиброгастроскопии. Во время операции установлено: в луковице двенадцатиперстной кишки имеется язва диаметром 1 см с глубоким кратером и тромбированным сосудом в нем. Язва прошита капроновой нитью, проведена стволовая ваготомия и пилоропластика по Финнею. На 2-й день после

операции из желудка дважды удалено по 550 мл содержимого с кровью. 12.12.86 г. возникло массивное желудочное кровотечение. При фиброгастроскопии на малой кривизне желудка в области его угла обнаружена каллезная язва диаметром около 3 см с кровоточащим сосудом в центре. Больная срочно оперирована. Во время операции диагноз хронической язвы тела желудка, осложненной массивным кровотечением, подтвердился. Язва иссечена, рана желудка зашита в продольном направлении с наложением кетгутового шва на слизистую оболочку и подслизистый слой и зашиванием серозно-мышечного слоя лавсановыми нитями. При срочном гистологическом исследовании признаков рака в язве не обнаружено. Послеоперационное течение без осложнений.

Таким образом, из 9 наших наблюдений желудочно-кишечного кровотечения в раннем периоде после ваготомии 6 больных повторно оперированы в экстренном порядке, из них 2 погибли. Что касается лечения такого рода больных, то в настоящее время имеется возможность воздействовать на источник кровотечения через фиброгастроскоп, применяя локальное охлаждение хлорэтилом, орошение капрофером, электрокоагуляцию, химические и биологические гемостатические средства. Наиболее эффективным методом остановки кровотечения в таких случаях является электрокоагуляция. Мы применили ее 5 раз и в 3 случаях достигли стойкого гемостаза.

Профилактика разбираемых осложнений должна состоять в тщательном прошивании кровоточащей язвы, иссечении язвы, если она расположена на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки, захватывании язвы в швы при выполнении дренирующей операции, недопустимости грубой пальпации желудка и двенадцатиперстной кишки и высушивания язвенного кратера с помощью электроотсоса во время операции. Профилактическое прошивание неудалимой, но не кровоточащей язвы во время ваготомии, по нашему опыту, нецелесообразно. Кровотечение из оставленных на месте язв в раннем послеоперационном периоде, как видно из представленных данных, возникает очень редко, в то же время дополнительная травма, связанная с прошиванием язвы, может сама по себе явиться причиной послеоперационных осложнений.

Кроме того, при выполнении селективной проксимальной ваготомии без дренирующей операции профилактическое прошивание язвы потребовало бы вскрытия просвета двенадцатиперстной кишки.

3.2.2. Дисфагия

Дисфагия среди наших 1994 больных, подвергшихся ваготомии, наблюдалась у 79 (4%). По данным литературы, это осложнение развивается от 1–2% [32] до 8–17% [342]. Дисфагия появляется обычно к концу 1-й недели послеоперационного периода, реже через 2–3 недели, держится в среднем 1/2–2 недели и самостоятельно проходит. Клиническая картина заболевания проявляется в болезненном и затрудненном прохождении пищи по пищеводу, нередко больные вынуждены запивать плотную пищу теплым чаем или молоком. При рентгенологическом исследовании у большинства больных с дисфагией никаких патологических изменений в пищеводe не обнаруживается (рис. 38), у некоторых больных можно зафиксировать спазм кардиального жома с кратковременной задержкой бария сульфата над ним и небольшим расширением нижнего отдела пищевода. Происхождение дисфагии после ваготомии, вероятнее всего, связано с травмой пищевода во время выделения его абдоминального отдела.

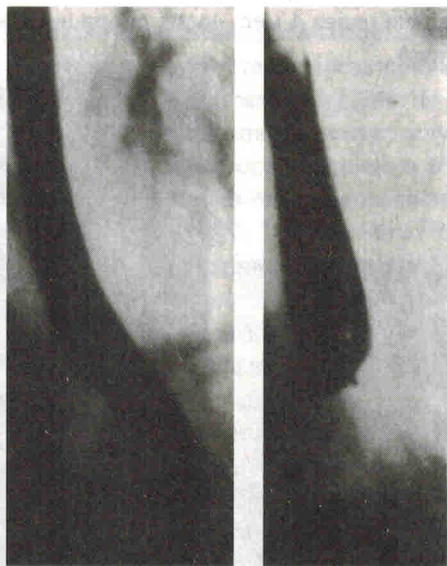


Рис. 38. Рентгенограммы пищевода больного Б. с дисфагией, развившейся на 11-й день после селективной ваготомии. Пройодимость пищевода не нарушена (снимок слева), функция кардиального жома сохранена (снимок справа, выполненный на высоте вдоха)

Ранние сроки появления дисфагии и кратковременное преходящее ее существование соответствуют периоду асептического воспаления в стенке пищевода и окружающих тканях. Некоторые авторы связывают дисфагию с повреждением веточек блуждающих нервов, идущих к абдоминальному отделу пищевода и кардии [378]. Манометрические исследования свидетельствуют о незначительном и кратковременном нарушении функции кардиального жома [115]. Вероятно, нейрогенный фактор, наряду с операционной травмой пищевода, играет определенную роль в происхождении постваготомической дисфагии. Косвенным подтверждением такого предположения является то, что у женщин дисфагия развивается в 4 раза чаще, чем у мужчин [178]. После стволовой ваготомии дисфагия встречается почти в 2 раза чаще, чем после селективной.

Как уже говорилось, постваготомическая дисфагия не требует специального лечения, однако в случаях более значительного повреждения пищевода или образования паразофагеальной гематомы вокруг пищевода может сформироваться плотное фиброзное кольцо, которое сдавливает пищевод. Такая дисфагия носит стойкий характер и в ряде случаев требует бужирования или хирургического лечения. Мы наблюдали одну такую больную со стойкой дисфагией, вызванной околопищеводной гематомой, о чем сообщали ранее. Приводим это наблюдение.

Больная О., 47 лет, подверглась стволовой ваготомии с пилоропластикой по Финнею по поводу язвы двенадцатиперстной кишки, осложненной субкомпенсированным стенозом. На 2-й день после операции стала замечать затрудненное и болезненное прохождение пищи по пищеводу. При рентгенологическом исследовании (рис. 39) обнаружены деформация и оттеснение нижнего отдела пищевода влево округлым образованием, расположенным вне его стенки. Дисфагия носила стойкий характер и исчезла самостоятельно через 3 мес. после появления. При

ГЛАВА 8. ПЕРФОРАТИВНЫЕ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Под прободением (перфорацией) язвы желудка или двенадцатиперстной кишки следует понимать прорыв язвы в свободную брюшную полость с поступлением в нее желудочно-дуоденального содержимого. Это одно из тяжелейших и опасных для жизни осложнений язвенной болезни, ведущее к быстрому развитию разлитого перитонита. Реже содержимое желудка и двенадцатиперстной кишки поступает в сальниковую сумку, в просвет другого полого органа, в забрюшинное пространство. Указанные атипичные перфорации язвы в общей сложности составляют около 1–2%. Проникновение язвы в паренхиматозный орган (поджелудочная железа, печень) называется пенетрацией и встречается у 10–15% оперируемых больных язвенной болезнью.

Среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости перфоративные гастродуоденальные язвы составляют от 2 до 5%. Летальность при этом осложнении язвенной болезни остается довольно высокой, достигая 5–18% [169, 90]. Уменьшение числа больных язвенной болезнью, нуждающихся в плановом оперативном лечении, связывают с применением блокаторов H_2 -гистаминорецепторов, однако в настоящее время нет убедительных данных, что эти или какие-либо другие противоязвенные препараты как-то влияют на частоту осложнения желудочных и дуоденальных язв перфорацией.

Наиболее часто (в 76% случаев) перфорирует язва луковицы двенадцатиперстной кишки. Около четверти наблюдений относятся к перфорации язв желудка, среди которых преобладают язвы пилорического канала (16,6% случаев). Реже перфорируют язвы, расположенные в теле желудка и антральном отделе (4,2 и 2,6% случаев соответственно). Самыми редкими являются прободения язв кардиального отдела желудка и залуковичного отдела двенадцатиперстной кишки (по 0,6% случаев). Перфорация почти всегда возникает на передней стенке желудка или двенадцатиперстной кишки. Прободение язв задней стенки органа бывает только у 1% больных. Обычно эти язвы пенетрируют в соседние органы, прежде всего в поджелудочную железу.

8.1. Клиническая картина перфоративной язвы

Главными клиническими признаками прободной язвы являются:

- внезапное появление острой боли в животе,
- доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки,
- исчезновение печеночного притупления,
- типичный язвенный анамнез.

У подавляющего большинства больных перфорация гастродуоденальной язвы начинается внезапно на фоне полного благополучия, сопровождается резчайшими болями в животе и клинической картиной перитонита. Боли бывают настолько сильными, что их принято называть «кинжальными». Они носят постоянный характер, быстро распространяясь из эпигастральной области или правого подреберья по правому фланку. У части (15–20%) пациентов боли иррадируют в правые надплечье, лопатку или надключичную область, в спину.

Язвенный анамнез, если он есть, является важным подспорьем для постановки ди-

агноза. Однако надо иметь в виду, что примерно у трети больных перфорация может быть первым симптомом язвенной болезни.

Общее состояние пациентов, как правило, тяжелое. Характерен вид больных. Они принимают вынужденное положение на спине или на правом боку с ногами, согнутыми в коленях, избегают малейшего движения, которое может усилить боли. Выражение лица испуганное, страдальческое. Отмечаются бледность кожи и видимых слизистых оболочек, похолодание конечностей, холодный пот на лице.

Пульс в первые 12 часов после перфорации, в отличие от перитонита другой этиологии, замедленный или нормальной частоты, далее, с развитием перитонита, возникает тахикардия. Артериальное давление снижается. Дыхание частое, поверхностное, с полной неподвижностью мышц живота. Часто отмечается задержка стула и газов. Температура тела вначале обычно бывает нормальная или даже пониженная, затем – повышается при прогрессировании воспаления брюшины.

При прободении язвы наблюдаются и симптомы общей интоксикации, связанные с прогрессированием перитонита: сухость во рту, жажда, тошнота. Примерно у трети больных наблюдается рвота рефлекторного характера, учащающаяся с прогрессированием внутрибрюшной инфекции.

Характерным симптомом перфоративной язвы является напряжение мышц передней брюшной стенки (*defense musculaire*). Мышцы, особенно прямые мышцы живота, при этом сильно напряжены («доскообразны»), в связи с чем у пациентов с тонкой подкожной клетчаткой становится видимым острый боковой край апоневроза прямых мышц и даже углубления, соответствующие сухожильным перемышкам. Дефанс обычно настолько выражен, что при исследовании даже слабое надавливание на брюшную стенку вызывает очень сильные боли. Только в редких случаях, как правило, у пациентов старших возрастов напряжение мышц может быть не столь резко выражено.

Ярко манифестируют перитонеальные симптомы, прежде всего симптом Щеткина-Блюмберга. Кроме этого, у части пациентов выявляются некоторые специфичные для прободной язвы признаки:

- симптом Дзубановского – поперечная складка кожи на уровне или выше пупка,
- симптом Спигарного – определяется зона высокого тимпанита в эпигастральной области,
- симптом Жобера – исчезновение печеночного притупления или уменьшение его размеров,
- симптом Гюстена – прослушивание сердечных тонов до уровня пупка,
- симптом Кенигсберга – прослушивается жесткое дыхание в эпигастрии,
- симптом Куленкампа – при пальцевом исследовании прямой кишки определяется резкая болезненность в дуоденальном пространстве.

В клиническом течении перфоративных гастродуоденальных язв выделяют **3 периода**.

1. Период болевого шока (внезапных резких болей) соответствует непосредственно фазе перфорации язвы, когда в брюшную полость через прободное отверстие внезапно изливается желудочно-дуоденальное содержимое, вызывая резкое раздражение нервного аппарата брюшины. Он длится около 6 часов и проявляется типичной клинической картиной перфорации язвы. В связи с бактерицидным действием желудочного сока перитонит в этот период имеет характер небактериального химического воспаления.

2. В период мнимого (кажущегося) благополучия общее состояние и самочувствие

больных несколько улучшаются. Нормализуются пульс, артериальное давление. Этот период может наблюдаться между 7 и 12 часами с момента прободения язвы и ввести в заблуждение как больного, так и врача. Первый в связи с некоторым улучшением состояния может отказаться от операции, а второй в результате диагностической ошибки – упустить благоприятное время для оперативного вмешательства.

3. Период прогрессирующего перитонита наступает примерно через 12 часов с момента перфорации, когда бактерицидное действие желудочного сока прекращается и начинает развиваться бактериальный гнойный перитонит, вызываемый чаще всего кишечной палочкой, стрепто- и стафилококками.

Для уточнения диагноза показана обзорная рентгенография живота, при которой в большинстве (75–80%) случаев выявляют газовый пузырь под диафрагмой, отделяющий от нее тень печени. В сомнительных ситуациях выполняют пневмогастрографию путем введения через желудочный зонд воздуха и повторного рентгенологического исследования.

Экстренная фиброгастроуденоскопия позволяет не только определить локализацию перфоративной язвы, ее характер и наличие второй «зеркальной» язвы, что наблюдается примерно у четверти таких больных, но и установить возможное сочетание перфорации и кровотечения, которое встречается в 5–10% случаев.

К диагностической лапароскопии прибегают, как правило, при стертой клинической картине прободной язвы у пациентов старых возрастов, а также *при атипичных формах перфорации*. К последним относятся:

- прикрытая перфорация (5–8% случаев);
- сочетание перфорации и кровотечения из язвы (5–10% случаев);
- перфорация язвы задней стенки желудка или двенадцатиперстной кишки (1–2% случаев);
- перфорация в полость, ограниченную спайками (около 1% случаев);
- перфорация в плевральную полость (крайне редко);
- перфорация в брюшную аорту, сердце (казуистика).

Диагностика этих осложнений язвенной болезни, как правило, представляет большие трудности по сравнению с типичными случаями. При закрытии небольшого перфорационного отверстия фибрином, кусочком пищи, сальником, печенью, ободочной кишкой или желчным пузырем клиническая картина прободной язвы становится менее ясной. В брюшную полость при этом попадает сравнительно малое количество жидкости и воздуха, вызывающее развитие отграниченного перитонита. Как правило, это наблюдается у пациентов с частыми обострениями язвенной болезни. Приступ болей при возникновении перфорации бывает у них менее резким, чем при перфорации язвы в свободную брюшную полость. Боль, сопровождающаяся сильным напряжением мышц передней брюшной стенки, болезненностью при пальпации живота и перитонеальными симптомами, через 2–3 часа проходит, а состояние больного улучшается. Порой, врач, обследующий больного через несколько часов, не находит признаков перфорации и может только предположить, что она имела место. Тем не менее у многих таких пациентов все же сохраняются вышеперечисленные признаки, но они слабо выражены. Кроме того, отсутствуют такие важные симптомы перфорации, как исчезновение печеночного приглушения, наличие свободного газа в брюшной полости (рис. 59). Чтобы избежать диагностической ошибки, необходимо обратить внимание на язвенный анамнез, приступ

необычно острых болей в эпигастрии. Лапароскопическое исследование может оказать существенную помощь в диагностике.

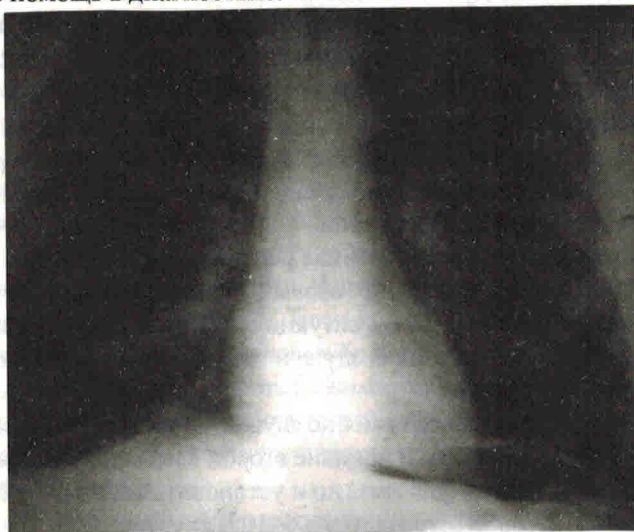


Рис. 59. Обзорная рентгенограмма живота больного с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки. Под диафрагмой с обеих сторон виден газ в свободной брюшной полости

Перфорация в сочетании с кровотечением встречается, как правило, у мужчин пожилого возраста. Летальность при этом достигает 48% (Сацукевич В. Н., Сацукевич Д. В., 1999). Наиболее часто кровотечение возникает из перфорировавшей язвы, располагающейся в пилородуоденальной зоне. Примерно в четверти случаев кровотечение развивается из второй «зеркальной» язвы задней стенки органа. Как правило, перфорация возникает на фоне язвенного кровотечения (в 75% случаев); примерно у 17% больных эти осложнения развиваются одновременно и у 8% – кровотечение следует за прободением язвы. Кровь из язвы может изливаться в желудочно-кишечный тракт или в свободную брюшную полость. В связи с этим клинические проявления этого сочетанного осложнения бывают весьма разнообразными. В большинстве случаев клиническая картина перфорации кровоточащей язвы сглажена, что связано с разбавлением попадающего в свободную брюшную полость агрессивного желудочного содержимого кровью. Однако при этом больной часто покрывается холодным потом, в рвотных массах нередко появляется примесь измененной крови, прогрессирует вздутие живота. Часто одновременно с появлением болей в эпигастриальной области рвота прекращается. Примерно у трети пациентов наблюдается оформленный или жидкий черный стул. Обязательное пальцевое исследование прямой кишки в 78% случаев позволяет его выявить. Важным моментом для установления диагноза этого сочетанного осложнения является учет данных лабораторного исследования крови, особенно снижения уровней гемоглобина и эритроцитов. При малейшем подозрении на кровотечение необходимо срочно выполнить фиброгастродуоденоскопию.

Еще более сложна диагностика перфорации язвы задней стенки органа, когда его содержимое изливается или в сальниковую сумку, а затем через винслово отверстие в свободную брюшную полость или в забрюшинное пространство. Как правило, при этом

отсутствуют все важнейшие признаки перфорации. Аналогичные трудности возникают при других атипичных формах прободной язвы.

Дифференциальную диагностику перфоративных гастродуоденальных язв следует проводить со всеми нозологическими формами, входящими в группу «острого живота», а также с заболеваниями, его симулирующими.

8.2. Оперативное лечение прободных дуоденальных язв

Дискуссия о способе оперативного лечения перфоративных дуоденальных язв концентрируется главным образом вокруг понятия «острая» или «хроническая» язва. К сожалению, обе эти категории плохо поддаются определению, поскольку такие критерии у разных авторов различные [151]. Проведение дифференциальной диагностики между острыми и хроническими язвами по длительности их симптоматики весьма затруднительно. У больных часто бывает трудно собрать достоверный, подробный анамнез, поскольку все предшествовавшие признаки язвы меркнут в сравнении с болью, вызываемой перфорацией. Некоторые авторы пытаются различать «острые» и «хронические» язвы непосредственно во время операции, основываясь на деформации луковицы двенадцатиперстной кишки и обширности окружающего перфорационное отверстие инфильтрата, однако местные проявления внутрибрюшного воспаления делают эти различия нечеткими.

Таким образом, в настоящее время не существует надежных объективных критериев, позволяющих до или в процессе операции отличить острые перфоративные дуоденальные язвы от хронических, следовательно, выбор оптимального метода оперативного лечения на этой основе невозможен.

Как свидетельствуют данные современной литературы, подавляющее большинство больных перфоративными язвами во всех странах мира лечат с помощью операции. Выполняют ушивание перфорационного отверстия или радикальную операцию. Последняя не только спасает жизнь больному, но и избавляет в большинстве случаев от дальнейшего развития язвенной болезни.

Традиционный метод лечения перфоративных дуоденальных язв заключается в простом ушивании перфорационного отверстия (рис. 60), санации, дренировании брюшной полости и проведении терапии антибиотиками широкого спектра. Одними из вариантов ушивания являются тампонада перфорационного отверстия прядью большого сальника (способ Оппеля–Поликарпова, исторически справедливее называть Н. Braun'a и W. H. Bennett (1903)), а также применяется иссечение язвы и ушивание дефекта стенки (рис. 61). Нередко по окружности перфорации подшивают прядь большого сальника на сосудистой ножке или круглую связку печени. Недавними исследованиями японских авторов доказано, что имплантация сальника ускоряет заживление и предотвращает рецидив язвы. Некоторые авторы предлагают пластические методы ушивания прободных язв, в том числе достаточно сложные, например, серозно-мышечным лоскутом желудка на сосудистой ножке, однако последние не получили широкого распространения.

За последние несколько лет арсенал оперативных вмешательств, применяемых при прободных язвах, пополнился современными эндовидеохирургическими методами лечения. С помощью эндовидеохирургической техники достаточно эффективно можно ушить перфорационное отверстие и санировать брюшную полость. Продолжительность лапароскопического ушивания составляет в среднем 100–135 минут, значительно уменьшается потребность в обезболивающих препаратах в раннем послеоперационном пери-

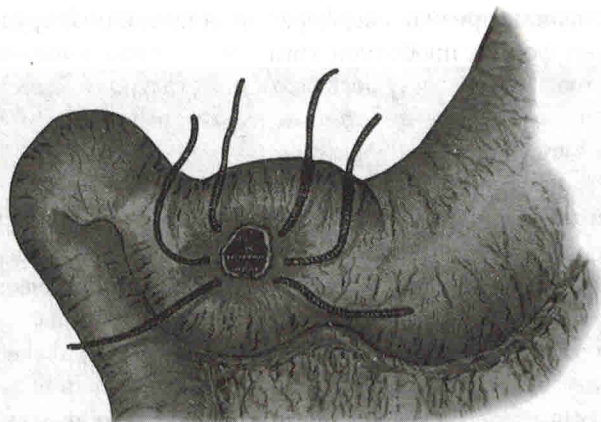


Рис. 60. Схема ушивания перфоративной язвы желудка

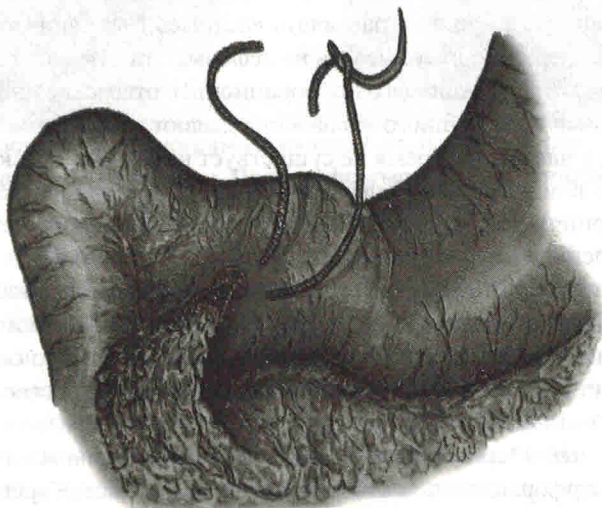


Рис. 61. Схема ушивания перфоративной язвы желудка с помощью пряди сальника по Оппелю–Поликарпову (исторически справедливее называть по Н. Braun и W. Bennett)

оде, а длительность нахождения в стационаре после операции не превышает 5–8 суток. Если для закрытия перфорационного отверстия использовать клеевые композиции на основе фибрина, то сроки операции уменьшаются в среднем до 61 минуты. Тем не менее эндовидеохирургическая техника ушивания не имеет никаких преимуществ перед обычным лапаротомным доступом в плане непосредственных результатов операции.

Ушивание перфоративной язвы – операция вынужденная и паллиативная. Она не влияет на этиопатогенетические механизмы, приводящие к развитию язвенной болезни, и все же остается наиболее распространенным оперативным вмешательством. Причинами этого являются техническая простота операции и доступность ее дежурным хирургам, которым, как правило, приходится оперировать таких больных. Этим же объясняется и применение ушивания при повторной перфорации, хотя таким пациентам безусловно показано радикальное хирургическое вмешательство.

Операция ушивания пользуется большой популярностью при лечении «острых»