**Современные взгляды хирургов на выбор оптимального способа хирургического вмешательства при перфоративной язве пилородуоденальной зоны**

До настоящего времени вопрос выбора метода операции при прободной пилородуоденальной язве остается до конца не решенным. Одни хирурги отдают предпочтение ушиванию перфоративного отверстия, другие предпочитают резекционный методы, третьи склонны к выполнению органосохраняющих операций в сочетании с ваготамией. Так В. Н. Короткий и соавт. (1983), изучая показания к тому или иному виду операции, пришли к выводу, что ушивание перфоративной язвы необходимо производить при наличии разлитого перитонита, пожилого возраста с тяжелой сопутствующей патологией, отсутствие язвенного анамнеза, то есть когда состояние больного не позволяет произвести радикальное оперативное вмешательство и в случаях отсутствия каллезных изменений краев язвы. Авторы считают, что показанием к резекции желудка является длительный язвенный анамнез, выраженные изменения в зоне язвы, подозрения на малигнизацию. Ваготомия, по мнению авторов показана при перфорации язвы пилородуоденальной зоны, при отсутствии воспалительного инфильтрата, рубцовой деформации отдела желудка и отсутствии перитонита.

П.И.Норкунас и соавт.(1980), изучая результаты лечения больных с перфоративной язвой, пршли к выводу, что при хирургическом лечении с перфоративной язвы необходимо строго ставить показания к каждому виду операции.

Производимые по строгим показаниям ушивания прободных язв, ваготомия с пилоропластикой и первичные резекции не должны конкурировать между собой, а должны быть направлены на улучшение общих результатов.

В.А. Сытников и соавт. (1983) считают, что в экстренной хирургии невозможно правильно выбрать объем и способ операции, т.к. не известен секреторный фон, эвакуаторная и другие функции желудка. Показанием к резекции у больных перфоративной язвой считают наличие каллезной язвы, когда имеются трудности в ушивании перфоративного отверстия, подозрения на малигнизацию, во всех остальных случаях авторы отдают предпочтение ушивание прободного отверстия.

В то же время Д. А. Макар и соавт. (1986) указывает, что палиативные и радикальные операции при перфоративной язве не являются конкурентными, а показания к выполнению их должны основываться на степени операционного риска и операционных находках. Авторы считают оптимальным видом радикального вмешательства при прободной язве 12-ти перстной кишки- органосохраняющие операции с ваготомией.

А. И. Краковский. С. В. Иванов(1983) считают, что после ушивания прободного отверстия у большинства больных наступает рецидив заболевания. Поэтому целесообразность применения стволовой ваготомии, вызывающая снижение се-креции соляной кислоты и пепсина, не вызывает сомнений. В то же время авторы считают, что стволовая ваготомия приводит к парасипатической денервации многих органов брюшной полости, что вызывает ряд отрицательных последствий. СПВ в отличие от стволовой ваготомии денервирует проксимальный отдел желудка, сохраняя иннервацию антрального отдела. Показанием к СПВ, по мнению авторов, является: 1. Небольшое перфоративное отверстие-0,5см в диаметре. 2. Незначительная инфильтрация пилородуоденальной зоны вокруг язвы. 3. Отсутствие сужения выхода из желудка после ушивания. 4. От-сутствие картины разлитого перитонита. Пилоропластику в сочетании с СПВ применяли при наличии значительных размеров префоративного отверстия. СПВ, выполненная по строгим показаниям и технически правильно, является оптимальным видом ваготомии при прободной пилородуоденальной язве, о чем свидетельствует низкий процент осложнений и рецидивов язвенной болезни.

По мнению И. И. Бачева(1982) и Г. С. Избенко и соавт.(1988) выбор метода операции при прободной язве является сложной проблемой и на вопрос, какой из существующих методов оперативного вмешательства наиболее рациональный, до настоящего времени однозначного ответа нет. Ушивание перфоративной язвы авторы выполняют при коротком анамнезе, отсутствии инфильтрации краев язвы независимо от возраста при распространенных формах перитонита. Ушивание позволяет рассчитывать на длительное выздоровление при острых язвах как это нередко бывает у молодых больных. При ушивании каллезных язв рекомендуется обследование в стационаре через 2-3 месяца и при необходимости оперировать в плановом порядке. Отрицательной стороной простого ушивания перфоративной язвы является высокая частота рецидивов, а основным видом повторных операций является резекция желудка. Первичная резекция желудка проводится по строгим показазаниям; ранние сроки с момента перфорации, отсутствие разлитого перитонита, наличие большой каллезной язвы, локализация язвы в желудке, подозрение на малигнизацию, длительный язвенный анамнез, стеноз выходного одела, повторная перфорация. Летальность после перфорации колеблется от 1,3 до 5%.

А.Х. Гашитов и соавт. (1983) производили ушивание перфоративной язвы, послеоперационная летальность составила 8,7%. Основной причиной летальности явился прогрессирующий перитонит, источником которого была несостоятельность швов ушитой язвы. Авторы применяли иссечение прободного отверстия (язвы) с последующей пилоропластикой в сочетании с ваготомии у 63 больных. Органосохраняющие операции с ваготомией применяли при локализации язвы на передней стенки 12-ти перстной кишки или в пилорическом отделе желудка при отсутствии спаечного процесса и инфильтрата в зоне 12-ти перстной кишки, препятствующих, по мнению авторов, выполнению пилоропластики, а также при отсутствии подозрения на малигнизацию язвы.

В то же время Tanhpiphat C. с соавт. (1985) наблюдали 78 больных, сравнивали результаты ушивания язвы (33%) и стволовой ваготомии с дренирующей операцией (32%). При этомрецидивы выявлены в 1 группе- у 85%, во 2- у 8%. Причинной рецидивов во 2 группе явилось неполная воготомия. Ваготомия является, по мнению авторов, операцией выбора, ушивание можно выполнять только в исключительных случаях.

Однако Р. Ш. Вхтаншвили (1980) считает ушивание перфоративной язвы показано лицам старческого возраста, поступившим в тяжелом состоянии с интоксикацией, перитонитом, тяжелыми сопутствующими заболеваниями. У лиц молодого возраста в случаях отсутствие перитонита предлагается иссечение язвы с наложением пилородуоденального анастомоза и ваготомии.

В. Г. Сахутининов и соавт. (1983) отмечают, что простое ушивание не решает хирургическую проблему, т.к. несмотря на ранние сроки доставки и оперативного лечения, процент послеоперационной летальности и гнойно-септических осложнений не уменьшается. Автор считает, что имеется необходимость более широкого применения иссечения язвы, пилоропластики и ваготомии. (СПВ). По данным Grosdidier I. PoLLeux F. (1981) перфоративная язва является тяжелым осложнением в 15%, приводящим к смерти.

В тяжелых случаях, что бывает в 50% случаев, приходиться ушивать язву и лечить перитонит. При хорошем состоянии больного и раннем выявлении перфоративной язвы авторы рекомендуют производить резекцию 2/3 желудка, иногда с ваготомией. В то же время авторы считают ваготомию идеальной операцией при ушивании перфоративной язвы 12-ти перстной кишки. Авторы рекомендуют стволовую ваготомию с пилоропластикой, а не селективную, как более трудоемкая.

Froidevaux A. Buchs I.B. (1990) отмечают, что у 27 больных, до этого не лечившихся, произвели ушивание и ваготомию с пилоропластикой. Рецидивы язвы наступили в 41-46% наблюдений. У 55 лечившихся 5 лет и более произведена резекция (30 человек), ушивание и ваготомия с пилоропластикой (25 человек). После резекции наблюдалось 6,6% рецидивов, после ушивания 83,6% Авторы считают, что ваготомия с пилоропластикой не имеют преимущество перед ушиванием язвы.

Ю.М. Панцырев и соавт. (1976) за 8 лет оперировали 299 больных с перфоративными язвами 12-ти перстной кишки. Умерло 18 человек, что составило 6,10%. Авторы выполняли ушивания перфоративного отверстия у 80 больных, резекция желудка 28, иссечение пилородуоденальной язвы в сочетании с пилоропластикой и ваготомией у 191 больного. Показанием к иссечению перфоративной язвы служили: а) перфоративная язва передней стенки 12-ти перстной кишки или пилорического отдела желудка при отсутствии язвенного инфильтрата, вызывающую рубцовую деформацию пилородуоденальной зоны; б) молодой и средний возраст больных; в) отсутствие распространенных форм перитонита; г) сочетание перфорации с кровотечением. Авторы считают, что в условиях неотложной хирургии отдавать предпочтение ваготомии следует т.к. опасность экстроорганных эффектов ваготомии преувеличена. В то же время из-за технической сложности авторы воздерживаются от выполнения селективно проксимальной ваготомии. И. С. Белый. Р. Ш. Вахтангишвили (1981) показанием к ваготомии считают молодой и средний возраст больных, локализацию перфоративной язвы по передней стенке пилородуоденальной зоны, срок перфорации 6-10 часов, сравнительно короткий язвенный анамнез, сочетание перфорации с кровотечением, высокие цифры желудочной секреции. Авторы считают, что иссечение язвенного инфильтрата с двухсторонней поддиафрагмальной стволовой ваготомией наряду с ушиванием и первичной резекцией патофизиологически обоснованы, не нарушающими анатомо-физиологические взаимоотношений в пилородуоденальной зоне. Нарушение эвакуаторной функции желудка, по мнению авторов, наступает в результате угнетения моторной его активности после ваготомии или неадекватной пилоропластики. Авторы наблюдали стаз у 6 больных, который был разрешен на протяжении 3-6 суток. При разрешении стаза желудка применялась постоянная аспирация из желудка наряду с коррекции водно-солевого обмена и стимуляция моторной активности желудка. У 80% больных после операции отмечены нормальные цифры продукции соляной кислоты. У 20% выявлен достаточно высокий уровень секреторной функции желудка, что свидетельствовало о неполной ваготомии, опасный рецидивом язвенной болезни.

**Причины летальности больных перфоративной язвы.**

Дискуссия о выборе метода хирургического лечения больных перфоративной язвой в различных ситуациях и состояний больных вызвана естественным желанием врачей хирургов снизить процент летальности и послеоперационных осложнений. В связи, с чем многие исследователи целенаправленно изучали причины летальности больных перфоративной язвой, осложнения как в ближайшем, так и в отдаленном послеоперационном периоде. Анализируя данные результатов хирургического лечения, больных с ушиванием перфоративной язвы, В.Г. Астопенко и соавт. (1985) считает, что исходы операции зависят прежде всего от сроков госпитализации больных от начала заболевания. По данным авторов, летальность после ушивания 5% и более. Причиной смерти у всех больных послужил продолжающийся перитонит. Определяющимся фактором в исходе лечения, является возраст больных. Так изучая перфоративную язву у лиц пожилого и старческого возраста авторы отмечают, что из 16 человек, поступивших в стационар до 12- часов, умерло 6, при более поздней госпитализации из 15 умерло 15 человек. Оценивая возрастную группу, авторы выявили, что среди 14 больных в возрасте от 60 до 75 лет умерло5, а среди 17 больых старше 75 лет умерло 15. На исход заболевания влияют тяжелые сопутствующие заболевания и возрастные изменения организма. Авторы считают, что ранняя госпитализация больных, несомненно, позволит улучшить результаты лечения. В.А. Ситников. и соавт. (1983), изучая осложнения и причинысмерти у больных с ушиванием язвы, выявили летальность 3.2%. Причинами летальности были перитонит-11, кровотечения из язвы 12-ти перстной кишки-1, отек легких-2, спаечная непроходимость-2.

И.Г. Зайцев и соавт. (1981) считают, что летальность находится в зависимости от срока с момента заболевания; до 6 часов летальность-2,6%, от 6 до 24 часов-6,9%, послеоперационная летальность свыше 24 часов-25,7%. Причиной летальности явились; гнойный перитонит-32,3% случаев, послеоперационная пневмония-13,1%, сердечно-сосудистая недостаточность-31,5%, тромбоэмболические осложнения-6,2%.

В.П. Зинкевич и соавт. (1983), изучая причины летальности, отмечают, что большинство больных поступило с гнойным перетонитом, явившийся непосредственной причиной осложнений. Н.Н. Баймотов, Д.С. Каримов (1981) также связывают летальность больных с перфоративной язвой, с поздней диагностикой и госпитализацией.

В.В. Уксас и соавт.(1980) отмечают, что одной из главной причин летальности являются поздняя госпитализация, адекватное оперативное пособие и своевременная диагностика способствует снижению послеоперационных осложнений. Летальность у больных с ушиванием язвы составила 5,2:%.

В то же время А.А. Сучило (1993) обращая внимание на роль сроков хирургического вмешательства и возраст больного в исходе заболевания, указывает, что все же главную роль в снижении летальности имеет совершенствование оперативной техники и адекватно выполнение оперативного пособие. Летальность за последние десять лет снизилась с14,4% до 9.7%.

Рассматривая основные причины летальности при прободных язвах С.М.Кузнецов, С.В.Афанасьев (1983) указывает, что после ушивания язвы умерло 12 (9,9%)больных. Причиной смерти послужило в 4 случаях перитонит, в 2-технические погрешности хирурга, в 2-грубые погрешности при ревизии органов брюшной полости. После первичной резекции умерло 2 (6,6%) больных. Причиной смерти явились прогрессирующий перитонит при отсутствии несостоятельности швов.

И.И.Клюев. и соавт.(1983), сопоставляя непосредственно ближайшие и отдаленные результаты оперативного лечения традиционным способом (ушивание язвы, резекция желудка) и с применением ваготомии с пилоропластикой, указывает, что на 225 ушитых перфоративных язв умерло 10 больных (4%). Летальность связана с прорезыванием швов и развитием перитонита. У 41 больного произведена ваготомия с пилоропластикой и иссечение язвы (умер один больной). Исходя из этого, авторы считают, что предпочтение следует отдавать при лечении перфоративной язвы, ваотомии с иссечением язвы и пилоропластикой. В.В.Широких.(1983) на 190 больных с ушиванием перфоративной язвы имел летальность 4,7%. Первичная резекция выполнена у 34 больных (умер один больной-2,9%). У 8,5 больных наблюдались после операционные осложнения; поддиафрагмальный абсцесс, эвентрация кишечника - 2, спаечная непроходимость, стеноз пилорического отдела желудка. Автор убежден, что операция выбора при перфоративных язвах является ушивание; при наличии соответствующих условий может быть произведена первичная резекция.

Б.А.Полянский, М.И.Назаров (1983) указывает, что летальность после ушивания перфорации 4,5%, от прогрессирующего перитонита умерло 3 больных, что составило 1,9%.

В.П.Зиневич и соавт. (1983), изучая причины осложнений и летальности, отмечает перитонит у 8 больных, в одном случае причиной перитонита послужило несостоятельность швов. Летальность составила 7,6%.

Я.Р.Белик и соавт. (1983) на достаточно большом клиническом опыте показывает, что из 213 больных, в основном молодого возраста, без язвенного анамнеза, поступившие в поздние сроки от момента перфорации с явлениями разлитого гнойного перитонита, а также с тяжелой сопутствующими заболеваниями и высоким фактором риска - умерло 19 (8,9%) человек. Автор считает, что высокая летальность находиться в прямой зависимости от поздней и несвоевременной госпитализации и связанной с ней тяжестью течения заболевания.

Р. П.Рычагов (1983) на 101 ушитую перфоративную язву имел 6 летальных исходов(5,2%), 4 из умерших были старше 60 лет, 2 остальных были 52 и 37 лет. Один больной госпитализирован через 6 часов от момента перфорации, 3 - от 12 до 24 часов и 2 - после 24 часов. 2 Больных умерли от прогрессирующего перитонита, 2 от сердечно-сосудистой недостаточности, один от тромбоэмболии легочной артерии. Автор считает, что у больных с повышенным риском операции даже ушивание является слишком тяжелым вмешательством. Улучшение результатов лечения, по мнению авторов, может быть достигнуто при выполнении операции в максимально ранние сроки после перфорации а также в проведении тщательной предоперационной подготовки и послеоперационного лечения.

Определяющим фактором летальности при перфоративных язвах является время от перфорации до оперативного вмешательства. Правильность выбора оперативного лечения и оптимального ведения послеоперационного периода.

В зарубежных странах получило распространения консервативной тактики. Так Wurm Manfred (1978) у 35 больных из 80 предпринята попытка консервативного лечения по методике Тейлора, у 14 получен эффект, а остальные были оперированы через 24 часа и более после начало лечения ввиду прогрессирования симптоматики разлитого перитонита. Летальность составила 25%. Рецидивы язв составили у 57%.