

УДК 616.33+616.342-002-089(045)

ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНОЇ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛУНКА ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

*А. І. Осадчий, В. П. Крижановський, М. І. Максимішин, А. М. Балахнін,
В. І. Князєв, І. В. Соловійов, В. В. Суцєнко, А. М. Нєстерєнко*

Відділкова лікарня на станції Котовськ Одеської залізниці

Ключові слова: виразка шлунка, виразка дванадцятипалої кишки, виразкова хвороба, перфоративна виразка шлунка, перфоративна виразка дванадцятипалої кишки.

Проблема хірургічного лікування ускладненої виразки шлунка (ВШ) та виразки дванадцятипалої кишки (ВДПК) залишається актуальною. ВШ та ВДПК належать до найпоширеніших захворювань шлунково-кишкового тракту. На них хворіють, за даними статистики, 6–10% дорослого населення [2]. Завдяки значним успіхам проти-виразкової терапії за останні десять років зменшилася кількість планових оперативних втручань. Але водночас зростає кількість ускладнених форм виразкової хвороби, нерідко з незадовільними наслідками хірургічного лікування.

Матеріали та методи дослідження

Ми маємо досвід хірургічного лікування 365 хворих з ускладненою виразковою хворобою шлунка та дванадцятипалої кишки за період з 1982 по 2002 рр. Чоловіків було 298 (81,6%), жінок — 67 (18,4%). За віком хворі розподілялися таким чином: від 25 до 40 років — 75 (20,5%), від 40 до 60 — 232 (63,5%), 60 років і більше — 52 (16%) особи.

Виразковий анамнез до 5 років мали 18 хворих, 5–15 років — 212, понад 20 років — 135 хворих. Характер ускладнень: перфорація виразки — у 52 хворих (14,2%), кровотеча — у 54-х (14,7%), стеноз — у 151-го (41,5%), пенетрація — у 108 хворих (29,6%). Обстеження хворих включало: фіброгастродуоденоскопію, ультразвукове дослідження, рентгеноскопію шлунка та дванадцятипалої кишки, визначення стану секреторної активності слизової оболонки шлунка, лабораторне обстеження. Показання до оперативного лікування. Абсолютні: невідкладні — проривна виразка, гостра шлунково-кишкова кровотеча; планові — пілородуоденальні стенози, малігнізація. Відносні: планові — пенетрація виразки, рецидив виразки після ушивання перфоративного отвору, хронічна виразка з кровотечею в анамнезі.

У разі перфоративної виразки (ПВ) шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) застосовано активну тактику. Оперовано 52 хворих, діагностичних помилок не було. Усі хворі прооперовані протягом шести годин з моменту госпіталізації. Відповідно до локалізації виразки з перфоративним отвором хворі розподілилися таким чином: пілоричний відділ шлунка — 27 випадків (51,9%), цибулина ДПК — 22 випадки (42,3%), задня стінка цибулини ДПК — 1 випадок (1,9%), перфорація пептичної виразки анастомозу — 2 випадки (3,9%). З оперативних втручань за перфоративної виразки в 43 випадках здійснено просте зашивання проривного отвору; в 7 випадках — вирізання виразки з пілоропластикою. У разі перфорації пептичних виразок у 2 випадках виконано реконструктивну резекцію шлунка за Ру. В усіх випадках проведено дренивання черевної порожнини. У післяопераційному періоді хворим проводили антибактеріальну, інфузійну та симптоматичну терапію. Передопераційний період тривав 0,4 ліжко-дня, післяопераційний — 10,7. У післяопераційному періоді спостерігали такі ускладнення: недостатність шва з кровотечею — 1 випадок (1,9%), піддіафрагмовий абсцес — 1 (1,9%), паралітична кишка непрохідність — 1 (1,9%). Частка ускладнень після оперативного лікування перфоративної виразки становила 5,7%.

Летальність становила 3,8%, а відносно всіх прооперованих хворих з ускладненою виразковою хворобою — 0,5%. За даними І. О. Гіленко із співавторами, летальність у разі ПВ становить від 3,5 до 11,7% [1]. Хворі, оперовані з приводу ПВ шлунка та ДПК, після виписки з відділення передавалися для подальшого лікування лікарям-терапевтам з обов'язковим проведенням курсів проти-виразкової терапії. Протягом року приймали рішення стосовно планового оперативного лікування за наявності показань.

У хворих із гострою шлунково-кишковою кровотечею наша тактика була активно-індивідуальною. Усім хворим призначали консервативну, гемостатичну терапію, противиразкову терапію, лабораторне обстеження, спостереження. Інформацію про джерело кровотечі отримували за допомогою ФГДС. Обов'язково залишали в шлунку назогастральний зонд. Залежно від ступеня кровотечі терапію доповнювали переливанням крові тієї ж групи або її компонентів. У разі зупинки кровотечі доцільність хірургічного втручання визначали у плановому порядку. У разі рецидиву кровотечі хворих оперували. На висоті кровотечі оперовано 54 хворих, у 41 пацієнта (77,3%) виразка локалізувалася у цибулині дванадцятипалої кишки на передній або задній стінках із пенетрацією в головку підшлункової залози. У 12 (22,7%) хворих виразка була в шлунку і, як правило, мала ущільнені краї. З оперативних втручань застосовували резекцію шлунка за Більротом — 11 в різних модифікаціях. У двох випадках, у зв'язку з тяжким станом хворих, — прошивання кровоточивих судин. В одному випадку — вирізання виразки. Оперативне втручання здійснювали на тлі подальшого проведення реанімаційних заходів, спрямованих на відновлення об'єму циркулюючої крові та підтримку функцій життєво важливих органів. Оперативне втручання завершували обов'язковим дрениванням черевної порожнини. Постійну декомпресію шлунка не проводили.

У післяопераційному періоді спостерігали такі ускладнення:

ТЕЛА — 1 випадок (1,8%), помер 1 хворий (1,8%); післяопераційний панкреонекроз — 3 випадки (5,4%), померли 2 (3,7%) хворих; набряк анастомозу з рубцюванням — 1 випадок (1,8%), помер 1 хворий (1,8%); гостра печінково-ниркова недостатність — 1 випадок (1,8%), помер 1 хворий (1,8%); гостра серцево-судинна та легенева недостатність — 1 випадок (1,8%), помер 1 хворий (1,8%); кровотеча з гострих виразок товстої кишки — 1 випадок (1,8%), помер 1 хворий (1,8%); травма холедоха та вірсунгової протоки — 1 випадок (1,8%); кишково-спайкова непрохідність — 1 випадок (1,8%), помер 1 хворий (1,8%); рецидив кровотечі — 4 випадки (7,7%), помер 1 хворий (1,8%). Усього ускладнення спостерігали у 14 хворих (25,9%). За даними В. С. Савельєва із співавторами [4], частка післяопераційних ускладнень становить 13,8%. Ускладнення були у хворих із тяжкою супровідною патологією з боку легеневої, серцево-судинної системи; печінки, а також у разі звернення по допомогу у пізні терміни. Летальність хворих, оперованих на висоті кровотечі, становила 16,6%, а по відношенню до

всіх оперованих хворих — 2,4%. За даними В. С. Савельєва із співавторами [4], летальність становить від 5 до 30%.

Пілородуоденальні стенози з декомпенсацією спостерігали у 151 хворого (41,4%), пенетрацію — у 108 хворих (29,6%). Названі хворі оперовані після обстеження та підготовки у плановому порядку. У разі виразкової хвороби шлунка застосовували резекцію шлунка, субтотальну за Більротом — 1, за Більротом — 11. У разі виразкової хвороби ДПК — СПВ із пластикою за Жабулеєм. У хворих із тяжкою супровідною патологією та у хворих похилого віку виконували паліативні втручання: накладення анастомозу на довгій або короткій петлі — усього 7 випадків. Ускладнення у післяопераційному періоді такі: травматичне ушкодження селезінки 4 випадки (1,6%), травма холедоха 1 випадок (0,3%), набряк анастомозу — 2 випадки (0,7%), недостатність кукси дванадцятипалої кишки та анастомозу — 4 випадки (1,6%), післяопераційний панкреонекроз — 2 випадки (0,7%), тромбоз мезентеріальних судин — 1 випадок (0,3%), кровотеча в черевну порожнину — 2 випадки (0,8%). Усього спостерігали 16 випадків ускладнень, що становило 6,1%. Хворі з ускладненнями релапаротомовані. З оперативних втручань здійснені: спленектомія, дренивання холедоха, проведення додаткового гемостазу, санація черевної порожнини, резекція тонкої кишки, дренивання абсцесів підшлункової залози, проведення зонда за анастомоз для парентерального харчування у разі нестатності кукси дванадцятипалої кишки. Померли 3 хворих. Один хворий з мезентеріальним тромбозом, що розвинувся на четверту добу після операції, двоє хворих — від прогресування перитоніту та поліорганної недостатності. Летальність у групі наявних хворих становила 1,1%. Середній л/день до втручання — 3,5 дня, після операції 16,4 л/дня.

Отже, наслідки хірургічного лікування ускладненої виразкової хвороби шлунка та ДПК, такі: оперовано 365 хворих, ускладнення спостерігали у 33 пацієнтів (9%), померли 14 хворих (3,8%).

Проаналізовано віддалені наслідки хірургічного лікування у 106 хворих, від 5 до 15 років після операції. Усім проводили фіброскопію, лабораторне обстеження, оцінювали суб'єктивний стан. Для оцінювання наслідків лікування застосовували шкалу Візик у модифікації Ю. М. Панцирева із співавторами [3]. Відмінні наслідки відзначено в 68 хворих (64,3%), добрі у 29 хворих (27,3%), задовільні у 9 хворих (8,4%). Перебування на лікарняному листі у тих, хто працює, тривало 90–111 днів. Вихід на первинну інвалідність мав місце у 3 випадках.

Висновки

1. Наслідки хірургічного лікування виразкової хвороби шлунка та ДПК залежать від наявності ускладнень хвороби.

2. Найбільше випадків післяопераційних ускладнень та летальності спостерігається у хворих із гострою шлунково-кишковою кровотечею.

Зміни, які відбуваються в організмі у разі кровотечі, збільшують кількість ускладнень. Таким

чином, вкрай потрібна ретельна корекція гомеостазу для запобігання розвитку необоротних дегенеративних змін у паренхіматозних органах із подальшим оперативним лікуванням.

3. Поліпшення наслідків хірургічного лікування виразкової хвороби залежить від своєчасного оперативного втручання до розвитку ускладнень. Потрібне якісне диспансерне спостереження за хворими на виразкову хворобу.

ЦИТОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Гіленко І. О., Дем'янюк Д. Г., Горлачов М. І. та ін. Діагностика та лікування перфоративної виразки шлунка та дванадцятипалої кишки // Шпитальна хірургія.— 2001.— № 1.— С. 66–68.
2. Ковальчук Л. Я., Поліщук В. М., Велігодський М. М. та ін. Вибір методів лікування гастродуоденальних виразок.— Тернопіль — Рівне: Вертекс, 1997.— 144 с.
3. Панцирев Ю. М., Сидоренко В. И., Чернекевич С. А., Бобкова И. В. Методические подходы к оценке отдаленных результатов хирургического лечения язвенной болезни // Хирургия.— 1987.— № 11.— С. 22–29.
4. Савельев В. С., Абакумов М. Н., Бакулева П. П. и др. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости.— М.: Медицина, 1986.— 608 с.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

А. И. Осадчий, В. П. Крыжановский, Н. И. Максимишин, А. Н. Балахнин, В. И. Князев, И. В. Соловьев, В. В. Сущенко, А. Н. Нестеренко

Представлены результаты хирургического лечения осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у 365 больных. Рассмотрена тактика лечения, проведен анализ послеоперационных осложнений и летальности в сравнении с данными литературы.

EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OF THE COMPLICATED ULCER OF THE STOMACH AND THE DUODENAL GUT

A. I. Osadchy, V. P. Kryzhanovsky, M. I. Maksimishyn, A. N. Balakhnin, V. I. Knyazev, I. V. Solovyov, V. V. Suschenko, A. M. Nesterenko

The results of the treatment of the complicated ulcer of the stomach and the duodenal gut in 365 patients are submitted. Tactics of treatment is considered, the analysis of postoperative complications and mortality in comparison with the data of the literature is carried out.