

УДК 616.34/.33–002.44–005.1–089



С.М. Антонюк, В.Б. Ахрамєєв, П.Ф. Головня,  
І.Б. Андрієнко, М.В. Свиридов, А.Б. Чуков, С.О. Антонюк

## Деякі аспекти хірургічного лікування гастродуоденальних виразок, ускладнених кровотечею

ДЗ «Дорожня клінічна лікарня на станції Донецьк»  
ДП «Донецька залізниця»,  
Донецький національний медичний університет  
імені Максима Горького

**Ключові слова:** гастродуоденальна виразка, кровотеча, хірургічне лікування.

Одним з найнебезпечніших ускладнень виразкової хвороби шлунка й дванадцятипалої кишки є кровотеча, яка, за даними літератури [1–3], виникає в 15–20% хворих із зазначеною патологією.

У зв'язку з впровадженням у практику лікувальних установ ендоскопічних методів, діагностичні проблеми за даної патології значно зменшилися, але вибір раціональної тактики є складною проблемою, незважаючи на наявність в арсеналі лікарів-ендоскопістів різних способів локального гемостазу, а також успіхи у фармакотерапії. Як свідчать літературні дані і наш досвід, близько 20% хворих мають потребу в хірургічному лікуванні.

У клініці хірургічних хвороб №2 ДонНМУ за останні 10 років проліковано 2030 хворих із зазначеною патологією.

Як і в цілому серед хворих з виразковою хворобою, серед пацієнтів з гастродуоденальною виразкою, ускладненою кровотечею, відзначено переваження чоловіків – 88,7%. Вік хворих коливався від 19 до 76 років, однак найчастіше в клініку госпіталізували осіб середнього віку (40–55 років) – 62,1%, тобто найбільш працездатний контингент, що становить важливу соціальну проблему.

Джерелом кровотечі у 71,1% хворих були дуоденальні виразки. Алгоритм діагностичних і лікувальних заходів був загальноприйнятим: езофагогастродуоденоскопія при госпіталізації хворого; верифікація патологічного субстрату; вжиття заходів для зупинки кровотечі; за показаннями проведення активної противиразкової і замісної терапії, починаючи з перших годин перебування хворого в клініці.

Виконували три варіанти оперативних втручань: на висоті кровотечі у зв'язку з неефективністю заходів локального й загального гемостазу (18 (5,1%) хворих), з приводу рецидиву кровотечі

протягом 1–3-ої доби (144 (40,3%)), у плановому порядку, за загальноприйнятими показаннями за наявності гастродуоденальних виразок, після компенсації системи гемостазу (195 (54,3%)). Усього прооперовано з приводу дуоденальних виразок 292 (81,5%) пацієнта, з приводу шлункових – 65 (18,5%).

Як і більшість хірургів, ми вважаємо основним видом оперативних втручань резекцію шлунка з видаленням патологічного вогнища. Однак такий обсяг оперативного втручання вдалося виконати не завжди. По-перше, через тяжкість стану, зумовлену поєднанням вираженої крововтрати та супутньої патології, особливо в осіб літнього й старечого віку. По-друге, через наявність так званих тяжких дуоденальних виразок. Йдеться про несприятливі місцеві анатомічні обставини, що створюють надзвичайні труднощі для виконання радикальної операції: низько розташовані виразки дванадцятипалої кишки, наявність великих щільних інфільтратів у періульцерозній зоні. За таких умов видалення виразкового субстрату може спричинити пошкодження елементів гепатодуоденальної зв'язки, неспроможність дуоденальної кукси, гострий панкреатит.

У разі тяжкого стану хворих літнього й старечого віку із серйозною супутньою патологією (цукровий діабет, бронхіальна астма та інші неспецифічні хронічні захворювання системи дихання, порушення серцевого ритму тощо) ускладнена кровотечею виразка шлунка в 4 (16,1%) хворих видалена методом клиноподібної його резекції за малою кривизною за допомогою апарата УО або вручну. За наявності виразки задньої стінки дванадцятипалої кишки в 12 (4,1%) хворих виконали дуоденотомію, прошивання виразки вісімкоподібним швом синтетичною ниткою, яка не розсмоктується, зсув слизової із сусідньої ділянки на виразку для запобігання впливу на неї



кислотно-пептичного фактора, ушивання розтину звичайним вузлуватим швом у два ряди з підкріпленням другого ряду пасмом великого сальника.

Особливу групу серед досліджених хворих становили пацієнти, в яких під час операції виявлено низькорозташовану виразку на задній стінці дванадцятипалої кишки, особливо у разі її penetрації в голівку підшлункової залози, що відповідало поняттю «виразка, яка не видаляється». У таких випадках хірургу доводиться вирішувати як мінімум два складні завдання: як запобігти загрозі рецидиву кровотечі й надійно вкрити дуоденальну куксу. Зрозуміло, що резекція шлунка для виключення виразки не вирішить ці завдання.

У зв'язку із цим нами розроблені методики операції із щільною тампонадою виразкового кратера. Для тих випадків, коли періульцерозна інфільтрація стінки кишки не виражена або виражена незначно, суть способу полягала в наступному (Деклараційний патент 16419. Спосіб зашивання кукси дванадцятипалої кишки при невидаленій дуоденальній виразці, яка кровоточить / С.М. Антонюк. 15.08.2006. Бюл. № 8): після відсікання шлунка від дванадцятипалої кишки на відкритій куксі кишки встановлювали локалізацію виразки. Потім крізь бічні стінки куксу розсікали вздовж до рівня нижнього краю виразки. Вузлуватими швами підшивали край передньої стінки до задньої нижче за виразку (до слизово-підслизового шару), тим самим закриваючи просвіт кукси. Із задньої стінки шляхом часткового усікання її з боків (по 0,5 см) викроювали шматок та відшаровували його від слизової оболонки. Шматок за допомогою прошивання капроною ниткою згортати в рулон. Саму виразку прошивали вісілкоподібним швом і цією же лігатурою фіксували рулон до дна виразки. Герметизацію кукси дванадцятипалої кишки здійснювали шляхом зшивання утвореного склепіння передньої стінки із задньою стінкою нижче за рулон, з підхопленням його у шви. Операцію завершували формуванням бічної дуоденостоми для профілактики неспроможності швів дуоденальної кукси. Резекцію шлунка виконували за методом Гофмейстера—Фінстерера або Бальфура. Подібну операцію виконано 4 хворим. Отримано задовільний результат.

При вираженій інфільтрації стінки дванадцятипалої кишки застосовували іншу методику, також розроблену нами. Вона полягає в наступному. Шлунок перетинали в антральному відділі,

не доходячи до воротаря на відстань 4–5 см, зберігаючи судинні гілочки по ребрах. Потім уздовж розсікали передню стінку утвореної кукси крізь воротар, на 1–2 см дистальніше за проекцію виразки. Задню стінку розсікали до пілоричного жому. Видаляли слизовий шар до виразки. Один з утворених після розсічення кукси шматків, на боці виразки зшивали у вигляді трубочки, яку щільно фіксували до дна виразки 2–3 швами. Ушивали поздовжній розтин до основи другого шматка, і лінію шва вкривали другим шматком. Операцію завершували накладанням бічної дуоденостоми.

Наведеним способом оперовано 6 хворих. Ускладнень як у ранньому, так і у віддаленому післяопераційному періоді (2 роки) не спостерігали.

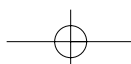
Обидві методики передбачають туге пломбування виразкового кратера однорідною тканиною з добре вираженими пластичними властивостями, що є профілактикою рецидиву кровотечі. Крім того, вдається створити герметичну дуоденальну куксу з гарним кровопостачанням її стінок.

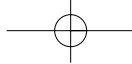
З 12 хворих, яким виконано прошивання виразки задньої стінки дванадцятипалої кишки, ускладненої кровотечею, померло 3: 1 – від рецидиву кровотечі на 4-ту добу, 2 – від поліорганної недостатності без рецидиву кровотечі.

Ми, на відміну від деяких хірургів, вважаємо, що така операція має право на існування доти, доки не будуть розроблені інші способи радикального лікування цього контингенту хворих.

Оптимальним варіантом лікування хворих з ускладненими кровотечею виразками шлунка й дванадцятипалої кишки є дотримання діагностично-лікувального алгоритму: ендоскопічний стабільний гемостаз із операцією за показаннями у відповідний термін. Однак, як свідчить наш досвід, відсоток невдач за такого алгоритму дій занадто великий (за нашим даними, 40,3%).

Незважаючи на значні успіхи, досягнуті у консервативному лікуванні виразкової хвороби останніми роками, за певних різновидів виразок унаслідок індивідуальних особливостей організму хворих воно є неефективним, спостерігають появу тяжких ускладнень. Тому, з огляду на різні клінічні варіанти дуоденальних виразок, ускладнених кровотечею, необхідно продовжити пошук оптимальних способів хірургічного лікування найскладніших їхніх різновидів, зокрема низькорозташованих, а також виразок, які не видаляються.





## Література

1. Кузин М.И. Актуальные проблемы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2004. – № 1. – С. 27–32.
2. Передерий В.Г., Ткач С.М. Современные представления о причинах возникновения и лечении язвенной болезни // Мистецтво лікування. – 2003. – № 2. – С. 9–12.
3. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. – М.: Медицина, 2005. – 256 с.

*С.М. Антонюк, В.Б. Ахрамеєв, П.Ф. Головня,  
И.Б. Андриенко, Н.В. Свиридов, А.Б. Чуков, С.О. Антонюк*

### **Некоторые аспекты хирургического лечения гастродуоденальных язв, осложненных кровотечением**

Освещена проблема хирургии так называемых трудных кровоточащих гастродуоденальных язв. Представлены два оригинальных способа оперативных вмешательств при низкорасположенных неуда-лимых язвах двенадцатиперстной кишки. Методики применены у 10 пациентов. Ни в одном случае ос-ложнений не наблюдали.

*S.M. Antonyuk, V.B. Akhramyeyev, P.F. Golovnya,  
I.B. Andriyenko, M.V. Sviridov, A.B. Chukov, S.O. Antonyuk*

### **Some aspects of the surgical treatment for gastro-duodenal ulcers complicated with bleeding**

The article elucidates the problem of surgery of the so-called difficult gastro-duodenal bleeding ulcers. Two original methods of surgical interventions for the low located irremovable duodenal ulcers have been described. These techniques were applied to ten patients. No complications were observed.

