

УДК 616-052+616.34-002

ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПЕРФОРАТИВНУ ВИРАЗКУ ШЛУНКА І ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

С.М. Василюк, А.І. Гуцуляк, А.Г. Шевчук, В.М. Федорченко

Івано-Франківський національний медичний університет

Резюме. Проведено обстеження і лікування 135 хворих на перфоративну виразку шлунка і дванадцятипалої кишки. У 32 хворих досліджено патоморфологічні зміни на різній відстані від перфоративного отвору. Виявлено гістоморфологічні порушення у ділянках перфоративного валика, параульцерозного інфільтрату та подальших макроскопічно незмінених тканин. З врахуванням цих змін розроблено методику комплексного хірургічного лікування хворих на перфоративну виразку.

Ключові слова: виразкова хвороба, перфорація, перитоніт, морфогістологічні зміни, оперативне лікування.

Лікування перфоративних виразок гастродуоденальної зони є однією з важливих проблем практичної хірургії [1, 2, 5, 7]. Не дивлячись на значні успіхи в лікуванні виразкової хвороби, перфорація виразки виникає в 10-30% хворих з даною патологією і займає перше місце серед ускладнень гастродуоденальної виразки (55-60%) [2-5]. На сьогоднішній день залишається актуальним питання визначення об'єму оперативного втручання на фоні розвитку перитоніту. При цьому в літературі немає достатньо даних про порушення, які виникають в макроскопічно незмінених тканинах і висічення виразки переважно обмежується видаленням параульцерозного інфільтрату, а зміни, які виникають в навколишніх тканинах поза межами інфільтрату не враховуються.

Метою цієї роботи було вивчити зміни, які виникають в тканинах на різній відстані від перфоративного отвору та на основі отриманих даних удосконалити комплексне хірургічне лікування.

Матеріал та методи

Проведено обстеження 135 хворих з виразковою хворобою гастродуоденальної зони ускладненою перфорацією виразки. Вік пацієнтів коливався від 16 до 86 років, перфоративну виразку дванадцятипалої кишки мали 113 (83,7%) хворих, а шлунка – 22 (16,3%), чоловіків було 119 (81,1%), жінок – 16 (11,9%).

Всім хворим проводили загальноклінічні обстеження, показники яких використовувались для оцінки ступеня тяжкості їх стану. В задовільному стані було 29 (21,5%) хворих, в стані середньої важкості – 66 (48,9%), в важкому стані – 23 (17,0%) та у край важкому – 17

(12,6%). В реактивній стадії перитоніту були 94, в токсичній – 34 та 7 пацієнтів – в термінальній стадії.

З метою визначення чітких критеріїв необхідного об'єму висічення тканин навколовиразкової зони, для попередження можливого рецидиву виразки та такого небезпечного післяопераційного ускладнення, як неспроможність швів, у 32 хворих було проведено вивчення патоморфологічних структур на різній відстані від перфоративного отвору при висіченні перфоративної виразки.

Результати та обговорення

При проведенні морфогістологічних досліджень було виявлено порушення не тільки у ділянках перфоративного валика та параульцерозних інфільтратів, але і в подальших макроскопічно незмінених тканинах поза виразковою зоною. Тут спостерігається утворення реактивних центрів в лімфоїдних фолікулах та збільшення кількості міжепітеліальних лімфоцитів в 3-5 разів порівняно з нормою. Виникає набряк та дегрануляція підслизових залоз, відмічаються розлади мікроциркуляції – спазм капілярів і складж еритроцитів в них, та інервації – набряк нервових стовбурів та гангліїв. Об'єм поширення цих змін залежав від величини видимого параульцерозного інфільтрату і становив від 0,5 см, при розмірі інфільтрату до 1,5 см, до 1,0 см при інфільтраті 2,0-3,0 см і до 1,0-1,5 см – при інфільтраті 3,0 см і більше. Також зміни спостерігались впродовж 0,2-0,5 см і при відсутності інфільтрату (див. таб.).

Лікування хворих з перфоративною виразкою починали з моменту поступлення у хірургічне відділення. Після короткої передопераційної підготовки, яка була направлена на ліквідацію дефіциту ОЦК та дегідратації тканин, всім хворим було проведено екстренне хірургічне лікування.

Під час операції визначалася локалізація перфоративного отвору, його розміри та розміри параульцерозного інфільтрату, характер випоту та ступінь поширеності перитоніту. Місцевий перитоніт був в 16 (11,9%) хворих, дифузний – в 76 (56,2%) та розлитий – в 43 (31,9%). По характеру випоту, його розповсюдженості, стану очеревини та клінічних да-

Таблиця

Поширення морфологічного параульцерозного ураження у залежності від розмірів і локалізації макроскопічних змін

Паравиразкові зміни	Розмір (см)						
	не має	до 0,5	до 1,0	до 1,5	до 2,0	до 3,0	> 3,0
Макроскопічні зміни (інфільтрат)							
Мікроскопічні зміни	0,35± 0,15	0,86± 0,14	1,34± 0,16	1,75± 0,25	2,77± 0,23	3,75± 0,25	4,24± 0,26
Локалізація виразки	Кількість хворих						
Шлунок	-	-	2	2	3	1	1
ДПК	4	2	4	5	3	2	3
Всього	4	2	6	7	6	3	4

них оцінювали важкість і стадію перитоніту. В 94 хворих була реактивна стадія перитоніту, в 34 – токсична та в 7 – термінальна. Виходячи з цих даних визначався метод та об'єм оперативного втручання.

110 (81,5%) хворим, вдалось провести радикальне або умовнорадикальне хірургічне втручання: 11 (8,2%) хворим, які поступили в хірургічне відділення до 2-х годин від моменту перфорації з місцевим серозним перитонітом було проведено висічення перфоративної виразки з наступною пілоропластиком та СПВ, 3 (2,2%) пацієнтам виконано резекцію шлунка за Більрот-ІІ в модифікації Гофмейстера-Фінстерера та 96 (71,1%) – висічення перфоративної виразки з навколишнім навколівиразковим інфільтратом та наступною пілоропластиком за Джадом.

25 (18,5%) хворим з розлитим гнійно-фібринозним перитонітом, старшого віку (більше 60 років) та з тяжкою супутньою патологією, було проведено зашивання перфоративного отвору.

В залежності від обсягу висічення параульцерозних тканин виділено 2 групи хворих (по 30 чоловік), яким в подальшому проводився контроль результатів лікування. В першій групі проводилося висічення параульцерозних країв в межах здорових тканин, за загальноприйнятою методикою враховуючи лише макроскопічні зміни – видаляючи тільки навколівиразковий інфільтрат. В другій групі висічення проводилося з додатковим видаленням мікроскопічно змінених тканин поза межами інфільтрату.

В першій групі в одного хворого був рецидив виразки впродовж 6 місяців та ще в 2-х хворих – до року після операції. В другій протягом року не було виявлено рецидиву виразкової хвороби в жодного хворого.

Операцію закінчували встановленням назогастрального зонда для раннього післяопераційного ентерального харчування, ретельною санацією та дренажуванням черевної порожнини з 2–4-х точок. Враховуючи показники суттєвих змін гемодинаміки, білкового, електролітного балансу, імуногемеостазу, всім хворим проводилась комплексна інтра- та післяопераційна терапія.

В післяопераційному періоді хворим з перфоративною виразкою проводилось адекватна тяжкості стану терапія. Вона полягала:

· В здійсненні керованої гемодиліюції та адекватної перфузії тканин розчинами глюкози, електролітів, плазми і плазмозамінних середників. Добовий об'єм інфузій становив 1500-3000 мл і залежав від ваги хворого, температури тіла, добового діурезу та втрат рідини через назогастральний зонд. Для точного визначення добової потреби в рідині використовували формулу Рандала:

$$V = \left(1 - \frac{40}{Ht}\right) \times \frac{m}{5}$$

де: V – добова потреба в рідині, Ht – гематокрит, m – маса тіла хворого.

В реактивній стадії перитоніту вводили 60-80 мл на кг ваги хворого на добу, в токсичній – до 80-120 мл/кг, а в стадії поліорганної недостатності – 120-140 мл/кг.

· Інтенсивній антибактеріальній терапії: при ексудативному перитоніті використовували комбінації цефалоспоринов та синтетичних пеніцилінів протягом 7-10 днів, а при гнійному та гнійно-фібринозному добавляли абактал 5,0 на 200 мл 5% глюкози в/в 3 р/д протягом 5-7 днів або метрогіл 100,0 в/в 3 р/д 3 дні.

· Попередженні синдрому периферійної вазоконстрикції та агрегації формених елементів крові, а також тромбоемболічних ускладнень – вводили реополіглюкін і реосорбілакт по 200,0, та призначали низькомолекулярні гепарини: еноксипарин (клексан) 0,2-0,4 мл п/ш і беміпарин (цибор 2500) 0,2 мл п/ш.

· Противиразкової терапії – для попередження рецидиву виразки призначали H_2 -гістаміноблокатори і блокатори протонної помпи – квамател по 40 мг в/в 1 р/д і омез по 40 мг в/в 1-2 р/д, з подальшим переходом на пероральне приймання та антациди – альмагель, маалокс і інші.

· Запобіганні функціональної непрохідності кишечника, відновленні і забезпеченні задовільного функціонування нирок, печінки, серця та легень.

· З метою покращення білкового обміну, моторно-евакуаторної функції, корекції метаболічних розладів та покращення репаративних можливостей організму у 46 (34,1%) хворих в післяопераційному періоді застосовували раннє ентеральне харчування. Через інтраопераційно встановлений в початковий відділ тонкої кишки назогастральний зонд в перший післяопераційний день краплинно, в 2-3 прийоми вводили 400 мл 0,9% розчину NaCl, на 2-у добу краплинно вводили протеїни, білкові гідролізати, м'ясні відвари та харчові суміші, з 3-4 дня шприцом Жане вводили до 800 мл протертих супів, дитячих сумішей, яйця, молоко, овочі та інші продукти, а також суміш Берламін-модуляр.

· Для подальшого реабілітаційного лікування та проведення «медикаментозної ваготомії» (після умовнорадикальних та паліативних операцій) хворі направлялися в гастроентерологічне відділення.

Контрольні обстеження показали, що у 95% хворих наступило стійке загоєння раневого процесу і виразки в шлунку та ДПК не спостерігалось.

З а к л ю ч е н н я

Таким чином, комплексне лікування хворих з перфоративною виразкою базувалось на забезпеченні інтенсивної передопераційної підготовки, виконанні лапаротомії, ліквідації перфорації з урахуванням морфогістологічних досліджень і адекватному дренажу черевної порожнини. При висіченні перфоративного виразкового дефекту необхідно враховувати, що мікроскопічне параульцерозне ураження поширюється поза межі видимого інфільтрату від 0,5 до 4,5 см.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ НА ПРОБОДНУЮ ЯЗВУ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

С.М. Василюк, А.И. Гуцуляк, А.Г. Шевчук, В.М. Федорченко

Реферат. Произведено обследование и лечение 135 больных с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки. У 32 больных исследовано патоморфологические изменения на разном расстоянии от прободного отверстия. Обнаружено гистоморфологические нарушения в областях перфоративного валика, параульцерозного инфильтрата и последующих макроскопически неизмененных тканей. С учетом этих изменений разработано методику комплексного хирургического лечения больных на прободную язву.

Ключевые слова: язвенная болезнь, перфорация, перитонит, морфогистологические изменения, оперативное лечение.

TREATMENT OF THE PERFORATIVE GASTRIC AND DUODENAL ULCER

S.M. Vasylyuk, A.I. Hutsulyak, A.G. Shevchuk, V.M. Fedorchenko

Abstract. Inspection and treatment of 135 patients with perforative ulcer stomach and duodenal gut is made. At 32 patients it is investigated morphohistological changes on different distance from perforative apertures. It is revealed hystomorphological infringements in areas perforative the platen, paraulcerous infiltrate and the subsequent macroscopically not changed tissue. In view of these changes it is developed a technique of complex surgical treatment of patients with perforative ulcer.

Keywords: perforative ulcer, peritonitis, histomorphologic changes, surgical treatment.

ЛІТЕРАТУРА

1. Березницький Я.С., Василшин Р.Й., Кабак Г.Г., Сархан Фірас Талляль Стандартизація підходів до хірургічного лікування перфоративної виразки шлунка та дванадцятипалої кишки // Харківська хірург. школа. - 2003. - №1. - С.33-35.
2. Василюк М.Д., Нейко Є.М., Шевчук А.Г. Ускладнені виразки шлунку та дванадцятипалої кишки. - Івано-Франківськ: ЛІК, 1998. - 228с
3. Дзюбановський І.Я., Ковальчук Ю.М., Гнатюк М.С. Роль морфоструктурних змін стінки шлунка при шлункових виразках в виборі об'єму операції // Шпитальна хірургія. - 2001. - №3. - С.69-71.
4. Ковальчук Л.Я, Кіт О.М. Сучасні питання хірургії перфоративних виразок шлунка // Шпитальна хірургія. - 2005. - №3. - С.18-20.
5. Лупальцов В.И. Перфоративная гастродуоденальная язва. - Харьков: Основа, 2003. - 238с.
6. Шевчук М.Г., Пилипчук В.І. Сучасний стан та перспектива розвитку абдомінальної хірургії в Івано-Франківській області // Галицький лікарський вісник. - 2006. - Т.13, №4. - С.121-124.
7. Яицкий Н.А., Седов В.М., Морозов В.М. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. - М.: МЕДпресс-информ, 2002. - 376с.