

УДК 616.33-616.342-002.44

*В.А. Шуляренко, Я.П. Фелештинський, В.І. Мамчич, З.З. Парацій,
В.І. Семіног, О.В. Шуляренко*

РАДИКАЛЬНА ОПЕРАЦІЯ – МЕТОД ВИБОРУ ПРИ ПЕРФОРАТИВНІЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНІЙ ВИРАЗЦІ

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика, Київ

Авторами проаналізовані методи хірургічного лікування перфоративної виразки шлунку і дванадцятипалої кишки, що включали резекцію шлунку, висічення чи зашивання виразки з пілоропластикою і ваготомією, зашивання виразки відкритою чи лапароскопічною методикою з призначенням антисекреторної і ерадикаційної терапії. Переваги надані радикальним оперативним втручанням.

Ключові слова: перфоративні гастродуоденальні виразки, відкриті операції, лапароскопічні операції.

Незважаючи на окремі успіхи в консервативному лікуванні виразкової хвороби шлунку і дванадцятипалої кишки (ВХШ і ДПК), за останні 10-20 років не відмічено зниження частоти її ускладнення, особливо перфоративних виразок ДПК. У 25,9% хворих перфорація є першим проявом ВХ [1, 5].

В теперішній час в хірургічному лікуванні хворих з перфоративною виразкою ДПК (ПВ ДПК) застосовується різноманітна хірургічна тактика. Найбільш радикальною залишається класична резекція шлунку за обома способами Більрота. Ряд хірургів продовжують успішно використовувати органозберігаючі операції, в основі яких лежать різноманітні різновиди ваготомії в поєднанні з місцевим втручанням на виразці ДПК. В той же час, найбільш поширена операція зашивання ПВ ДПК не втратила значення з огляду на відносну простоту, малу травматичність і безпеку. В останні роки для зашивання ПВ ДПК більш широко застосовуються ендохірургічні технології, що забезпечують ряд важливих переваг у вигляді частоти ускладнень і рівня летальності, а також скорочення періоду госпіталізації [2, 3, 4, 6]. Все ж таки покази до різних оперативних втручань при ПВ ДПК залишаються предметом дискусії, що продовжується.

Метою роботи є виявлення причин незадовільних результатів оперативних втручань при ПВ ДПК, проведення аналізу необхідності і можливості виконання первинно-радикальних оперативних втручань, розробка алгоритму вибору оптимального варіанту оперативного втручання в кожному конкретному випадку.

Матеріал та методи

В клініках кафедри хірургії і проктології НМАПО ім. П.Л. Шупика проведено дослідження 108 хворих з перфоративною виразкою гастродуоденальної зони, при цьому виразка у 10 (9,1%) локалізувалась у шлунку, у 98 (90,9%) – в ДПК. Чоловіків було 101 (94,8%), жінок 7 (5,2%).

Хворі з перфоративною виразкою госпіталізовані в строки від 1 до 26 годин з моменту перфорації. Оперативні втручання здійснювали відкритим і лапароскопічним способом.

Діагностика перфоративної виразки ґрунтувалась на даних анамнезу, клінічної картини і додаткових методів обстеження: оглядової рентгеноскопії органів черевної порожнини, фіброезофагогастродуоденоскопії, пневмогастроскопії, лапароцентезу і лапароскопії.

Тяжкість перитоніту у всіх пацієнтів з перфоративною виразкою оцінювалась з використанням критеріїв Мангеймського індексу перитоніту (МІП).

Мікробіологічне дослідження ексудату із черевної порожнини виконано у 48 (44,5%) хворих.

При аналізі безпосередніх та віддалених результатів хірургічного лікування використані клінічні, інструментальні та лабораторні методи дослідження.

Результати та обговорення

Вибір методу оперативного втручання в хірургії перфоративних виразок шлунку і ДПК обумовлений факторами, серед яких значимими є тяжкість і розповсюдженість перитоніту, ступінь компенсації супутніх захворювань, ло-

калізація, кількість виразок, розмір перфоративного отвору, вираженість перифокального запалення, наявність ендоскопічних ознак малігнізації шлункових виразок і інших ускладнень виразкової хвороби. Принциповим моментом виконання радикальної операції вважаємо обов'язкове висічення виразки разом з інфільтратом, що не тільки усуває грубу деформацію пілородуоденальної зони і значне звуження її просвіту, але і дозволяє оглянути задню стінку ДПК, а при наявності виразки задньої стінки – виконати необхідне втручання на ній. Крім цього шви, накладені на здорові тканини, значно надійніші, при цьому практично не спостерігається їх недостатність, значно рідше виникають рецидиви виразки і повторні перфорації. Крім цього, видалення виразкового субстрату усуває потужне вогнище аутоімунної агресії.

У 7 (15,7%) хворих з перфоративною виразкою виконана первинно-радикальна операція – резекція 2/3 шлунку в різних модифікаціях. Показами до неї були виразки шлунку, поєднання перфорації з декомпенованим стенозом пілоробульбарної зони, кровотеча з виразки, наявність виразок ДПК, що «цілюються», поєднаних виразок, технічна неможливість зашивання перфоративного отвору чи висічення його, повторні перфорації.

У 20 (18,9%) хворих з перфоративною виразкою виконані умовно-радикальні операції зашивання чи висічення виразки в поєднанні з пілоро- чи дуоденопластикою і ваготомією (комбінована, селективна проксимальна). Покази до кислотопригнічуючої операції відносні в зв'язку з наявністю сучасних антисекреторних препаратів. Тим не менш, неабиякого значення набувають «соціальні покази» до виконання кислотопригнічуючої операції: недостатній комплаєнс з хворим, котрий з ряду причин унеможлиблює проведення систематичної антихелікобактерної терапії відповідно до Маастрихтського консенсусу (2005 рік) та регулярне диспансерне спостереження. Ми віддаємо перевагу операціям, котрі включають висічення виразкового субстрату, поєднане з пілорус- або дуоденотриплексією операцією (за показами) та селективною проксимальною ваготомією або ерадикаційною антихелікобактерною терапією відповідно до Маастрихтського консенсусу (2005 рік) над первинно-радикальними операціями (резекцією шлунку).

У 71 (65,7%) хворого виконане зашивання чи висічення виразки з пілоро- чи дуоденопластикою, із них у 29 (26,7%) – лапароскопічним методом, з ваготомією – у 14.

Зашивання перфоративної виразки шлунку і ДПК – найбільш просте і швидко виконуване оперативне втручання. Показами до зашивання виразки є розлитий гнійний перитоніт і тяжкі супутні захворювання, які не дозволяють розширити об'єм операції. Труднощі зашивання перфоративних виразок виникають при великих перфоративних отворах, щільних, змозолілих краях виразки, при виражених запальних змінах навколо неї. В таких випадках зблизити краї виразки не вдається, так як шви можуть прорізатись. В даних ситуаціях виконується тампонада виразки чепцем за Опелем-Полікарповим.

Лапароскопічне зашивання перфоративних виразок ДПК показано хворим молодого віку і пацієнтам, які не мали виразкового анамнезу, за умови відсутності розлитого гнійного перитоніту.

Після зашивання перфоративної виразки, а також частково після умовно-радикальних операцій всім хворим призначається ерадикаційна антихелікобактерна терапія відповідно до Маастрихтського консенсусу (2005 рік), причому протягом перших 4 діб – парентеральним шляхом введення, потім – перорально.

Після операцій летальних випадків не спостерігали. У віддаленому періоді після зашивання перфоративної виразки лапароскопічним способом відмінні і хороші результати відмічені у 68,9%, рецидиви у 2 (6%). Віддалені результати радикального втручання з виконанням СПВ були достовірно кращими, ніж після операцій без ваготомії за критеріями частоти рецидивів та відмінних і добрих результатів.

Висновки

1. В хірургії перфоративних виразок до теперішнього часу не існує однієї ідеальної операції, що відповідала б всім вимогам хірургічного втручання по усуненню хвороби. При цьому бажано виконувати радикальне оперативне втручання.

2. Використання лапароскопічного способу операції показане хворим за локалізації виразки на передній стінці дванадцятипа-

лої кишки діаметром до 2 см., за відсутності подвійної локалізації виразки і такого тяжкого ускладнення, як стеноз, тяжких соматичних захворювань, парезу кишківника, вираженого злукового процесу в черевній порожнині.

3. Призначення всім хворим після зашивання, висічення виразки дванадцятипалої кишки сучасної противиразкової ерадикаційної терапії і здійснення повноцінного диспансерного нагляду дозволять звести до мінімуму відсоток незадовільних результатів.

РАДИКАЛЬНАЯ ОПЕРАЦИЯ – МЕТОД ВЫБОРА ПРИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЕ

В.А. Шуляренко, Я.П. Фелештинский, В.И. Мамчиц, З.З. Парацый, В.И. Семиног, О.В. Шуляренко

Авторами проанализированы методы хирургического лечения перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, которые включали резекцию желудка, иссечение или ушивание язвы с пилоропластикой и ваготомией, ушивание язвы открытой или лапароскопической методикой с назначением антисекреторной и эрадикационной терапии. Приоритетными были радикальные оперативные вмешательства.

Ключевые слова: перфоративные гастродуоденальные язвы, открытые операции, лапароскопические операции.

RADICAL OPERATION - THE CHOICE OF METHOD FOR PERFORATIVE GASTRODUODENAL ULCER

V.A. Shulyarenko, Ya.P. Feleshtinskiy, V.I. Mamchich, Z.Z. Paratsiy, V.I. Seminog, O.V. Shulyarenko

The methods of surgical management for perforative stomach and duodenal ulcers which included stomach resection, incisioning or stitching of ulcers with pyloroplasty and vagotomy, stitching ulcers using opened or laparoscopic technique with advanced antisecretory and eradication therapy are analyzed by authors. Radical operations have been priority.

Key words: perforative gastroduodenal ulcers, open operations, laparoscopic operations.

ЛІТЕРАТУРА

1. Балогланов Д.А. Хирургическое лечение перфоративных язв двенадцатиперстной кишки / Д.А. Балогланов // Хирургия. – 2010. – № 11. – С. 76-79.
2. Евсеев М.А. Стратегия антисекреторной терапии у больных с кровотечениями и перфоративными гастродуоденальными язвами / М.А. Евсеев, Г.Б. Ивахов, Р.А. Головин // Хирургия. – 2009. – № 3. – С. 46-52.
3. Ефименко Н.А. Современные подходы к эндоскопической перфоративных гастродуоденальных язв / Н.А. Ефименко, С.И. Пергудов, А.А. Сухоруков, В.А. Шафелинов // Хирургия. – 2000. – № 10. – С. 60-62.
4. Щур І.В. Місце лапароскопічних операцій в лікуванні перфоративної виразки дванадцятипалої кишки / І.В. Щур // Автореф. дис. канд. мед. наук. – 2004. – 19 с.
5. Яицкий Н.А. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки / Н.А. Яицкий, В.М. Седов, В.П. Морозов. – М., 2002. – 376 с.
6. Barkun A. Consensus Recommendations for Managing Patients with Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding / A. Barkun, M. Bardou, J. Marshall // Ann Intern Med. – 2003. – Vol. 139. – P. 843-857.

Стаття надійшла 12.01.2011