



В.О. Сипливий, В.В. Доценко,
С.В. Грінченко, О.Г. Петюнін,
О.В. Євтушенко

Харківський національний
медичний університет

© Колектив авторів

АНАЛІЗ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ПЕРФОРАТИВНОЇ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ВИРАЗКИ З УРАХУВАННЯМ МЕТОДИКИ ОПЕРАЦІЇ

Резюме. Проведено аналіз післяопераційних ускладнень у хворих при хірургічному лікуванні перфоративної гастродуоденальної виразки з урахуванням методики операції. В залежності від методики операції хворі розподілені на дві групи: до першої групи увійшли хворі, яким виконано висічення виразки без ваготомії; до другої — хворі з висіченням виразки з ваготомією. Встановлено, що післяопераційні ускладнення, залежно від методики операції, спостерігали у 15-22,5 % хворих, що потребує удосконалення тактики лікування. Серед ускладнень найбільшу групу складають порушення евакуації зі шлунка, гостра шлунково-кишкова кровотеча, нагноєння післяопераційної рани.

Ключові слова: перфоративна виразка, ускладнення, ваготомія.

Вступ

Перфоративна виразка є одним із загрозливих ускладнень виразкової хвороби, що нерідко призводить хворого до смерті, а при неадекватному виборі оперативного втручання — до важких ускладнень. Ефективність хірургічних методів лікування захворювань, у тому числі і перфоративної виразки, визначається, в основному, за такими показниками, як летальність, тривалість перебування в стаціонарі, наявність післяопераційних ускладнень, а також частотою та ступенем виразності різних розладів у віддаленому періоді [2].

Проблема лікування хворих на перфоративну виразку дванадцятипалої кишки досить актуальна у зв'язку з безпосередньою загрозою життю хворим на це ускладнення, тимчасовою втратою працездатності та інвалідизацією хворих [3, 5]. Післяопераційна летальність в групі асоціальних хворих становить 25 %. Несприятливий результат залежить не лише від похилого віку хворих та тяжкої супутньої патології, але й від ступеню давності захворювання, а також несвоечасної діагностики [4].

На сьогодні при хірургічному лікуванні хворих на перфоративну виразку використовують органозберегаючі втручання, які поєднують висічення виразкового субстрату з одним із способів ваготомії [1] та операції висічення виразки або її ушивання, а також і лапароскопічно [6] з проведенням противиразкової терапії. Для вибору методики операції при перфоративній гастродуоденальній виразці необхідна індивідуальна оцінка стану хворого.

Таким чином, індивідуалізація вибору методики операції з урахуванням прогнозованої

якості життя хворого є важливим питанням хірургії перфоративної гастродуоденальної виразки, що не тільки врятує життя хворого.

Метою дослідження було провести аналіз ранніх післяопераційних ускладнень хворих, які були прооперовані з приводу перфоративної виразки шлунку та дванадцятипалої кишки, в залежності від методики оперативного лікування у віддалений термін після операції.

Матеріали та методи дослідження

Робота базується на аналізі результатів хірургічного лікування 261 хворого з перфоративною гастродуоденальною виразкою, які знаходилися на лікуванні в хірургічних відділеннях міських багатопрофільних лікарень № 17 та 18 м. Харкова, клінічній базі кафедри загальної хірургії ХНМУ та клініці ДУ «ІЗНХ НАМНУ».

Чоловіків було 225 (86,2 %), жінок — 36 (13,8 %). Вік хворих варіював від 17 до 80 років. Переважали хворі працездатного віку: у віці до 60 років було 235 (90 %) осіб. Середній вік хворих у першій групі складає 40,3 роки, у другій — 36,1 років. При вивченні співвідношення за статтю чоловіків до жінок було — 6,25:1.

Залежно від виду операції усі хворі були розподілені на дві групи. Першу групу склали 159 хворих, яким виконана операція висічення виразки з пілоропластикомією без ваготомії: із них 129 (81,1 %) чоловіків та 30 (18,9 %) жінок; другу — 102 хворих, яким виконана операція висічення виразки з ваготомією, із них 96 (94,1 %) чоловіків та 6 (5,9 %) жінок. Селективна проксимальна ваготомія (СПВ) виконана 46 хворим, селективна ваготомія (СВ) у 42.

Результати дослідження та їх обговорення

У хворих першої групи після оперативного втручання ускладнення виникли у 24 (15 %) хворих (табл. 1). Так, у 3 (1,89 %) хворих було нагноєння післяопераційної рани; у 5 (3,14 %) хворих розвинулась клініка гострої шлунково-кишкової кровотечі, яка була зупинена проведенням консервативної гемостатичної терапії, при цьому в одного хворого виникла необхідність переливання препаратів крові. Уповільнення відновлення функції шлунково-кишкового тракту відмічено у 2 (1,26 %) хворих, клініка порушення евакуації зі шлунка спостерігалась у 5 (3,14 %), при цьому 3 хворих потребували повторного оперативного втручання – релапаротомії з накладенням гастроентероанастомозу. Пневмонія спостерігалась у 3 (1,89 %) хворих, явища ексудативного плевриту – у 4 (2,52 %). У 1 (0,63 %) хворого розвинулась гостра спайкова непрохідність тонкої кишки, що потребувало виконання релапаротомії; гострий тромбофлебіт глибоких вен гомілки розвинувся в 1 (0,63 %) хворого.

Таблиця 1

Ускладнення раннього післяопераційного періоду

Ускладнення	I група		II група	
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%
Гостра шлунково-кишкова кровотеча	5	3,14	2	1,96
Порушення евакуації зі шлунку	5	3,14	9	8,8
Ексудативний плеврит	4	2,52	1	0,98
Нагноєння післяопераційної рани	3	1,89	2	1,96
Пневмонія	3	1,89	3	2,9
Пневмоторакс	-	-	3	2,9
Уповільнення відновлення функції шлунково-кишкового тракту	2	1,26	-	-
Гостра спайкова непрохідність кишки вика	1	0,63	1	0,98
Гострий тромбофлебіт глибоких вен	1	0,63	1	0,98
Інфаркт міокарда	-	-	1	0,98

У хворих другої групи після оперативного втручання ускладнення виникли у 23 (22,5 %) хворих. У 2 (1,96 %) хворих було нагноєння післяопераційної рани. Гостра шлунково-кишкова кровотеча розвинулась у 2 (1,96 %) хворих, яка була зупинена проведенням консервативної гемостатичної терапії. Післяваготому атонію шлунка, яку більшість дослідників вважають специфічним для ваготомії ускладненням ми спостерігали у 9 (8,8 %) хворих. Порушення виникли після виконання висічення виразки з СПВ у 4 (3,92 %) хворих, у 3 (2,9 %) після висічення виразки з СВ, у 2 (1,96 %) після комбінованої ваготомії. Проведена консервативна терапія привела до компенсації евакуаторної функції шлунка. За даними літератури, післяваготомна атонія шлунка спостерігається

в оперованих від 1 до 10 %, що пояснюють нечіткістю критеріїв [2], які використовують для реєстрації цих порушень, особливо якщо вони легкого ступеня. Її ознаками був розвиток блювання. При видаленні зондом шлункового вмісту він був застоюного характеру, значно перевищував добовий об'єм. При рентгенологічному дослідженні евакуаторної функції із застосуванням барієвої суміші евакуація наступала більш ніж за годину.

Пневмонію діагностовано у 3 (2,9 %) хворих, явища ексудативного плевриту в 1 (1,02 %), у 3 (2,9 %) розвинувся пневмоторакс, що потребувало дренування плевральної порожнини за Бюлау. У одного хворого на першу добу після висічення виразки дванадцятипалої кишки, СПВ діагностовано пневмоторакс, проводилося двічі дренування плевральної порожнини за Бюлау – дренаж не функціонує. В подальшому виконана торакотомія, проведено ушивання розриву були 3 сегмента. Гостра динамічна кишкова непрохідність розвинулась в 1 (0,98 %) хворого, гострий тромбофлебіт глибоких вен гомілки в 1 (0,98 %) хворого, інфаркт міокарда в 1 (0,98 %) хворого. Таким чином, у хворих другої групи спостерігались ускладнення, що пов'язані з виконанням ваготомії – пневмоторакс, атонія шлунка, яких не було у хворих першої групи.

Розвиток у оперованих хворих як першої, так і другої груп гнійних ускладнень післяопераційних ран спонукав нас до проведення аналізу чинників їх розвитку. Нами встановлено, що у хворих з гнійними ускладненнями спостерігається зниження лімфоцитів та альбуміну крові. Проведений математичний аналіз дозволив нам визначити кількісні значення цих показників, що дозволило розробити «Спосіб прогнозування гнійно-запальних ускладнень післяопераційних ран» – патент на корисну модель № 34610, Україна.

Кількісні значення прогностичних показників розвитку гнійно-запальних ускладнень були встановлені шляхом аналізу на репрезентативній вибірці пацієнтів з гнійно-запальними захворюваннями, які склали для лімфоцитів периферійної крові менше 10 %, для альбуміну – менше 30 г/л. При рівні альбуміну менше 30 г/л та лімфоцитів менше 10 % прогнозують розвиток гнійно-запального ускладнення, що потребує проведення профілактичних заходів.

Таким чином, отримані результати свідчать про те, що хірургічне лікування перфоративної гастродуоденальної виразки пов'язано з розвитком низки ускладнень у ранньому післяопераційному періоді, що потребує удосконалення тактики лікування даних хворих.

**Висновки**

При лікуванні хворих на перфоративну гастродуоденальну виразку різні післяопераційні ускладнення, залежно від методики операції, спостерігали у 15 % хворих оперованих без ваготомії, та у 22,5 % хворих оперованих

з використанням ваготомії. Серед ускладнень найбільшу групу складають порушення евакуації зі шлунка, гостра шлунково-кишкова кровотеча, запальні ускладнення з боку дихальної системи, нагноєння післяопераційної рани.

ЛІТЕРАТУРА

1. Велигоцкий Н.Н. Удаление осложненных дуоденальных язв и дуоденопластика / Н.Н. Велигоцкий. — Харьковская академия последипломного образования, — Х.: Прапор, 2005. — 84 с.
2. Гостищев В.К. Радикальные оперативные вмешательства в лечении больных с перфоративными гастродуоденальными язвами / В.К. Гостищев, М.А. Евсеев, Р.А. Головин // Хирургия. — 2009. — № 5. — С. 10 — 16.
3. Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки: диагностика и хирургическое лечение / В.В. Бойко, М.П. Брусницына, В.П. Далавурак [и др.] // Харківська хірургічна школа. — 2006. — № 2 (21). — С. 11–14.
4. Утешев Н.С. Лечение больных с перфоративными пилородуоденальными язвами / Н.С. Утешев, А.А. Гуляев, П.А. Ярцев // Хирургия. — 2003. — № 12. — С. 48 — 51.
5. Behrman S. Management of Complicated Peptic Ulcer Disease / S. Behrman // Arch. Surg. — 2005. — № 140. — P. 201 — 208.
6. Robertson G.S. Laparoscopic surgery of perforated duodenal and gastric ulcers. The role of laparoscopy in generalised peritonitis / G.S. Robertson, S.A. Wemyss-Holden, G.J. Madem // Ann. R. Coll. Surg. Engl. — 2000. — Vol. 82. — № 1. — P. 6 — 10

**АНАЛИЗ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ
ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ
ХИРУРГИЧЕСКОМ
ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНОЙ
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ
ЯЗВЫ С УЧЁТОМ МЕТОДИКИ
ОПЕРАЦИИ**

**В.А. Сипливый, В.В. Доценко,
С.В. Гринченко, А.Г. Петюнин,
А.В. Евтушенко**

Резюме. Проведен анализ послеоперационных осложнений у больных при хирургическом лечении перфоративной гастродуоденальной язвы с учетом методики операции. В зависимости от методики операции больные были разделены на две группы: в первую группу вошли больные, которым было выполнено иссечение язвы без ваготомии, во вторую — больные с иссечением язвы с ваготомией. Установлено, что послеоперационные осложнения, в зависимости от методики операции наблюдались в 15–22,5 % больных, что требует улучшения тактики лечения. Среди осложнений наибольшую группу составили нарушения эвакуации из желудка, острое желудочно-кишечное кровотечение, нагноение послеоперационной раны.

Ключевые слова: перфоративна язва, осложнения, ваготомія.

**ANALYSIS OF
POSTOPERATIVE
COMPLICATIONS IN
SURGICAL TREATMENT
OF PERFORATED
GASTRODUODENAL ULCER
DEPENDING ON SURGICAL
METHOD**

**V.O Sypliyviy., V.V. Dotsenko,
S.V. Grinchenko, O.G. Petiunin,
O.V. Yevtushenko**

Summary. The analysis of postoperative complications in surgical treatment of perforated gastroduodenal ulcer, depending on surgical method, was done. Depending on surgical method patients were divided into two groups — into first group patients after ulcer excision without vagotomy were included, into second group patients after ulcer excision with vagotomy were included. It was determined that postoperative complications depending on surgical method are observed in 15–22,5 % of patients, that requires improvement of treatment techniques of such patients. Among the complications the largest group took part disturbances of evacuation from the stomach, acute gastro-intestinal hemorrhage, suppuration of the postoperative wound.

Key words: perforated ulcer, complication, vagotomy