

ЗАМІТКИ З ПРАКТИКИ

УДК: 616-089+616.34-002+616.342

Іваночко Н.Я.

Тактичні алгоритми оперативного лікування хворих на перфоративну виразку шлунка та дванадцятипалої кишки

Кафедра хірургії стоматологічного факультету (зав. каф.-проф. О.В.Пиптюк)
ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"

Резюме. У статті відтворено тактичні складові комплексного лікування пацієнтів на перфоративну виразку шлунка та дванадцятипалої кишки. Дана група пацієнтів вимагає від хірурга швидкого реагування в плані діагностики та проведення об'єму оперативного втручання з урахуванням локалізації наявного перфоративного отвору з моменту її настання та встановлення комплексної оцінки загального стану хворого. Проаналізовано результати комплексного лікування 68 хворих з перфоративною виразкою шлунка (22) і дванадцятипалої кишки (46). Проведене передопераційне ультразвукове обстеження дало можливість виявити наявність вільної рідини в черевній порожнині у 89%, а оглядова рентгенографія черевної порожнини підтвердила наявність вільного повітря в ній у 63 випадках (93%). Застосовували принцип диференційованого хірургічного лікування. Госпіталізовано пацієнтів до 24 годин з моменту захворювання 65 (96%); після 24 годин - 3 (4%). Терміни пізньої госпіталізації становили 19,2%. У 42 хворих проведено висічення виразки з пілоропластикою по Гейнеке-Мікулічу і передньою селективною ваготомією. Виконано висічення виразки з пілоропластикою без ваготомії у 4 хворих. Ушивання перфоративного отвору проведене при розлитому гнійному перитоніті у 15% пацієнтів, у вкрай запущених випадках, що передбачає мінімізацію об'єму і часу оперативного втручання. Післяопераційна летальність склала 4%. Умов проривної виразки дванадцятипалої кишки за сприятливих умов її висікають з радикальною дуоденопластикою та ваготомією.

Ключові слова: перфоративна виразка, діагностика, оперативне лікування.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

На сучасному етапі на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки потерпає 3,5-12% населення, з них 35-47% працездатного віку [1]. На патогенезі та ефективності лікування даної недуги відображається багатоланцюговий ряд соціальних та економічних факторів, тому своєчасна їх діагностика та лікування привертають особливу увагу. Незважаючи на досягнення сучасної медицини, відсоток небезпечних ускладнень даної патології не зменшується. Загальновідомо, що у патогенезі даної недуги провідна роль належить зрушенню рівноваги між агресивними та захисними факторами слизової оболонки. Виникнення дуоденальних виразок зумовлюється порушенням нейро-гуморальних та місцевих механізмів регуляції шлункової секреції, підвищенням агресивних властивостей шлункового соку. Встановлено, що у 90% хворих провідна роль у виникненні даної недуги належить *Helicobacter pylori*- грамнегативній неспороутворюючій бактерії [2,3]. Так, частота перфорації досягає 25% всіх ускладнень виразкової хвороби, а післяопераційна летальність з приводу перфоративної виразки - 5,9-11,7% [4,6]. Значна частина хворих звертається за допомогою у пізні терміни (8,8-11,1%), що погіршує прогноз лікування [5,7]. Ускладнення виразки у вигляді перфорації вимагає проведення негайного оперативного втручання з урахуванням часового фактору, віку пацієнта та наявності супровідної патології. Ці складові визначають також об'єм і характер самої операції.

Мета: покращення ефективності хірургічного лікування та оптимізація комплексного лікування хворих з перфоративною виразкою шлунка та дванадцятипалої кишки.

Матеріал і методи дослідження

Під нашим спостереженням перебували 68 хворих з перфоративною виразкою шлунка (22) і дванадцятипалої кишки (46), що

лікувались в клініці хірургічного відділення Центральної міської клінічної лікарні м.Івано-Франківськ. Вік пацієнтів коливався від 24 до 62 років. Чоловіків було 46 (68%), жінок - 22 (32%). Госпіталізовано пацієнтів до 24 годин з моменту захворювання 65 (96%); після 24 годин - 3 (4%). Діагноз підтверджено на підставі сукупності суб'єктивних та об'єктивних клінічних даних: різкий біль в епігастральній ділянці, напруження м'язів передньої черевної стінки, вимушене положення тіла з підібганими до живота ногами, сухість в роті, тахікардія, а також на основі даних клініко-лабораторних показників. Проводили ультразвукове обстеження на апараті SDU-500C, SHIMADZU (Японія). Це дало можливість виявити наявність вільної рідини в черевній порожнині у 89%, а оглядова рентгенографія черевної порожнини підтвердила наявність вільного повітря під діафрагмою справа - 56, зліва - 7. Проводили езофагогастроудоденоскопію з використанням оптичної техніки, фіброендоскопом фірми „ OLYMPUS GIF XQ 30” (Японія). Застосування в клінічній практиці ендоскопічних методів обстеження при захворюваннях гепатопанкреатодуоденальної зони, в тому числі і фіброгастроудоденоскопії (ФГДС), дає можливість виявити патологію шлунка і дванадцятипалої кишки, відслідкувати викид жовчі у дванадцятипалу кишку, констатувати стан великого дуоденального сосочка. Терміни пізньої госпіталізації становили 19,2%. Всім хворим було проведено оперативне втручання. Післяопераційна летальність склала 4%. Основними принципами консервативної терапії, яка проводиться в стаціонарі, є: корекція синдрому ендотоксикозу шляхом призначення інфузійної терапії - об'єм і склад визначається конкретною клінічною ситуацією. Розчини вводять у таких співвідношеннях: 1000 - 1500 мл 0,9 % NaCl або розчину Рінгера, 400мл 4% р-ну NaHCO₃, розчини що містять сорбітол або ксилітол: сорбілакт, реосорбілакт 6-8 мл на 1 кг, ксилат 10-15 мл на 1 кг маси хворого (іх необхідно вводити перед введенням розчинів глюкози з метою її оптимального засвоєння), або 15% розчин манітолу із розрахунку 1,0 - 1,5 г на 1 кг маси хворого, 20 мл 2,4 % р-ну еуфіліну, 60 мл 3% р-ну KCl, 50 мл 10% р-ну NaCl, 200 мл 1% р-ну CaCl₂ на 1000 мл 5% р-ну глюкози, 1000 -1500 мл білкових препаратів (на кожні 3% Ht, що перевищує 45, вводиться 300 мл р-ну білків - нативної і свіжозамороженої плазми, альбуміну, гідролізатів). Для покращення мікроциркуляції призначали - стабізол, рефортану, гекодежу, реосорбілакт. Блокада секреторної активності ПЗ: а) для жиження кислотності шлункового соку застосовують назогастральну аспірацію, H₂-блокатори (ранітидин, фамотидин, атропін; б) для переривання синтезу ферментів - даларгін по 2 мл 2 рази на добу внутрішньовенно, 5-фторурацил (фторафур) по 10мг/кг 1-2 рази на добу протягом 3-4 днів. Антиоксидантна терапія: аскорбінова кислота 5 % 10 - 20 мл в/венно протягом 5 днів; а-токоферол 2 мл п/шкірно протягом 5 днів; церулоплазмін 100 мг на добу протягом 5-7 днів (використовується також як стимулятор кровотворення при розвитку гнійно-септичних ускладнень); мілдронат 10 % - 5,0 в/венно 1 раз на добу протягом 5 - 10 днів. Антибактеріальна терапія містить антибіотики широкого спектру дії з урахуванням пригнічуючого ефекту на хелікобактерну інфекцію. Призначали фторхінолони (ципрофлоксацин - 400 мг 2 рази на добу, офлоксацин 400 - 800 мг 2 рази на добу в/венно крапельне, левофлоксацин 500 - 1000 мг 1-2 рази на добу. Цефалоспорины - цефтріаксон - 1-4 г 1-2 рази на добу, цефобід - 1 - 4 г 2 рази на добу, клафоран 1 - 3 г 4 рази на добу. Курс антибіотикотерапії триває не менше 14 діб і доповнюється антимікотичною терапією кетоконазол (нізорал) 200 мг на добу, флуконазол 50 - 400 мг на добу. Протигрибкова терапія включала: H₂-блокатори, інгібітори протонної помпи (ранітидин 50 - 100 мг через кожні 6 год, квамател 20 мг 2 рази на добу в/в, лосек - 20 мг 1 раз на добу в/в); антациди, обволікаючі засоби: альмагель, секретин, амінокапронова кислота з тромбіном (за наявності ерозій). Гепатопротектори: есенсіале або гептрал по 5 мл 2 рази на добу внутрішньовенно, глутаргін. Обсяг оперативного втручання визначали індивідуально, враховуючи час з моменту настання перфо-

рації та локалізацію перфоративного отвору, наявність перитоніту, компенсаторні можливості хворого.

Результати дослідження та їх обговорення

Сучасні знання патогенезу даної недуги вимагають дотримуватись кардинальних положень, що передбачають усунення морфологічного субстрату виразки, зниження кислотності, відновлення моторно-евакуаторної функції кишково-шлункового тракту, ерадикація хелікобактерного чинника. Поширеною операцією при перфоративній виразці є її висічення та ушивання. Дана методика, проте, не ліквідує виразкову хворобу і подальші можливі ускладнення. Сприятливим радикальним доповненням є проведення селективної або стовбурової ваготомії, що значно пригнічує шлункову секрецію. При дуоденальних проривних виразках методом вибору є органозберігаючі операції, що передбачають висічення виразки, пілоропластику, ваготомію за умови відсутності гнійного перитоніту. Після проведення лапаротомії та ревізії органів черевної порожнини виявлено такі локалізації перфоративного отвору: передньої стінки пілороантрального відділу шлунка-12; задньої стінки тіла шлунка-2; малої кривизни-3; великої кривизни-5; передньої стінки дванадцятипалої кишки-37, задньої стінки-9. Проривна виразка у кожному випадку супроводжувалась наявним серозним (45), серозно-фібринозним (13) та гнійним (10) перитонітом. Просте зашивання перфоративного отвору проведено при розлитому гнійному перитоніті у 15% пацієнтів, у край запущених випадках, що передбачає мінімізацію об'єму і часу оперативного втручання. Померло 2 пацієнтів. При перфоративній і перитоніті на тлі діагностованого раку шлунка, до 6 годин з часу діагностованої перфоративної виразки, двома хворими проведено первинну резекцію шлунка успішно. Переважній частині хворих (42) проведено висічення виразки з пілоропластикой по Гейнеке-Мікулічу і передньою селективною ваготомією. Виконано висічення виразки з пілоропластикой без ваготомії у 4 хворих. Помер один хворий.

Висновки

1. Своєчасно діагностувати перфоративну виразку шлунка та дванадцятипалої кишки у 96% випадках дозволяють клінічні прояви та інструментальні методи обстеження.
2. Хірургічна тактика та об'єм оперативного втручання визначаються: часовим фактором з моменту настання перфоративної виразки, наявним видом перитоніту, локалізацією виразкового дефекту, резервними можливостями організму кожного пацієнта зокрема.
3. Операційне вибору при проривній виразці дванадцятипалої кишки за сприятливих умов є її висічення з радикальною дуоденопластикой та ваготомією.

Література

1. Баранская Е.К., Ивашкин В.Т. Клинический спектр предраковой патологии желудка // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.-2002.-№3.-С.7-14.
2. Голубчиков М.В. Статистичний огляд захворюваності населення України на хвороби органів травлення // Сучасна гастроентерологія та гепатологія.-2000.-№1.-С.17-20.
3. Гіленко І.О., Дем'янюк Д.Г., Горлачов М.І. Діагностика та лікування перфоративної виразки шлунка і дванадцятипалої кишки // Шпитальна хірургія.-2001.-№1.-С.66-68.
4. Короткий В.М., Колосович І.В. Фармакотерапевтичні аспекти раннього післяопераційного періоду у хворих з ускладненою гастродуоденальною виразкою // Клінічна хірургія.-2002.-№2.-С.15-18.
5. Передерій В.Г., Ткач С.М. Пептичні виразки гастродуоденальної зони: сучасні уявлення про причини виникнення. Діагностику і лікування // Нова медицина.-2003.-№6.-С.16-21.
6. Lopasso F.P., Rodrigues J.G., Alves V.A. Acid-secretory response in the late follow-up of proximal gastric vagotomy for duodenal ulcer without Hp-eradication // Hepatogastroenterology.-1999.-Jan.-Feb.-

V.46, №25 -P.240-244.

7. Turnage R.H., Sarosi G., Cryer B. et al. Evaluation and management of patients with recurrent peptic ulcer disease after acid-reducing operations: a systematic review // J.Gastrointestinal Surg.-2003.-Jul.-Aug.-V. 7, № 5.-P.606-626.

Иваночко Н.Я.

Тактические алгоритмы оперативного лечения больных перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки
Кафедра хирургии стоматологического факультета (зав. каф. - проф. О.В. Пиптюк)

ГВУЗ "Ивано-Франковский национальный медицинский университет"

Резюме. В статье воспроизведены тактические составляющие комплексного лечения пациентов с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки. Данная группа пациентов требует от хирурга быстрого реагирования в плане диагностики и проведения объема оперативного вмешательства с учетом локализации имеющегося перфоративного отверстия, времени с момента ее наступления и комплексной оценке общего состояния больного. Проанализированы результаты комплексного лечения 68 больных с перфоративной язвой желудка (22) и двенадцатиперстной кишки (46). Произведенное предоперационное ультразвуковое обследование позволило выявить наличие свободной жидкости в брюшной полости у 89%, а обзорная рентгенография брюшной полости подтвердила наличие свободного воздуха в ней в 63 случаях (93%). Применялся принцип дифференцированного хирургического лечения. Госпитализировано пациентов до 24 часов с момента заболелания 65 (96%), после 24 часов - 3 (4%). Сроки поздней госпитализации составили 19,2%. В 42 больных проведено иссечение язвы с пилоропластикой по Гейнеке - Микulich и передней селективной ваготомией. Выполнено иссечение язвы с пилоропластикой без ваготомии у 4 больных. Ушивание перфоративного отверстия проведено при разлитом гнойном перитоните у 15% пациентов, в очень тяжелых случаях, предусматривающих минимизацию объема и времени оперативного вмешательства. Послеоперационная летальность составила 4%. При прободной язве двенадцатиперстной кишки, при благоприятных условиях, методом выбора оперативного вмешательства является ее иссечение с радикальной дуоденопластикой и ваготомией.

Ключевые слова: перфоративная язва, диагностика, оперативное лечение.

N.Ya. Ivanochko

Tactical Algorithms of Surgical Treatment of Patients with Perforated Peptic and Duodenal Ulcers

Department of Surgery, Faculty of Dentistry (Head of the Department – Prof. O.V. Pyptiuk)

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

Summary. The article presents tactical constituents of the complex treatment of patients suffering from perforated peptic and duodenal ulcers. This group of patients requires immediate reaction in terms of diagnosing and performing surgery, taking into account the localization of the existent perforation, the time passed since its onset and complex evaluation of a patient's general state. There were analyzed the results of the complex treatment of 68 patients with perforated gastric ulcers (22) and duodenal ulcers (46). The conducted pre-operation ultrasound examination gave an opportunity to detect the presence of free fluid in the abdominal cavity in 89%, and fluoroscopy of the abdominal cavity verified the presence of free air in it in 63 cases (93%). The principle of differentiated surgical treatment was applied. There were hospitalized 65 patients (96%) with the disease presence up to 24 hours since the onset and 3 patients (4%) with the disease presence more than 24 hours since the onset. The term of late hospitalization constituted 19.2%. 42 patients underwent excision of the ulcer with Heineke-Mikulicz pyloroplasty and anterior selective vagotomy. 4 patients underwent excision of the ulcer with pyloroplasty without vagotomy. Closure of perforation was conducted in diffuse purulent peritonitis in 15% of patients in very neglected cases that presupposes minimising the extent and the time of the surgery. Postoperative mortality constitutes 4%. Under favourable conditions perforated duodenal ulcer is to be excised and undergo radical duodenoplasty and vagotomy.

Keywords: perforated ulcer, diagnosis, surgical treatment.

Надійшла 23.09.2013 року.