

УДК 617-089.844

Стець М.М.

СУЧАСНІ ДОКТРИНИ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ПРОРИВНУ ВИРАЗКУ ШЛУНКУ ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця м. Київ

Вступ. Виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки є одним з найбільш поширених захворювань, які виявляються майже у 10-15% дорослого населення і не мають тенденції до зниження. Ускладненнями виразкової хвороби залишаються кровотеча, перфорація, стеноз виходу зі шлунку, летальність серед яких складає відповідно 2,6-14%, 3-17,9% при поєднанні перфорації та кровотечі від 12,7 до 72%. Мета дослідження. Проведення порівняльної оцінки ефективності хірургічного методу лікування проривної виразки шлунку та 12-палої кишки з урахуванням віку пацієнтів, терміну виникнення перфорації та стадії перитоніту. Основним завданням цього дослідження була оцінка клінічної ефективності хірургічного методу лікування виразкової хвороби в безпосередньому та у віддаленому періоді. Матеріали та методи. Клінічний аналіз ефективності хірургічного методу проривної виразки шлунку і 12-палої кишки ґрунтується на результатах дослідження 102 пацієнтів, які були прооперовані в хірургічному відділенні Київської міської клінічної лікарні №3 протягом 2007-2009 років, проривна виразка шлунку мала місце у 16 хворих і 12-палої кишки у 86. Результати та їх обговорення. Операцію висічення та клиновидної резекції при проривній виразці шлунку було виконано у 16 (15,6%) хворих, та антрумектомію з анастомозом по Гофмейстеру-Фінстереру у 1 пацієнта. При проривній виразці 12-палої кишки у 40 (46,5%) хворих виконано ушивання виразки. У 46 (53,5%) пацієнтів проводилось висічення виразки в межах здорових тканин зі збереженням пілоруса та подальшою дуоденопластикою. Висновки. Своєчасна госпіталізація хворих з проривною виразкою шлунку та дванадцятипалої кишки дає можливість виконувати патогномічні, радикальні органозберігаючі втручання з вилученням виразкового субстрату в межах здорових тканин на висоті перитоніту в 46% випадків доповнюючи селективною проксимальною ваготомією.

Ключові слова: хірургічне лікування, проривні виразки

Вступ

Виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки є одним з найбільш поширених захворювань, які виявляються майже у 10-15% дорослого населення і не мають тенденції до зниження. Незважаючи на великий прогрес в розробці консервативних методів лікування даної патології за останні 10 років показники ускладненої виразкової хвороби не змінилися до кращого. Не дивлячись на загальний успіх гастроентерологів ускладнення виразкової хвороби виросло від 4,23% до 4,72% по Україні, при цьому виразкова хвороба займає друге місце у дорослого населення після ІХС. Ускладненнями виразкової хвороби залишаються кровотеча, перфорація, стеноз виходу зі шлунку, летальність серед яких складає відповідно 2,6-14%, 3-17,9% при поєднанні перфорації та кровотечі від 12,7 до 72%. В США 5% населення страждає виразковою хворобою щорічно, а від її ускладнень помирає 15 тисяч хворих. Тому з найважливіших розділів виразкової хвороби та її ускладнень є діагностика та лікувальна тактика проривних виразок шлунку та дванадцятипалої кишки. До теперішнього часу відсутня єдина позиція щодо вибору методів хірургічного лікування проривних виразок шлунку та дванадцятипалої кишки в залежності від терміну виникнення перфорації, ступеню перитоніту, віку хворого. Більшість хірургів вважає вилучення виразкового субстрату в межах здорових тканин навіть на висоті перитоніту 12-ти годинного терміну. Решта авторів вважає доцільним не тільки ушивання перфоративного отвору, але й використання лапароскопічних технологій закриття дефекту і через 6 годин після виникнення ускладнення виразкової хвороби з подальшим залученням сучасних фармакологічних засобів H2-блокаторів та інгібіторів протонної помпи.

Мета дослідження

Проведення порівняльної оцінки ефективності хірургічного методу лікування проривної виразки шлунку та 12-палої кишки з урахуванням віку пацієнтів, терміну виникнення перфорації та стадії перитоніту. Основним завданням цього дослідження була оцінка клінічної ефективності хірургічного методу лікування виразкової хвороби в безпосередньому та у віддаленому періоді.

Матеріали та методи

Клінічний аналіз ефективності хірургічного методу проривної виразки шлунку і 12-палої кишки ґрунтується на результатах дослідження 102 пацієнтів, які були прооперовані в хірургічному відділенні Київської міської клінічної лікарні №3 протягом 2007-2009 років, проривна виразка шлунку мала місце у 16 хворих і 12-палої кишки у 86.

Головними клінічними проявами захворювання були біль, який з'являвся раптово і зі слів хворих характеризувалась як «кинджальний біль» з іррадіацією частіше у праве плече, під ключицю, в попереk.

Шкірні покриви були бліді покриті холодним потом, лице хворого було змарнілим з переляканим поглядом. Положення пацієнта було вимушеним здебільшого на правому боці з приведеними ногами до живота. Також відмічалось поверхнєве тахіпное, бо будь-яка спроба глибокого вдиху супроводжувалась посиленням болю.

Черевна стінка не приймала участі в акті дихання, була напруженою при поверхневій пальпації з вираженим симптомом Щоткіна-Блюмберга. Перкусія викликала посилення болю та визначення тимпаніту над печінкою.

З 102 хворих у 12 (11,8%) хворих печінкова тупість не визначалась. З них інтраопераційно у 4 хворих було виявлено атипovu проривну виразку шлунку у малий чепець, а у 8 з проривною виразкою дванадцятипалої кишки була прикрита правою долею печінки та пасмом великого чіпця. У 3 з останніх були раніше виконані оперативні втручання.

Всім хворим, що були госпіталізовані в клініку, проводилось інструментально-лабораторна діагностика, а саме оглядова рентгенографія органів черевної порожнини та легень, УЗД, ЕКГ, загально-клінічні та біохімічні аналізи з обов'язковим визначенням електrolітного балансу.

Фіброгастроскопія виконувалась у 9 хворих, в яких за даними оглядової рентгенографії не було вільного газу під правим куполом діафрагми.

Відеоендоскопічна картина проривної виразки шлунку та дванадцятипалої кишки майже не відрізнялася одне від одного, крім розмірів та локалізації виразкового субстрату. Характерним була відсутність дна виразки з відвісними білуватими краями з елементами плівок фібрину та наявністю яскравого запального процесу слизової навкруги. Виразка була обмежена ригідними кальозними краями, мала форму циліндра або усіченого конуса з широкою основою, яка звернена в просвіт органа.

Ми вважали за доцільним обмежити застосування ендоскопічного дослідження в даній категорії хворих у зв'язку з виражене больовим синдромом та наявністю чіткої маніфестації клініко-рентгенологічних показників даного захворювання.

Ступінь важкості хворих визначався усіма критеріями шкали APACHE II, MODS, SOFA та Mannheim Peritonitis Index. Таким чином у 62 пацієнтів був важким, а 40 вкрай важким з урахуванням строків госпіталізації, ексудату та площин розповсюдження перитоніту з нашаруванням фібрину.

Результати та їх обговорення

Операцію висічення та клиновидної резекції при проривній виразці шлунку було виконано у 16 (15,6%) хворих, та антрумектомію з анастомозом по Гофмейстеру-Фінстереру – у 1 пацієнта. При проривній виразці 12-палої кишки у 40 (46,5%) хворих виконано ушивання виразки. У 46 (53,5%) пацієнтів проводилось висічення виразки в межах здорових тканин зі збереженням пілоруса та подальшою дуоденопластиком.

Вибір способу хірургічно втручання залежав від стану важкості хворого, стадії і розповсюженості перитоніту та характеру виразкового процесу. При цьому враховували анамнестичні строки захворювання, морфологічні зміни в зоні дефекту стінки шлунку та ДПК.

У хворих з проривними виразками шлунку в 9 було виконано висічення виразки, розміри виразкового субстрату мали локалізацію по передній стінці антрального відділу та тіла шлунку, що не перевищували 2,0 см. Слід зазначити, що краї виразки були кальозними, а періульцерозний вал був характерний для запального процесу і не мав ознак малігнізації. У 7 хворих виразка локалізувалась по малій кривизні в ділянці кута шлунку, що змушувало виконувати клиновидну резекцію в межах здорових тканин. При цьому розміри виразок складали біля 3,0 см у діаметрі. У 1 хворого виразка мала локалізацію в препілоричному відділі шлунку з проявами стенозу виходу зі шлунка, саме це було показом для виконання антрумектомії з анастомозом по Гофмейстеру-Фінстереру.

У хворих з проривною виразкою шлунку, яким було виконано висічення останньої мотивацією для висічення виразки були не тільки розміри виразкового субстрату, але й наявність серозно-фібринозного перитоніту токсичної стадії. Тоді коли у хворих, яким було виконана клиновидна резекція шлунку та антрумектомія мав місце серозний невідмежований перитоніт, що давало змогу виконати вищезазначений обсяг хірургічного втручання.

Морфологічна картина проривної виразки шлунку була типовою, визначалась перфоративним отвором стінки з вираженими проявами перигастриту, накладанням фібрину довкола, а в 2 випадках заповнення його густим фібрином. Гістологічно визначався широкий шар детриту інфільтрованим поліморфоядерними лейкоцитами, фібриноідним некрозом на краях виразки. Кровоносні судини мали набухші бліді ядра міоцитів та ендотеліоцитів з розростанням інтими та звуженням просвіту їх з наявністю організованих та реканалізованих згортків. Некротичні ділянки країв виразки були оточені демаркаційним валом, який складався з поліморфокліткових інфільтратів. На щастя атипovих клітин знайдено не було.

У 40 (46,5%) хворих з проривною виразкою дванадцятипалої кишки ушивання виконували у зв'язку з розповсюдженим серозно-фібринозним перитонітом, при цьому виразковий субстрат з перфоративним отвором не перевищував 1,0 см в діаметрі. Краї цих виразок не були кальозними, без періульцерозного валу і не звужували просвіт дванадцятипалої кишки. Більша частка цих пацієнтів була госпіталізована пізніше 6 годин з початку захворювання. В тому чисті у 8 хворих

виразка була прикритою, що також було причиною пізньої госпіталізації. Ушивання супроводжувалося не тільки ліквідацією дефекту, а й перетонізацією дефекту пасмами малого і великого чепця.х

У 46 (53,5%) хворих, яким було виконано висічення проривної виразки дванадцятипалої кишки, в 20 (43,5%) випадках з дуоденопластикою, а в останніх 26 (56,5%) з пілоропластикою та селективно-проксимальною ваготомією. Слід зазначити, виразковий анамнез даної категорії хворих мав місце від 1 до 20 років. Пілоропластика та селективно-проксимальна ваготомія виконувалась у хворих з вираженим виразковим субстратом, що супроводжувався стенозом виходу зі шлунку та залученням пілоричного жому в запальний процес. Явища серозного перитоніту у вищезазначеної категорії хворих не перевищував термін виникнення проривної виразки 6 годин. У 7 хворих мала місце дзеркальна виразка задньої стінки дванадцятипалої кишки яку вдавалося прошити вікрилом. Серед зазначених пацієнтів з проривними виразками переважали особи працездатного віку.

Морфологічні розбіжності проривної виразки шлунку та дванадцятипалої кишки не виявили. Візуально також визначався дефект в стінці дванадцятипалої кишки, який супроводжувався некрозом всіх шарів з вираженою поліморфоклітковою та лімфогістоцитарною інфільтрацією всіх її шарів поблизу перфорації.

Незалежно від локалізації проривної виразки у хворих, що звернулися за допомогою у перші 6 годин, перебіг післяопераційного періоду був значно легшим в порівнянні з хворими, які були госпіталізовані пізніше 6-12 годин. Слід зазначити, що це мало своє відображення як клінічно, так і лабораторно. При цьому активність хворих покращувалась на 2-3 добу.

Таким чином реактивна стадія перитоніту мала місце у 35 (34,3%) хворих, токсична стадія у 40 (39,3%) хворих, а 27 (26,4%) хворих мала місце стадія поліорганної недостатності. Остання була передумовою прогнозування негативних наслідків раннього післяопераційного періоду.

Післяопераційна загальна летальність склала 12,7% (13). При цьому в 8 (61,6%) випадках госпіталізація була пізніше 24 годин від початку захворювання, а у 5 (38,4) випадках госпіталізація була пізніше 12 годин від початку захворювання. Усім цим хворим було виконано ушивання перфоративного отвору, щоб скоротити термін виконання оперативного втручання у зв'язку з важкістю стану. У вищезазначеній категорії хворих мав місце загальний серозно-фібринозний перитоніт з формуванням між петельних абсцесів, який вимагав застосування програмованих санаційних лапаротомій та полікомпонентної терапії на тлі коморбідної патології включаючи цукровий діабет.

При проведенні контрольних ендоскопічних досліджень у віддаленому періоді рецидиву виразки нами не виявлено у пацієнтів, яким було виконано висічення виразкового субстрату, що супроводжувалося ваготомією. В зоні висічення рівноцінно визначалася помірна деформація стінки кишки, при цьому ендоскоп вільно проходив у її низхідну частину дванадцятипалої кишки. У хворих з проривною виразкою, яким виконувалося ушивання у 13,3% мав місце рецидив виразки, а у 5 випадків явище запального процесу в місці ушивання, з вираженою деформацією цибулини дванадцятипалої кишки. Це спонукало до ліквідації лігатур та відновлення противиразкової терапії.

Висновки

1. Своєчасна госпіталізація хворих з проривною виразкою шлунку та дванадцятипалої кишки дає можливість виконувати патогномонічні, радикальні органозберігаючі втручання з вилученням виразкового субстрату в межах здорових тканин на висоті перитоніту в 46% випадків, доповнюючи селективно проксимальною ваготомією.

2. Якість життя у хворих, оперованих в перші 6 годин від моменту перфорації, вже на 2 добу значно краща ніж у хворих, які були оперовані пізніше 12 годин від початку захворювання, як клінічно так і лабораторно.

3. У віддаленому періоді рецидив захворювання мав місце у 4,5% яким виконувалося ушивання виразки без ваготомії.

Література

1. Вачёв А.Н. Возможно ли расширение показаний к первично-радикальным операциям при перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки? / А.Н. Вачёв, Э.Э. Адыширин-Заде, Е.В. Фролова, [и др.] // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2010. – № 2. – С. 43-47.
2. Велигоцкий Н.Н. Удаление осложненных дуоденальных язв и дуоденопластика / Велигоцкий Н.Н. – Х. : Прапор. – 2005. – 84 с. (Харьковская академия последипломного образования)
3. Голубчиков М.В. Статистичний огляд захворюваності населення України на хвороби органів травлення / М.В. Голубчиков // Сучасна гастроентерологія та гепатологія. – 2000. – № 1. – С. 17-20.
4. Гостищев В.К. Радикальные оперативные вмешательства в лечении больных с перфоративными гастродуоденальными язвами. / В.К. Гостищев, М.А. Евсеев, Р.А. Головин // Хирургия. Журнал имени Н. И. Пирогова. – 2009. – № 3. – С. 10-16 .
5. Жданова А.С. Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки / А.С. Жданова // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2011. – Т. 1. – № 1. – С. 63.
6. Кондратенко П.Г. Лапаростомия и программированные санации брюшной полости в комплексном лечении перфоративной язвы, осложненной разлитым гнойным перитонитом / П.Г. Кондратенко, Е.А. Койчев // Украинский журнал хирургии. – 2013. – № 1 (20). – С. 80-85.
7. Кукош М.В. Перфоративная язва. Отдаленные результаты / М.В. Кукош, Н.К. Разумовский, В.А. Трухалёв // Журнал МедиАль. – 2012. – № 1. – С. 8-9.
8. Мугатасимов И.Г. Малоинвазивная хирургия перфоративных дуоденальных язв (обзор литературы) / И.Г. Мугатасимов, А.И. Баранов, В.В. Серебренников [и др.] // Хирургическая практика. – 2013. – № 4. – С. 4-10.
9. Бойко В.В. 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.
10. Саенко В.Ф. Современные методы лечения язвенной болезни / Саенко В.Ф., Грубник В.В., Грубник Ю.В. [и др.]. – К. : Здоров'я, 2002. – 272 с.

11. Соловенко С.С. Выбор способа малоинвазивного вмешательства при ушивании перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки / С.С. Соловенко, В.В. Серебренников // Медицина в Кузбассе. – 2010. – № 2. – С. 33-37.
12. Трухалев В.А. Современное состояние проблемы лечения перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки / В.А. Трухалев, Г.И. Гомозов // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 2. – С. 293-305.
13. Цацаев Х.М. Современные способы малоинвазивного хирургического лечения перфораций желудка / Х.М. Цацаев, В.В. Алипов // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2012. – Т. V. № 1. – С. 207-212.
14. Чернооков А.И. Хирургическое лечение больных с перфоративными пептическими язвами / А.И. Чернооков, Б.А. Наумов, А.Ю. Котаев [и др.] // Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова. – 2007. – N 6. – С. 34-39.
15. Шишов Д.Ю. Ближайшие результаты традиционного и лапароскопического ушивания перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки / Д.Ю. Шишов, А.Д. Кочкин, А.С. Мухин [и др.] // Журнал МедиАль. – 2012. – № 1. – С. 13-15.
16. Шідловський В.О. Факультетська хірургія / В.О. Шідловський, М.П. Захараш, І.Ю. Полянський [та ін.] // За ред. В.О. Шідловського, М.П. Захараша. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2002. – С. 116-117.
17. Søreide K. Strategies to improve the outcome of emergency surgery for perforated peptic ulcer / K. Søreide, K. Thorsen and J. A. Søreide // BJS. – 2014. – V. 101. – P. e51–e64
18. Turnage R.H. Evaluation and management of patients with recurrent peptic ulcer disease after acid-reducing operations: a systematic review / R.H. Turnage, G. Sarosi, B. Cryer [et al.] // J. Gastrointestinal Surg. – 2003. – Jul. – Aug. – V. 7, № 5. – P. 606-626.

Реферат

СОВРЕМЕННЫЕ ДОКТРИНЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПРОБОДНОЙ ЯЗВОЙ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Стець М.М.

Ключевые слова: хирургическое лечение, прорывные язвы

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки является одним из самых распространенных заболеваний, которые выявляются у 10-15% взрослого населения и не имеют тенденции к снижению. Осложнениями язвенной болезни остаются кровотечение, перфорация, стеноз выхода из желудка, летальность среди которых составляет соответственно 2,6-14%, 3-17,9% при сочетании перфорации и кровотечения от 12,7 до 72%. Цель исследования. Проведение сравнительной оценки эффективности хирургического метода лечения прободной язвы желудка и 12-перстной кишки с учетом возраста пациентов, срока возникновения перфорации и стадии перитонита. Основной задачей этого исследования была оценка клинической эффективности хирургического метода лечения язвенной болезни в непосредственном и в отдаленном периоде. Материалы и методы. Клинический анализ эффективности хирургического метода прободной язвы желудка и 12-перстной кишки основывается на результатах исследования 102 пациентов, которые были прооперированы в хирургическом отделении Киевской городской клинической больницы №3 течение 2007-2009 годов, прободная язва желудка имела место у 16 больных и 12-перстной кишки в 86. Результаты и их обсуждение. Операцию иссечение и клиновидной резекции при прободной язве желудка было выполнено у 16 (15,6%) больных, и антрумэктомией с анастомозом по гофмейстером-Финстереру у 1 пациента. При прободной язве 12-перстной кишки у 40 (46,5%) больных выполнено ушивание язвы. В 46 (53,5%) пациентов проводилось иссечение язвы в пределах здоровых тканей с сохранением привратника и последующей дуоденопластикой. Выводы. Своевременная госпитализация больных с прорывной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки дает возможность выполнять патогномичные, радикальные органосохраняющие вмешательства с изъятием язвенного субстрата в пределах здоровых тканей на высоте перитонита, в 46% случаев дополняя селективной проксимальной ваготомией.

Summary

PRESENT-DAY DOCTRINES OF SURGICAL TACTICS IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH PERFORATED GASTRIC AND DUODENAL ULCER

Stets M.M.

Key words: perforated gastric and duodenal ulcers, antrectomy, peritonitis, suture placcation.

Introduction. Peptic ulcers are one of the most common diseases diagnosed in 10-15% of adult population and which do not tend to decrease. Among the complications of peptic ulcer disease there is bleeding, perforation, stenosis of the pyloric part. Lethality due to the complications reaches respectively 2.6-14%, 3-17.9%, and in cases of simultaneous perforation and bleeding it may range from 12.7 to 72%. The purpose of the study is to carry out comparative assessment of the effectiveness of surgical treatment of perforated peptic ulcers in consideration of the patient's age, the term of perforation occurrence and the stage of peritonitis. The main task of this study was to evaluate the clinical efficacy of surgical treatment of peptic ulcer disease in the immediate and long-term periods. Materials and methods. Clinical analysis of the effectiveness of surgical method in the treatment of perforated peptic ulcers was based on the results of the inspection of 102 patients who had been operated on at the surgical department of the Kyiv Municipal Clinical Hospital №3 for 2007-2009. Perforated gastric ulcer was diagnosed in 16 patients and duodenal ulcer in 86 patients. Results and discussion. Surgical intervention of excision and wedge resection in perforated gastric ulcers was performed on in 16 (15.6%) patients. Antrectomy with anastomosis by the Hofmeister-Finsterer operation was performed on in 1 case. 40 (46.5%) patients with perforated duodenal ulcer were subjected to suture plication. In 46 (53.5%) of cases the patients underwent ulcer excision within healthy tissue which allowed to save the pylorus and following duodenoplasty. Conclusions. Timely admission to the hospital in cases of perforated gastric and duodenal ulcers enables to perform pathognomonic, radical organ-saving interventions withdrawing ulcerative substrate within healthy tissue at the height of peritonitis in 46% of cases, completed this treatment with selective proximal vagotomy.