

ХІРУРГІЯ

УДК: 616.33-002.44-089

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПЕРФОРАТИВНИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗОК

Бесага В.В., Пилип Я.І.

Виноградівська центральна районна лікарня, м.Виноградів

Ключові слова: перфоративна виразка шлунку, перфоративна виразка дуоденальна, пілоропластика, ваготомія, ушивання виразки, хірургічне лікування

Вступ. Історія хірургічного лікування перфоративних гастродуоденальних виразок нараховує більше 100 років. Про перше успішне ушивання перфоративної виразки шлунку повідомив у 1892 році Н. Кріге, дуоденальної виразки – у 1894 році Деан. Того ж року Беннет рекомендував використати для закриття великих перфоративних отворів у шлунку великий сальник. У кінці XIX сторіччя повідомлено і про інші методи лікування перфоративних дуоденальних виразок, в тому числі: пілоропластика, пілоректомія і антрумектомія.

Матеріали і методи. Проведено аналіз оперативного лікування перфоративних гастродуоденальних виразок на базі хірургічного відділення Виноградівської ЦРЛ за період 1990 - 2000 рік.

За вказаний період проліковано 252 хворих, з них: 231 – чоловіки, 21 – жінки, що становить 91.7% проти 8.3%. Жителів сільської місцевості – 182 (72.3%), жителів міста – 70 (27.7%).

У обстеженій групі виразковий анамнез виявлено у 102 хворих, що складає 40.4%. На диспансерному обліку перебували 52 хворих, що складає 20.6%. Дискусія про спосіб оперативного лікування перфоративних виразок сконцентрована головним чином навколо поняття “гостра” або “хронічна” виразка. На жаль, обидві ці категорії пагано піддаються визначенню. В теперішній час не існує надійних об’єктивних критеріїв, які б дозволяли до або під час операції відрізнити гострі

перфоративні виразки від хронічних, а, отже, і вибір оптимального лікування на цій основі не можливий.

Результати та їх обговорення: В таблиці 1 наведено розподіл хворих за віком, методом оперативного лікування та місцем локалізації виразки. Хворі розподілялися за віком: до 20 років – 10 хворих (4%), від 21 до 30 років – 51 хворий (20%), від 31 до 40 років – 88 хворих (35%), від 41 до 50 років – 51 хворий (20%), від 51 до 60 років і більше – 19 хворих (8%). Як бачимо, найчастіше перфоративні виразки спостерігались у хворих віком від 31 до 40 років. Найбільше число перфоративних виразок було відмічено в 1993 та 1995 рр. – 31, та у 1996р. – 29. За локалізацією: виразки шлунку – 97 випадків, виразка дванадцятипалої кишки – в 155 випадках, що становить 38.5% проти 61.5%.

За видами оперативних втручань: ушивання перфоративного отвору, санація та дренивання черевної порожнини – 231, що становить – 91.5%, стовбурова ваготомія, пілоропластика, санація та дренивання черевної порожнини – 21, що становить – 8.5% за всі роки. Слід відмітити, що ваготомія та пілоропластика використовується тільки з 1998 року. Отже, відношення кількості ушивань до ваготомій за ці останні три роки становить 41 (66%) проти 21 (34%).

Таблиця 1

Розподіл хворих за віком, методом оперативного лікування та місцем локалізації виразки

Вікова структура та види операцій	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	Всього	%
До 20 років	1	0	1	0	1	3	0	1	2	1	0	10	4
Від 21 до 30 р.	5	4	5	6	5	6	8	2	4	0	6	51	20
Від 32 до 40 р.	3	3	13	14	8	12	15	5	4	6	4	88	35
Від 41 до 50 р.	3	5	4	5	2	8	3	2	6	8	6	51	20
Від 51 до 60 р.	3	4	0	3	5	1	1	5	2	5	4	33	13
60 років і більше	4	2	3	3	0	1	2	0	0	2	2	19	8
Всього	19	18	26	31	21	31	29	15	18	22	22	252	100
Ушивання перфоративного отвору	19	18	26	31	21	31	29	15	16	13	12	231	91.5
Стовбурова ваготомія + пілоропластика	0	0	0	0	0	0	0	0	2	9	10	21	8.5
Померло	1	2	2	1	0	0	1	0	1	1	0	9	3.6

Померли 9 хворих, що становить 3.6%. Летальності при виконанні стовбурової ваготомії і пілоропластики не було.

Ушивання перфоративної виразки – операція, безумовно, вимушена та паліативна. Вона не

впливає на етіологічні та патогенетичні механізми, які приводять до розвитку виразкової хвороби, однак залишається найбільш розповсюдженою. Причиною цього є технічна простота операції та доступність для виконання черговими хірургами.

Таблиця 2

Летальність (в процентах) при перфоративних гастродуоденальних виразках

Всього операцій	Ушивання перфоративного отвору	Стовбурова ваготомія	Види операцій + летальність	
			ушивання перфоративного отвору	стовбурова ваготомія
252	231 (91.7%)	21 (8.3%)	9 (3.8%)	0 (0%)

Летальність після будь-якого оперативного втручання залежить перш за все від числа оперованих пацієнтів з високим ризиком. Факторами ризику, що достовірно впливають на летальність після операції з приводу

перфоративних гастродуоденальних виразок, є: вік хворих понад 60 років, супутні захворювання, больовий (доопераційний) шок, тривалість з моменту перфорації більше 24 годин.

Таблиця 3

Летальність (в процентах) при перфоративних виразках в залежності від наявності факторів високого операційного ризику

Фактори ризику	Кількість	Види операцій	
		ушивання перфоративного отвору	стовбурова ваготомія
Вік понад 60 років	19 (7.5%)	3 (15.7%)	0 (0%)
Супутні захворювання	59 (23.4%)	2 (3.3%)	0 (0%)
Больовий шок	12 (4.7%)	1 (8.3%)	0 (0%)
Тривалість з моменту перфорації більше 24 годин	42 (16.6%)	2 (4.7%)	0 (0%)

Аналіз даних таблиці 3 показує, що найменше хворих померло при наявності супутньої патології – 3.3%, а більше – у віці понад 60 років – 15.7%. Враховуючи думку багатьох авторів, просте ушивання перфоративного отвору при наявності будь-якого із перерахованих факторів ризику – найбільш розсудливе рішення.

Крім вище згаданих факторів ризику є ще ряд суб'єктивних факторів, при наявності яких хірург проводить паліативне втручання. Головним аргументом на користь простого ушивання виступає розлитий перитоніт. Дані про летальність після різних видів операції в залежності від важкості перитоніта наведено в таблиці 4.

Таблиця 4

Летальність після різних видів операцій в залежності від важкості перитоніту

Важкість перитоніту	Кількість	Види операцій	
		ушивання перфоративного отвору	стовбурова ваготомія
Місцевий перитоніт	54	50 (0%)	4 (0%)
Реактивна фаза	108	90 (0%)	15 (0%)
Токсична фаза	49	47 (6.1%)	2 (0%)
Термінальна фаза	42	42 (14.2%)	0 (0%)

Летальність при ваготомії становить 0%, однак слід зауважити, що ваготомія виконувалась тільки при місцевому перитоніті та в реактивній і токсичній фазі. Найбільша летальність спостерігалась при паліативних втручаннях в термінальній фазі – 14.2%.

На основі даних літератури, а також наших даних видно, що паліативні операції в більшості випадків не виліковують від виразок та їх ускладнень. Непагані результати простого ушивання відмічено у хворих до 20 років.

Максимальне число незадовільних результатів відмічено у хворих віком від 21 до 30 років, тобто саме в тому віці, коли більшість хірургів надають перевагу ушиванню перфоративної виразки. Молодий вік хворого не може бути основним фактором для відмови від радикальної операції. Вивчити віддаленні результати стовбурової ваготомії та пілоропластики згідно з нашими даними є неможливим.

Висновки: Таким чином, на основі даних оперативного лікування проривної гастродуо-

денальної виразки на базі хірургічного відділення Виноградівської ЦРЛ та даних літератури можна зробити такі висновки.

На теперішній час не існує операції при перфоративних гастродуоденальних виразках, яка би відповідала всім вимогам “ідеального” хірургічного втручання.

Питання тактики хірургічного лікування даного контингенту хворих і надалі залишається одним із найбільш актуальних у невідкладній хірургії.

Проведений аналіз обстеження свідчить на користь більш широкого використання органозберігаючих операцій при перфоративній пілородуоденальній виразці.

Стовбурову ваготомію з висіченням виразки та пілоропластиком слід використовувати не тільки для виконання головної мети операції – спасіння життя хворого, але і для отримання в більшості спостережень позитивних віддалених результатів у хворих як молодого, так і похилого віку, не залежно від наявності виразкового анамнезу.

Тільки вкрай важкий загальний стан хворого та термінальна фаза перитоніту повинні схилити хірурга до обмеження об'єму втручання.

При перфоративних виразках тіла шлунку на фоні факторів ризику більш доцільно використовувати висічення та ушивання виразки.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бєлий І.С., Вахтангішвілі Р.Ш. Ваготомія при перфоративних пілородуоденальних виразках. – Київ: Медицина, 1984. – 356 с.
2. Вахтангішвілі Р.Ш. Тактика оперативного лікування хворих з перфоративними пілородуоденальними виразками // Клінічна хірургія. – 1980. – №4. – С.40-42.
3. Сацукевич В.Н., Шуліка А.С., Куригін А.А. Хірургічне лікування перфоративних гастродуоденальних виразок // Вестник хирургии им. Грекова. – 1987. – Т4, №6. – С.56-59.

SUMMARY

SURGICAL TREATMENT OF RUPTURED GASTRODUODENAL PEPTIC ULCERS

Besaga V.V., Pylyp Ya.I.

The article is dedicated to the problem of treatment of ruptured gastroduodenal ulcers. The ten years' experience in treatment of 252 patients with the given pathology in surgical department of Central regional hospital of the city Vinogradiv is parsed. The age structure of patients, lethality at the different kinds of operations, also lethality depending on such risk factors as age concomitant diseases, pain shock was studied. The lethality in patients with different phases of peritonitis at ruptured ulcers is parsed. Authors draw a conclusion that the applying of a vagisection with a pyloroplasty allows to achieve the best results on the contrary to the perforation suture.

Key words: a ruptured ulcer of a stomach, ruptured ulcer of a duodenum, surgical treatment, sewing up of perforation, vagisection, pyloroplasty.