

ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ, УСКЛАДНЕНОЇ ШЛУНКОВО-КИШКОВОЮ КРОВОТЕЧЕЮ

Шеремет П.Ф., Криванич Д.В., Курах І.І., Ганчин В.В., Фатула Ю.М., Лавер П.Г.

Проблема шлунково-кишкових кровотеч і надалі залишається однією з найбільш складних і до кінця не вирішених у лікуванні виразкової хвороби [1]. Хронічні вирази дванадцятипалої кишки та шлунка є причиною геморагії у 45-55% хворих з шлунково-кишковими кровотечами. Виразкова хвороба ускладнюється кровотечами не менш ніж у 15% хворих у будь-якому віці, але найчастіше після 50-ти років у чоловіків і 40 років у жінок [2]. Проблема хірургічної тактики та вибору методів оперативного втручання при даній патології є актуальною і досліджується та розробляється у різних хірургічних клініках [1, 3, 4, 6]; причому більшість авторів надають перевагу активно-вичікувальній тактиці [1, 5, 7, 9]. Післяопераційна летальність складає, за даними різних авторів, від 2.7% до 32.5% і залежить від багатьох причин (віку та стану хворого, важкості кровотечі, виду операції тощо).

За семирічний період (1994-1996) у хірургічному відділенні Ужгородської міської центральної клінічної лікарні виконана 91 операція 89 хворим з виразковою хворобою шлунка та 12-палої кишки, ускладненою шлунково-кишковою кровотечею.

Розподіл оперованих хворих за віком, статтю та локалізацією виразки наведено у Табл. 1.

Таблиця 1

Розподіл оперованих хворих за віком, статтю та локалізацією виразки

Вік (років)	Стать		Локалізація виразки	
	чоловіки	жінки	шлунок	12-пала кишка
до 20	-	-	-	-
20-29	9	-	-	9
30-39	10	3	6	7
40-49	15	3	3	15
50-59	19	5	11	13
60-69	12	5	6	11
70 і ст.	6	2	2	6
Всього	71	18	28	61
%	79,8	20,2	31,5	68,5

Із таблиці видно, що переважну більшість пацієнтів становили чоловіки у віці від 40 до 69 років. Кількість хворих з виразковою хворобою 12-палої кишки більш, ніж удвічі перевищувала кількість хворих з шлунковими виразками, а віковий проміжок від 40 до 69 років і тут дає найбільшу кількість випадків, незалежно від локалізації виразки.

37 операцій (40.7%) виконувалися у терміновому порядку, за життєвими показаннями, на висоті кровотечі, що продовжується, або на висоті рецидиву кровотечі. 54 операції (59.3%) виконані у відстроченому періоді, у плановому порядку, після зупинки кровотечі і стабілізації стану хворого. Усі операції розподілені на 4 основні групи: резекції шлунка, ваготомії з дренажними операціями з втручанням на виразці, дренажні операції з втручанням на виразці (без ваготомії), паліативні операції (гастротомії). Розподіл хворих за видом оперативного втручання та віком наведений у Табл. 2.

Таблиця 2

Розподіл хворих за видом оперативного втручання та віком

Вік (років)	Види оперативних втручань							
	резекції шлунка		ваготомії з дренажними операціями з втручанням на виразці		дренажні операції з втручанням на виразці		паліативні операції (гастротомії)	
	на висоті ШКК	у відстроч. періоді	на висоті кровотечі	у відстроч. періоді	на висоті ШКК	у відстроч. періоді	на висоті ШКК	у відстроч. Періоді
до 20	-	-	-	-	-	-	-	-
20-29	-	2	3	3	1	-	-	-
30-39	1	5	1	1	3	-	2	-
40-49	2	6	-	8	3	-	-	-
50-59	4	12	2	5	-	-	2	-
60-69	3	5	2	3	4	-	-	-
70 і ст.	-	3	2	1	1	-	1	-
Всього (91 операція)	10	33	10	21	12	0	5	0
%	11,0	36,3	11,0	23,1	13,2		5,4	

З таблиці видно, що у відстроченому періоді всі операції мають радикальний характер, тоді як у терміновому порядку, на висоті кровотечі або її рецидиву, крім 20 радикальних операцій (10 резекцій шлунка і 10 ваготомій з дренажними операціями), виконано 17 напіврадикальних і паліативних операцій (12 дренажних з втручанням на виразці і 5 гастротомій).

Резекції шлунка виконувались хворим з шлунковими виразками або виразками 12-палої кишки з явищами суб- і декомпенсованого стенозу. Всі види резекції представлені у Табл. 3.

Таблиця 3

Розподіл хворих за видом резекції шлунка		
№ п/п	Види резекції шлунка	Кількість операцій
1.	Резекції шлунка за Б-І	17
	в т.ч.: за Габерером з терміно-латеральним анастомозом	4
2.	Резекції шлунка за Б-ІІ у модифікації Гофмейстера-Фінстерера	13
	в т.ч.: субтотальні	6
3.	Ваготомії з антрумектоміями	7
	в т.ч.: селективна ваготомія, антрумектомія за Б-І	5
	тункулярна ваготомія, антрумектомія з термінолатеральним анастомозом	2
4.	Інші види резекцій	5
	в т.ч.: із збереженням пілоруса за Макі-Шалімовим	3
	сегментарна резекція за Ріделем	1
	клиновидна резекція	1
5.	Реконструктивна операція: резекція 2/3 шлунка (разом із раніше виконаним переднім гастроентероанастомозом за Вельфлером з Брауновським анастомозом) за Б-І термінолатеральним анастомозом і дуоденоюноанастомозом	1
Всього		43

Ваготомії з дренажними операціями з втручанням на виразці виконувались хворим з дуоденальними виразками. При цьому вид ваготомії залежав від віку пацієнта і терміновості операції. Аналіз цих операцій представлений у таблицях 4 і 5.

Таблиця 4

Розподіл хворих за видом ваготомії з дренажною операцією		
№ п/п	Види ваготомій з дренажними операціями	Кількість операцій
1.	Тункулярна ваготомія (ТВ), пілоропластика за Фінеєм (п/пФ) з втручанням на виразці	17
	в т.ч.: з висіченням випазки	9
	з виведенням виразки за межі кишки, або екстериторизацією	5
	з прошиванням виразки	2
	з висіченням виразки передньої стінки 12-палої кишки та прошиванням "дзеркальної" виразки задньої стінки	1
2.	Комбінована ваготомія по НіІІ (передня селективна проксимальна ваготомія, задня тункулярна ваготомія), пілоропластика за Фінеєм (п/пФ) з втручанням на виразці	6
	в т.ч.: з висіченням виразки	3
	з екстериторизацією виразки	1
	з прошиванням виразки	1
	з висіченням виразки передньої стінки та прошиванням "дзеркальної" виразки задньої стінки	1
3.	Селективна ваготомія (СВ), пілоропластика за Фінеєм з втручанням на виразці	2
	в т.ч.: з висіченням виразки	1
	з висіченням виразки передньої стінки та прошиванням "дзеркальної" виразки задньої стінки	1
4.	Селективна проксимальна ваготомія (СПВ), пілоропластика за Фінеєм з втручанням на виразці	3
	в т.ч.: з висіченням виразки	2
	з прошиванням виразки	1
5.	СПВ, пілоропластика за Джадом з висіченням виразки	1
6.	СПВ, поперечна дуоденопластика з прошиванням виразки	1
7.	ТВ, пілоропластика за Фінеєм з висіченням хронічної дуоденальної виразки та гастротомія з прошиванням гострої плоскої виразки шлунка	1
Всього		31

Таблиця 5

Розподіл хворих за видом ваготомії з дренажною операцією та віком

Вік (років)	Види оперативних втручань							
	ТВ, п/пФ з втручанням на виразці		КВ, п/пФ з втручанням на виразці		СВ, п/пФ з втручанням на виразці		СПВ з дренажною операцією з втручанням на виразці	
	на висоті ШКК	у відстроч. періоді	на висоті кровотечі	у відстроч. періоді	на висоті ШКК	у відстроч. періоді	на висоті ШКК	у відстроч. періоді
до 20	-	-	-	-	-	-	-	-
20-29	-	-	3	-	-	-	-	3
30-39	-	-	1	-	-	1	-	-
40-49	-	3	-	2	-	1	-	2
50-59	2	5	-	-	-	-	-	-
60-69	2	3	-	-	-	-	-	-
70 і ст.	2	1	-	-	-	-	-	-
Всього (31 операція)	6	12	4	2	-	2	-	5

3 Табл. 5 видно, що трункулярна ваготомія виконувалась, як правило, хворим старше 50 років у терміновому і плановому порядку (трьом хворим 40-49 років трункулярна ваготомія зроблена через надлишкову вагу і технічні важкості з виконанням іншого виду ваготомії). Комбінована ваготомія виконувалася пацієнтам молодого і середнього віку переважно на висоті кровотечі. В той же час селективна та селективна проксимальна ваготомія зроблені хворим молодого і середнього віку у відстроченому періоді. Майже всім хворим виконана пілоропластика по Фінею, яка дозволяє зробити повноцінну ревізію всіх стінок 12-палої кишки і виконати необхідне віручання на самій виразці, щоб вона від розмірів та локалізації виразки у 12-палої кишці зроблені наступні типи втручань на ній: висічення – 17, екстериторизація – 6, прошивання – 5, висічення виразки передньої стінки та прошивання "дзеркальної" виразки задньої стінки – 3.

У терміновому порядку на висоті кровотечі або її рецидиву нами виконано 12 напіврадикальних операцій хворим з дуоденальними виразками: 10 пілоропластик по Фінею з втручанням на виразці (висічення – 2, екстериторизація – 5, прошивання – 2, висічення і прошивання при "дзеркальній" виразці – 1); 1 пілоропластика по Джаду з висіченням виразки; 1 пілоропластика по Фінею, доповнена гастротомією з висіченням дуоденальної і шлункової виразок, що кровоточать, при подвійній локалізації виразки.

5 хворим у важкому стані з виразками шлунка, що ускладнилися важкою або профузною шлунково-кишковою кровотечею, на її висоті виконані паліативні операції – гастротомії з втручанням на виразці (висічення – 3, прошивання – 2).

У 2 хворих на фоні виразкової кровотечі виникла клініка перфоративної виразки, з приводу чого вони були терміново оперовані. Хворому К., 45 років, з шлунковою виразкою, виконана резекція шлунка за Гофмейстером-Фінстерером; хворий одужав. Хворий С., 67 років, з кальозною, "гігантською", пенетруючою у головку підшлункової залози і гепатодуоденальну зв'язку виразкою 12-палої кишки, важкою постгеморагічною анемією виконана пілоропластика по Фінею з екстериторизацією виразки; у післяопераційному періоді виникла неспроможність швів пілоропластика з розвитком перитоніту, виконана релапаротомія, але хвора померла.

Два хворих були оперовані двічі з приводу шлунково-кишкових кровотеч. Хворому Б., 43 роки, на висоті рецидиву кровотечі з кальозною, пенетруючою в головку підшлункової залози дуоденальною виразкою великих розмірів виконана пілоропластика по Фінею з екстериторизацією і частковим прошиванням виразки. Однак через 19 днів у хворого знову виникла важка шлунково-кишкова кровотеча, обумовлена ерозивним геморагічним гастродуоденітом. На висоті кровотечі зроблена ссубтотальна резекція по Гофмейстеру-Фінстереру. Але через 7 днів виникла повторна профузна кровотеча дифузного характеру з куски шлунка, від чого хворий помер. При патанатомічному і гістологічному дослідженні встановлено, що причиною повторних кровотеч був токсичний гепатит професійного характеру.

Хворому К., 57 років, у відстроченому періоді виконана трункулярна ваготомія, пілоропластика по Фінею з виведенням дуоденальної виразки. На 11 добу післяопераційного періоду виникла профузна кровотеча з гострої стресової плоскої шлункової виразки, з приводу чого зроблена релапаротомія, гастротомія з прошиванням виразки. Але невдовзі хворий помер від серцево-судинної недостатності.

З 89 оперованих хворих у післяопераційному періоді померло 8, що становить 8.9%; із них 7 чоловіків віці від 37 до 69 років і одна жінка 67 років. Половина померлих була оперована на висоті кровотечі або її рецидиву. Про трьох померлих сказано вище. П'ятьом іншим виконані: резекція шлунка за Б-І – 2 хворих, селективна ваготомія з антрумектомією – 1 хворий, пілоропластика по Фінею з екстериторизацією виразки – 1 хворий, гастротомія з висіченням виразки – 1 хворий. Причини смерті у цих хворих наступні: гострий післяопераційний панкреонекроз, виконана релапаротомія [1]; неспроможність швів гастротомії, перитоніт, зроблена релапаротомія [1]; гостра серцева недостатність [1]; гостре порушення кровообігу [1]; реактивний психоз із суїцидом [1].

ВИСНОВКИ

У хірургічному відділенні Ужгородської міської центральної клінічної лікарні прийнята активно-вичікувальна тактика при гострих виразкових шлунково-кишкових кровотечах, що містить у собі темінове ендоскопічне дослідження для діагностики джерела кровотечі, ступеня гемостазу і вирішення подальшої хірургічної тактики. Проведений аналіз зроблених операцій показує, що такий підхід до хірургічного лікування правильний, а результати цілком задовільні.

ЛІТЕРАТУРА

1. Братусь В.Д. Дискуссионные вопросы лечения острого язвенного кровотечения.- Клиническая хирургия.- 1990.- №4.- С.44-46.
2. Гринберг А.А. Желудочно-кишечные кровотечения.- В кн.: Клиническая хирургия (под ред. Ю.М.Панцырева).- М.: Медицина, 1988.- С.365-375.
3. Доценко А.П., Грубник В.В. Результаты хирургического лечения язвенного желудочно-кишечного кровотечения // Клиническая хирургия.- 1987.- №8.- С.23-26.
4. Зайцев В.Т., Велигоцкий Н.Н. Хирургическое лечение гастродуоденального кровотечения у больных пожилого и старческого возраста // Клиническая хирургия.- 1987.- №4.- С.13-15.
5. Коморовский Ю.Т., Басистюк И.И. Хирургическое лечение кровоточащих язв двенадцатиперстной кишки больших размеров // Вестн. хирургии им. И.И.Грекова.- 1988.- №9.- С.7-11.
6. Лыткин М.И., Курыгин А.А., Ерюхин И.А. и др. Нерешенные вопросы оперативного лечения осложненных язв желудка и двенадцатиперстной кишки // Вестн. хирургии им. И.И.Грекова.- 1988.- №9.- С.3-7.
7. Нестеренко Ю.А., Климинский И.В., Ступин В.А., Бузова В.А. Экстренное оперативное вмешательство при кровоточащих язвах желудка и двенадцатиперстной кишки // Клиническая хирургия.- 1988.- №8.- С.16-18.
8. Постолов П.М., Акрамов Q.X., Полянцев А.Н., Кувшинов Д.А. Лечение острых язвенных гастродуоденальных кровотечений // Хирургия.- 1987.- №7.- С.63-69.
9. Хараберюш В.А., Кондратенко П.Г., Яловецкий В.Д., Слюяр В.Ф. Хирургическая тактика у больных с острым кровотечением из язв желудка и двенадцатиперстной кишки // Клиническая хирургия.- 1988.- №8.- С.19-21.

SUMMARY

SURGICAL TREATMENT OF GASTRIC AND DUODENAL ULCERS, COMPLICATED BY GASTROINTESTINAL BLEEDING

Sheremet P.F., Krivanich D.V., Lurah I.I., Ganchin V.V., Fatula Ju.M., Laver P.G.

The authors made analysis of the 37 emergency surgical interventions and 54 early elective operations, which were performed in patients with gastric and duodenal ulcers, complicated by bleeding, for seven years (1990-1996).

Follow the actively expectant surgical tactics the majority of the patients (83.1%) the radical operations were executed with satisfactory results and low post-operating lethality (8.9%).