

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ШЛУНКУ ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ВІДДАЛЕНІ СТРОКИ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРФОРАТИВНОЇ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ВИРАЗКИ

Артеменко А.О., студ. 5-го курсу

Науковий керівник – асист. Ситнік О.Л.

*СумДУ, медичний інститут, кафедра хірургії з дитячою хірургією
та курсом онкології*

З загального числа ускладнень виразкової хвороби шлунку та дванадцятипалої кишки (ДПК), яку діагностують майже у 10% населення Європи, перфорація виразки складає 10-15%. Оцінку методів хірургічного втручання (основний метод лікування) проводять як безпосередніми, так і віддаленими результатами. Результати лікування через 1-8 років після втручання вивчені у 308 хворих, оперованих з приводу перфорації виразки шлунку та ДПК (метод анкетування, фіброгастроуденоскопія, з'ясування секреції, моторно-евакуаторної функції шлунку).

Після органозберігаючих втручань, які поєднують висічення виразкового субстрату з різними варіантами ваготомії, у більшості хворих секреція шлунку знижена або в нормі, рецидиви виразки рідкі, їх клінічна картина мало виражена. Але після висічення виразки в поєднанні з стоволовою або селективною ваготомією діагностовано дуоденогастральний рефлюкс у 14 (53%) із 26 пацієнтів.

Стеноз вихідного відділу шлунку сформувався у 10 пацієнтів (у 6 - після зашивання проривного отвору, у 4 - після висічення виразки). Ми спостерігали два шляхи формування стенозу вихідного відділу шлунку. По-перше, внаслідок частого рецидиву виразки. У 3 пацієнтів після зашивання проривного отвору і у 4 - після висічення виразки без ваготомії багатократне рецидування виразки сприяло розвитку стенозу через 2-7 років після операції. По-друге, внаслідок післяопераційної рубцевої деформації вихідного відділу шлунку та ДПК. Стеноз виник у 3 хворих після зашивання проривного отвору через 3-5 місяців.

Прояви «лігатурної хвороби» оперованого шлунку спостерігали у 17 (65,4%) із 26 хворих, внаслідок уповільнення відторгнення лігатур при зниженій кислотності шлунку.

Кращі функціональні результати були після висічення виразки із збереженням воротаря в поєднанні з селективною проксимальною ваготомією. Після зашивання проривного отвору і висічення виразки без ваготомії у 90 % пацієнтів зберігалася підвищена базальна і стимульована секреторна активність шлунку, тому рецидив виразки виник у 77,6 % хворих.