

## ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ПЕРФОРАТИВНІЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНІЙ ВИРАЗЦІ

**М.Г. Кононенко<sup>1</sup>, О.Л. Ситнік<sup>2</sup>, Л.Г. Кащенко<sup>3</sup>, В.І. Бугайов<sup>4</sup>,  
В.Я. Пак<sup>5</sup>, В.П. Кравець<sup>6</sup>, О.В. Кравець<sup>7</sup>, С.П. Коробова<sup>8</sup>**

*Проаналізовані результати лікування 542 хворих на перфоративну гастродуоденальну виразку. Визначені прогностичні фактори летальності, а також фактори віддаленого прогнозу після різних методик операцій. Розроблено індивідуальну лікувально-реабілітаційну тактику при перфорації виразки. Запропоновано оригінальні методики дуоденопластики та зашивання проривного отвору виразки, заходи щодо профілактики окремих післяопераційних ускладнень.*

### ВСТУП

Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) є поширеним захворюванням травного каналу: її діагностують майже у 10% населення Європи та у 15% населення Америки [1]. У країнах Східної Європи, особливо в Росії, Україні, Білорусі та Молдові захворюваність на виразкову хворобу зростає [2]. Але частота хірургічних втручань при неускладненій виразці завдяки широкому клінічному застосуванню патогенетичної консервативної терапії навпаки знизилась [3,4,5]. Відповідно збільшується кількість хворих з ускладненнями виразкової хвороби, які потребують хірургічного лікування [6,7]. Найбільш небезпечними, тобто основними причинами смерті пацієнтів з виразковою хворобою, є перфорація виразки та кровотеча [8].

### НЕВИРІШЕНІ ЧАСТИНИ ПРОБЛЕМИ

Радикальне видалення виразкового субстрату при перфорації виразки вважають [9,10,11] обов'язковим, проте про доцільність виконання ваготомії дискутують.

Характеристика клінічних спостережень та методи дослідження. В основу роботи покладено клінічне спостереження за 542 хворими на перфоративну виразку. 207 (38,2%) пацієнтів до перфорації хворіли на виразку, у 193 (35,6%) – перфорація була першим її проявом. Локалізація перфоративної виразки: пілородуоденальна зона – у 521 пацієнта, шлунок – у 20, ділянка гастроентероанастомозу – у 1. Супутні перфорації ускладнення виразкової хвороби діагностували у 92 (17,0%) пацієнта. Найбільш часті - у 57 (10,9%) хворих, супутнім ускладненням перфорації виразки була пенетрація, яка у 22 (4,2%) чоловік поєднувалася із кровотечею або стенозом. Прикрити перфорацію виразки спостерігали у 3,5% пацієнтів.

Для діагностики перфорації виразки застосовувались методики дослідження: оглядова рентгенографія черевної порожнини – у 425 хворих (пневмоперитонеум виявлено у 219, або 51,2%); фіброгастроскопія з інсуфляцією повітря в кратер виразки – у 75

<sup>1</sup> Д-р. мед. наук, професор, Сумський державний університет.

<sup>2</sup> Канд. мед. наук, асистент, Сумський державний університет.

<sup>3</sup> Канд. мед. наук, доцент, Сумський державний університет.

<sup>4</sup> Канд. мед. наук, доцент, Сумський державний університет.

<sup>5</sup> Асистент, Сумський державний університет.

<sup>6</sup> Канд. мед. наук, доцент, Сумський державний університет.

<sup>7</sup> Асистент, Сумський державний університет.

<sup>8</sup> Аспірант, Сумський державний університет.

пацієнтів (перфорація виявлена у 73, або 97,3%); проба Хеннелта – у 59 (позитивна - у 26, або 44,1%); лапароцентез – у 4 та лапароскопія – у 7.

Із 542 хворих не оперовано 4 (0,7%), яких доставлено в передагональному стані, прооперовано 538 (99,3%). Із 538 пацієнтів резекцію шлунка проведено у 19 (3,6%) хворих, зашивання перфоративного отвору – у 75 (13,9%), вирізання виразки – у 444 (82,5%) пацієнтів: без ваготомії – у 153 (34,5%), з ваготомією – у 291 (65,5%) (стовбуровою (СтВ) – у 37, або 12,7%, селективною (СВ) – у 97, або 33,3%, селективною проксимальною (СПВ) – у 157, або 54,0%).

Виразки пілородуоденальної зони залежно від поширеності інфільтрату ми поділили на: локальні (виразковий субстрат на одній стінці) – у 403 (77,4%) хворих; секторальні (процес поширювався на 2-3 суміжні стінки) – у 32 (6,1%); циркулярні – у 9 (1,7%); множинні – у 77 (14,8%).

Статистичну обробку результатів дослідження проводили за методами варіаційної статистики Стьюдента-Фішера, альтернативним варіюванням. Прогностичні фактори летальності та незадовільного віддаленого прогнозу визначали на персональному комп'ютері із застосуванням прикладних статистичних програм. Однофакторним дисперсійним аналізом із 50 анамнестичних і клінічно-лабораторних ознак обрали прогностично вагомні фактори. Корелятивним аналізом з'ясували вплив кожного з прогностичних чинників на кінцевий результат. Факторам призначали бали відповідно до значення коефіцієнта детермінації.

Результати дослідження. Із 542 хворих у 302 (56,6%) констатували хімічну фазу перфоративного перитоніту: у черевній порожнині був серозний або слизовий ексудат, інколи з домішками жовчі, частинок неперетравленої їжі або гематиту (при супутній кровотечі), подібний до вмісту, що надходив із перфоративного отвору виразки. Змін парієтальної та вісцеральної очеревини, характерних для перитоніту, не було. У 240 (43,4%) хворих виявлені макроскопічні ознаки бактеріального перитоніту (місцевого – у 105, або 19,2%, дифузного, чи розлитого, – у 135, або 24,2%).

Бактеріологічне дослідження перитонеального ексудату проведено у 99 хворих. У 34 пацієнтів морфологічних ознак перитоніту не виявлено (хімічна фаза перитоніту), у 65 був бактеріальний перитоніт (місцевий – у 34, дифузно-розлитий – у 31). Із 32 хворих, оперованих в перші 3 години після перфорації виразки, у 25 (78,1%) у черевній порожнині знаходився вміст шлунка без морфологічних ознак перитоніту, у 13 (40,6%) пацієнтів перитонеальна рідина не була інфікованою. Із 28 хворих, оперованих протягом 3 – 6 годин, у 19 (77,9%) виявлені ознаки перитоніту та інфікований перитонеальний ексудат. Після 6 годин з моменту перфорації виразки перитонеальний ексудат був інфікований у всіх хворих. До 12 годин переважали ознаки місцевого, а пізніше – дифузного чи розлитого перитоніту.

Аналіз анамнестичних, клінічних, лабораторних та морфологічних даних у хворих на перфоративну гастродуоденальну виразку дав підставу визначити прогностичні фактори летальності та дати їм бальну оцінку. Встановлено, що прогноз залежить від таких факторів: два та більше супутніх захворювання (3 бали), гнійний ексудат у черевній порожнині (2 бали), здуття живота (2 бали), локалізація перфорації в шлунку (1 бал), час від перфорації до операції 24 години та більше (1 бал), супутня перфорації кровотеча (1 бал), розмір проривного отвору 20 мм та більше (1 бал), частота пульсу 120 ударів за 1 хвилину та більше (1 бал), ціаноз шкіри (1 бал), жіноча стать (1бал).

Летальність зростала прямо пропорційно сумі балів прогностичних факторів летальності. При сумі балів 0-1 із 437 хворих померло 5 (1,1%), а при операційному ризику 2-3 бали із 44 померло 7 (15,9%) пацієнтів

( $p < 0,01$ ). При сумі балів від 4 до 5 із 43 чоловік померли 16 (37,2%, порівняно з попередньою групою  $p < 0,05$ ), а при сумі балів 6 та більше із 18 померли 13 (72,2%) хворих. Відповідно ми виділили групи незначного (0-1 бал), помірного (2-3 бали), високого (4-5 балів), надзвичайно високого (6 та більше балів) операційного ризику. Слід зауважити, що вирізання виразки з СПВ виконали у 152 хворих з незначним ризиком і лише у 5 з помірним (4) чи високим (1) без летальності.

Із 538 прооперованих хворих післяопераційні ускладнення виникли у 94 (17,5%). Їх кількість і тяжкість зростали пропорційно в залежності від ступеня ризику. Із 437 пацієнтів групи незначного ризику післяопераційні ускладнення виникли у 63 (14,4%) і були зумовлені специфікою методик оперативних втручань (стеноз вихідного відділу шлунка або кровотеча із зашитої чи іншої виразки, післяваготомна атонія шлунка, анастомозит), перитонітом та технічними помилками втручання (недостатній гемостаз, неадекватна пілоропластика). Померло 5 (1,1%) хворих від інтоксикації при ранній спайковій кишковій непрохідності (2), перфорації гострої виразки шлунка (1), гнійного перикардиту (1), серцево-судинної недостатності (1).

У групі помірного ризику післяопераційні ускладнення виявлені із 44 у 11 (25,0%) пацієнтів. Частота ускладнень після вирізання виразки з СПВ зросла від 11,8% до 25,0%, а після резекції шлунка – від 28,6% до 66,7%. У 4 (9,1%) хворих діагностовано з тяжким перебігом пневмонію (1 пацієнт помер). Чотири (9,1%) пацієнти померли від тромбоемболічних ускладнень (тромбоемболія легеневої артерії - 2, тромбоз мезентеріальних судин - 2). Ще 2 хворих померли від кровотечі з виразки, яка не була розпізнана. Важливо, що летальність після зашивання перфоративної виразки (14,3%), вирізання виразки без ваготомії (15,4%) та вирізання виразкового субстрату з СтВ або СВ (17,6%) практично не відрізнялася. Тому у хворих з помірним операційним ризиком для попередження тяжких ускладнень ми вважали можливим і необхідним видаляти виразковий субстрат з більш простою СтВ або СВ.

При високому операційному ризику післяопераційні ускладнення виникли із 43 у 15 (34,9%) пацієнтів. Частота ускладнень після зашивання перфоративної виразки (41,7%) та вирізання перфоративної виразки з СтВ або СВ (42,9%) зростала в порівнянні з попередньою групою. Летальність в порівнянні з групою помірного ризику суттєво зростала ( $p < 0,05$ ) після вирізання виразки з СтВ або СВ. Важливо, що при високому ризику летальність після вирізання виразки з СтВ або СВ значно ( $p < 0,05$ ) перевищувала летальність після вирізання виразки без ваготомії. Оскільки хворі з високим операційним ризиком тяжко переносять органозберігаючі втручання з ваготомією, тому ми зробили висновок – такі втручання недоцільні.

При надзвичайно високому операційному ризику 4 хворих, які були прийняті у термінальному стані, померли непрооперованими.

Після вирізання виразки з СтВ або СВ померло 5 хворих (від поліорганної недостатності – 3, від пневмонії – 2). Після зашивання перфоративної виразки померли 2 хворих, після вирізання виразки без ваготомії – 2 (від перитонеальної інтоксикації – 3, від тромбозу мезентеріальних судин – 1).

Лікування та реабілітацію хворих ми проводили поетапно: 1-й етап – операційний (проведення оптимального оперативного втручання); 2-й етап – післяопераційний (реабілітація після операції); 3-й етап – віддалений (реабілітація у віддалені строки).

Спосіб операції визначали індивідуально для кожного хворого, вибір був зумовлений насамперед ступенем операційного ризику: при незначному ризику операції (0-1 бали) виконували вирізання виразки з ваготомією, переважно СПВ, антрумектомію з ваготомією, резекцію

шлунка; при помірному (2-3 бали) – виразку вирізали і застосовували більш прості варіанти ваготомії (СтВ або СВ); при високому (4-5 балів) – обмежувалися вирізанням виразкового субстрату; при надзвичайно високому (6 та більше балів) – проривний отвір зашивали.

Для запобігання нагноєнню рани черевної стінки її краї відразу (до розтину очередини) прикривали марлевими серветками, змоченими 2% розчином хлораміну, а шкіру - пелюшкою з розміщеною між її шарами поліетиленовою плівкою (посвідчення на раціоналізаторську пропозицію № 4002).

З метою найбільш ефективного зашивання перфоративного отвору ми розробили і запровадили такий варіант восьмиподібного шва (патент України № 43538А). Виразку зашивали вколюванням у проксимальний край з вколюванням у перфоративний отвір та далі - поза дистальним краєм виразки. Наступне вколювання виконували із захопленням краю виразки у проксимальному напрямку. Далі проводили лігатуру по діагоналі з вколюванням у дистальний край, виконували додаткове вколювання в проксимальному напрямку з вколюванням у перфоративний отвір і прошиванням стінки шлунка або ДПК поза дистальним краєм виразки напроти першого вколювання. Лігатуру зав'язували і додатково підшивали навколо виразки сальник на ніжці.

Для попередження гастродуоденального рефлюксу виразки ДПК вирізали із збереженням воротаря чи застосовували оригінальну оперативну методику (патент України № 42349А). Виразку вирізали, щоб не пошкодити пілоричний сфінктер. Після цього безпосередньо проксимальніше воротаря в поперечному напрямку розсікали серозно-м'язовий шар стінки шлунка відповідно до розмірів дефекту ДПК. Дефект зашивали, проводячи лігатури крізь серозно-м'язовий шар проксимального краю розрізу стінки шлунка, потім над воротарем і далі крізь слизово-підслизовий шар дистальніше воротаря з вколюванням крізь всі шари стінки ДПК в напрямку від слизової оболонки до серозної. Накладали другий ряд серозно-м'язових швів.

При неможливості зберегти воротар формували штучний клапан пілородуоденальної зони (посвідчення на раціоналізаторську пропозицію № 3086). Накладали другий ряд швів таким чином, щоб кожним серозно-м'язовим швом кілька разів (3-5) підхоплювати стінку шлунка і 1-2 рази - стінку ДПК.

## ВИСНОВКИ

1 Найбільш вагомими прогностичними факторами летальності є два та більше супутніх захворювання, гнійний ексудат у черевній порожнині, час від перфорації до операції 24 години та більше, супутня перфорації кровотеча, здуття живота.

2 Вибір способу операції визначали насамперед ступенем операційного ризику, який є сумою балів наявних прогностичних факторів летальності.

3 Залежно від сукупності факторів віддаленого прогнозу хворих доцільно об'єднати в групи з добрим, задовільним та незадовільним прогнозом: а) після зашивання або вирізання виразки без ваготомії;

б) після вирізання виразки з ваготомією.

4 Всім хворим після зашивання або вирізання виразки без ваготомії та пацієнтам після вирізання виразки з ваготомією із незадовільним віддаленим прогнозом якомога раніше треба починати противиразкову терапію. При рецидиві виразкової хвороби, особливо у групах із незадовільним віддаленим прогнозом, повторні оперативні втручання слід виконувати до ускладнень.

## ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Доцільно провести “апробацію” впливу прогностичних факторів перфоративних виразок гастродуоденальної локалізації на летальність у інших хірургічних відділеннях Сумщини. Теж саме потрібно зробити з рекомендаціями стосовно противиразкової терапії після оперативного втручання.

Робота посвящена індивідуалізації літально-реабілітаційної тактики у больних с перфоративної гастродуоденальної язвою. Клиническая часть включала анализ результатов лечения 542 больных с перфоративной язвой.

Подход к лечению и реабилитации больных состоял со следующих этапов: выбор оптимального объема оперативного вмешательства, реабилитация в послеоперационном периоде, реабилитация в отдаленные сроки с учетом прогностических факторов отдаленных результатов лечения. Выбирая способ операции, учитывали патогенетические причины язвообразования, сопутствующие перфорации осложнения язвенной болезни, наличие прогностических факторов летальности и отдаленных результатов. Предложены оригинальные методики дуоденопластики и зашивания перфоративного отверстия язвы, меры профилактики некоторых послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: перфоративная язва двенадцатиперстной кишки и желудка, перитонит, лечебная тактика, результаты хирургического лечения.

## SUMMARY

*The results of treatment of 542 patients with perforated gastroduodenal ulcer were evaluated. It is worked out the individual diagnostic – treatment – rehabilitation way in patients with perforated gastroduodenal ulcer. Original methods of ulcere closure, duodenoplasty and methods of the prevention on some afteroperating complications are proposed.*

*The key words: perforated gastroduodenal ulcer, peritonitis, tactics of treatment, results of surgical treatment.*

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Henderson M. Gastrointestinal Pathophysiology // Philadelphia, New York: I. B. Lippinkot – Reven, 1997. – 238p.
2. Передерий В.Г. Язвенная болезнь или пептическая язва. – К. Здоров'я, 1997. – 158с.
3. Madiba T.E., Mulaudzy T.V., Thomson S.R. Perforated gastric ulcer - reappraisal of surgical treatment // S. Afr. J. Surg. – 2005. – № 3. – P.58 - 60.
4. Makela J.T., Kiviniemi H., Ohtonen P., Laitinen S.O. Factors that predict morbidity and mortality in patients with perforated peptic ulcer // Eur. J. Surg. – 2002. – V.1682, № 8-9. – P. 446 - 451.
5. Kumar S., Mittal G.S., Gupta S. et al. Prevalence of Helicobacter pylori in patients with perforated duodenal ulcer // Trop. Gastroenterol. – 2004. – V.25, № 3. – P. 121 - 124.
6. Петров В.П. Выбор метода лечения неосложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2001. - № 7. - С. 13-16.
7. Фатула Ю.М. Комплексне лікування перфоративних пілородуоденальних виразок з урахуванням гелікобактеріозу та стану кислотності шлунка: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.03 / Львів, 2003. – 18 с.
8. Paimela H., Joutsu T., Kiviluoto T., Kivilaakso E. Recent trends in mortality from peptic ulcer disease in Finland // Digestive Diseases and Sciences. – 1995. – V.40, № 3. – P. 631-635.
9. Козлов И.В., Волков О.В., Алекперов С.В., Щетинин М.Г. Клапанная пилоропластика в лечении осложненных пилородуоденальных язв // Хирургия. – 2001. - № 4. – С. 27-30.
10. Лигоненко А.В., Чумак П.Я., Зубаха А.Б., Гордиенко И.П. Лечение перфоративных гастродуоденальных язв // Хирургия України. – 2004. - №3.- С.83 – 84.
11. Madiba T.E., Mulaudzy T.V., Thomson S.R. Perforated gastric ulcer - reappraisal of surgical treatment // S. Afr. J. Surg. – 2005. – № 3. – P.58 - 60.

*Надійшла до редакції 31 січня 2007 р.*