

Зміст

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Л.Я. Ковальчук, І.К. Венгер, С.Я. Костів, В.В. Шкробот. Вибір об'єму реконструкції при атеросклеротичній оклюзії термінального відділу аорти та магістральних артерій нижніх кінцівок	6
В.Ф. Саєнко, Л.С. Білянський, А.С. Лаврик. Сучасні підходи до проблеми гострої обструкції ободової кишки	10
П.Д. Фомін, Є. М. Шепетько, М.В. Щербина, О.В. Заплавський, О.Є. Шепетько, С.А. Гуменюк, А.В. Смерека. Технічні особливості реімплантації великого дуоденального сосочка при ускладнених юктапапілярних виразках	15
Л.Я. Ковальчук, І.Я. Дзубановський, В.І. Максимлюк, Р.В. Свистун, А.Д. Беденюк, В.В. Шкробот. Модифіковані органозберігаючі та органоцадні оперативні втручання при ускладнених гастродуоденальних виразках	20
В.Ф. Саєнко, Ю.А. Діброва, Б.С. Полінкевич, А.С. Лаврик, А.А. Пустовіт. Реконструктивні втручання в хірургічному лікуванні пептичних виразок шлунково-кишкового анастомозу	25
В.М. Короткий, І.В. Колосович, В.О. Красовський, М.О. Мірошніченко, С.С. Чертіцев. Сучасні питання хірургії ускладнених перфорацією виразок дванадцятипалої кишки	28
В.В. Іващенко, В.С. Ковальчук, К.К. Скворцов, Є.Р. Балацький, М.А. Койко. Чому із клініки зникають оперативні втручання при лікуванні гастродуоденальних виразок? Аналіз 30-річного досвіду оперативного лікування виразкової хвороби	32
М.М. Велигоцький, А.М. Зайцев, В.В. Комарчук, А.С. Трушин, А.Н. Велигоцький, Е.І. Галко. Особливості висічення перфоративної виразки дванадцятипалої кишки в поєднанні з пенетрацією і стенозом	37
М.Ю. Ничитайло, О.М. Литвиненко, О.М. Гулько. Застосування методу електрозварювання біологічних тканин при лапароскопічних операціях	41
О.І. Дронов, О.А. Скомаровський, Я.М. Сусак, В.О. Зайченко. Вибір способу дуоденопластики при постбульбарних виразках дванадцятипалої кишки, ускладнених стенозом	45
Б.Ф. Шевченко, Н.Г. Гравіровська, В.М. Ратчик, О.В. Косинський, Н.В. Пролом., П.В. Павлов. Реконструктивні втручання при пострезекційних синдромах	48
Ф.І. Гюльмамедов, П.Ф. Гюльмамедов, Г.Є. Полунін, О.П. Кухто, О.Н. Даніленко, О.В. Совпель. Наш досвід формування тонкокишкових резервуарів при хірургічному лікуванні захворювань товстої кишки	52
І.В. Люлька, О.Б. Кутовий, І.С. Шпонька, В.О. Бондарєва, І.Ю. Кривенко. Адгезивна активність очеревини при проривних гастродуоденальних виразках у хворих різного віку	55
Т.І. Тамм, С.Г. Белов, О.Я. Бардюк, О.Б. Даценко. Реконструктивно-відновні операції в колопроктології	59
Б.І. Слонецький, М.І. Тутченко, Н.І. Іскра, В.В. Калиновський. Морфологічні передумови локальної улцерорекорекції у хворих з перфоративною виразкою ДПК	61
І.О. Гіленко, Д.Г. Дем'янюк, В.І. Ляховський, О.А. Рижановський, М.І. Горлачов, П.П. Сакевич, О.А. Шкукрупій, Т.Г. Діхтенко, Р.О. Ходатетнюк, В.І. Подлесний, О.Г. Ходатенко. Діагностика та лікування моторно-евакуаторних порушень кукки шлунка після резекції з приводу виразкової хвороби	66

Contents

ORIGINAL INVESTIGATIONS

L.Y. Kovalchuk, I.K. Venger, S.Y. Kostiv, V.V. Cherobot. A choice of reconstruction volume at atherosclerotic occlusion of terminal department of aorta and main arteries of lower extremities	6
V.F. Sayenko, L.S. Biliansky, A.S. Lavryk. Contemporary approaches to problem of acute colon obstruction	10
P.O. Fomin, Y.M. Shepetko, M.V. Scherbina, O.V. Zaplavskiy, O.Y. Shepetko, S.A. Humeniuk, A.V. Smereka. Technical peculiarities of reimplantation of big duodenal papilla at complicated juxtapaillary ulcers	15
L.Ya. Kovalchuk, I.Ya. Dzubanovskiy, V.I. Maksimluk, R.V. Svistun, A.D. Bedenuk, V.V. Shkrobot. The updated organsaving operative measures at the complicated gastroduodenal ulcers cated	20
V.F. Sayenko, Yu. A. Dibrova, B.S. Polinkevych, A.S. Lavryk, A.A. Pustovit. Reconstructive operations in surgical treatment of recurrent stomach ulcers	25
V.M. Korotky, I.V. Kolosovych, V.O. Krasovsky, M.O. Miroshnychenko, S.S. Chertischev. Modern questions of surgery of complicated duodenal ulcers with perforation	28
V.V.Ivaschenko, V.S.Kovalchuk, K.K.Skvortsov, Y.R.Balatsky, M.A.Koyko. Why do operative interventions disappear from clinic at treatment of gastroduodenal ulcers? The analysis of 30-year experience of operative treatment of a stomach and duodenal ulcer	32
N.N. Velyhodsky, A.M. Zaytsev, V.V. Komarchuk, A.S. Trushyn, A.N. Velyhodsky, E.I. Halko. Peculiarities of excision of perforative duodenal ulcer complicated by penetration and stenosis	37
M.Y. Nychytaylo, O.M. Lytvynenko, O.M. Hulko. Application of method of electric welding of biological tissues at laparoscopic operations	41
O.I. Dronov, O.A. Skomarovsky, Y.M. Susak, V.O. Zaychenko. Choice of way of duodenoplasty of postbulbar duodenal ulcers complicated by stenosis	45
B. F. Shevchenko, N.H. Hravirovska, V. M. Ratchyk, O.V. Kosynsky, N.V. Prolom, P.V. Pavlov. Reconstructive interventions at postresection syndromes	48
F.I. Gulmamedov, P.F. Gulmamedov, H.Y. Polunin, O.P. Kukhto, O.N. Danilenko, O.V. Sovpel. Our experience of formation of the small intestinal reservoirs at surgical treatment of large bowel diseases	52
I.V. Lulko, O.B. Kutovy, I.S. Shponka, V.O. Bondarieva, I.Y. Kryvenko. Adhesive activity of peritoneum at miscellaneous age-grades patients with gastroduodenal ulcer perforations	55
T.I. Tamm, S.H. Belov, O. Ya. Bardiuk, O.B. Datsenko. Reconstructive and renewal operations in coloproctology	59
B.I. Slonetsky, M.I. Tutchenko, N.I. Iskra, V.V. Kalynovsky. Morphological preconditions of local ulcerocorrection at patients with perforative duodenal ulcer	61
I.O. Hilenko, D.H. Demianiuk, V.I. Liakhovsky, O.A. Ryzhanovsky, M.I. Horlachov, P.P. Sakevych, O.A. Shkukrupiy, T.H. Dikhtenko, R.O. Khodatenko, V.I. Podliesny, O.H. Khodatenko. Diagnosis and treatment of motor and evacuatory disorders of the gastric stump after resection on the reason of ulcerous disease	66

М.Г. Шевчук, В.В. Голотюк, І.М. Шевчук, А.Л. Шаповал, І.М. Сорочинський. Рациональна хірургічна тактика та етапність комплексного лікування хворих з обтураційною кишковою непрохідністю

69

О.Б. Зубков, Б.С. Запорожченко, В.І. Шишлов, Ю.М. Кошель, А.О. Васильєв, А.В. Снісаренко, О.В. Кочкарьов. Хірургічне лікування хронічного панкреатиту із застосуванням малоінвазивних втручань

73

Б.М. Даценко, Т.І. Тамм, К.О. Крамаренко, О.П. Зєєв. Модифікація холедохоєєноанастомозу з відновленням надходження жовчі в дванадцятпалу кишку

77

Б.М. Пацкань, Ю.М. Фатула, І.І. Курах, В.В. Ганчин, І.І. Сірко, Я.М. Попович. Хірургічне лікування кровоточивих гастродуоденальних виразок у осіб похилого та старечого віку

80

В.І. Максимлюк, М.С. Гнатюк, Ю.В. Угляр. Морфофункціональні критерії в обґрунтуванні холецистолітомії при хронічному калькульозному холециститі

84

В.І. П'ятночка, І.Я. Дзюбановський. Нові підходи до вибору способу операції при пахових грижах у людей похилого і старечого віку

87

О.С. Тивончук. Операція шунтування за Fobi-Carella при лікуванні ускладненого ожиріння

91

І.В. Чепіль, І.М. Дейкало. Мікрофлора гострого деструктивного гнійного панкреатиту

94

І.І. Басистюк, І.Я. Дзюбановський. Попередження та лікування післяопераційної гастродуоденальної кровотечі в шлунковій хірургії

97

В.В. Грубник, О.Н. Загороднюк, А.В. Грубник. Застосування лапароскопічних операцій в лікуванні поєднання виразки дванадцятпалої кишки і гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби

101

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

П.С. Жученко, Г.Я. Костюк, С.П. Жученко. Експериментально-морфологічне обґрунтування розробки оптимального способу профілактики синдрому короткої кишки

104

О.В. Лігоненко, Р.П. Іванов, І.О. Чорна, А.Б. Зубаха, О.В. Стороженко. Зміни показників гомеостазу при гострій тонкокишковій непрохідності в експерименті

107

А.Г. Шульгай. Особливості моторно-евакуаторної функції кишки при механічній жовтяниці та після декомпресії жовчних шляхів

111

З ДОСВІДУ РОБОТИ

В.В. Грубник, Ю.В. Грубник, С.Г. Четверіков, В.А. Фоменко. Лапароскопічна ваготомія у лікуванні виразкової хвороби дванадцятпалої кишки

115

П.Г. Кондратенко, Є.С. Раденко, М.В. Соколов, М.Л. Смирнов. 20-річний досвід хірургічного лікування гострих виразкових гастродуоденальних кровотеч

118

В.Г. Конєв, А.А. Шудрак, І.А. Лурін, В.С. Нечай, О.І. Уманець, М.Г. Собко. Можливості виконання первинно-відновних сфінктерозберігаючих операцій хворим на рак прямої кишки з використанням новітніх діагностично-лікувальних технологій

122

В.М. Ратчик, Б.Ф. Шевченко, Ю.А. Гайдар, Н.В. Пролом, П.В. Павлов, А.А. Короткий. Комплексний підхід до вибору методу хірургічного лікування виразкової хвороби дванадцятпалої кишки

125

П.Д. Фомін, В.І. Нікішаєв, С.Г. Головін, І.І. Лемко, В.В. Бойко. Ендоскопічна корекція ранніх ускладнень після оперативного лікування виразки пілородуоденальної зони

128

М.Н. Шевчук, В.В. Голотюк, І.М. Шевчук, А.Л. Шаповал, І.М. Сорочинський. Рациональна хірургічна тактика та етапність комплексного лікування хворих з обтураційною кишковою непрохідністю

О.Б. Зубков, Б.С. Запорожченко, В.І. Шишлов, Ю.М. Кошель, А.О. Васильєв, А.В. Снісаренко, О.В. Кочкарьов. Хірургічне лікування хронічного панкреатиту із застосуванням малоінвазивних втручань

Б.М. Даценко, Т.І. Тамм, К.О. Крамаренко, О.П. Зєєв. Модифікація холедохоєєноанастомозу з відновленням надходження жовчі в дванадцятпалу кишку

Б.М. Пацкань, Ю.М. Фатула, І.І. Курах, В.В. Ганчин, І.І. Сірко, Я.М. Попович. Хірургічне лікування кровоточивих гастродуоденальних виразок у осіб похилого та старечого віку

В.І. Максимлюк, М.С. Гнатюк, Ю.В. Угляр. Морфофункціональні критерії в обґрунтуванні холецистолітомії при хронічному калькульозному холециститі

В.І. П'ятночка, І.Я. Дзюбановський. Нові підходи до вибору способу операції при пахових грижах у людей похилого і старечого віку

О.С. Тивончук. Операція шунтування за Fobi-Carella при лікуванні ускладненого ожиріння

І.В. Чепіль, І.М. Дейкало. Мікрофлора гострого деструктивного гнійного панкреатиту

І.І. Басистюк, І.Я. Дзюбановський. Попередження та лікування післяопераційної гастродуоденальної кровотечі в шлунковій хірургії

В.В. Грубник, О.Н. Загороднюк, А.В. Грубник. Застосування лапароскопічних операцій в лікуванні поєднання виразки дванадцятпалої кишки і гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби

EXPERIMENTAL INVESTIGATION

P.S. Zhuchenko, H.Ya. Kostyuk, S.P. Zhuchenko. Experimental and morphological substantiation of development of the optimum way to prevent the short bowel syndrom

O.V. Lihonenko, R.P. Ivanov, I.O. Chorna, A.B. Zubakha, O.V. Storozhenko. Changes of homeostasis parameters at acute small-intestinal obstruction in experiment

A.H. Shulgay. Peculiarities of motility function of intestine at obstructive jaundice and after decompression of biliary ducts

EXPERIENCE OF WORK'S

V.V. Hrubnyk, Y.V. Hrubnyk, S.H. Chetverikov, V.A. Fomenko. Laparoscopic vagotomy in treatment of duodenal ulcer

P.G. Kondratenko, E.E. Radenko, M.V. Sokolov, N.L. Smyrnov. 20-year experience of surgical treatment of acute bleedings from gastroduodenal ulcers

V.G. Koniev, A.A. Shudrak, I.A. Lurin, V.S. Nechay, O.I. Umanets, M.G. Sobko. Opportunities of performance primarily-renewal sphyncterkeeping operations to patients with rectum cancer by means of the newest diagnostic-medical technologies

V.M. Ratchik, B.F. Shevchenko, Y.A. Gaydar, N.V. Prolom, P.V. Pavlov, A.A. Korotkiy. Complex approach to choosing the method of surgical treatment of duodenal ulcer

P.D. Fomin, V.I. Nikishayev, S.H. Holovin, I.I. Lemko, V.V. Boyko. Endoscopic correction of early complications of postoperative treatment of pyloroduodenal ulcer

В.П. Андрющенко, Л.М. Козут, О.Т. Гіряк. Лікувально-діагностична відеолароскопія та інтервенційна сонографія в лікуванні хворих з гострим панкреатитом – перший досвід

130

А.І. Суходоля, І.О. Козак, В.В. Власов, М.С. Гойда, О.О. Підмурняк, Е.В. Латинський. Драматичні ситуації в хірургії ускладнених позацібулдинних дуоденальних виразок

133

Б.С. Запорожченко, В.І. Шишлов, О.Б. Зубков, А.А. Горбунов, О.Ю. Тимофеев. Деякі особливості клінічного перебігу та хірургічного лікування виразкової хвороби в осіб молодого віку

138

М.С. Уманець. Помилки в діагностиці защемлених діафрагмальних гриж

140

В.О. Шапринський, О.О. Камінський, І.В. Павлик, Н.В. Шевцова. Аналіз результатів лікування хворих з рецидивними шлунково-кишковими кровотечами виразкової етіології

143

П.Д. Фомін, О.Б. Біляков-Бельський, В.М. Сидоренко, А.В. Смерека, Є.С. Переш, М.В. Щербина. Особливості перебігу виразкових гастродуоденальних кровотеч у хворих на цукровий діабет

146

В.В. Міщенко, Д.М. Давидов, В.С. Кадочников, С.А. Дюжев, Т.С. Дзызенко. Тактика і вибір хірургічного методу лікування виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки

150

О.О. Ворovsky, Ф.Ф. Верещакін, Я.В. Карий, В.О. Шапринський, В.І. Півторак, М.В. Бурков, Т.М. Король, А.П. Король, О.А. Жупанов. Вибір методу оперативного лікування гриж передньої черевної стінки у людей похилого віку

153

М.І. Тутченко, О.В. Васильчук, Ю.О. Гайдаєв, В.В. Риджок, В.М. Лисенко, І.В. Щур. 20-річний досвід лікування перфоративної виразки

158

І.Я. Дзюбановський, В.В. Бенедикт, Р.В. Свистун, О.Б. Луговий. Досвід реконструктивних оперативних втручань в хірургії виразкової хвороби дванадцятипалої кишки

162

В.В. Бенедикт, Б.О. Мігенько. Фоноентерографія. Післяопераційний моніторинг відновлення моторики травного тракту

165

ПОВІДОМЛЕННЯ

В.І. Десятерик. Лікарські помилки в хірургії

168

І.А.Криворучко, О.С. Сикал, М.О. Сикал. Хірургічне лікування виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки

171

М.Е. Ничитайло, П.В. Огородник, С.І. Щербина, І.П. Галочка. Тактика лікування внутрішньочеревних гнійних ускладнень після лапароскопічної холецистектомії з використанням динамічної ультрасонографії

173

Ф.І. Гюльмамедов, І.О. Плахотніков, П.Ф.Гюльмамедов, Г.Є. Полунін, В.О. Ликов, Н.М.Єнгенов. Лапароскопічна герніопластика у лікуванні пахових гриж

175

І.М. Дейкало, В.М. Дейкало, І.В. Чепіль, В.Й. Вітрук. Гнійно-септична патологія клітковинних просторів заочеревинної ділянки, проблеми діагностики та лікувальної тактики

178

В.Ю. Соколов, А.Г.Іфтодій. Ураження біліарної системи за ускладненого перебігу виразкової хвороби шлунка та ДПК

181

Ю.М. Кошель, О.Б.Зубков. Застосування сучасних технологій у хірургічному лікуванні ехінококозу печінки

187

П.Д. Фомін, В.Д. Братусь, В.Л. Нікішаєв, С.Й. Запорожан, М.В. Щербина. Еволюція тактичних підходів до вибору хірургічного лікування ускладнених форм виразкової хвороби

189

ЮВІЛЕЇ

Відомому хірургові Юрію Коморовському – 85 років

194

АЛФАВІТНИЙ ІМЕННИЙ ПОКАЖЧИК ЖУРНАЛУ “ШПИТАЛЬНА ХІРУРГІЯ” ЗА 2004 РІК

196

V.P. Andriuschenko, L.M. Kohut, O.T. Hirniak. Videolaparoscopy and interventional sonography in treatment of patients with acute pancreatitis – the first experience

A.I. Sukhodolia, I.O. Kozak, V.V. Vlasov, M.S. Goyda, O.O. Pidmurnjak, E.V. Latynsky. Dramatic situations in surgery of complicated extrabulbar duodenal ulcers

B.S. Zaporozhchenko, V.I. Shyshlov, O.B. Zubkov, A.A. Horbunov, A.Yu. Tymofeev. Some peculiarities of clinical course and operative treatment of peptic ulcer at patients of young age

M.S. Umanets. Mistakes in diagnostics of pinch diaphragmatocele

V.O. Shaprynsky, O.O. Kaminsky, I.V. Pavlyk, N.V. Shevtsova. Analysis of results of medical treatment of patients with the recurrent gastrointestinal bleeding of ulcerous etiology

P.D. Fomin, O.B. Biliakov-Belsky, V.M. Sydorenko, A.V. Smereka, Y.Y. Peresh, M.V. Scherbina. Features of ulcer gastroduodenal bleedings course in patients with diabetes mellitus

V.V. Mischenko, D.M. Davydov, V.S. Kadochnikov, S.A. Dziuzhev, T.S. Dzyzenko. Tactics and choice of surgical method of treatment of ulcerative disease of stomach and duodenum

O.O. Vorovsky, F.F. Vereschagin, Ya.V. Kary, V.O. Shaprynsky, V.I. Pivtorak, M.V. Burkov, T.M. Korol, A.P. Korol, O.A. Zhupanov. The choice of surgical method for ventral hernias in elderly patients

M.I. Tutchenko, O.V. Vasylchuk, Yu.O. Haydayev, V.V. Rydzhok, V.M. Lysenko, I.V. Schur. 20-year experience of treatment of perforated ulcer

I.Ya. Dziubanovsky, V.V. Benedykt, R.V. Svystun, O.B. Luhovy. Experience of reconstructive operative interferences in surgery of ulcerous disease of duodenum

V.V. Benedykt, B.O. Migenko. Phonoenterography. Postoperative monitoring of renewal of motorics of digestive tract

REPORTS

V.I. Desiateryk. Medical mistakes in surgery

I.A. Kryvoruchko, O.S. Sykal, M.O. Sykal. Surgical treatment of ulcer disease of stomach and duodenum

M.E. Nychytaylo, P.V. Ohorodnyk, S.I. Scherbina, I.P. Halochka. Tactics of treatment of intraabdominal purulent complications after laparoscopic cholecystectomy with application of dynamic ultrasonography

F.I. Gulmamedov, I.A. Plakhotnikov, P.F. Gulmamedov, H.Y. Polunin, V.O. Lykov, N.M. Yengenov. Laparoscopic hernioplastyk in treatment of inguinal hernias

I.M. Deykalo, V.M. Deykalo, I.V. Chepil, V.Y. Vitruk. Pyo-Septic zatolody of cellular spaces of retroperitonealzone, problems of diagnostics and therapeutic tactics

V.Y. Sokolov, A.G. Iftody. Damage of biliary system at complicated course of gastric and duodenal ulcer

Yu.M. Koshel, O.B. Zubkov. Application of contemporary technologies in surgical treatment of liver echinocosis

P.D. Fomin, V.D. Bratus, V.L. Nikishayev, S.Y. zaporozhan, M.V. Scherbina. Evolution of tactical approaches to choice of surgical treatment of complicated forms of ulcerous disease

JUBILEES

85 anniversary from birthday of famous surgeon Yuriy Komorovsky

ALPHABETICAL NOMINAL INDEX OF “HOSPITAL SURGERY” JOURNAL, 2004

УДК 616.136–007.272–289

Вибір об'єму реконструкції при атеросклеротичній оклюзії термінального відділу аорти та магістральних артерій нижніх кінцівок

Л.Я. КОВАЛЬЧУК, І.К. ВЕНГЕР, С.Я. КОСТИВ, В.В. ШКРОБОТ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

ASHEROSCLEROTIC FEMORAL RECONSTRUCTION VOLUME AT AORTOILIAC FEMORAL OCCLUSION IN THE TERMINAL DEPARTMENT OF AORTA AND MAIN ARTERIES OF LOWER EXTREMITIES

L.Y. KOVALCHUK, I.K. VENGER, S.Y. KOSTIV, V.V. SHCROBOT

Ternopol state medical university by I.Ya. Horbachevsky

Обстежено 159 хворих із атеросклеротичною оклюзією аорто-клубово-стегнового сегмента із II, IIIA та IIIB ст. хронічної критичної ішемії нижніх кінцівок. Виділено два рівні оклюзії: черевний та клубовий. Відповідно рівня атеросклеротичної оклюзії проводився вибір об'єму реконструкції: при високому та середньому рівнях черевної оклюзії виконується резекція аорти, при низькому рівні оклюзії черевної аорти та при оклюзії клубового сегмента виконується аорто-клубове або клубово-стегнове алошунтування.

159 patients with atherosclerotic occlusion of aorto-iliac-femoral segment with II, IIIA and IIIB item of chronic critical ischemia of lower extremities has been inspected. Two levels of occlusion have been distinguished: abdominal and iliac. According to the level of atherosclerotic occlusion the choice of reconstruction volume was conducted: at high and middle level of abdominal occlusion is performed resection of aorta, at low the level of abdominal aorta occlusion and at the occlusion of iliac segment is performed aorto-iliac or iliac – femoral alosunting.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Лікування хворих на облітеруючі захворювання аорти та магістральних артерій нижніх кінцівок залишається одним із важливих завдань сучасної ангіохірургії [1;2]. На даний час залишається проблематичним питання вибору об'єму реконструкції атеросклеротичної оклюзії термінальної частини черевної аорти та клубово-стегнового сегмента: чітко не визначені показання до резекційних та шунтуючих методів відновлення кровотоку [3].

Мета роботи. Вибір об'єму реконструкції аорто-клубово-стегнового сегмента в залежно від структурно-гемодинамічної оклюзії термінального відділу черевної аорти.

Матеріали і методи. У клініці судинної хірургії ТДМА із 1999 р. по 2003 р. знаходилося на стаціонарному лікуванні 159 хворих із атеросклеротичною оклюзією аорто-клубово-стегнового сегмента у віці від 49 до 71 р., середній вік хворих становив 64,1±4,2 роки. У більшості

пацієнтів було встановлено IIIA-Б ст., а у 21 пацієнта – II ст. хронічної критичної ішемії (II Європейський консенсус із питань хронічної критичної ішемії нижніх кінцівок, 1999 р.).

Обстеження, окрім загальноклінічних методів, включало проведення аортографії рентгенологічним апаратом “Chiralux-2” та ультразвукової доплерографії ультразвуковим апаратом ALOKA SSD – 2000.

Результати досліджень та їх обговорення. За результатами проведеної ангіографії виділено атеросклеротичну оклюзію термінального відділу черевної аорти та оклюзію клубово-стегнового сегмента.

Оклюзію термінального відділу черевної аорти за протяжністю розділено на три рівні: високий, середній та низький. До високого рівня оклюзії черевної аорти віднесено випадки з оклюзією термінальної частини черевної аорти на рівні ниркових артерій або нижче останніх не більше, ніж на 2 см – 5 (3,14 %) пацієнтів.

До середнього рівня оклюзії черевної аорти віднесено випадки із поширенням атеросклеротичного процесу проксимальніше нижньої брижової артерії – 11 (6,92 %) спостережень.

До низького рівня оклюзії термінального відділу черевної аорти віднесли випадки із оклюзійно-стенотичним процесом, що поширюється дистальніше нижньої брижової артерії із захопленням зони біфуркації черевної аорти – 10 (6,23 %) спостережень.

Також виділено 4 типи атеросклеротичної оклюзії клубово-стегового сегмента. До першого типу віднесено оклюзію на рівні обох загальних клубових артерій – 45 (28,30 %) спостережень. Атеросклеротичне ураження на рівні зовнішніх клубових артерій – 37 (23,27 %) випадків – віднесли до другого типу оклюзії. Третій тип характеризувався оклюзією різних рівнів клубових артерій – 29 (18,24 %). Четвертий тип – атеросклеротичне ураження на рівні загальних стегових артерій – 22 (13,84 %).

Для відновлення магістрального кровотоку при атеросклеротичній оклюзії черевного відділу аорти та клубових артерій застосовується аорто-клубове і аорто-стегове алопротезування або шунтування. Принципове значення має той факт, що при застосуванні шунтування зберігається кровобіг в системі колатералей ураженої атеросклеротичним процесом судини.

При атеросклеротичній оклюзії черевного відділу аорти (високий і середній рівень оклюзії) виконано 16 резекцій аорти. Залежно від рівня оклюзійного процесу клубових артерій дистальні анастомози формували на рівні загальних клубових артерій (3), зовнішніх клубових артерій (5), а при оклюзії загальних, зовнішніх, внутрішніх клубових артерій методом вибору було біфуркаційне аорто-стегове алошунтування (протезування) (6). В ряді випадків різний рівень оклюзійного процесу на клубових сегментах вимагав формування дистальних анастомозів на різних рівнях (2) клубово-стегового артеріального русла.

Особливу увагу слід приділити відновленню кровотоку по внутрішній клубовій артерії. Саме з її допомогою здійснюється не тільки колатеральний кровобіг нижніх кінцівок, але і кровопостачання органів малого таза. Враховуючи вказані обставини та при наявності умов – прохідність дистального артеріального русла – дистальний анастомоз алопротеза

формується на рівні біфуркації загальної клубової артерії, де викроюється майданчик овальної форми із гирлом внутрішньої клубової артерії (4).

При неможливості здійснити вищеописану операцію слід провести імплантацію внутрішньої клубової артерії у дистальні бранші алопротеза. В переважній більшості реплантація здійснюється до включення бранші в кровобіг. Внутрішню клубову артерію легко виявити на задній стінці малого таза, відступивши 3–5 см від біфуркації аорти. Гирло артерій перев'язується і, відступивши на 5 мм дистальніше її гирла, артерія відсікається. В бранші синтетичного протеза на його боковій стінці створюється отвір, який відповідає діаметру внутрішньої клубової артерії. Анастомоз формується за типом кінець внутрішньої клубової артерії у бік протеза.

Нижню брижову артерію перев'язували в разі її малого діаметра (<3мм) та наявності хорошого ретроградного кровотоку. В інших випадках, особливо при виключенні з кровотоку внутрішніх клубових артерій, а особливо лівої внутрішньої клубової артерії, необхідно відновити кровобіг по нижній брижовій артерії шляхом її реплантації у загальну (3) чи ліву браншу (4) біфуркаційного алопротеза.

Показанням до аорто-клубового або аорто-стегового шунтування є оклюзія термінальної частини аорти (низький рівень оклюзії черевної аорти) або ж оклюзія початкового сегмента загальних клубових артерій. В переважній більшості випадків при таких оперативних втручаннях нижня брижова артерія не попадає в зону формування анастомозу на передній стінці черевної аорти із алопротезом, але ревізію її прохідності провести необхідно.

Особливу увагу слід звернути на спосіб формування анастомозу між аортою і алопротезом. Для створення оптимальних умов функціонування та попередження розвитку аневризму анастомозу розсічення передньої стінки аорти здійснюється у вигляді повздовжнього овалу, поперечний діаметр якого відноситься до розміру аорти як 1:2,5, а поздовжній до поперечного – як 2:1. Вказані параметри анастомозу між аортою та алопротезом, сформованого за типом “кінець в бік”, наближають показники гемодинаміки в ділянці анастомозу до контрольних по термінальному відділу аорти.

При атеросклеротичній оклюзії термінального відділу аорти, залежно від поширеності процесу на артеріальне русло клубового сегмента виконано ендартеректомію із термінальної частини черевної аорти (2), ендартеректомію із термінальної частини аорти і проксимальних відділів загальних клубових артерій (1), аорто-біфеморальне алошунтування із відновленням кровотоку по внутрішніх клубових артеріях (3), аорто-бізовнішньоклубове алошунтування (2), аорто-феморальне і зовнішньоклубове (контрлатеральне) алошунтування (1).

Кальциноз атеросклеротичних бляшок викликає труднощі при проведенні реконструктивних операцій. І в ряді випадків, при неможливості сформувати проксимальний анастомоз та обійти зону кальцинозу, необхідно відмовитись від проведення відновних операцій на магістральних артеріях. В 1 випадку атеросклеротичної оклюзії термінального відділу черевної аорти, кальцинозі із поширенням процесу на загальні клубові артерії було виконано аорто-біфеморальне алошунтування. При вказаній ситуації анастомозування браншів алопротеза із стегновими артеріями здійснюється за типовою методикою – “кінець в бік”, а з'єднання аорти із основною браншею алопротеза – за спеціальною методикою: створюється муфта із алопротеза для зміцнення стоншеної стінки термінальної частини черевної аорти після ендартеректомії.

Атеросклеротична оклюзія клубового сегмента I типу (43), оклюзія загальних клубових артерій, вимагає проведення реконструктивних операцій, які дали б можливість одночасно відновлювати кровотік не тільки по клубово-стегновому артеріальному руслу, але і по внутрішній клубовій артерії. Із вказаною метою проведено аорто-бізовнішньоклубове алошунтування з формуванням дистального анастомозу на рівні біфуркації загальної клубової артерії (17), аорто-біфеморальне алошунтування (11) із реплантацією внутрішніх клубових артерій в бранші алошунта (5). У 7 спостереженнях проведено одночасно ендартеректомію із обох загальних клубових артерій з прослідкованим хорошим ретроградним кровотоком із гирла внутрішніх клубових артерій.

В 3 спостереженнях виконано бізагальноклубове-біфеморальне алошунтування. Основною метою запропонованої операції є одночасне відновлення кровотоку по внутрішніх клу-

бових артеріях і клубово-стегнових сегментах. Операція здійснюється наступним методом: після розсічення термінальної перегородки черевної аорти та продовження розрізу по внутрішньо-задній поверхні обох загальних клубових артерій до гирла внутрішніх клубових артерій проводиться формування задньої стінки бізагальноклубового анастомозу із наступним формуванням на передній стінці анастомозу із основною браншею алопротеза за типом “бік в кінець”. Виконані таким способом операції мають ряд переваг, серед яких слід відмітити те, що відпадає потреба проводити анастомозування, імплантацію внутрішніх клубових артерій із браншами алопротеза; можливість при необхідності провести ендартеректомію із гирла внутрішньої клубової артерії.

При другому типі оклюзії клубового сегмента (37), атеросклеротична оклюзія на рівні зовнішніх клубових артерій, проведено двобічне лінійне загальноклубово-стегнове алошунтування (14). При формуванні проксимального анастомозу є можливість провести ревізію гирла внутрішньої клубової артерії і при необхідності здійснити ендартеректомію.

В 11 спостереженнях виконано ендартеректомію із обох зовнішньоклубово-стегнових сегментів. Застосована ультразвукова ендартеректомія.

В 9 спостереженнях виконано аорто-біфеморальне алошунтування, а у 3 випадках – лівобічне загальноклубово-біфеморальне алошунтування. Недоліком останнього способу алошунтування є те, що права бранша алопротеза проходить над зовнішньою клубовою веною, що може сприяти розвитку пролежня венозної стінки. До позитивних особливостей слід віднести те, що операція виконується із лівобічного заочеревинного доступу за Робом, немає потреби виділяти термінальний відділ черевної аорти та праву загальну клубову артерію. Останнє значно зменшує час проведення хірургічного втручання, тому проведення даної операції показане у пацієнтів із вираженою супровідною патологією.

Третій тип оклюзії клубового сегмента (29) характеризується різним рівнем оклюзії атеросклеротичного ураження клубових артерій. І залежно від втягнення в процес внутрішньої клубової артерії або ж збереження її прохідності проводиться вибір об'єму реконструкції. Серед них

найчастіше виконується операція аорто-зовнішньоклубового алошунтування з однієї сторони і контрлатеральне стегнове алошунтування із реплантацією внутрішньої клубової артерії. Нерідко використовується лінійне аорто-(клубово)-стегнове алошунтування із ендартеректомією контрлатерального клубового сегмента.

Що ж стосується четвертого типу оклюзії (22 спостереження), оклюзія проксимального рівня загальної стегнової артерії (термінальний відділ зовнішньої клубової артерії), то характер оклюзії вимагає проведення зовнішньоклубово-стегнового шунтування (15) або проведення ультразвукової ендартеректомії (7). Слід тільки вказати, що адекватне хірургічне втручання повинно виконуватись на обох нижніх кінцівках одночасно.

Для забезпечення успіху реконструктивних операцій має значення вибір оптимального виду дистального анастомозу. Анастомозування алопротеза із загальною стегною артерією ("кінець-в-бік" або "кінець-в-кінець") визначається станом самої загальної стегнової артерії. При відсутності показань до ендартеректомії із останньої доцільним є формування анастомозу алопротеза із стегною артерією за типом "кінець-в-бік". Подібний вид анастомозування набуває особливо важливого значення при забезпеченні прохідності зовнішньої і внутрішньої клубових артерій. Саме при вказаній ситуації зберігається ретроградний кровобіг в систему судин внутрішньої клубової артерії.

Дистальні анастомози "кінець-в-кінець" із загальною стегною артерією будуть виконувати свою функцію в тому випадку, коли перед включенням артерії в кровобіг буде проведено її дезоблітерацію. В таких випадках загальна стегнова артерія пересікається на 1-1,5см проксимальніше гирла глибокої артерії стегна. Виконується ендартеректомія з біфуркації загальної стегнової артерії, яка з'єднується із трансплантантом "кінець-в-кінець". Дезоблітерація загальної стегнової артерії, і, особливо, початкових відділів глибокої і поверхневої стегнової артерії під контролем зору можлива тільки при

еверсійному варіанті ендартеректомії. Дезоблітерація біфуркації загальної стегнової артерії може бути виконана і через повздовжній розріз перед формуванням анастомозу.

При поширенні оклюзії на поверхневу стегнову артерію основним шляхом реваскуляризації кінцівки залишається глибока артерія стегна. Один із способів включення її в кровобіг – включення артерії в кровобіг через загальну стегнову артерію без будь-якої реконструкції її біфуркації. При необхідності проведення ендартеректомії з гирла глибокої артерії стегна виконується еверсійним методом після резекції загальної і поверхневої стегнових артерій. При цьому дистальний анастомоз із глибокою артерією стегна формується "кінець-в-кінець".

Для розширення гирла глибокої артерії стегна і проксимальної частини її основного стовбура можна сформувати артеріальний клапоть на ніжці, утворений із висіченої і ендартеректомованої поверхневої стегнової артерії.

При облітерації зовнішньої та внутрішньої клубових артерій доцільним є анастомозування протеза із загальною стегною артерією за типом "кінець-в-бік". При цьому нижня третина артеріотомного розрізу повинна проходити над біфуркацією загальної стегнової артерії. Останнє дає можливість провести, при необхідності, ендартеректомію із гирла глибокої артерії стегна. При облітерації поверхневої стегнової артерії артеріотомний розріз продовжується на початковий відділ глибокої артерії стегна, що дає можливість формувати глибокостегновий анастомоз за типом кінець алопротеза у бік артерії.

Висновки. При високому та середньому рівнях атеросклеротичної оклюзії термінального відділу аорти для відновлення кровотоку необхідно виконувати резекцію, а при низькому рівні атеросклеротичної оклюзії термінального відділу аорти та при оклюзії клубового сегмента виконуються шунтуючі операції.

При реконструкції аорто-клубового сегмента необхідно включати в кровобіг внутрішню клубову артерію.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ващенко М.А. Хирургия окклюзий брюшной аорты и магистральных артерий нижних конечностей. – Киев – 1999. – С 19.
2. Сухарев И.И., Дрюк Н.Ф., Ващенко М.А. и др. Хирургическое лечение "многоэтажной" окклюзии брюшной части аорты, подвздош-

- ных артерий // Клиническая хирургия. – 1994. – №4. – С. 35-38.
3. Сухарев И.И., Никульников П.И., Ващенко М.А. и др. Реконструктивная хирургия магистральных сосудов. Итоги работы за 25 лет // Клин. Хирургия. – 1997. – № 3 – 4. – С. 18 – 21.

УДК 617.55-089 616.34-008.8-093/-097

Сучасні підходи до проблеми гострої обструкції ободової кишки

В.Ф. САЄНКО, Л.С. БІЛЯНСЬКИЙ, А.С. ЛАВРИК

Інститут хірургії та трансплантології АМН України

СкNTEMPкRARYAPRкACHESTкPRкBLEMкFACUTEСкLкNкBSTRUCTIкN

V.F. SAYENKO, L.S. BILANSKY, A.S. LAVRYK

Institute of Surgery and Transplantology of AMS of Ukraine

Проведено ретроспективний аналіз результатів лікування 204 хворих на гостру непрохідність ободової кишки (ГНОК), за період з 1985 по 2004 роки. Середній вік хворих – 67 років. Порівняли традиційну методику лікування в два етапи з впровадженою в клініці методикою первинно-відновних хірургічних втручань, яка передбачає застосування комплексу профілактичних засобів (КПЗ) для захисту слизового кишкового бар'єру та формування первинного анастомозу. Для порівняння якості застосованого методу лікування проведено аналіз мікроекології товстої та тонкої кишок до і після КПЗ. Ефективність лікувальної тактики встановлено за допомогою визначення концентрації імуноглобулінів у вмісті тонкої кишки в нормальних умовах та при декомпенсованій непрохідності товстої кишки. Одночасно визначався стан антиоксидантної системи кишечника шляхом визначення рівня відновленого глутатіону у вмісті тонкої кишки та в сироватці периферійної крові. Показано, що показник рівня відновленого глутатіону у периферійній крові нижче 50 мкмоль/л є показанням до проведення КПЗ. Застосування КПЗ при лікуванні ГНОК дозволяє завершити оперативне втручання формуванням первинного анастомозу та значно знизити показники ускладнень та летальності.

The retrospective analysis of treatment of 204 patients with acute colon obstruction (ACO) from 1985 to 2004 was carried out. Average patients' age was 67 years. Routine two-stage and one-stage methods of surgical treatment were compared. The one-stage method foresees the complex of preventive measures for intestinal barrier function protection and primary anastomosis formation. Microbiological pattern of small bowel and colon following ACO, immunoglobulins and reduced glutathione concentration in the intestinal content and peripheral blood were investigated. It was proved that reduced glutathione concentration in the peripheral blood less than 50 $\mu\text{mol/l}$ needs a complex of preventive measures to be used. This complex allows to complete the operation with primary anastomosis formation and to reduce considerably the indices of complications and mortality.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Незважаючи на успіхи в лікуванні хворих на рак ободової кишки, безпосередні та віддалені наслідки лікування обструктивної карциноми залишаються незадовільними: післяопераційна летальність сягає 23-57,2 %, п'ятирічне виживання – 28-33 % [1, 2].

В добре розвинутих хірургічних центрах рівень летальності сягає 10-20 %. Серед головних післяопераційних ускладнень є гнійно-септичні, які розвиваються у 50-80% хворих. Їх частка у структурі післяопераційної летальності складає від 42 до 78%. Хірургічне лікування хворих на ГНОК з низьким операційним ризиком можливо тільки у 3% випадків. Кровотечі, перфорації та тяжка інтоксикація можуть призвести до зростання летальності до 14-47 % [1, 3, 8].

Окремі аспекти проблеми обструктивного

раку ободової кишки продовжують обговорюватись у спеціальній літературі. Так, одним з досі нерозв'язаних питань є оцінка операційного ризику хірургічного лікування хворих на гостру непрохідність ободової кишки (ГНОК), а саме, спосіб завершення оперативного втручання. Традиційна операція Гартмана, яка є альтернативою класичної методики операцій в три етапи є найбільш частим оперативним втручанням, яке використовується в невідкладній хірургії. В той самий час кожна хірургічна клініка, враховуючи свої можливості, потребує раціональної оцінки операційного ризику, як одного із способів визначення індивідуалізованої тактики лікування хворих на обструктивний рак ободової кишки. Крім того, одним з найважливіших питань в цій проблемі є "онкологічна радикальність" [5, 6, 8].

Мета роботи – покращення результатів лікування хворих на гостру непрохідність обоюдої кишки шляхом вивчення особливостей порушення стану кишкового бар'єру, розвитку ендогенної інтоксикації та впровадження патогенетично обґрунтованих методів лікування.

Матеріали і методи. Клінічний досвід базується на ретроспективній оцінці результатів лікування 204 хворих на ГНОК, які лікувались в клініці хірургії стравоходу, шлунка та кишечника інституту хірургії та трансплантології АМН України з 1985 по 2004 рік. Вік хворих від 37 до 76 років (середній вік 67 років). Проведено порівняльну оцінку традиційної методики лікування в два етапи з впровадженою в клініку методикою первинно-відновних хірургічних втручань [4, 5, 9]. Остання передбачає застосування комплексу профілактичних засобів (КПЗ) для захисту слизового кишкового бар'єру з формуванням первинного анастомозу.

Хворі були розподілені на три групи: I групу склали 122 хворих, котрі лікувались з 1985 по 1995 рік за стандартною методикою лікування в два етапи; II групу – 50 хворих за період з 1995 по 1999 рік, які лікувались за методикою одноетапних втручань без застосування ентеральної терапії; III групу – 32 хворих за період з 2000 по 2004 рік, які лікувались з приводу занедбаних форм ГНОК за методикою одноетапних первинно-відновних втручань із застосуванням ентеральної терапії за наведеною схемою.

Вивчено видовий та кількісний склад мікрофлори від проксимальних до дистальних відділів тонкої кишки шляхом проколу кишки, чи відсмоктування її вмісту через зонд до та після ортоградного промивання кишечника.

КПЗ включав промивання тонкої та товстої кишок сольовим розчином, селективну деконтамінацію кишечника (СДК) під час операції, проведення внутрішньокишкової терапії (ВКТ) в ранньому післяопераційному періоді протягом 3 діб.

Склад сольового розчину, який завдяки співвідношенню компонентів є ізоосмолярним, розроблено в клініці інституту хірургії та трансплантології шляхом експериментального вивчення складу компонентів та їх впливу на сли-

зову оболонку кишечника, після чого впроваджено в клінічну практику. У представленому дослідженні проведено порівняльний аналіз зазначеного розчину з найбільш поширеними у вітчизняних та закордонних клініках, а саме, фізіологічним розчином кухонної солі та 0,1 % розчином бетадину. Якість промивання кишечника оцінювалась шляхом визначення концентрації мікроорганізмів у промивних водах за формулою кліренсу А.І.Струкова (1985 рік)

$$K = \frac{C_1 - C_2}{C_1} \times 100\%$$

де C_1 – концентрація мікроорганізмів (lg КУО/мл) до промивання, C_2 – концентрація мікроорганізмів (lg КУО/мл) після промивання кишечника.

Склад розчину для промивання: NaCl – 7,2 г, KCl – 61 г, NaHCO₃ – 5,6 г, H₂O – 10 л. Проведено оцінку впливу розчинів, а саме: фізіологічного розчину, бетадину у концентрації 1/100 та запропонованого.

СДК під час операції виконувалась за схемою: гентаміцин (3мг/кг добу), метронідазол (1,5 г/добу, тобто 100 мл стандартного розчину на одне введення), ністатин (1-3 г/добу) у просвіт кишки.

Всім хворим для проведення КПЗ виконувалась проксимальна інтубація кишечника до рівня проксимальних відділів голодної кишки зондом товщиною 6 мм з внутрішнім діаметром 4 мм. Отвори у зонді розташовувались на протязі 50 см від дистального кінця. Після завершення інтубації проксимальний отвір сягав початкового відділу голодної кишки, а дистальний – рівня 40-60 см від зв'язки Трейтца. СДК в ранньому післяопераційному періоді проводилась через вказаний зонд.

Для проведення СДК після операції до зазначеного промивного розчину додавалось 100 мл 1 % глютамінової кислоти, таким чином, загальний об'єм розчину складав 200 мл. Протягом 3 діб проводилась дрібна СДК, яка ґрунтувалась на тому, що в зв'язку з післяопераційним парезом кишечника тривале закриття зонду може призвести до підвищення внутрішньокишкового та внутрішньочеревного тиску. Зазначений розчин вводився протягом 1 години, витримувалась експозиція протягом 2 годин, після чого зонд відкривали для вільного стікання кишкового вмісту. Таке дрібне промивання проводилось 3 рази на добу. Почина-

ючи з четвертої доби дрібне промивання закінчувалось і починалось внутрішньо-кишкове зондове харчування збалансованими харчовими сумішами.

Для порівняння якості застосованого методу лікування ми провели порівняльний аналіз мікроекології товстої та тонкої кишок до і після КПЗ. Ефективність лікувальної тактики встановлено за допомогою визначення концентрації імуноглобулінів у вмісті тонкої кишки

в нормальних умовах та при декомпенсованій непрохідності товстої кишки. Одночасно визначалась антиоксидантна система кишечника шляхом визначення рівня відновленого глутатіону у вмісті тонкої кишки та в сироватці периферійної крові.

Результати досліджень та їх обговорення. Концентрацію імуноглобулінів у просвіті тонкої кишки при занедбаних формах непрохідності товстої кишки представлено у таблиці 1.

Таблиця 1. Концентрація імуноглобулінів у просвіті тонкої кишки залежно від строків непрохідності ободової кишки

Ig мг/100мл	Строки дослідження							
	контроль	під час операції	без застосування ВКТ (n=50)			з застосуванням ВКТ (n=32)		
			I доба	II доба	III доба	I доба	II доба	III доба
G	35,0	688,22 ± 8,33	2,77 ± 0,23	3,11 ± 0,33	8,33 ± 0,51	8,72 ± 0,52	11,45 ± 1,56	15,12 ± 0,98
A	28,2	99,22 ± 0,89	3,56 ± 0,44	7,42 ± 0,55	13,02 ± 0,99	10,23 ± 0,66	14,22 ± 0,65	20,02 ± 0,77
M	-	38,77 ± 1,19	1,78 ± 0,08	-	-	-	-	-
SIgA	19,30-23,20	6,5 ± 0,34	0,22 ± 0,01	2,89 ± 0,13	8,22 ± 0,66	3,66 ± 0,44	5,67 ± 0,43	12,54 ± 0,78

Як свідчать дані, наведені в таблиці, у хворих з занедбаними формами ГНОБ протягом перших двох діб після операції у випадках, коли не застосувалась ВКТ, концентрація IgG у вмісті тонкої кишки знижувалась в 11-12 разів, IgA – в 4-8 разів порівняно з контрольними величинами. При цьому протягом першої доби після операції визначались тільки сліди секреторного імуноглобуліну A (SIgA) в хімісі. Протягом другої та третьої діб після операції концентрація SIgA поступово збільшувалась і на третю добу була майже в 3 рази нижчою за верхню границю контролю.

За умови використання інтраопераційної ВКТ за наведеною схемою, вже протягом першої доби після операції показники IgG та IgA досягали концентрації показників третьої доби у групі хворих, які не отримували ВКТ. На третю добу після операції концентрація IgA була лише в 2 рази нижчою порівняно з контрольною, а IgG – в 1,5 раза нижчою за контрольну. Концентрація SIgA у хворих, яким проводилась ВКТ, на третю добу була в 1,9 раза нижчою за верхню границю контролю.

Одночасно з оцінкою стану імунної системи тонкого кишечника вивчалась динаміка змін мікроекології, рівня відновленого глутатіону (ВГ) у просвіті кишки та периферійній крові.

Вивчення мікроекології голодної кишки при декомпенсованих формах непрохідності товстої кишки показало, що середня концентрація аеробних бактерій в ній сягає 10^{10} КУО/мл, а у здухвинній – 6×10^{10} КУО/мл, анаеробних мікроорганізмів – 8×10^7 КУО/мл, здухвинній – 5×10^9 КУО/мл, що майже співпадає зі складом мікрофлори товстої кишки.

Показник рівня відновленого глутатіону у вмісті голодної кишки в нормальних умовах складає за нашими даними $140,34 \pm 2,55$ мкмоль/л. При занедбаних формах непрохідності товстої кишки його рівень знижувався до $70,32 \pm 3,11$ мкмоль/л. На третю добу після ліквідації непрохідності без застосування ВКТ концентрація ВГ становила $82,34 \pm 2,12$ мкмоль/л, а після застосування – $118 \pm 2,32$ мкмоль/л.

При вказаних показниках концентрації мікроорганізмів у голодній кишці рівень ВГ у сироватці периферійної крові сягав $33,48 \pm 4,32$ мкмоль/л (нормальні показники рівня ВГ за нашими даними складають $99,33 \pm 2,44$ мкмоль/л). У випадках, коли концентрація мікроорганізмів у вмісті голодної кишки не перевищувала $10^3 - 10^6$ КУО/мл, рівень ВГ ніколи не зменшувався нижче 50 мкмоль/л.

Таким чином, за умови непрохідності товстої кишки вона стає джерелом колонізації

здухвинної кишки, дистальні відділи якої залишаються толерантними до концентрації 10^6 КУО/мл [10]. При занедбаних формах непрохідності прогресивно розвивається колонізація голодної кишки, яка при показниках $10^6 - 10^7$ КУО/мл стає чинником зниження її імунного захисту, а також факторів антиоксидантної системи. Це призводить до порушення стану проникності кишкової стінки, розвитку бактеріальної транслокації. Показником порушення стану антиоксидантної системи кишечника є зниження рівня ВГ нижче 50 мкмоль/л, що може слугувати показанням до проведення КПЗ.

Порівняння складу розчинів, які застосовуються для промивання кишечника показало, що головним завданням таких сумішей є не тільки значне зниження концентрації патогенних мікроорганізмів у просвіті кишки, а й лагідна дія на слизову оболонку, яка потерпає внаслідок надмірної колонізації [11, 12, 13]. Такого ефекту, за нашими даними, вдається досягти при застосуванні запропонованого сольового розчину, що продемонстровано в таблиці 2.

Аналіз клінічного матеріалу, відображений у таблиці 3, показав, що при застосуванні традиційної методики хірургічного лікування ГНОК в два етапи респіраторні ускладнення сягають 41,6 %, нагноєння 52 %, а показники летальності – 10%. Застосування методики промивання кишечника під час оперативного втручання дозволяє знизити рівень зазначених показників до 27,7 %, 22,5 % та 8 % відповідно. В той же час, впровадження КПЗ ще більше покращує результати лікування, знижуючи вказані показники відповідно до 15,7 %, 17 % та 5 %, та дозволяє домогтися більш ранньої активної перистальтики кишечника на четверту добу, що є чи не найбільш суттєвим моментом у лікуванні хворих на ГНОК. Не менш важливою є проблема загальної тривалості перебування у стаціонарі та якості життя хворих. Так, після операції Гартмана загальна тривалість лікування з урахуванням відновного етапу сягає 63 днів; при використанні методики промивання кишечника під час оперативного втручання вона знижується до 19,4, а при застосуванні КПЗ – 13,5 %.

Таблиця 2. Ефективність застосування різних розчинів для промивання кишечника під час операції

Об'єкт дослідження - промивні води	Частота виявлення (%)				Концентрація мікроорганізмів (lgКУО/мл) $p < 0.001$				Кліренс (в %)	
	до санації		після санації		до санації		після санації		аероби	анаероби
	аероби	анаероби	аероби	анаероби	аероби	анаероби	аероби	анаероби		
Фізіологічний розчин	100	63,7	18,7	10,3	9,86±0,24	7,54±0,36	4,06±0,34	4,21±0,28	58,8	44,2
Бетадин	100	68,3	9,2	6,4	9,71±0,32	7,62±0,28	3,57±0,28	3,63±0,37	63,23	52,4
Сольовий розчин клініки	100	66,4	5,4	1,03	9,67±0,42	7,56±0,32	2,74±0,25	1,17±0,28	70,7	84,98

Таблиця 3. Результати лікування хворих на ГНОК

Показник	Традиційна методика в два етапи, n=122	Первинно-відновні втручання, n=82	
		без КПЗ, n=50	з застосуванням КПЗ, n=32
Респіраторні ускладнення	41,6 %	27,7 %	15,7 %
Нагноєння	52 %	22,5 %	17 %
Померло	10 %	8 %	5 %
Активна перистальтика (доба)	6,6 ±1,3	5 ±0,8	4 ±0,5
Відновлення складу флори (доба)	14 ±2	9 ±1,2	8 ±0,7
Середнє тривалість лікування (доба)	63 ±3	19,4 ±2,3	13,5 ±1,2

Висновки. 1. Надмірна колонізація проксимальних відділків тонкої кишки при ГНОК до показників $10^6 - 10^7$ КУО/мл стає чинником зниження її імунного захисту, а також факторів антиоксидантної системи.

2. Показник рівня відновленого глутатіо-

ну у периферійній крові нижче 50 мкмоль/л є показанням до проведення КПЗ.

3. Застосування КПЗ при лікуванні ГНОК дозволяє завершити оперативне втручання формуванням первинного анастомозу, значно знизити показники ускладнень та летальності.

ЛІТЕРАТУРА

1. Воробьев Г.И., Тотиков В.З. Хирургическая тактика при обтурационном нарушении проходимости ободочной кишки // Хирургия. – 1993. – № 5. – С. 47-52.
2. Матвійчук Б.О. Детермінанти прогнозу у хворих на обструктивний рак ободової кишки // Науковий вісник Ужгородського університету, серія “Медицина”, вип.14. – 2001 – С. 21-23.
3. Фомін П.Д., Заплавський О.В., Беляєв-Бельський О.Б. та ін. Результати оперативного лікування обтураційної товстокишкової непрохідності ракової природи // Науковий вісник Ужгородського університету, серія “Медицина”, вип. 14. 2001. – С. 49-51.
4. Arrigoni A., Pennazio M., Spandre M., Rossini F.P. //Emergency endoscopy: recanalisation of intestinal obstruction caused by colorectal cancer. Gastrointestinal Endoscopy – 1994. –№ 40. – P. 576 – 580.
5. Dudley H.A.F., Radcliffe A.G., Mc Geehan D.// Intraoperative irrigation of the colon to permit primary anastomosis. Br. G. Surg. – 1980. – № 2. – P. 80-81.
6. Gebhardt C., Meyer W., Schultheis K.H.: Diffrenzierte chirurgische Therapie des Dickdarmileus // Caduceus news.- april 1998. – Jahrgang. № 1. – P. 1- 4.
7. Gebhardt C., Shultheis K.H., Ott R. Chirurgische Diffrentialtherapie des Dickdarmileus // Zentr. bl. Chir. – 1990. – №115. – P. 77-88.
8. Gullino D., Giordano O., Chione S. et al. The single-stage surgery of neoplastic colorectal occlusion: The experience of 133 cases // Minerva Chir. – 1999, №54. – P. 37-47.
9. Maxwell R. A., Fabian T.C., Current management of colon trauma World J. Surg. – 2003. – 27. – P. 632-639.
10. Reynolds J.V.Gut barrier function in the surgical patient // British Journal of Surgery. – 1996. – №83. – P. 1668-1669.
11. Scotia Study Group: Single-stage treatment for malignant left-side colonic obstruction: a prospective randomized clinical trial comparing colectomy with segmental resection following intraoperative irrigation. 1995. – Br. G. Surg. №82. – P. 1622-1627.
12. Sjudahl R., Francen T., Nystrem P.O.: Primary versus staged resection for acute obstructing colorectal carcinoma.: Br.J.Surg. – 1992. – № 79. – P. 685-688.
13. Tejero E., Mainar A., Fernandes L. Tobio R., De Gregorio M.A.: New procedure for the treatment of colorectal neoplastic obstructions. Dis. Col Rectum. – 1994. – №37. – P. 1158-1159.

Технічні особливості реімплантації великого дуоденального сосочка при ускладнених юкстапапілярних виразках

П.Д. ФОМІН, Є. М. ШЕПЕТЬКО, М.В. ЩЕРБИНА, О.В. ЗАПЛАВСЬКИЙ, О.Є. ШЕПЕТЬКО, С.А. ГУМЕНЮК, А.В. СМЕРЕКА

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця.

TECHNICAL PECULIARITIES OF REIMPLANTATION OF THE MAJOR DUODENAL PAPILLA AT COMPLICATED JUXTAPAPILLARY ULCERS

P.O. FOMIN, Y.M. SHEPETKO, M.V. SCHERBYNA, O.V. ZAPLAVSKIY, O.Y. SHEPETKO, S.A. HUMENIUK, A.V. SMEREKA

National Medical University by O.O. Bohomolets

Оперовано 243 хворих з ускладненими постбульбарними (199) та юкстапапілярними (44) дуоденальними виразками. При юкстапапілярних виразках пацієнти оперовані за розробленими в клініці методиками: дуоденопластика або пілоропластика з СПВ і трансдуоденальним транспапілярним дрениванням холедоха, реімплантація ВДС в дванадцятипалу або худу кишку в поєднанні з селективною ваготомією, антрумектомією та транспапілярним або трансєюнальним дрениванням холедоха. Післяопераційну летальність вдалося знизити при ускладнених постбульбарних виразках з 10,3 % до 8,4 %, а при юкстапапілярних – до 14,3 %.

243 patients with complicated postbulbar (199) and juxtapapillary (44) duodenal ulcers were operated. At juxtapapillary ulcers the patients were operated by techniques, which had been developed in our clinics: duodenoplasty or pyloroplasty with selective proximal vagotomy (SPV) and transduodenal transpapillary drainage of bile duct, reimplantation of bile papilla into duodenum or jejunum in combination with selective vagotomy, antrumectomy and transpapillary or transjejunal drainage of bile duct. It was managed to reduce postoperative mortality at complicated postbulbar ulcers from 10,3 % to 8,4 % and in patients with juxtapapillary ulcers to 14,3 %.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Юкстапапілярні виразки (ЮПВ) зустрічаються досить рідко в хірургії ускладнених дуоденальних, зокрема зацибулинних (постбульбарних) виразок (ПБВ) [1,2,4,5]. Рідкість їх виникнення і обумовлює технічні труднощі доопераційної діагностики та верифікації ЮПВ, а близькість великого дуоденального сосочка (ВДС), жовчних проток та артеріальних гілок зумовлює тяжкість ускладнень ЮПВ і складність хірургічного їх лікування [1,2,5,6,7]. Виявлення навколососочкової виразки під час оперативного втручання ставить хірурга у складне становище, вимушуючи його шукати одночасно адекватні і безпечні оперативні методики в зоні виразки, коли є загроза ушкодження жовчовивідних і панкреатичних проток із подальшим ризиком розвитку таких ускладнень, як післяопераційний панкреатит, недостатність швів анастомозу та кукси дванадцятипалої

кишки [1,2,3,5,4]. Вибір методу оперативного втручання в ургентних умовах при наявності ускладненої ЮПВ є складним завданням [4,6,7,8,9] і тому виникла необхідність у чіткій класифікації ЮПВ на основі локалізації виразки, ступеня залучення ВДС у виразковий процес, що дозволяє обрати оптимальний шлях оперативного втручання при даній локалізації виразки.

Мета дослідження: розробка технічних способів реімплантації ВДС, зниження післяопераційної летальності та зменшення кількості післяопераційних ускладнень при хірургічному лікуванні ускладнених ЮПВ.

Матеріали та методи. Об'єктом дослідження були 243 хворих з ускладненими постбульбарними виразками, з яких у 44 діагностовані юкстапапілярні виразки, ускладнені гострою кровотечею (30), перфорацією (5), пенетрацією (36) або стенозом (31).

Протягом 20-річного періоду оперовано 9 хворих (1-а група)(1983-1992рр., перший період) з застосуванням здебільшого резекції шлунка, а потім 35 пацієнтів (2-а група)(1993-2002рр.) за розробленими в клініці методиками: дуоденопластика або пілоропластика з СПВ і трансдуоденальним транспапілярним дренажуванням холедоха, реімплантація ВДС в дванадцятипалу або худу кишку в поєднанні з селективною ваготомією, антрумектомією та транспапілярним або трансєюнальним дренажуванням холедоха.

Класифікація юкстапапілярних виразок.

I. Супрапапілярна виразка – виразка, що розташована вище ВДС, так, що між нею і ВДС залишається місток слизової не менше 0,5 см.

II. Парапапілярна виразка – виразка, розташована на рівні ВДС праворуч або ліворуч на відстані не менше 0,5 см.

III. Папілярна виразка – розташована в зоні ВДС із захопленням його частини.

IV. Гігантська папілярна виразка із значною деструкцією ВДС, так що візуалізують-

ся окремо устя жовчного і панкреатичного проток.

V. Інфрапапілярна виразка – розташована нижче ВДС не менше, ніж на 0,5 см.

VI. Контрпапілярна (дзеркальна) виразка – розташована навпроти ВДС на протилежній стінці дванадцятипалої кишки.

Результати досліджень та їх обговорення.

Згідно із запропонованою класифікацією всі випадки ЮПВ були зашифровані і розподілені на відповідні групи (табл. 1). Найбільша кількість випадків припадає на супрапапілярні виразки. Але ця локалізація є найбільш сприятливою з точки зору післяопераційної летальності. Найбільша кількість летальних випадків спостерігається при парапапілярній та гігантській папілярній виразках, коли питома вага летальних випадків сягала від 33,3 до 50 %.

Враховуючи вищезгадані особливості оперативних втручань при різних локалізаціях навколососочкових виразок у 2-й досліджуваній період (1993-2002 рр.) були розроблені і впроваджені наступні методики (табл.2).

Таблиця 1. Розподіл юкстапапілярних виразок згідно із запропонованою класифікацією.

Вид навколососочкової виразки	Кількість хворих із даною локалізацією	Кількість померлих із даною локалізацією
Супрапапілярна	24 54,6 %	2
Парапапілярна	6 13,6 %	3
Папілярна	4 9,2 %	-
Гігантська папілярна	6 13,6 %	2
Інфрапапілярна	2 4,5 %	1
Контрпапілярна	2 4,5 %	-
Всього	44 100 %	8(18,2%)

Таблиця 2. Види оперативних втручань при ускладнених ЮПВ по періодах.
1 період (1993-2002 р.)

Шифр	Вид операції	Кількість оперованих	Померло
	РШ + Реімплантація ВДС у худу кишку, виключену за Брауном	1	1
	РШ + Реімплантація ВДС у худу кишку, виключену за Брауном + транспапілярне трансєюнальне дренажування холедоха + холецистостомія	1*	1
	Реімплантація ВДС у худу кишку, виключену за Ру + СВ + АЕ + транспапілярний прихований дренаж	1	
	СПВ + дуоденопластика комбінована розширююча Z-подібна	1	
	Резекція шлунка	5*	1
	Всього	9	3 (33,3%)

Примітка. * – реімплантація при релапаротомії

Таблиця 2. Види оперативних втручань при ускладнених ЮПВ по періодах.
2 період (1993-2002р.)

Шифр	Вид операції	Кількість оперованих	Померло
А	Дуоденопластика + транспапільярне трансдуоденальне кероване дренивання холедоха + СПВ	2	
Б	Пілородуоденопластика + транспапільярне трансдуоденальне кероване дренивання холедоха + тампонування кратера виразки ділянками стінки ДПК + СПВ	2	1
В	Реїмплантація ВДС у ДПК + транспапільярне трансдуоденальне кероване дренивання холедоха + АЕ + СВ	7	1
Г	Реїмплантація ВДС у ДПК + папілосфінктеропластика + транспапільярне трансдуоденальне кероване дренивання холедоха + АЕ + СВ	1	
Д	Реїмплантація ВДС у худу кишку, виключену за Брауном + транспапільярне трансєюнальне кероване дренивання холедоха + АЕ + СВ	1	1
Е	Реїмплантація ВДС у худу кишку, виключену за Брауном + роздільне транспапільярне трансєюнальне кероване дренивання холедоха і панкреатичної протоки + АЕ + СВ	1	
Ж	Реїмплантація ВДС у худу кишку, виключену за Ру + папілосфінктеропластика + транспапільярне трансєюнальне зовнішнє дренивання холедоха + АЕ + СВ	2	
З	СПВ + бульбовірсунгодуоденопластика + холецистектомія + дренаж за Піковським	1	
І	АЕ + ваготомія + зовнішнє дренивання холедоха	1	
	Ваготомія + АЕ або дуоденопластика або пілоропластика без дренивання холедоха	10 ^{2*}	1
	Резекція шлунка	7 ^{2*}	1
	Всього	35	5 (14,3%)

Примітка. СПВ – селективна проксимальна ваготомія; СВ – селективна ваготомія, ДПК – дванадцятипала кишка, АЕ – антрумектомія; РШ – резекція шлунка; * - релапаротомія.

Всього в першому періоді було прооперовано 9 пацієнтів із ускладненими ЮПВ. Домінуючим способом була резекція шлунка, яка виявилася в значній мірі неспроможною методикою при юктапапільярній локалізації виразки. Летальність склала 33,3 % (померло 3 з 9). В двох випадках вдалися до релапаротомії з летальними наслідками (одна з релапаротомій включала в себе реїмплантацію ВДС у худу кишку). У другому періоді із запровадженням нових методик оперативних втручань та адекватних заходів дренивання та післяопераційного спостереження летальність вдалось знизити до 14,3 % (померло 5 з 35). Відмітним є те, що релапаротомії у другому періоді виконувались після резекції шлунка та антрумектомії у 2-ї випадках і пілоропластики у 1-му випадку, коли ВДС виявлявся ушитим у куску дванадцятипалої кишки або виведеним з просвіту дванадцятипалої кишки.

Методики оперативних втручань при ускладнених ЮПВ.

Способи операцій при парапапільярних виразках.

Може бути виконана пілоропластика або дуоденопластика із транспапільярним трансдуоденальним дрениванням холедоха (методики А та Б). Запропонована методика дуоденопластики при юктапапільярних виразках передбачає виконання папілосфінктеропластики, транспапільярного дренивання холедоха з виведенням дренажу трансдуоденально назовні після накладання кисетного шва на стінку дванадцятипалої кишки і його затягування навколо дренажу (патент України № 31820А).

При залученні ВДС у виразковий процес при парапапільярній виразці може бути виконана реїмплантація ВДС у дванадцятипалу кишку (методика В та Г) з перитонізацією лінії швів стінкою привідної петлі худої кишки, ви-

конанням антрумектомії із селективною ваготомією, транспапільярного трансдуоденального зовнішнього керованого дренивання холедоха, накладенням страховочної зовнішньої холецисто- або холедохостомії (патент України № 23123А). Запропонований спосіб передбачає: а) реімплантацію ВДС у дванадцятипалу кишку; б) транспапільярне трансєюнальне дренивання холедоха; в) перитонізацію зони реімплантації привідною петлею худої кишки; г) формування гастроентеро- і ентероентероанастомозів, виведення трансєюнального дренажу назовні.

При парапалілярній виразці, розташованій по верхньому контуру кишки, розроблений спосіб органозберігаючої операції (методика Б), що включає ваготомію (СПВ), пілородуоденопластику із виведенням виразки і накладанням гофруючих швів при тампонуванні кратера мобілізованими частинами стінки дванадцятипалої кишки, транспапільярне трансдуоденальне зовнішнє кероване дренивання холедоха (патент України № 22940А).

Способи операцій при папільярних виразках.

При папільярному розташуванні ускладненої виразки розроблений спосіб реімплантації ВДС у дванадцятипалу (методики В, Г) або худу кишку, вимкнену за Брауном (методика Д), а при роздільному впаданні холедоха і панкреатичної протоки – у худу кишку, виключену за Брауном (методика Е), з роздільним транспапільярним зовнішнім керованим дрениванням холедоха і панкреатичної протоки (патент України № 23125А). Послідовність етапів виконання цього способу реімплантації ВДС наступна: а) роздільне дренивання холедоха і панкреатичної протоки; б) реімплантація проток у худу кишку; в) перитонізація зони реімплантації привідною петлею худої кишки; г) виведення дренажів проток у вигляді зовнішніх керованих.

Способи операцій при гігантських папільярних виразках.

При гігантських папільярних виразках розроблений спосіб операції реімплантації ВДС у дванадцятипалу кишку (методика Г) у поєднанні з папілосфінктеропластиком, транспапільярним трансдуоденальним зовнішнім керованим дрениванням холедоха, укриванням зони реімплантації привідною петлею худої кишки (патент України № 23126А). Розроблена мето-

дика включає: а) виведення виразки, антрумектомію, селективну ваготомію; б) папілосфінктеропластику, транспапільярне трансдуоденальне дренивання холедоха; в) реімплантацію ВДС у дванадцятипалу кишку; г) виведення транспапільярного трансдуоденального дренажу назовні, перитонізацію зони реімплантації привідною петлею худої кишки.

При ускладненій гігантській папільярній виразці, що супроводжується значною деструкцією Фатерового сосочка, або інтраопераційному його ушкодженні, розроблений спосіб реімплантації у виключену за Ру петлю худої кишки з папілосфінктеропластиком і транспапільярним трансєюнальним зовнішнім керованим дрениванням холедоха (методика Ж).

При інфрапапільярній виразці можливе виконання дуоденопластики з трансдуоденальним транспапільярним дрениванням холедоха (методика А), а при гігантській виразці – реімплантація ВДС в худу кишку, виключену за Брауном або за Ру з трансєюнальним транспапільярним дрениванням холедоха (методики Г, Ж).

При виявленні контрпапільярної виразки, коли розташування її дозволяє виконати органозберігаючу операцію, доцільним є виконання мостоподібної або субциркулярної дуоденопластики з доповненням її СПВ або комбінованою ваготомією при тривалому виразковому анамнезі у пацієнта та значних морфологічних змінах в зоні виразки.

Ранні післяопераційні ускладнення виникли у 16 з 44 оперованих (36,4 %). Ускладнення, що розвинулися, були різноманітними і, в значній мірі, пов'язаними із складністю оперативного втручання в ділянці ЮПВ. Провідним ускладненням внаслідок маніпуляцій в зоні підшлункової залози є післяопераційний панкреатит (8) і панкреонекроз (2), які спричинили подальший розвиток таких ускладнень, як недостатність кукси чи анастомозу (6), арозивна кровотеча з панкреас (1), перитоніт (3) та післяопераційний абсцес (2). Інша група ускладнень, що частіше розвивається на тлі тяжкої шлунково-кишкової кровотечі та геморагічного шоку включила в себе гостру серцево-судинну недостатність (2) та РДСД (2). Післяопераційна пневмонія розвинулась у 5 випадках, ТЕЛА – в 2 та гостра ниркова недостатність – також в 2 випадках.

При ускладнених навколососочкових виразках у 1-й групі (перший період) при переважному використанні резекційних методів оперативних втручань летальність склала 33,3%. Двоє хворих загинули від післяопераційного панкреатиту, та один від перитоніту на ґрунті вторинної недостатності кукси дванадцятипалої кишки, пов'язаної з розвиненим післяопераційним панкреонекрозом. Після запровадження розроблених методик оперативних втручань (2-га група, другий період) при ускладнених ЮПВ вдалось знизити до 14,3 %, тобто в 2,3 рази ($p < 0.05$). Померло 5 хворих: двоє від післяопераційного панкреатиту та перитоніту, один – від післяопераційних гнійно-септичних ускладнень, що розвинулись у зв'язку з недостатністю швів анастомозу та ще двоє внаслідок двосторонньої пневмонії, РДСД та гострої серцевої недостатності.

ЛІТЕРАТУРА

1. Асадов С.А., Салехов Я.С., Алиев Э.Э. Формирование дуоденальной культи при резекции желудка по поводу “трудных” язв двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2004. – №2. – С. 78-81.
2. Калиш Ю.И., Бурибаев Д.Г., Юлдашев Р.Ш. Выбор способа хирургического лечения кровоточащих “трудных” дуоденальных язв у женщин // Экспериментальна і клінічна медицина. – 2004. – №3. – С.136-137.
3. Зайцев В.Т., Клименко Г.А., Медведев А.Л. Операционные повреждения общего желчного и панкреатического протоков при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Клин. хирургия. – 1984. – №11. – С.29-31.
4. Курбанов К.М. Хирургическое лечение постбульбарных язв, осложненных пенетрацией в головку поджелудочной железы // Хирургия. – 1999. – №2. – С. 8-10.
5. Курыгин А.А., Тоидзе В.В. Плановая хирургия “залуковичных” язв двенадцатиперстной кишки // Вестн. хирургии. – 1989. – №7. – С.96-98.
6. Черноусов А.Ф., Ануфриев А.М., Корчак А.М., Ри Сун Хо, Степанкин С.Н. Внелуковичные язвы двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 1987. – №5. – С.42-47.
7. Bowden T.A. Jr., Hooks V.H. III, Rogers D.A. Role of Highly Selective Vagotomy and Duodenoplasty in the Treatment of Postbulbar Duodenal Obstruction // Am. J. Surg. – 1990. – V.159. – P.15-20.
8. Cotirllet A., Ivan I., Anghel R., Balcan O., Ghius D. Complicated postbulbar duodenal ulcer: the characteristics of its diagnosis and surgical technic and management // Rev.Med.Chir Soc.Med.Nat.Iasi. -1997. -Vol. 101(1-2). -P. 164-169.
9. Lee S.S., Kim M.H., Lee S.K. et al. Ectopic opening of the common bile duct in the duodenal bulb: clinical implications // Gastrointest.Endosc. – 2003. – Vol. 57(6). – P. 679-682.

Висновки. 1. Доцільно прагнути при ускладнених ЮПВ щодо застосування пілорусзберігаючої дуоденопластики із СПВ, трансдуоденальним транспапільярним дренажуванням холедоха і корекцією дуоденоєюнального переходу.

2. При гігантських ускладнених папільярних і юкстапапільярних виразках, при ураженні ВДС та пілоруса, коли пілорусзберігаюча або пілорускоригуюча пластика технічно неможлива, вважаємо раціональним удатися до реімплантації зони ВДС у дванадцятипалу або худу кишку по розроблених методиках.

3. Запропоновані способи операцій при ЮПВ у нашому розумінні вказують шляхи подолання технічних труднощів і можуть допомогти хірургам вийти з критичної інтраопераційної ситуації, врятувати життя хворого й уникнути важких післяопераційних ускладнень.

УДК 616.33/342-002.44-089.87

Модифіковані органозберігаючі та органощадні оперативні втручання при ускладнених гастродуоденальних виразках

Л.Я. КОВАЛЬЧУК, І.Я. ДЗЮБАНОВСЬКИЙ, В.І. МАКСИМЛЮК, Р.В. СВИСТУН, А.Д. БЕДЕНЮК, В.В. ШКРОБОТ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

THE UPKATED ORGAN SAVING PERATIVE MEASURES AT THE COMPLICATEK GASTRODUODENAL ULCERS

L.YA. KOVALCHUK, I.YA. DZUBANOVSKIY, V.I. MAKSIMLUK, R.V. SVISTUN, A.D. BEDENUK, V.V. SHKROBOT

Ternopol state medical university by I.Ya. Horbachevsky

На основі аналізу результатів хірургічного лікування 1594 хворих на ускладнені форми виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки обґрунтовано органозберігаючий і органощадний підхід до лікування виразкових пілородуоденальних стенозів з видаленням дилатованого сегмента тіла шлунка при декомпенсованих стенозах, розширено показання до радикальних оперативних втручань до 18 годин з моменту перфорації, доведено ефективність динамічного ендоскопічно-імунорфологічного моніторингу активності виразкового процесу з метою прогнозу продовження і рецидиву виразкової кровотечі та вибору строків операції, при виразці шлунка розроблено органощадні резекції у хворих з помірним ступенем дисплазії і розширені резекції при важкій дисплазії з онкологічних міркувань.

On the basis of the analysis of surgical treatment 1594 patients are justified by the complicated forms of a peptic ulcer of a stomach and duodenal intestine organsaving the approach to treatment of ulcerative pyloroduodenal stenoses in a combination to erosion of the stretched segment of a body of a stomach at decompensative stenoses, the observations to radical operations till 18 hours from the moment of perforation are extended, the efficiency dynamic endoscopic and immunological research of activity of the ulcerative process in prediction of prolongation of a bleeding and its relapse fixed, at a ulcer of a stomach the resections, sparing an organ, for the patients with a moderate step of a dysplasia and classical resections are developed at a serious dysplasia from the oncologic approaches.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Лікування хворих на виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки – одна з найбільш динамічних і суперечливих проблем сучасної гастроентерології [1, 3, 7]. Динамізм та еволюція тактичних підходів до вибору методів хірургічного і консервативного лікування неодноразово змінювалися в зв'язку з удосконаленням існуючих і запровадженням нових показників оцінки загальних і локальних факторів захисту і агресії в патогенезі ульцерогенезу. [2, 5].

Не дивлячись на великі успіхи медикаментозної консервативної терапії неможливо повністю відмовитися від хірургічної тактики лікування, особливо при поєднаних ускладненнях виразкової хвороби. [3, 4, 6]. Стандартними методами оперативних втручань при уск-

ладнених формах виразкової хвороби є різні модифікації органощадних резекцій шлунка з збереженням фізіологічно активного пілороантрального сегмента та органозберігаючі на основі селективної проксимальної ваготомії (СПВ) в поєднанні з дренуючими операціями, при дуоденальній локалізації виразки.

Моделювання нових та удосконалення існуючих органозберігаючих операцій на шлунку дають змогу по новому оцінити можливість класичних резекцій шлунка в світлі оцінки якості життя і покращання післяопераційних результатів [6, 8, 9, 10, 11, 12].

Матеріали і методи. Вивчали стан моторної і секреторної діяльності шлунка і дванадцятипалої кишки – іонобалонотензіокінезіографія; інфікування слизової оболонки шлунка

Нр; імуноморфологію слизової зони виразкування і зони виразкової інфільтрації за методом Кунса, внутрішньошлунковий кровобіг за Л.Я. Ковальчуком (1983, 1984 рр.); стан тканинного і загального гемостазу при кривавлячих гастродуоденальних виразках; морфологічне та морфометричне дослідження стінок шлунка і дванадцятипалої кишки. При вирішенні питання про показання до органозберігаючих і органощадних операцій з приводу ускладнених гастродуоденальних виразок враховуються ризик основного захворювання,

ефективність консервативного лікування. (табл. 1, 2). Підвищення питомої ваги планових операцій, виконаних за прямими показаннями, при хронічних ускладнених виразках, запобігає розвитку кровотечі і перфорації виразки, тобто зменшує кількість хворих, оперованих за абсолютними показаннями.

При виборі об'єму операції при ускладнених виразках враховується вік хворого, характер ускладнень, ступінь ризику операції і запобігальний вплив операції на виникнення післяопераційних розладів.

Таблиця. 1. Показання до органозберігаючих операцій на шлунку

Показання	Характер операції	Характер захворювання
Абсолютні	Невідкладні	-проривна і кривавляча дуоденальна виразка
Прямі (безпосередні)	планові	1. компенсовані і субкомпенсовані форми дуоденостенозу; 2. рецидивні дуоденальні виразки з кровотечею в анамнезі; 3. рецидивні дуоденальні виразки після зашивання проривного отвору виразки; 4. пенетруючі дуоденальні виразки при неефективності консервативної терапії з 3-4 рецидивами в рік.

Таблиця. 2. Показання до органощадних резекцій шлунка

Показання	Характер операції	Характер захворювання
Абсолютні	Невідкладні	-кривавлячі виразки шлунка I-II типів за Johnson;
Прямі (безпосередні)	планові	- декомпенсований дуоденостеноз - I-II тип виразок шлунка за Johnson за відсутністю дисплазії слизової оболонки або помірною дисплазією; - рецидиви виразки шлунка після перенесеного зашивання проривного отвору дуоденальної виразки; - рецидиви виразки шлунка після перенесеного раніше ушивання проривного отвору шлункової виразки; - гігантські дуоденальні виразки з пенетрацією в головку підшлункової залози в поєднанні з кривавлячою виразкою і дуоденостенозом.

Результати досліджень та їх обговорення. Проаналізовані результати лікування 1594 хворих. У віці 20-49 років було 57 % і у віці 50-89 років 43 % хворих. Переважали чоловіки (75,5 %). Виразка шлунка була у 630 (39,5 %), а дуоденальна виразка – у 964 (60,5 %) хворих. Тривалість виразкового анамнезу складала від 1 до 30 років. Слід також відмітити, що у хворих літнього і старечого віку розрізняють “задавнені” виразки (57%) і “власне старечі” виразки (43%). Тривалість захворювання у хворих з “задавненими” виразками в 15,8 % складала 4-5 років, в 41,7 % в 6-10 років, в 30 % – 11-20 років, в 11 % – більше 20 років. Як правило, в 73 %

випадках “задавнена” виразка локалізувалась в дванадцятипалій кишці.

Поєднані ускладнення мали місце у 45 % спостережень хворих. Із них одне ускладнення було у 45,2 %, два – 41,4 %, три – у 7,9 %, чотири – у 4,4 %.

Проведено вивчення тяжкості фізичного стану хворого, інтраопераційна характеристика зони перфорації і виразкової інфільтрації, ендогенної інтоксикації та бактеріологічні дослідження у 276 хворих з проривними гастродуоденальними виразками [9]. Виявили закономірності бактеріальної контамінації черевної порожнини в умовах перитоніту залежно від строків перфорації. При цьому, якщо з моменту перфорації

Таблиця. 3. Характер ускладнень виразкової хвороби

Характер ускладнень	ЛОКАЛІЗАЦІЯ ВИРАЗКИ		ВСЬОГО
	шлунок	дванадцятипала кишка	
ПЕНЕТРАЦІЯ	149	241	390(24,5 %)
СТЕНОЗ	140	288	428(26,9 %)
КРОВОТЕЧА	135	263	398(24,9 %)
ПЕРФОРАЦІЯ	104	172	276(17,3 %)
МАЛІГНІЗАЦІЯ	102	—	102(6,4 %)
ВСЬОГО	630	964	1594

пройшло не більше 12-16 годин, в перитонеальному ексудаті виявляється змішана аеробно-анаеробна флора в некритичній концентрації – Ig 4-5 КОЕ/г (незначна бактеріальна контамінація черевної порожнини) – інфекційний процес в черевній порожнині перебігає сприятливо. Якщо з моменту перфорації пройшло 18-24 години і більше, в перитонеальному ексудаті виявляється змішана аеробно-анаеробна флора з переважанням анаеробів, масивна контамінація Ig 6-7 КОЕ/г черевної порожнини, надмірна колонізація кишечника. Проведені дослідження дозволили розширити в часі показання до виконання радикальних оперативних втручань – тобто час з моменту перфорації не більше 12-16 годин, що необхідно передбачити у стандартах лікування даної категорії хворих.

Радикальні оперативні втручання були виконані у 258 хворих (93,8 %), при цьому в строки до 6 годин у 86 хворих (31,9 %), від 6 до 12 годин – 117 хворих (37,7 %), від 12 до 18 годин 55 хворих (21,3 %), в терміні 18-24 години – 7,3 %. Післяопераційні ускладнення після радикальних операцій відмічено у 0,94 %. Паліативні операції виконані у 6,15 % хворих.

При проривних дуоденальних виразках методом вибору є операція висічення виразки за Джадом та дуоденопластика з Таннер-Кеннеді в поєднанні з СПВ (62,3 %). Пластику ДПК здійснюємо в зоні здорових тканин, що сприяє заживленню рани кишки, створює умо-

ви для ревізії задньої стінки, з видаленням виразкового субстрату, як вогнища автоімунної агресії. Для визначення меж висічення проривної виразки застосовуємо інтраопераційно метод транслюмінації. Вважаємо, що висічення проривної виразки можна здійснити при будь-якій її локалізації і у хворих з поширеним перитонітом, що запобігає виникненню кровотеч та стенозу вихідного відділу шлунка.

При виразках шлунка віддаємо перевагу резекціям шлунка за Більрот-I (245) та корпоральним резекціям, при яких зберігається пілорантральна частина шлунка (172). Однак при істинних виразках шлунка, коли шлункові виразки супроводжуються хронічною дуоденальною непрохідністю, виконуємо корпоральну резекцію з формуванням дуоденальної кукси і дуоденоентероанастомозу (19). У 30 хворих з шлунковою локалізацією виразки була виконана сегментарна корпоральна резекція шлунка із збереженням вагусної іннервації пілорантрального сегмента і пейсмеркерної регуляції дванадцятипалої кишки (рис.1).

Дослідженнями Л.Я. Ковальчука, В.І. Максимлюка, В.В. Шкробота (1983-1989 р.) доведено, що у більшості хворих з локалізацією виразки в середній верхній третині тіла шлунка і субкардіальному відділі спостерігається різке зменшення швидкості кровообігу в слизовій оболонці тіла шлунка порівняно з фізіологічною нормою.

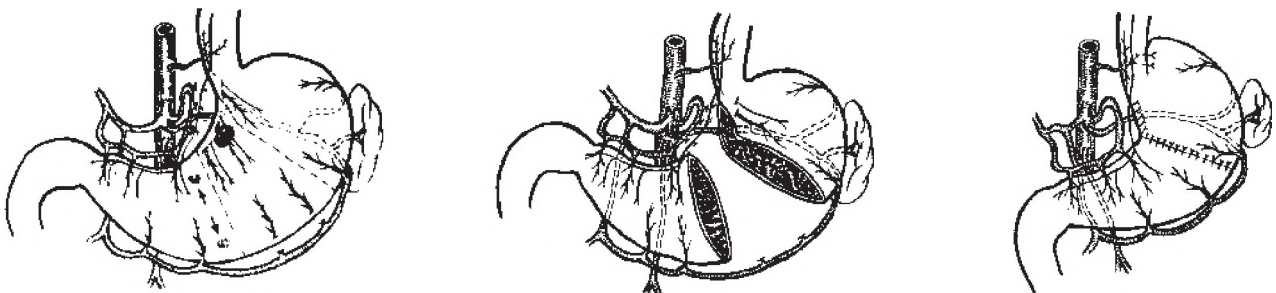


Рис. 1. Етапи сегментарно-корпоральної резекції шлунка.

При цьому значення швидкості кровообігу в ділянці великої кривизни тіла шлунка було на 36,6 % ($p < 0,001$) нижче від контролюючих цифр. Виконання у цієї категорії хворих об'ємних, високих резекцій шлунка супроводжується змен-

шенням швидкості кровообігу на 32,2 % порівняно з доопераційними величинами. Тому, у 118 із 172 хворих з виразками шлунка була виконана прицільна резекція ішемізованого сегмента шлунка за Л.Я. Ковальчуком (рис.2).

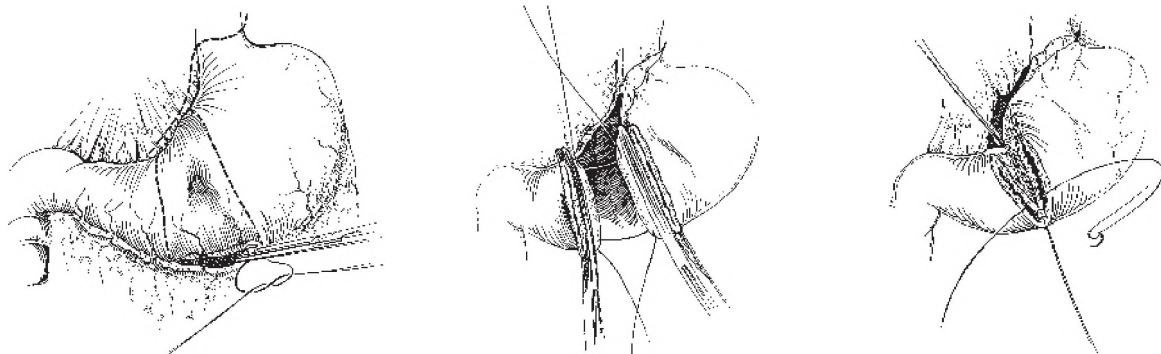


Рис.2. Прицільна резекція ішемізованого сегмента шлунка за методом Л.Я. Ковальчука

Умовами для виконання даного типу операції є: локалізація виразки в середній верхній третині тіла шлунка і субкардії на передній чи задній стінці, коли периульцерозний запальний інфільтрат не переходить на нерв Латерже, доброякісний перебіг виразкового процесу, підтверджений ендоскопічними та інтраопераційними експерс-біопсіями.

Із 964 оперованих хворих з приводу дуоденальних виразок у 246 була виконана резекція шлунка за Більрот-ІІ, у 151 – антрум-резекція за Більрот-ІІ в поєднанні з стовбуровою або селективною ваготоміями, у 135 – резекція шлунка за Б-І і у 322- селективна проксимальна ваготомія в поєднанні з пілородуоденопластиком. З них

з дуоденопластиком (161), пілоропластиком за Фінеєм (60) і Гейнеке-Микулічем (91) і гастро-дуоденоанастомоз за Джабулеєм (10).

СПВ у поєднанні з дренажною операцією доцільно виконувати хворим із дуоденостенозом у стадії компенсації і субкомпенсації, при умові задовільної моторної функції, або при гіпомоториці з наявними резервами скоротливої здатності органа в стадії декомпенсації.

СПВ із дренажною операцією в поєднанні з сегментарною корпоральною резекцією шлунка доцільно виконувати у хворих із компенсованим і субкомпенсованим стенозом і виразкою тіла шлунка, у хворих із декомпенсованим стенозом - при умові гіпомоторики

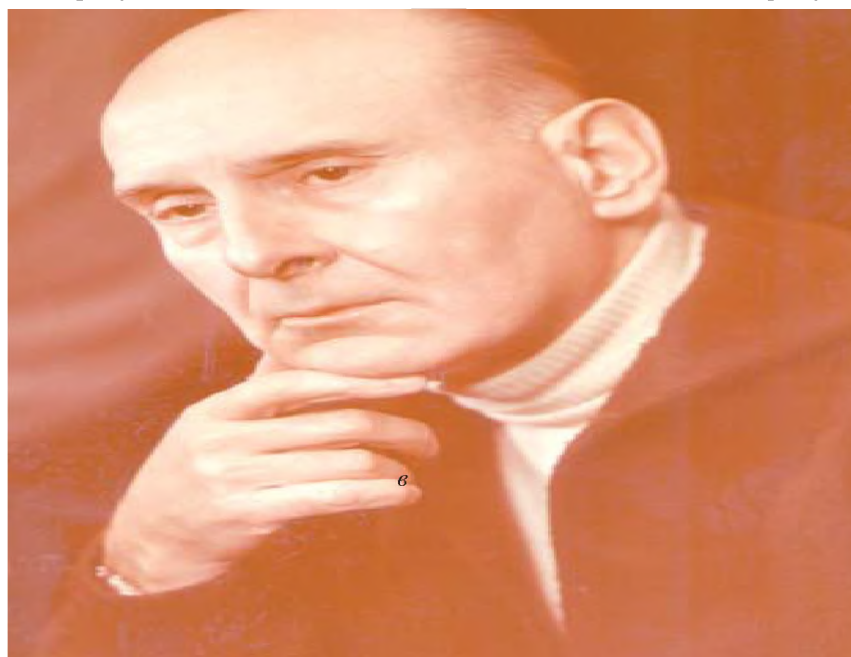


Рис. 3. Етапи сегментарно-корпоральної резекції шлунка, дуоденопластики і селективної проксимальної ваготомії

(тонус > 70 мм вод.ст.) без резервів його скоротливої функції, або в стадії вираженої гіпотонії тіла шлунка (тонус <70 мм вод.ст.) при наявності резервної здатності антрума.

В клініці при тяжких куксах дванадцятипалої кишки, обумовлених низькими гігантськими дуоденальними виразками, що пенетрують в головку підшлункової залози, обробка дуоденальної куки проводилася атипово, з наступним поздовжнім її зашиванням за методикою Ю.Т. Коморовського, а також шляхом екстериторизації виразки і дуоденостомії, що звело до мінімуму вірогідність неспроможності швів дванадцятипалої кишки.

При наявності модифікованих органощадних і органозберігаючих оперативних втручань планові операції не повинні повністю зникати з арсеналу хірургів, а мають знайти своє чільне місце поряд з консервативною терапією у лікуванні виразкової хвороби.

Радикальні органозберігаючі операції виконані у 33 %, органощадні резекції шлунка – у 29,4 % і класичні резекції шлунка були виконані у 29,7 %. Паліативні оперативні втручання виконані у 7,9 % пацієнтів.

Висновок. Впровадження в клініку модельованих органощадних операцій із збереженням васкуляризованого та іннервованого пілороантрального сегмента шлунка, виконаних при I – II типах виразок шлунка за Johnson і органозберігаючих операцій із збереженням воронки при ускладнених дуоденальних виразках дало змогу знизити частоту середніх форм післяопераційних функціональних розладів з 31,0 % до 4,5 %, а тяжких форм з 8,3 % до 3,3 %, зменшити частоту прямих післяопераційних ускладнень у 4 рази, а рівень післяопераційної летальності знизити з 3,4 % до 0,9 %.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ковальчук Л.Я., Поліщук В.М., Велігоцький М.М., Береговий О.В., Ковальчук О.Л. Вибір методів хірургічного лікування гастродуоденальних виразок. – Тернопіль-Рівне: “Вертекс”, 1997. – 144 с.
2. Короткий В.Н., Теплий В.В. Показания и противопоказания к радикальным операциям при перфоративных пилородуоденальных язвах // Сборник научн. работ: Новые технологии в хирургии. Киев. – 1997. – С.23-24.
3. Кузин Н.М., Алимов А.Н. Селективная проксимальная ваготомия с дуоденопластикой в лечении дуоденальных стенозов у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 1997. – №4. – С.38-43
4. Аруин Л.И., Григорьев П.Я., Исафов В.А. Хронический гастрит. – Амстердам, 1993. – 362 с.
5. Гаргула В.Д., Дзюбановський І.Я., Свистун Р.В. Функціонально-морфологічні зміни шлунка і дванадцятипалої кишки при пілородуоденальній виразці і можливості їх корекції // Матеріали конференції “Актуальні проблеми невідкладної хірургії органів черевної порожнини та уrogenітального тракту”. Київ. – 1996. – С.11-12.
6. Гринберг А.А. Стратегия и тактика лечения язв двенадцатиперстной кишки и желудка // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1997. – № 5. – С.21
7. Дзюбановський І.Я., Ковальчук Ю.М. Органощадний підхід до вибору об’єму операції при I – II типах виразки шлунка // Шпитальна хірургія. – 2002. – №1. – С. 101-104.
8. Дзюбановський І.Я., Ремезюк Е.В. Бактеріологічна характеристика перитоніту в світлі вибору об’єму операції при проривних пілородуоденальних виразках // Хірургія України. – 2003. – № 4. – С.128-130.
9. Дзюбановський І.Я., Ремезюк Е.В. Особливості перебігу перитоніту при проривних гастродуоденальних виразках // Хірургія України. – 2002. – № 2. – С.128-132.
10. Ковальчук Л.А., Дзюбановський І.Я., Твердохлеб В.В. Прицельная сегментарная резекция желудка в хирургическом лечении язвы желудка // Клини. хирургия. – 1991. – №9. – С.52-55.
11. Органозберігаючі оперативні втручання в хірургії виразкових пілородуоденальних стенозів / Дзюбановський І.Я., Свистун Р.В., Гнатюк М.С., Гаргула В.Д. // Шпитальна хірургія. – 1998. – №1. – С.32-36

Реконструктивні втручання в хірургічному лікуванні пептичних виразок шлунково-кишкового анастомозу

В.Ф. САЄНКО, Ю.А. ДІБРОВА, Б.С. ПОЛІНКЕВИЧ, А.С. ЛАВРИК, А.А. ПУСТОВІТ

Інститут хірургії і трансплантології АМН України

RECONSTRUCTIVE OPERATIONS IN SURGICAL TREATMENT OF RECURRENT STOMACH ULCERS

V.F. SAYENKO, Yu. A. DIBROVA, B.S. POLINKEVYCH, A.S. LAVRYK, A.A. PUSTOVIT

Institute of Surgery and Transplantology of AMS of Ukraine

Обстежено і прооперовано 494 хворих з пептичними виразками шлунково-кишкового анастомозу. На підставі комплексного доопераційного обстеження виділені наступні причини виникнення рецидиву післяопераційних виразок анастомозу: підвищений тонус блукаючого нерва; підвищений тонус блукаючого нерва в поєднанні з економною резекцією шлунка; невидалена слизова оболонка антрального відділу шлунка після резекції на «виключення» виразки; гастроентеростомія, синдром Цоллінгера-Еллісона. Проведення диференційованих оперативних втручань дозволило одержати хороші та задовільні результати в 87 % пацієнтів.

We have investigated and operated 494 patients with postoperative recurrent ulcer operated stomach. On the base of complex preoperative investigation we distinguished such reasons of appearance recurrent postoperative ulcer: high tonus of nervus Vagus; high tonus of nervus Vagus in connection with economical gastric resection; isolated retained antrum; gastroenterostomie and Zollinger-Ellison Syndrome. When we made different operation we could get good and satisfactory results in 87 % patients.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Одним з найважчих органічних ускладнень після операцій на шлунку з приводу виразкової хвороби є рецидив виразки (Лебедев Н. Н., Курыгин А. А., 1998; Михайлов А. П. та співавт., 1999).

Частота виникнення рецидивних виразок після різних видів оперативних втручань за даними різних авторів складає від 0,5 до 10 % (Кузин М.М. і співавт., 1994; Кутяков М.Г. і співавт., 1997).

Головною причиною виникнення рецидивної виразки є збережена, незважаючи на оперативне втручання, підвищена кислото- і пепсинопродукуюча функції шлунка. (Овчинников В. А., Меньков А. В., 2000; Саєнко В. Ф. та співавт., 1997).

Це може бути наслідком економної резекції шлунка, неповної і неадекватної ваготомії, технічно невірної виконаної резекції шлунка на виключення виразки дванадцятипалої кишки, стазу в шлунку в результаті неадекватної дре-

нувальної операції після ваготомії, синдрому Цоллінгера-Еллісона. (Бондарев В.И. і співавт., 1995; Джумбаєв С.У., Мехманов А.М. 1999; Саєнко В.Ф., Диброва Ю.А., 1998).

Успіх хірургічного лікування рецидивних післяопераційних виразок залежить від точного виявлення й усунення конкретних причин їх виникнення.

Матеріали і методи. Нами узагальнений досвід хірургічного лікування 494 пацієнтів з пептичною виразкою шлунково-кишкового анастомозу.

Для з'ясування причин виникнення рецидивних виразок проводили комплексне обстеження хворих, що включало рентгено- і ендоскопічне обстеження шлунково-кишкового тракту, дослідження характеру шлункової кислотопродукції з інсуліновим і пентагастріновим стимуляторами, радіоізотопне й ультразвукове сканування органів черевної порожнини, комп'ютерну томографію, целиако- і мезенте-

рикографію, визначення рівня гастрину в крові.

Результати досліджень та їх обговорення.

При обстеженні пацієнтів з пептичною виразкою анастомозу основною задачею є встановлення причини її виникнення. На підставі даних анамнезу та аналізу результатів обстеження були виділені наступні причини виникнення пептичних виразок:

1. Гастроентеростомія (62 хворих);
2. Підвищений тонус блукаючого нерва (114 хворих);
3. Економна резекція шлунка в поєднанні з підвищеним тонусом блукаючого нерва (190 хворих);
3. Невидалена антральна слизова оболонка в куксі дванадцятипалої кишки (ДПК) після резекції шлунка на “виключення” виразки (65 хворих);
4. Синдром Цоллінгера-Еллісона (63 хворих);

У хворих із синдромом Цоллінгера – Еллісона, як правило, дані анамнезу та показники шлункової секреції дозволяють припустити наявність у них ulcerогенної аденоми, однак точний діагноз можливо установити тільки після комплексного обстеження.

Рівень базального гастрину у обстежених хворих складав від 150 до 3200 пг/мл, в середньому 480 пг/мл. Після внутрішньовенної інфузії кальцію глюконату чи секретину концентрація гастрину зростала на 100 пг/мл і більше. Хибнонегативний результат проби із секретином відзначений у 2, а з кальцієм глюконатом – у 1 спостереженні.

Доопераційне визначення локалізації гастрином проводили за допомогою целиако- і мезентерикографії, ультразвукового дослідження органів черевної порожнини, а також комп'ютерної томографії. Під час ультразвукового дослідження здійснювали пункційну біопсію пухлини з наступним цитологічним дослідженням матеріалу. За даними результатів досліджень, гастрини до операції виявлені у 19 пацієнтів. Комплексне обстеження дозволило діагностувати синдром Цоллінгера – Еллісона при першому звертанні в 57 з 63 пацієнта.

Подібні із синдромом Цоллінгера-Еллісона ознаки має пептична виразка при невидаленій

антральній слизовій оболонці в куксі ДПК. В цьому випадку діагностичну цінність має сканування органів черевної порожнини з радіоізотопом технецію. При наявності залишеного антруму визначається додаткова ділянка включення радіонукліда поблизу кукси дванадцятипалої кишки.

Застосовуючи описані принципи діагностики, ми у більшості пацієнтів правильно установили причину виникнення пептичної виразки.

Результати доопераційного обстеження та інтраопераційної ревізії визначали вибір методу оперативного втручання. При пептичній виразці яка виникла внаслідок підвищеного тону-су блукаючого нерва, обмежувалися виконанням стовбурової ваготомії. При високій I фазі шлункової секреції та економної резекції виконували ваготомію і ререзекцію кукси шлунка.

При невидаленій антральній слизовій оболонці в куксі ДПК робили резекцію залишеного антрума і стовбурову або селективну ваготомію (44 хворих). При ускладненій пептичній виразці, супровідному рефлюкс-гастриті виконували реконструктивну операцію (21 спостереження).

У 18 хворих виявлена шлунково-ободова нориця. Обсяг хірургічного втручання залежав від причини гіперсекреції шлунка, розмірів внутрішнього отвору нориці і величини виразкового інфільтрату. При незначній деформації й інфільтрації стінки поперечно-ободової кишки проводили висічення країв нориці і ушивання дефекту кишки в поперечному напрямку (8 хворих); якщо розміри нориці перевищували 2,5 см, а стінки кишки значно інфільтровані, проводили резекцію ділянки поперечно-ободової кишки, що несе норицю, та формували анастомоз кінцець в кінцець (6 хворих). У 4 хворих, у яких неможливо було підготувати праву половину ободової кишки, виконана одночасна резекція кукси шлунка, тонкої кишки і правої половини ободової кишки.

Із 63 хворих із синдромом Цоллінгера – Еллісона було прооперовано 58. При виявленні ulcerогенної пухлини проводили її висічення для гістологічної верифікації діагнозу. Наявність одиночної доброякісної пухлини і її сприятлива топографо-анатомічна локалізація була основою для виконання операції, що забезпечує біологічну ремісію захворювання (10 хворих). Контроль повноти видалення гастрин-

номи здійснювали за допомогою ітраопераційної рН-метрії слизової оболонки шлунка.

У більшості хворих виконана гастректомія. При множинних, які не піддаються видаленню одиночних доброякісних гастриномах робили повне видалення шлунка і висічення частини пухлини (10 хворих). Гастректомія з висіченням частини злоякісної гастриноми чи її метастазів здійснені в 10 пацієнтів. Гастректомія виконана також 28 хворим, у яких гастриноми не були виявлені. Синдром Цоллінгера - Еллісона у них був діагностований на підставі виявлення характерних порушень шлункової секреції і гіпергастринемії.

При пептичній виразці анастомозу після гастроентеростомії до 80-х років минулого століття операцією вибору була резекція 2/3

шлунка чи ваготомія з антрумектомією. В даний час ми застосовуємо органозберігаючі операції. Проводимо дегастроентеростомію в поєднанні з ваготомією та пілоропластикою.

Результат лікування в терміни до 12 років вивчений у 183 хворих, рецидив пептичної виразки виник у 5 випадках (2,7 %).

Висновки. Поліетіологічність виникнення пептичної виразки анастомозу, можливе поєднання декількох етіологічних факторів в одному випадку вимагають ретельної доопераційної диференціальної діагностики.

Успіх хірургічного лікування хворих з пептичною виразкою залежить від точного визначення й усунення причин гіперсекреції шлунка.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бондарев В.И., Аблицов Н.П., Базик А.П., Яковлева И.М. Хирургическое лечение болезней оперированного желудка. // Хирургия. – 1995. – №6. – С.17-20.
2. Джумбаев С.У., Мехманов А.М. Рецидивные и пептические язвы анастомоза после ваготомии. // Хирургия. – 1999. – №4. – С.25-28.
3. Кузин Н.М., Егоров А.В. Результаты хирургического лечения язвенной болезни. // Хирургия. – 1994. – №5. – С.17-21.
4. Кутяков М.Г., Хребтов В.А., Ермолаев В.А. и др. Применение пилоросохраняющих операций в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. // Вест. Хирург. – 1997. – №5. – С. 20-22.
5. Лебедев Н.Н., Курыгин А.А. Лечение пептических язв желудочно-кишечного соустья. // Вестн. хирургии. – 1998. – №6. – С.33-38.
6. Михайлов А.П., Данилов А.М., Акимов В.П., Напалков А.Н., Шульгин В.Л. Лечение больных с постгастрорезекционными синдромами. // Вестн. хирургии. – 1999. – №4.-С.56-59.
7. Овчинников В.А., Меньков А.В. Выбор способа хирургического лечения пептических язв оперированного желудка. // Хирургия. – 2000. – №11. – С.15-18.
8. Саенко В.Ф., Полинкевич Б.С., Диброва Ю.А., Бабенков Г.Д., Пустовит А.А. и др. Реконструктивная хирургия постгастрорезекционных и постаготомных синдромов. // Проблемы клінічної хірургії. Збірник наукових робіт, присвячений 25-річчю Інституту клінічної та експериментальної хірургії АМН України. Київ, 1997. – С.74-85.
9. Саенко В.Ф., Диброва Ю.А. Диагностика и лечение синдрома Цоллингера-Эллисона. // Анн. хирург. гепатол. – 1998.– Том3, №2. – С.46-50.

УДК 616.33-002.45-07-089

Сучасні питання хірургії ускладнених перфорацією виразок дванадцятипалої кишки

В.М. КОРОТКИЙ, І.В. КОЛОСОВИЧ, В.О. КРАСОВСЬКИЙ, М.О. МИРОШНИЧЕНКО, С.С. ЧЕРТИЩЕВ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

М_кKERNQUESTI_кNS_кFSURGERY_кFC_кMPLICATE_кKU_кKENALULCERSWITHPERF_кRATI_кN

V.M. KOROTKY, I.V. KOLOSOVYCH, V.O. KRASOVSKY, M.O. MIROSHNYCHENKO, S.S. CHERTISCHEV

National Medical University by O.O. Bohomolets

Перфоративна виразка дванадцятипалої кишки і дотепер залишається одним з найбільш поширених та небезпечних ускладнень виразкової хвороби та потребує екстреного оперативного втручання за життєвими показаннями. Дослідження рівня рН перитонеального вмісту може бути допоміжним критерієм при визначенні показань до лапароскопічних втручань та об'єму санації черевної порожнини. Ваготомія в невідкладній хірургії ускладненої виразкової хвороби ДПК повинна мати обмежений характер через негативну дію на фізіологічний стан шлунка та високу частоту функціональних та органічних порушень шлунка після операції. Операцією вибору при перфоративній виразці ДПК є дуоденопластика, доповнена курсом протирецидивного медикаментозного лікування (рецидив виразки складає 4 %), перспективним є застосування цього втручання шляхом асистованої лапароскопічної операції.

Perforated ulcer of duodenum till now remains one of the most widespread and dangerous complications of ulcer and demands emergency operative intervention by vital indications. Research of pH level of peritoneal content can be additional criterion at definition of indications to laparoscopic interventions and volume of sanitation of peritoneal cavity. Vagotomy in urgent surgery of complicated duodenal ulcer should have the limited character owing to negative action on physiological condition of stomach and high frequency of postoperative functional and organic infringements. Operation of a choice at perforated duodenal ulcer is duodenoplasty, added with a course of antiulcer therapy (relapse of ulcer is 4 %), application of this intervention is perspective by means of assisted laparoscopic operation.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Частота ускладненої виразкової хвороби дванадцятипалої кишки (ДПК), не зважаючи на застосування сучасних медикаментозних засобів, і дотепер не має тенденції до зниження [6]. Однак необхідно відзначити, що використання потужних антисекреторних препаратів (блокаторів протонної помпи та H₂-гістамінорецепторів), а за показаннями антихелікобактерної терапії, значно покращило результати лікування хворих з даною патологією. Однак такі ускладнення виразкової хвороби ДПК, як перфорація та кровотеча, не мають тенденції до зниження [2]. У лікуванні шлунково-кишкових кровотеч поряд з консервативним лікуванням успішно використовуються ендоскопічні методи, які в багатьох випадках є альтернативою хірургічного лікування хворих [4]. Перфорація вираз-

ки, напевно, залишається чи не єдиним ускладненням виразкової хвороби, яке потребує виконання екстреного оперативного втручання за життєвими показаннями [3].

На сучасному етапі хірургії використовують різні підходи при лікуванні перфоративної виразки ДПК. Більшість хірургічних клінік у якості операції вибору пропонують висічення перфоративної виразки, яке доповнюється різними варіантами ваготомії [6]. Найбільш прийнятною серед методик ваготомії залишається селективна проксимальна ваготомія (СПВ). Ряд авторів вважає за необхідне доповнювати ваготомію курсами антисекреторної терапії та ерадикуючими *Helicobacter pylori* (НР) препаратами [2]. Інші клініцисти при перфоративній виразці, спираючись на власний багаторічний досвід, виконують втручання тільки на виразці – дуоденопластику [3]. Опе-

рація полягає у радикальному висіченні морфологічного субстрату та відновленні нормальної прохідності ДПК. Альтернативою вагусної денервації шлунка у даному випадку є медикаментозне протирецидивне лікування у ранньому післяопераційному періоді, а, при необхідності, проведення повторних курсів терапії.

Впровадження у медицину лапароскопічної техніки надало можливості досягти хірургами довгоочікуваного принципу прецизійності (анатомічного оперування). Переваги лапароскопічних оперативних втручань перед так званими “відкритими” стали очевидними при порівнянні частоти розвитку післяопераційних ускладнень та якості життя прооперованих пацієнтів. Однак “табу” для даного методу оперативного втручання довго залишалась ургентна хірургія. Удосконалення техніки лапароскопічних втручань, багаторічний досвід використання останніх дозволили розширити показання до застосування даної методики, у тому числі у хворих на ускладнену перфорацією виразку ДПК [11]. Основна маса публікацій, які стосуються цього питання, присвячена лапароскопічному ушиванню перфоративного отвору. Ушивання виконують при перфорації одиночних виразок до 8-10 см у діаметрі без супровідного стенозу, кровотечі, попередніх операцій на шлунку і за умов, що з моменту перфорації пройшло не більше 8 год [1,8]. Операцію доповнювали задньою стовбуровою ваготомією, передньою сероміотомією тіла та кардіального відділу шлунка. [5,8,9]. Однак не до кінця визначена хірургічна тактика при перфоративних виразках ДПК, поєднаних зі стенозом. Нерідко в подібній ситуації хірурги вдаються до конверсії (переходу до лапаротомії) тощо [10].

Мета даного дослідження – покращення результатів хірургічного лікування хворих з ускладненою виразковою хворобою ДПК шляхом оптимізації вибору методу оперативного втручання та застосування новітніх хірургічних методик.

Матеріали і методи. У клініці кафедри госпітальної хірургії №1 Національного медичного університету ім. О.О.Богомольця у період з 1989 по 2004 рр. було прооперовано 563 хворих на ускладнену перфорацією виразку ДПК. Чоловіки склали 76 %, жінки – 24 %. Вік хво-

рих коливався від 16 до 98 років, середній вік – $34,2 \pm 1,4$ року. 146 хворих (26 %) поступили до стаціонару до 6-12 годин від початку захворювання, 287 хворих (51 %) – через 12 годин та 130 хворих (23 %) – через 24 години. 68 хворих (12 %) при опитуванні взагалі заперечували будь-які скарги з боку шлунка до моменту перфорації виразки (“німа виразка”). У 84 хворих виявлено серозний перитоніт, у 223 хворих – серозно-фібринозний перитоніт та у 256 хворих – гнійно-фібринозний перитоніт. У 211 хворих на ускладнену перфорацією виразку ДПК (37,5 %) під час операції виявлено супровідний стеноз, а у 30 хворих – пенетрацію у підшлункову залозу (5,3 %).

Крім традиційних методів обстеження хворих (клініко-лабораторних, рентгенологічного та ендоскопічного), нами також виконувався ряд спеціальних досліджень у пацієнтів визначали кислотонейтралізуючу функцію шлунка за допомогою інтраопераційної рН-метрії. Зонд для рН-метрії вводили у шлунок через дуоденотомічний отвір. Оцінка результатів дослідження проводилась згідно з класифікацією Є.Ю. Лінара у модифікації М.А.Кукліної (1983). Враховуючи, що перебіг дуоденальної виразки значно ускладнюється супровідним хелікобактеріозом, видалена слизова оболонка виразки нами також досліджувалась на наявність НР за допомогою прямого уреазного тесту, а у разі позитивного результату визначали ступінь інфікованості слизової мікроорганізмами.

Відомо, що соляна кислота шлункового соку та жовчні кислоти жовчі мають бактерицидні властивості, а перитоніт, який виникає у хворих з перфорацією гастродуоденальної виразки протягом 6 годин, має асептичний (абактеріальний) характер. Аналізуючи рівень бактеріальної транслокації, Б.І.Слонєцький (1999) [7] довів, що остання знаходиться у стані компенсації протягом 12 годин від моменту перфорації, цей термін і визначає тривалість реактивної стадії перитоніту. Однак проведений нами аналіз клінічних спостережень і бактеріологічних досліджень вмісту черевної порожнини показав, що формальний час з моменту перфорації не може бути абсолютним показником ступеня запалення (бактеріальної контамінації) очередини. Не завжди сам хворий може точно визначити час виникнення перфорації. Характер бак-

теріальної контамінації залежить від об'єму вмісту шлунка в момент перфорації, діаметра перфоративного отвору. Крім того, вірулентність мікрофлори залежить від характеру середовища, в якому вона перебувала, від загального стану шлункової секреції та фази секреторного циклу на момент перфорації. З метою дослідження закономірностей розвитку запального та інфекційного процесів у черевній порожнині після перфорації нами проведено бактеріологічне дослідження вмісту черевної порожнини та визначено рівень рН вмісту у різні строки розвитку перитоніту.

Усі хворі на перфоративну виразку ДПК були прооперовані. Операцією вибору при перфоративних дуоденальних виразках була дуоденопластика. З метою зниження кислотної продукції у ранньому післяопераційному періоді хворим призначали курс протирецидивного медикаментозного лікування, який включав сучасні схеми антисекреторної терапії та, за показаннями, антихелікобактерну терапію. Ушивання перфоративної виразки виконували у вкрай важких хворих (внаслідок загального стану або при наявності декомпенсованих супровідних захворювань), а також у хворих молодого віку без морфологічних ознак хронічного запалення та порушень прохідності ДПК, у тому числі при перфорації стресових та медикаментозних виразок.

Для вирішення питання про можливість виконання оперативного втручання лапароскопічним способом керувались кількома критеріями: по-перше, проводили діагностику тяжкості перитоніту, по-друге, досліджували власне виразковий субстрат на предмет виявлення поєданого з перфорацією стенозу виразки. Для здійснення першого завдання вводили лапароскоп та візуально оцінювали характер ексудату черевної порожнини (гнійний перитоніт був протипоказанням до виконання лапароскопічного втручання). Крім того, здійснювали забір патологічного ексудату з черевної порожнини та вимірювали його рН. За допомогою лапароскопа, введеного через перфораційний отвір, ретельно оглядали власне виразку, визначали наявні зміни на задній стінці ДПК та стенозування ділянки кишки. У разі діагностики останніх ускладнень виконувалась асистована лапароскопічна операція, яка полягала у дуоденопластиці (через не-

личкий лапаротомний доступ). У випадку, коли зазначені зміни при лапароскопії ДПК були відсутні, виконували лапароскопічне ушивання перфораційного отвору. Здійснювали лаваж черевної порожнини з наступним дренажування черевної порожнини гумовими трубчастими дренажами, кількість яких залежала від поширеності перитоніту. Пригнічення кислотної продукції здійснювали одразу після операції медикаментозним шляхом.

Результати досліджень та їх обговорення. Аналіз отриманих даних показав, що тяжкість порушень секреторної функції шлунка корелювала з тривалістю виразкового анамнезу (більше 10 років), віком хворого (особи середнього віку) та наявністю супровідних ускладнень виразки (стеноз, пенетрація). Позитивний уреазний тест зареєстровано у 78 % хворих на перфоративну дуоденальну виразку, а у випадках поєднання перфорації ДПК з стенозом виразки – у 93 % хворих. У переважній більшості хворих на ускладнену виразку ДПК виявлено слабкий (+) або середній (++) ступені інфікованості слизової НР (77 %), а при поєднанні перфорації зі стенозом ДПК – високий (+++) ступінь.

Попередній аналіз бактеріологічного дослідження вмісту черевної порожнини та рівня його рН свідчить, що при інших рівних умовах ступінь мікробного обсіювання черевної порожнини прямо корелює з рівнем рН черевного вмісту (у бік лужного середовища) і що мікробна контамінація більше виражена у хворих зі зниженою кислотністю. Кисла реакція (різного ступеня – рН = 1-5) вмісту черевної порожнини, виявлена у 125 хворих під час виконання екстреного оперативного втручання, вказувала на абактеріальний характер перитоніту, що у подальшому було підтверджено за допомогою бактеріологічного тесту, та була показанням для виконання органозберігаючих оперативних втручань, у тому числі і лапароскопічним шляхом.

Як зазначалось вище, основним методом хірургічного лікування ускладненої виразкової хвороби ДПК була дуоденопластика. Кислотопригнічуючу процедуру (ваготомію) виконували тільки хворим з негативним комплексом. Причини відмови від ваготомії були наступні: 1) у 46 % пацієнтів під час операції

було виявлено гнійно-фібринозний перитоніт, а 74 % хворих поступили до стаціонару через 12 годин і більше від початку захворювання; 2) цифри кислотної продукції (інтраопераційна рН-метрія) у 87 % хворих вказували на помірну гіперсекрецію або нормоацидний стан (більше страждала кислотонейтралізуюча функція шлунка – у 78 % хворих декомпенсований стан), що було підтверджено подальшим дослідженням кислотності шлунка фракційним методом; 3) моніторингове дослідження кислотної продукції, проведене хворим після СПВ, вказувало на серйозні порушення у фізіології шлункової секреції (час напруженої секреції збільшувався на 1,5-2 години), що збільшувало загрозу рецидиву виразки; 4) після СПВ посилюється активність хелікобактерної інфекції; 5) після ваготомії виключається регуляторний вплив кишкової фази шлункової секреції; 6) згідно з даними світової хірургічної спільноти, частота рецидивів виразки після ваготомії сягає 40%.

Аналізуючи результати хірургічного ліку-

вання ускладнених перфорацією дуоденальних виразок протягом 10 років, слід констатувати, що після дуоденопластики, доповненої курсом протирецидивного медикаментозного лікування, рецидив виразки зустрічався у 4 % ($P < 0,05$). Після ушивання перфорації виразки дане ускладнення розвинулось у 38 % ($P < 0,05$).

Висновки. 1. Перфоративна виразка ДПК і дотепер залишається одним з найбільш поширених та небезпечних ускладнень виразкової хвороби та потребує екстреного оперативного втручання за життєвими показаннями.

2. Дослідження рівня рН перитонеального вмісту може бути допоміжним критерієм при визначенні показань до лапароскопічних втручань та об'єму санації черевної порожнини.

3. Операцією вибору при перфоративній виразці ДПК є дуоденопластика, доповнена курсом протирецидивного медикаментозного лікування (рецидив виразки складає 4%), перспективним є застосування цього втручання шляхом асистованої лапароскопічної операції.

ЛІТЕРАТУРА

1. Карлюга В.А. Лапароскопічні операції в лікуванні перфоративних виразок шлунка та дванадцятипалої кишки// Хірургія України. – 2004. – №1. – С. 88-92.
2. Клименко В.М., Вакуленко Є.М., Тиханков І.І., Ісайчиков І.І. Індивідуалізований підхід до хірургічного лікування перфоративної виразки дванадцятипалої кишки// Шпитальна хірургія.- 2004. – №4. – С. 197-199.
3. Короткий В.М., Колосович І.В., Спицин Р.Ю. Сучасний погляд на хірургічне лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки// Мистецтво лікування. – 2003. – №6. – С. 47-52.
4. Нікішаєв В.І. Ендоскопічна діагностика та міні-інвазивна ендохірургія при кровотечах з гастродуоденальних виразок та варикозно розширених вен стравоходу і шлунка: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Київ, 2003. – 38 с.
5. Поташев Л.В., Васильєв В.В., Савранский В.М. и др. Техника лапароскопического ушивания перфоративных пилоробульбарных язв// Вестник хирургии. – 1999. – Т.158. – №5. – С. 62-64.
6. Саенко В.Ф., Полинкевич Б.С., Пустовит А.А. Хирургия пилородуоденальной язвы, тенденции развития и перспективы// Хирургия Украины. – 2004. – №2. – С. 12-15.
7. Слонецький Б.І. Особливості лікування перфоративних виразок дванадцятипалої кишки в залежності від періоду перебігу захворювання (Експериментально-клінічне дослідження): Автореф. дис... д-ра мед. наук. – Київ, 1999. – 35 с.
8. Щур І.В. Місце лапароскопічних операцій у лікуванні перфоративної виразки дванадцятипалої кишки: Автореф. дис... канд. мед. наук. – Київ, 2004. – 19 с.
9. Druart M.L., Van Hee R., Etienne J. Et al. Laparoscopic repair of perforated duodenal ulcer. A prospective multicentric clinical trial// Surg. Endoscop.- 1997.- V.11.- N 10.- P. 1017-1020.
10. Miserez M., Eypasch E., Spangenberg W. Et al. Laparoscopic and conventional closure of perforated ulcer. A comparison// Surg. Endoscopy. – 1996. – V.10, N 8. – P. 831-836.
11. Suter M., Blanchard A., Martinet O., Betteschart V. Laparoscopic treatment of perforated gastric and duodenal ulcers// Surg. Endoscopy.- 1997.- N 4.- P. 60.

УДК 616.32/.33-002.44-089

Чому із клініки зникають оперативні втручання при лікуванні гастродуоденальних виразок? Аналіз 30-річного досвіду оперативного лікування виразкової хвороби

В.В. ІВАЩЕНКО, В.С. КОВАЛЬЧУК, К.К. СКВОРЦОВ, Є.Р. БАЛАЦЬКИЙ, М.А. КОЙКО

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

WHY CLINICAL DISAPPEARANCE OF SURGICAL TREATMENT OF GASTRODUODENAL ULCERS? THE ANALYSIS OF 30-YEAR EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OF GASTRODUODENAL ULCER

V.V. IVASCHENKO, V.S. KOVALCHUK, K.K. SKVORTSOV, Y.R. BALATSKY, M.A. KOYKO

Donetsk State Medical University by M. Hor'ky

Проведений аналіз оперативного лікування 1809 хворих з виразковою хворобою шлунка та дванадцятипалої кишки (ВХШДПК) за 30-річний період. Відмічено різке зниження планових операцій за останніх 5 років, що зумовлено змінами стандартів консервативного лікування захворювання. Проте відмічається ріст невідкладних операцій і летальності з приводу ускладнених перфорацією та запущених форм захворювання. В радикальному лікуванні ВХШДПК автори надають перевагу економним трубчастим резекціям шлунка за методом Білрот II на довгій петлі та Браунівським анастомозом.

The analysis of operative treatment of 1809 patients with gastric and duodenal ulcer for 30 years has been carried out. It was marked sharp decrease of scheduled operations for last 5 years that was caused by change of standards of conservative treatment. Nevertheless, the increase of urgent operations and lethality was marked at perforated and difficult forms of ulcers. In the radical treatment of gastric and duodenal ulcer duodenal authors prefer tubular resections of a stomach by method Bilroth-II on a long loop and Brown's anastomosis.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки (ВХШДПК) значною проблемою для сучасної медицини. В Україні щорічно вперше реєструється близько 9 тисяч хворих з виразковою хворобою, що становить 178-190 хворих на 100 000 населення, причому, розповсюдженість ВХШДПК в Донецькій області значно перевищує дані показники в інших регіонах держави і коливається в межах 200 – 220 на 100 000 населення [5].

В етіології ВХШДК існувало багато різноманітних теорій, але суть їх зводилась до одного патогенезу – в розвитку виразки переважають місцеві фактори агресії над факторами захисту слизової оболонки шлунка чи дванадцятипалої кишки. Пусковим механізмом є гіперпродукція соляної кислоти, яка активує пепсиноген, перетворюючи його в пепсин, а

останній пошкоджує слизову і призводить до виразкування. Це змушувало терапевтів в комплексному лікуванні виразкової хвороби (ВХ) використовувати антацидні засоби, а хірургів використовувати операції, спрямовані на пригнічення продукції НСІ.

Операції при ВХ спочатку використовувались для лікування її ускладнень, таких як перфорація, зупинка кровотечі і декомпенсований стеноз, тому, що тільки вони могли врятувати життя хворого [1]. Використовуючи резекцію дистального відділу шлунка для лікування такого важкого контингенту хворих, при якій видалявся не тільки морфологічний субстрат (виразка), але і основна частина органа, яка продукує НСІ і відповідає за її гуморальну регуляцію, і отримавши добрі безпосередні та віддалені результати у переважної більшості пацієнтів та, не маючи ефективних антацидних засобів для

консервативного лікування, резекції шлунка почали застосовувати для лікування неускладненої виразкової хвороби. Дані операції проводились не лише в клініках, але і в міських та районних лікарнях. Але при цьому виникли нові проблеми. Постало питання, як і в якому обсязі необхідно видаляти шлунок, щоб запобігти рецидиву виразки, яким чином відновлювати безперервність шлунково-кишкового тракту, щоб не порушити фізіології травлення, як сформувати куксу шлунка для покращення її евакуації, як сформувати куксу дванадцятипалої кишки, щоб не було її неспроможності при виконанні резекцій шлунка за методом Більтрот-П.

З використанням резекційних методів виникли нові патологічні порушення, такі як демпінг-синдром, пострезекційна (агастральна) астения, гастроезофагеальний рефлюкс, синдром привідної петлі, пептична виразка анастомозу, рубцеві деформації анастомозу та ін, що призводило до інвалідизації хворих. В віддаленому періоді в оперованих хворих частіше спостерігався рак кукси шлунка. Крім того, післяопераційна летальність після планових операцій була в межах 3- 8 %.

В 70-ті роки минулого століття в нашій країні почали впроваджуватись різноманітні варіанти ваготомій, які значно знижували як післяопераційні порушення, так і післяопераційну летальність до 0,2 -1 %. Тому на XIV з'їзді хірургів України (1980) було прийнято рішення про широке впровадження в медичну практику ваготомій в лікуванні ВХДПК. Але і ваготомії не вирішили проблеми лікування ВХШДПК. При широкому їх використанні збільшилась кількість моторних порушень шлунка, в окремих випадках виразка не загоювалась, а у 15-30 % пацієнтів наставав рецидив виразки з торпідним перебігом. Між хірургами до 90-х років тривала дискусія про переваги того чи іншого методу.

В 80-х роках австралійський вчений Маршал та співавт. сповістили про ймовірний мікробний (*Helicobacter pilory*) генез виразкової хвороби, що викликало певний сумнів в клініцистів, але ніхто не став його спростовувати, а, навпаки, з'являлось все більше праць про цю залежність. В комплексне лікування почали включати антигелікобактерну терапію поряд з новими засобами (інгібіторами H_2 -гістамінових рецепторів, інгібіторами протон-

ної помпи) зниження шлункової секреції. З цього приводу відбулись дві міжнародні узгоджувальні Маастрихські конференції (1996, 2000 рр.). Оперативні втручання в лікуванні ВХ, з даних позицій, стали необґрунтованими і скоротились за останні роки в 3 рази [4]. Хоча проблема лікування ВХШДПК не вирішилась, за даними Голубчикова М.В. (2000) захворюваність на ВХШДПК в Україні за період з 1990 по 1999 рр. зросла на 38,4 %, з'являються повідомлення про торпідний перебіг хвороби, часті рецидиви [3,6,7]. В хірургічні відділення поступають хворі з ускладненими формами ВХ і питання про оперативне їх лікування не може бути відхиленим.

Метою нашого дослідження було покращити результати медичної допомоги хворим з ВХШДПК на основі вивчення 30-річного досвіду оперативного лікування ВХ із використанням сучасних методів консервативного впливу.

Матеріали і методи. Ми вивчили результати лікування 1809 хворих, оперованих з приводу ВХШДПК за період з 1974 по 2003 рр. Це були пацієнти віком від 18 до 82 років. Середній вік становив $52 \pm 3,2$ року. Жінок було 246, чоловіків - 1563. З виразковою хворобою шлунка оперовано 522, з ВХДП - 1287, що становило відношення 1: 2,5.

В ургентному порядку оперовано 302 пацієнти, з них 253 хворих з приводу перфоративної виразки (ПВ), 49 з приводу шлунково-кишкової кровотечі (ШКК). Більшість хворих з ШКК (38) оперовано за період 1974-81 рр. тому, що в 1981 р. в м. Донецьку організовано центр для лікування хворих з ШКК, і, з того часу, практично всіх хворих направляли до центру. Тому, в подальшому, при розрахунках наслідків лікування ускладнених форм ВХШДПК, хворих, оперованих з приводу ШКК, ми не брали до уваги. Аналіз результатів лікування проводили тільки серед пацієнтів з перфоративною виразкою. В плановому порядку оперовано 1507 пацієнтів. В цю групу ввійшли і пацієнти, оперовані з приводу стенозу різного ступеня, оскільки операції в них проводилась після кількаденної підготовки, хоча це, в певній мірі, впливало на результати лікування.

Характер оперативного втручання при ВХШДПК та її ускладненнях наведено в таблиці 1.

Таблиця 1. Характер оперативного втручання при ВХШДПК та її ускладненнях

Вид оперативного втручання	ВХШ	ВХДПК
Резекції шлунка:		
За методом Більрот I	113	169
За методом Більрот II	356	791
З них за обсягом видалення органа:		
3/4 шлунка	37	61
2/3 шлунка	218	561
½ шлунка	158	338
антрумектомія	56	-
Ваготомії:		
СПВ	5	15
СПВ з дрениванням:		
- За Гейнеке-Микуличем	6	10
- За Джадом	4	8
- За Фіннеєм	-	7
- З гастроентероанастомозом	-	14
Ст. В + пілоропластика	-	12
СПВ + антрумектомії	8	30
Зашивання перфоративної виразки	8	197
Висікання виразки з пілоропластикою	4	32
Висікання виразки у вигляді клиноподібної резекції	14	-
Прошивання виразки з кровотечею	4	2
Всього	522	1287

Причому, за перше десятиріччя (1974-1983 рр.) прооперовано 630 (34,8 %) хворих, за друге (1984-1993 рр.) – 731(40,4 %), за третє (1994-2003) – 448 (24,8 %), з них за останніх п'ять років лише 145 (8,0 %), а за 2003 р прооперовано всього 16 (0,9 %) пацієнтів, з них в плановому порядку тільки 4 (0,2 %), тоді як, наприклад, в 1994 р. було прооперовано 122 хворих в плановому порядку з ВХШДПК і жодного в невідкладному. При аналізі хворих, прооперованих в ургентному порядку (хворі з перфоративною виразкою та ШКК), то картина значно змінюється в протилежному напрямку: за перше десятиріччя оперовано – 75 (з них 41 з приводу ШКК), за друге – 48 (5), за третє – 179 (3) пацієнтів відповідно. Це при тому, що виявлення виразкової хвороби в Ленінському районі м. Донецька, населенню якого надає медичну допомогу наша клініка, суттєво не змінювалось і складало $174,2 \pm 5,1$, $172,4 \pm 4,8$ і $171,5 \pm 5,3$ на 100 000 населення відповідно по десятиріччях.

Результати досліджень та їх обговорення. В першому десятиріччі, при планових операціях, перевагу надавали резекціям шлунка. Під час операції за необхідне вважали видаляти значну (2/3 – 3/4) частину дистального відділу

шлунка з широким гастроєюнальним анастомозом (на довжину бранш дуоденального зажима чи зажима Пайра), не приділяючи особливої уваги формі кукси шлунка, тобто відсікали шлунок по прямій лінії від великої кривини шлунка до малої, формуючи мішкоподібну куксу з накладанням анастомозу біля великої кривини. У випадках мобільної кукси дванадцятипалої кишки формували анастомоз за методом Більрот I. У всіх хворих, яким видаляли 3/4 частини шлунка і у 76,2 % хворих з резекцією 2/3 шлунка спостерігались відчуття швидкої насиченості, відрижка повітрям або їжею. В подальшому, із 96 обстежених пацієнтів, у 38 (39,6 %) виявлялись ознаки недостатності кардіального сфінктера з явищами рефлюкс-езофагіту у 27 (28,1 %) хворих. Клінічні прояви гастриту кукси шлунка були у 70,8 %, а ознаки демпінг-синдрому спостерігались у 62,5 %, причому середнього ступеня тяжкості у 28,1 %, а важкого у 8,0 %. У 4 (4,2 %) хворих із 92 оперованих за Більрот I в післяопераційному періоді спостерігалась неспроможність швів анастомозу, що ми розцінювали як результат надлишкового їх натягу. У хворих, оперованих з приводу перфоративної виразки, операцію, як правило, завершували зашиванням перфорованого отвору. Із 52 опи-

таних пацієнтів у 21 (40,4 %) відмічались рецидиви ВХ. Летальність при планових оперативних втручаннях в перше десятиріччя становила 1,9 %, в ургентних випадках – 5,5 %.

В першій половині другого десятиріччя в оперативному лікуванні ВХ перевагу віддавали різноманітним (див. таблицю 1) ваготоміям. Летальність знизилась до 0,8 %, проте в ранньому післяопераційному періоді у 25,4 % пацієнтів спостерігались розлади евакуації, у 19,6 % пацієнтів виразка не загоїлась, у 16,4 % була діарея, а у 20,4 % відмічався рецидив захворювання, що потребувало повторного оперативного лікування у 45,1 %. Всім хворим проведено резекції шлунка з задовільним результатом. Два хворих померли. Враховуючи описані дані, а також те, що до стаціонару стали поступати хворі з ускладненими виразками після ваготомій, виконаних в інших стаціонарах, до ваготомій ми почали ставитися стримано.

Як відомо, в клініці ставлення до тих чи інших операцій переважно визначає завідувач кафедри. З приходом на посаду завідувача кафедри проф. Папазова Ф.К. (з 1985 р.), прибічника резекційних методів лікування ВХ, ми почали вдосконалювати резекцію шлунка. Для збереження більшої частини шлунка, зниження кислотопродукції в залишеній куксі, проводили деоментизацію малої кривини шлунка до стравоходу, фактично виконуючи передню селективну ваготомію і антрумектомію. З боку великої кривини шлунка накладали дуоденальний зажим під кутом 45°, а від нього, в напрямку до кардіального відділу шлунка, висікали малу кривину. Кукса шлунка набувала подовженої лійкоподібної форми, що забезпечувало поступове надходження їжі до анастомозу. Анастомозували кінець шлунка з короткою (6-8 см) петлею порожнистої кишки, яку розсікали на 2-2,5 см вздовж, формуючи гострокутовий гастроентероанастомоз, який повинен був забезпечувати порційну евакуацію за рахунок клаптя з великої кривини шлунка на зразок воротаря. І дійсно, як показали рентгенологічні дослідження, у 32 обстежених через 3-4 роки після операції пацієнтів характер евакуації був ритмічним, але в ранньому післяопераційному періоді у 15,6 % пацієнтів спостерігались явища анастомозиту, у 3,2 % пацієнтів визначалась пептична виразка гастроентероанастомозу, в

зв'язку з чим почали впроваджувати трубчасту резекцію шлунка (Василенко Л.І.). Суть її полягала в тому, що після мобілізації шлунка з боку малої кривини до субкардіального відділу і з боку великої кривини до дистальної гілки лівої шлунково-сальникової артерії і відсікання шлунка від дванадцятипалої кишки в дистальному відділі, в проксимальному відсікали шлунок на відстані 10-12 см від воротаря шляхом накладання дуоденального зажима на глибину до 4 см під кутом 90° до великої кривини. Другий зажим накладали паралельно до першого. Після розтину між ними шлунка, паралельно великій кривині накладали зшиваючий апарат УО-40, від кінця якого до малої кривини, не доходячи 2-3 см до стравоходу накладали наступний апарат (УО –60,40) [2]. Таким чином із дистального відділу шлунка формували трубку конічної форми з діаметром в дистальній частині до 3-3,5 см. Її зшивали з дванадцятипалою кишкою за методом Більрот І, або накладали прямокутний термінолатеральний гастроентероанастомоз на короткій петлі. Дана методика дозволила знизити прояви малого шлунка до 15,3 %, забезпечити порційно-ритмічну евакуацію із кукси, знизити прояви демпінг-синдрому до 37,2 %, серед яких переважали симптоми легкого ступеня тяжкості (до 73,3 %). У 46,5 % пацієнтів виявлений рефлюкс-гастрит, більшою мірою виражений у хворих після резекції шлунка за методом Більрот І. Летальність за цей період складала при планових операціях 1,7 %, в ургентних випадках – 6,9 %

Протягом третього десятиріччя (завідувач кафедри Івашенко В.В.), особливо в другій його половині, в зв'язку із зміною стандартів лікування ВХ, а також з виявленням у 9 (8 %) із 112 оперованих понад 10 років тому хворих раку кукси шлунка після перенесених раніше резекцій, ми переглянули показання до оперативного лікування і методику самої операції. На сьогоднішній день ми вважаємо, що проблема лікування ВДПК є терапевтичною прерогативою. Оперативне лікування потрібно проводити, в основному, при ускладнених формах. При виразках шлунка проводимо його резекцію у випадках відсутності ефекту від консервативного лікування, рецидивах захворювання, або наявності тяжкого ступеня метаплазії слизової оболонки. При виконанні резекцій застосовуємо економні їх види, особли-

во у випадках із зниженою або нормальною продукцією соляної кислоти з подальшою противиразковою терапією. Серед таких втручань віддаємо перевагу антрумектоміям з висіканням малої кривини шлунка та виразки. Питання про відновлення безперервності травного тракту вирішуємо на користь використання другого способу Більрота. Для попередження рефлюкс-гастриту кукси шлунка, розвитку синдрому привідної петлі та профілактики неспроможності кукси дванадцятипалої кишки використовуємо гастроентероанастомоз на довгій петлі з Браунівським співустям та розтинанням петлі тонкої кишки в поперечному напрямку з метою створення клапанного анастомозу.

У хворих з перфоративною виразкою ДПК, на сучасному етапі можливостей лікування виразкової хвороби, ми вважаємо достатнім зашивання перфорації з подальшим призначенням противиразкової та антихелікобактерної терапії за загальноприйнятими схемами. Перевагу надаємо квадритотерапії: де-нол 2 табл. 2 рази на день протягом 14 діб за 20-30 хвилин до прийому їжі, амоксицилін 500 мг та метронідазол 250 мг 4 рази на день протягом 7 днів, омепразол 20 мг 2 рази на день протягом 7 днів, яку призначаємо на третю добу після операції, з

моменту прийому їжі. У хворих з кальозними краями виразки, вважаємо за доцільне її висікання з дуоденопластикою при нелікованій раніше хворобі. У пацієнтів з перфорацією хронічної виразки, торпідної до сучасного лікування, повторною перфорацією, або при наявності перфорації дзеркальної виразки чи ускладненої стенозом, пенетрацією, показана радикальна операція – резекція шлунка. Летальність за даний період склала при планових операціях 1,5 %, при ургентних – 7,9 %.

Висновки. 1. За останнє п'ятиріччя, в зв'язку із змінами стандартів лікування, різко знизилась кількість планових оперативних втручань з приводу ВХШДПК

2. Не дивлячись на сучасні противиразкові засоби лікування, кількість ускладнених форм ВХ зростає, що призводить до підвищення летальності.

3. Для зниження ускладнень ВХ та летальності необхідно підвищити виявлення хворих на виразкову хворобу, вчасно і адекватно проводити консервативне лікування. Серед диспансерної групи хворих гастроентерологи і хірурги повинні виділяти групу хворих з ризиком ускладнень для своєчасного проведення планових операцій.

ЛІТЕРАТУРА

1. Братусь В.Д., Фомін П.Д. Про співпрацю хірургів і гастроентерологів у вирішенні проблеми виразкової хвороби // Хірургія України. – 2004. – № 1(9). – С.6-11.
2. Василенко Л.И., Верхулецкий И.Е. Трубочатые резекции желудка в лечении дуоденальных язв. – Донецк, 2003. – 335 с.
3. Голубчиков М.В. Статистичний огляд захворюваності населення України на хвороби органів травлення // Сучасна гастроентерологія і гепатологія. – 2000. – №1. – С.17-20.
4. Гюльмамедов Ф.И., Белозерцев А.М., Епифанцев А.А., Ксенофонтов С.С., Полунин Г.Е., Гудимов И.Д., Белозерцев О.А. Современные аспекты и наш опыт хирургического лечения осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хірургія України. – 2004. – № 1(9). – С.69-72.
5. Ліховіт Н.П., Хараберющ В.А., Лобас В.М., Кондратенко

- П.Г., Івашенко В.В., Зубарев С.Г., Серета В.П. Організація надання допомоги хворим з гострими шлунково-кишковими кровотечами в Донецькій області // Тез. Доповідей 1 (XVI) з'їзду хірургів України, 1994.-С.19.
6. Нейко Є.М., Бабенко О.І., Шевчук І.М., Скробач Н.В., Камінський В.Я., Мисліборський Л.В., Матковська Н.Р. Особливості перебігу виразкової хвороби дванадцятипалої кишки залежно від тривалості захворювання // Хірургія України. – 2004. – №1(9). – С. 97-100.
7. Передерий В.Г., Ткач С.М., Швець О.В. Современные представления о лечении язвенной болезни с точки зрения принципов доказательной медицины // Сучасна гастроентерологія. – 2002. – №3. – С.18-20.

Особливості висічення перфоративної виразки дванадцятипалої кишки в поєднанні з пенетрацією і стенозом

М.М. ВЕЛИГОЦЬКИЙ, А.М. ЗАЙЦЕВ, В.В. КОМАРЧУК, А.С. ТРУШИН, А.Н. ВЕЛИГОЦЬКИЙ, Е.І. ГАЛКО

Харківська медична академія післядипломної освіти

PECULIARITIES OF EXCISION OF PERFORATIVE DUODENAL ULCER COMPLICATED BY PENETRATION AND STENOSIS

N.N. VELYHODSKY, A.M. ZAYTSEV, V.V. KOMARCHUK, A.S. TRUSHYN, A.N. VELYHODSKY, E.I. HALKO

Kharkiv Medical Academy of Post-Diploma Education

Проаналізовані результати лікування 259 хворих з перфоративною виразкою дванадцятипалої кишки (ДПК), ускладненою пенетрацією і стенозом. Запропоновані оригінальні методи висічення виразки. Відмінний і добрий віддалений результат спостерігали у 159 (84,6 %) хворих, задовільний – у 15 (8,2 %), незадовільний (рецидив виразки) – у 8 (4,4 %).

The results of treatment of 259 patients with perforative duodenal ulcer, complicated by penetration and stenosis, were analyzed. The original methods of ulcer excision are proposed. Excellent and good late follow-up result was noted in 159 (84,6 %) patients, satisfactory – in 15 (8,2 %), bad (ulcer recurrence) – in 8 (4,4 %).

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. В консервативній терапії виразкової хвороби досягнуті певні успіхи, однак частота виникнення таких гострих ускладнень, як перфорація виразки не лише не зменшується, але навіть має тенденцію до зростання.

За час виконання невідкладної операції з приводу перфорації виразки часто виявляють одночасно пенетрацію виразки, субциркулярний і циркулярний виразковий дефект. У значного числа хворих виявляють морфологічні ознаки стенозу і порушення евакуації із шлунка, обумовлені грубими рубцево-запальними змінами навколо виразки.

У такій ситуації особливо актуальне одно-моментне виконання радикальної, патогенетичне виконання радикальної, патогенетично обґрунтованої операції, яка повністю коригує порушення і сприяє стійкому видужанню хворого.

Виконання ваготомії в поєднанні з висіченням виразки – найефективніший шлях радикального вилікування виразкової хвороби [2-4].

Матеріали і методи. Ми провели аналіз лікування 259 хворих, у яких перфорація виразки поєднувалась з іншими ускладненнями виразкової хвороби, їх усунення вимагало застосування спеціальних оперативних прийомів.

Результати досліджень та їх обговорення. У 68 пацієнтів виявлені дрібні і множинні, звичайно “дзеркальні”, виразки, розташовані на передній і задній стінці ДПК. У 6 пацієнтів виникла кровотеча із пенетруючої виразки, зміщеної задній і задньовіршній стінці ДПК.

У 87 хворих виявлені великі “сідлоподібні” перфоративні виразки, розміщені по передньовіршній, верхній і задньовіршній стінці ДПК з одночасною пенетрацією в гепетодуоденальну зв'язку і голівку підшлункової залози. У 3 із них спостерігали ознаки кровотечі, арозовані і тромбовані судини у дні виразки.

У 104 хворих поряд з перфорацією відмічений стеноз ДПК: у 41 – початкові ознаки стенозування – стеноз, що формується (за класи-

фікацією Ю.М. Танцирева, 1978) у 29 – стеноз I ступеня (звуження просвіту на 50-60 %); у 21 – стеноз II ступеня (звуження просвіту від 60 до 80 %); у 13 – стеноз III ступеня (звуження просвіту більш ніж на 90 %).

У 51 хворого спостерігали одночасно пенетрацію виразки, розміщену на передньовіршній і задньовіршній стінці ДПК, у 7 з них – ознаки кровотечі, в дні виразки – арозовані тромбовані кровоносні судини.

Поєднання пенетрації і перфорації виразки ДПК відмічено у 84 хворих, перфорації, пенетрації і кровотечі – у 3, перфорації і стенозу – у 53, перфорації, стенозу, пенетрації і “кровотечі – у 5, перфорації “дзеркальних” виразок – у 62, перфорації “дзеркальних” виразок і кровотечі – у 6.

Перфорація у всіх спостереженнях була домінуючим ускладненням виразкової хвороби, на підставі якого встановлювалися показання до виконання невідкладної операції. В 3 спостереженнях супровідна кровотеча була профузною. У всіх спостереженнях кровотеча передувала перфорації, тобто виникала перфорація кровоточивої виразки, в тому числі в 7 на фоні масивної кровотечі III ступеня, в 3 із них – профузної.

Госпіталізовані в строки до 6 год з моменту перфорації виразки 78 % хворих. В такій ситуації основною метою операції було висічення країв перфоративного отвору, видалення чи екстериторизація виразки з пілородуоденопластикою [2] і ваготомією (стовбуровою, селективною, селективною проксимальною). Немає необхідності детально перераховувати переваги такої операції, однак слід зазначити основні з них: висічення рубцевозмінених тканин і тканин, які зазнали деструкції; можливість ревізії задньої стінки пілороампулярної і навіть заампулярної зони; зашивання дефекту ДПК в межах здорових тканин; відсутність післяопераційного стенозування. Видалення чи екстериторизація перфоративної виразки в поєднанні з ваготомією сприяє надійній профілактиці рецидиву виразкової хвороби у віддаленому періоді і забезпечує стійке вилікування до 95 % хворих.

При виявленні перфоративної виразки, розміщеної на передній стінці пілороампулярної зони, використовували метод Джада з овальним чи ромбоподібним висіченням виразки,

відступаючи 1,5 см від краю перфоративного отвору, і накладанням поперечного шва.

При перфорації “сідлоподібної” виразки розміщеної на передньовіршній (ділянка перфорації) і задньовіршній (ділянка пенетрації) стінці ДПК, обмежено мобілізували пілороампулярну зону по малій кривині шлунка, перев’язували праву шлункову артерію, ротували задню стінку і всю ампулу ДПК допереду, висікали всю виразку з ділянками перфорації і пенетрації та виконували дуоденопластику (із збереженням сфінктера воротаря) в поперечному напрямку. Такий метод вдається застосовувати при розміщенні перевернутої “сідлоподібної” виразки по передньонижній та задньонижній стінці ампули ДПК з тією різницею, що у більшості спостережень при цьому зберігаємо праву шлунково-сальникову артерію.

При поєднанні перфорації хронічної виразки і стенозу ДПК застосовували “зширюючу” дуоденопластику. Після висічення виразки в зоні стенозу часто зберігався лише невеликий місток слизової оболонки. Висікали додатково край ДПК в проксимальну і дистальну напрямках, робили поздовжні серозно-м’язові насічки, збільшуючи периметр поверхонь, що зшиваються і розширюючи посвіт в зоні дуоденопластики. В такій ситуації, як правило, виконували субциркулярну розширюючу дуоденопластику (рис. 1), а не мостоподібну, як її називають деякі автори.

При наявності тяжкого стенозу і грубої деформації в ампулярному і заампулярному відділах ДПК пропонуємо використати методику розширюючої дуоденопластики шляхом попереднього змивання медіальних стінок ДПК чи пілоричного відділу шлунка на стороні, протилежній висіченій виразці, з наступним поздовжнім розсіченням ДПК вздовж шва [1]. Цей варіант дозволяє розширити низхідну частину ДПК на всьому протязі, однак зазвичай достатньо розсікти її на протязі 3 см, щоб створити в цій зоні просвіт, рівний нормальному діаметру ДПК (рис. 2)

Нерідко одна сторона ДПК, частіше проксимальна, на якій розміщений супрастенотичний дивертикул, після висічення виразки і додаткового висічення її країв має достатній просвіт для пластики, а інша, частіше дистальна, звужена. В такій ситуації поздовжньо розсікаємо нижню стінку до рівня просвіту про-

ксимальної частини, після чого поздовжньо розсікаємо нижню стінку до рівня просвіту проксимальної частини, після чого зшиваємо спочатку задні, а потім передні стінки і здійснюємо розширюючу дуоденопластику (рис. 3).

При виявленні подвійних і множинних виразок, коли поряд з перфорацією виразки передньої стінки виявляють пенетруючу виразку задньої стінки, часто кровоточиву, можливе використання кількох варіантів корекції. Перший варіант корекції: прошивання виразки діаметром до 1 см з захватом дна і змиканням країв слизової оболонки над нею. З цією метою краще використовувати П-подібні і 8-подібні шви. Другий варіант: обережне висічення виразки задньої стінки зі сторони проксимального і дистального країв з наступним відновленням задньої і передньої стінки в поперечному напрямку (рис. 4) тобто з накладанням анастомозу кінець в кінець, що при наявності великої і глибокої пенетруючої хронічної виразки не завжди вдається. В таких ситуаціях пропонуємо циркулярно висікати всю ділянку виразкового ураження і формувати куксу ДПК з накладанням термінолатерального поздовжнього чи поперечного пілородуоденоанастомозу, в тому числі низького з горизонтальною частиною ДПК. При наявності утруднень під час обробки низької кукси ДПК пропонуємо виконувати другий варіант – накладання пілороентероанастомозу з початковою петлею здухвинної кишки за типом анастомозу за Більрот II в модифікації Гофмейстера-Фінстерера. Це дозволяє використовувати органозберігаючий принцип операцій при лікуванні найскладніших перфоративних і кровоточивих виразок. Можливий варіант формування анастомозу на довгій петлі (типу Брауна-Бальфура) з наступним накладанням ентоентероанастомозу (для розвантаження кукси ДПК) і ніпельної дуоденостомії (при необхідності додаткової декомпресії ДПК).

При наявності гігантської пілороампулярної виразки і масивної деформації в цій зоні (після виконаних раніше операцій) інколи використовували антрумектомію в поєднанні із селективною чи стовбуровою ваготомією.

Хороший безпосередній результат спостерігали у 252 пацієнтів. Померли 6 (2,3 %) хворих. Прогресуючі тяжкі соматичні захворю-

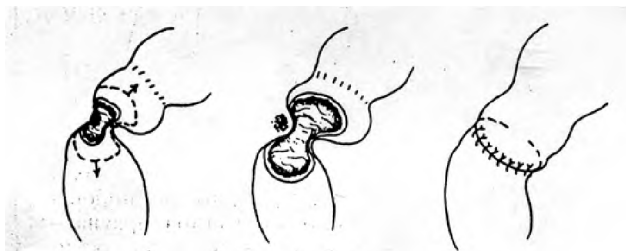


Рис. 1

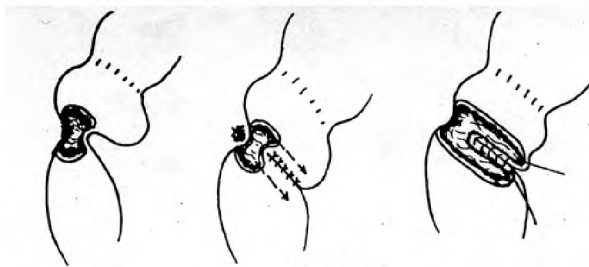


Рис. 2



Рис. 3



Рис. 4

вання стали причиною смерті 3 хворих віком понад 70 років.

В одному спостереженні при зашиванні перфорації виразки передньої стінки ДПК не була виявлена перфорація її задньої стінки, що стало причиною прогресуючого перитоніту і смерті хворого. Причиною смерті ще 1 хворого була профузна кровотеча із виразки задньої стінки ДПК, що виникла в найближчому післяопераційному періоді, не виявлена під час висічення перфоративної виразки її передньої стінки; 1 хворий помер від тяжкої післяопераційної атонії кишечника після виконання стовбурової ваготомії і пілоропластики

В ранньому післяопераційному періоді анастомозит виник у 14 хворих, що вимагало ен-

доскопичного проведення за лінію анастомозу зонда для ентерального харчування протягом 7-18 діб і здійснення протизапальної, антихелікобактерної терапії. В 6 спостереженнях зонд було проведено під час релапаротомії, оскільки ввести його при ендоскопії не вдавалося чи зонд внаслідок антиперистальтичних скорочень ДПК мігрував у шлунок. При цьому у всіх спостереженнях прохідність зони пілоропластики була достатньою, але були наявні виражені зрощення в зоні низхідної і горизонтальної частин ДПК. В 3 спостереженнях релапаротомія виконана з приводу внутрішньочеревної кровотечі, джерело якої не з'ясоване.

У 4 хворих утворився піддіафрагмальний абсцес, у 1 – абсцес прямокишково-міхурового заглиблення. Всі пацієнти одужали після розкриття абсцесу.

У 1 хворого виникла перфорація стінки за-

гальної жовчної протоки в залишеному дні гігантської виразки заампулярного відділу на 4-ту добу після виконання її екстериторизації. Виконане зовнішнє дренажування загальної жовчної протоки, хворий одужав.

Відмінний і добрий результати лікування в строки від 6 місяців до 6 років спостерігали у 159 (84,6 %) пацієнтів, задовільний – у 15 (8,2 %) незадовільний (рецидив виразки) у 8 (4,4 %), у 5 із них після операції виникли атонія шлунка та анастомозит.

Висновки. Застосування запропонованих методів оперативного лікування перфоративної виразки, поєднаної з перфорацією і стенозом, дозволяє видалити виразку, забезпечити адекватне дренажування шлунка і досягти доброго віддаленого функціонального результату.

ЛІТЕРАТУРА

1. Велигоцкий Н.Н., Курбанов К.М. Органосохраняющие операции в лечении заампулярных язв двенадцатиперстной кишки // Клиническая хирургия. – 1990. – № 11. – С. 37-40.
2. Зайцев В.Т., Велигоцкий Н.Н. Органосохраняющие операции при кровоточащей язве двенадцатиперстной кишки // Там же. – 1982. – № 4. – С. 9-13.

3. Зайцев В.Т., Велигоцкий Н.Н. Расширяющая пилородуоденостомия в хирургическом лечении кровоточащих и стенозирующих язв // Хирургия. – 1985. – № 2. – С. 34-36.
- Оноприев В.И. Этюды функциональной хирургии язвенной болезни. – Краснодар, 1995. – 293 с.

УДК: 616.381-089.844/-089.819-072.1

Застосування методу електрозварювання біологічних тканин при лапароскопічних операціях

М.Ю. НИЧИТАЙЛО, О.М. ЛИТВИНЕНКО, О.М. ГУЛЬКО

Інститут хірургії та трансплантології АМН України,

APPLICATION OF METHOD OF ELECTRIC WELDING OF BIOLOGICAL TISSUES AT LAPAROSCOPIC OPERATIONS

M.Y. NYCHYTAYLO, O.M. LYTVYENKO, O.M. HULKO

Institute of Surgery and Transplantology of AMS

В статті представлено досвід застосування методу електрозварювання біологічних тканин в лапароскопічній хірургії. Виконано 515 лапароскопічних операцій з використанням електрозварювальної методики. Хворим виконано наступні лапароскопічні оперативні втручання: холецистектомія - 434 (84,2 %), ехінококектомія - 22 (4,3 %), періцистектомія ехінококової кісти - 17 (3,3 %), крайова резекція печінки з кістою - 1 (0,2 %), енуклеція гемангіоми - 5 (1,0 %), апендектомія - 12 (2,3 %), спленектомія - 1 (0,2 %), герніопластика пахової грижі - 9 (1,7 %), видалення оваріальних кіст - 8 (1,5 %), мобілізація ligamentum gastrocolica - 3 (0,6 %), видалення субсерозних міоматозних вузлів при вузловій фіброміомі - 3 (0,6 %). На основі отриманих результатів можна зробити висновок, що методика електрозварювання біологічних тканин є надійним, простим методом гемостазу та методом з'єднання тканин в лапароскопічній хірургії.

The experience of application use of method of electric welding of biological tissues in laparoscopic surgery is submitted in the article. 515 operations with use of electrowelding procedure were conducted. The patients underwent the following laparoscopic operative interventions: cholecystectomy - 434 (84,2 %), echinococcectomy - 22 (4,3 %), pericystectomy of echinococcosis cyst - 17 (3,3 %), regional resection of liver with cyst - 1 (0,2 %), enucleation of hemangioma - 5 (1,0 %), appendectomy - 12 (2,3 %), splenectomy - 1 (0,2 %), hernioplasty of inguinal hernia - 9 (1,7 %), erasion of ovarian cysts - 8 (1,5 %), ligamentum gastrocolica mobilization - 3 (0,6 %), erasion of subserous myomatous units at nodal fibromyoma - 3 (0,6 %). Baing on the received results it is possible to make a conclusion, that procedure of electric welding of biological tissues is a reliable, simple method of hemostasis and tissue binding method in laparoscopic surgery.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Стрімке поширення лапароскопічної хірургії в останнє десятиріччя XX сторіччя дало поштовх розвитку нових методів гемостазу, як одного з гарантів успішного виконання ендовідеохірургічних оперативних втручань. Застосування монополярної коагуляції, як основного методу зупинки кровотечі, досить швидко перестало задовольняти потреби хірургів, у міру розширення спектра виконання різних маніпуляцій. Різними дослідниками було встановлено, що використання монополярного коагулятора дає можливість зупинити капілярну кровотечу та закоагулювати судину діаметром до 1 мм [1,2]. Впровадження в лапароскопічну хірургію біполярних коагуляторів дало змогу виконувати гемостаз судин

діаметром 1,5-2 мм. Однак судини більшого діаметра не можуть бути коагульовані за допомогою традиційного електрохірургічного інструментарію. Впровадження в лапароскопічну хірургію ультразвукових ножиць дало змогу проводити гарантовану механічну коагуляцію судин діаметром менше 3 мм [3]. Висока вартість як самих ультразвукових апаратів для хірургічної мобілізації, так і витратних матеріалів до них зробили неможливим їх широке застосування в хірургічних відділеннях нашої країни. Поширеність цієї апаратури в нашій державі не перевищує 7-8 одиниць. Ці обставини спонукали до пошуку нових методів виконання гемостазу в умовах лапароскопічної хірургії. Таким методом було обрано метод електрозварювання біологічних тканин, який

експериментально був досліджений і потребував подальшого впровадження в клінічну практику [4]. В основі електрозварювальної методики лежить використання термічної енергії, внаслідок впливу якої відбувається локальна коагуляція і денатурація зварюваної тканини. При припиненні електротермовпливу між зварюваними структурами утворюється коагуляційна сітка, за допомогою якої і відбувається їх адгезія.

В Інституті електрозварювання ім. Є.О.Патона НАН України було розроблено зварювальний комплекс, до складу якого входить джерело живлення (високочастотний коагулятор) з системою управління та біполярних зварювальних затискачів які під'єднуються до нього. Джерело живлення може генерувати постійні і дискретні імпульси. Частота коливань електричного струму регулювалась ступінчасто: 50, 200, 500, 1000 кГц. Коливання мали прямокутну форму. Амплітуда вихідного сигналу регулювалась програмно за допомогою комп'ютера, оснащеного платою аналогового вводу-виводу. Напруга електричного струму плавно регулювалась в межах 0-100 вольт.

Співробітниками відділу лапароскопічної хірургії та холелітіазу, разом із співробітниками Інституту електрозварювання було розроблено лапароскопічні зварювальні інструменти, робоча частина яких виготовлена із мідного сплаву, що запобігає виникненню явищ налипання поверхонь, які зварюються, до браншів інструменту. В листопаді 1999 року було виконано першу лапароскопічну холецистектомію, при виконанні якої було застосовано метод електрозварювання біологічних тканин.

Матеріали і методи. В нашій роботі вивчено застосування методу електрозварювання біологічних тканин як основного методу гемостазу та з'єднання тканин у 515 хворих, яким виконано лапароскопічні втручання. Всі хворі знаходились на лікуванні у відділі лапароскопічної хірургії та холелітіазу ІХТ АМН України в період з 1999 по 2004 роки. Серед досліджених пацієнтів було 402 (78,0 %) жінки та 113 (22,0 %) чоловіків віком від 18 до 72 років. Середній вік жінок склав $43,7 \pm 9,7$, чоловіків – $41,9 \pm 5,93$ років.

Хворим виконано наступні лапароскопічні оперативні втручання: холецистектомія – 434 (84,2 %), ехінококектомія – 22 (4,3 %), періцистектомія ехінококової кістки – 17 (3,3 %), край-

ова резекція печінки з кістою – 1 (0,2 %), енуклеація гемангіоми – 5 (1,0 %), апендектомія – 12 (2,3 %), спленектомія – 1 (0,2 %), герніопластика пахової грижі – 9 (1,7 %), видалення оваріальних кіст – 8 (1,5 %), мобілізація ligamentum gastrocolica – 3 (0,6 %), видалення субсерозних міоматозних вузлів при вузловій фіброміомі – 3 (0,6 %).

Оперативні втручання виконувались на лапароскопічному обладнанні фірм "Richard Wolf" (Німеччина), "Медфармсервіс" (Росія), які обладнано електрозварювальним блоком (рис.1).

Крім стандартних лапароскопічних інструментів використовували лапароскопічні зварювальні та пункційно-зварювальні затискачі (рис.2).

Більшість оперативних втручань (503(97,7%)) виконувались в плановому порядку після всебічного обстеження пацієнтів.

Всі оперативні втручання було виконано під ендотрахеальним наркозом із керованою штучною вентиляцією легень.



Рис.1. Лапароскопічне устаткування, обладнане зварювальним пристроєм.



Рис.2. Зварювальний блок з лапароскопічними зварювальними інструментами.

Результати дослідження та їх обговорення.

Першим оперативним втручанням, при якому ми почали застосовувати метод електрозварювання біологічних тканин, була лапароскопічна холецистектомія. На перших етапах ми проводили герметизацію частини міхурової протоки, яка видаляється разом із жовчним міхуром. В подальшому, практично у всіх випадках ми заварювали міхурову артерію і проводили герметизацію міхурової протоки. На куксу останньої додатково накладали кліпсу. Таким чином, на даний момент ми виконуємо лапароскопічну холецистектомію з використанням однієї кліпси. Незаперечні переваги надає застосування електрозварювання біологічних тканин при виконанні лапароскопічної холецистектомії в умовах широкої (4-5 мм) міхурової протоки. Попередня герметизація протоки електрозварюванням призводить до зменшення діаметра останньої у 1,5-2 рази, що дає змогу кліпувати куксу міхурової протоки середньовеликими кліпсами.

Також застосування електрозварювання біологічних тканин дозволяє герметизувати післяпункційний отвір в жовчному міхурі в умовах гострого чи хронічного холециститу, коли напружений жовчний міхур неможливо захопити затискачем. В такій ситуації використовували пункційно-зварювальний затискач, за допомогою якого спочатку пунктували, а потім заварювали отвір у стінці міхура.

Неможливо переоцінити роль методу електрозварювання біологічних тканин в лапароскопічній хірургії печінки. Електрозварювання ми використовували як з метою проведення гемостазу, так і з метою герметизації жовч-

них проток печінки різного діаметра. Застосування методу електрозварювання дало нам змогу провести лапароскопічну періцистектомію – радикальну органозберігаючу операцію при гідатидному ехінококозі печінки у 17 хворих. Лапароскопічну періцистектомію починали із розсічення капсули печінки за допомогою електроножа, по наміченій лінії, на межі з фіброзною капсулою, зробивши відступ на 3-4 мм від останньої. Потім за допомогою електроножа та тупфера на робочому затискачі проводили відсепарування фіброзної капсули від паренхіми печінки.

Ранову поверхню печінки відразу обробляли електрозварювальним затискачем, тим самим проводили гемостаз і герметизацію протокової системи печінки. Потім проводили обов'язковий контроль за допомогою марлевої серветки, поміщеної в ложе кісти.

У 1 хворого була виконана лапароскопічна крайова резекція печінки з кістою.

По наміченій лінії резекції накладали зварювальний затискач, і, в міру проходження струму, плавно стискали бранші інструмента в режимі зростаючого зусилля. Шляхом послідовного переміщення затискача по наміченій лінії повністю зварювали передбачувану лінію розрізу. По дистальному краю цієї борозни ми відтинали резектовану ділянку, поміщали в ендоконтейнер і витягали з черевної порожнини. Значної кровотечі і підтікання жовчі ми не відзначали. Коагуляцію судин і заварювання жовчних проток проводили електрозварюванням.

При виконанні лапароскопічної ехінококектомії використовували електрозварювання при виконанні пункції кісти з метою герметизації післяпункційного отвору, а також з метою зварювання цистобіліарних нориць, виявлених при ревізії залишкової порожнини кісти, що дало змогу запобігти виникненню зовнішніх жовчних нориць.

Використання електрозварювання при лапароскопічній апендектомії дало змогу у всіх випадках герметизувати а. appendicularis, та обробити основу апендикса, що дало змогу кліпувати куксу останнього. Виконання апендектомії у такий спосіб дало змогу значно спростити виконання операції, зменшити операційний час. Ускладнень під час операцій та в післяопераційному періоді ми не спостерігали.

Нами виконано лапароскопічну спленектомію при гігантській кісті, розташованій в області воріт селезінки. Електрозварювання використовували для мобілізації фіксуєчого апарату селезінки – *ligamentum gastrolienale*, *ligamentum phrenicolienale*. Мобілізація зв'язок селезінки дозволила виділити селезінкову артерію та вену, провести їх візуальну оцінку та кліпувати.

Також ми використовували електрозварювальну методику при виконанні лапароскопічної інтраперитонеальної герніопластики у 9 хворих. Метод ми використовували на заключному етапі операції, після фіксації сітчастого алотрансплантата для його перитонізації. З цією метою ми використовували торцевий герніостаплер, яким з'єднували листки очеревини по контуру, а проміжки заварювали електрозварювальним затискачем. Застосування цієї методики дало змогу уникнути використання інтракорпорального шва, і, таким чином, спростити виконання операції.

При виконанні гінекологічних операцій – видалення субсерозних міоматозних вузлів при вузловій фіброміомі проводили електроножем, попередньо обробивши основу вузла електрозварюванням, а також видалення оваріальних кіст, попередньо обробивши електрозварюван-

ням ніжку або основу параоваріальної кісти. Ніяких ускладнень, пов'язаних з кровотечею, ми не спостерігали.

Також ми використовували метод електрозварювання біологічних тканин при мобілізації шлунковоободовної зв'язки при лапароскопічній ревізії підшлункової залози у 3 хворих. Спочатку зварювали зв'язку над і під місцем запланованого розтину, а потім проводили розріз між обробленими ділянками. Жодних ускладнень, пов'язаних з даною маніпуляцією, ми не спостерігали.

Висновки. Наш п'ятирічний досвід використання лапароскопічних операцій з використанням методу електрозварювання біологічних тканин, дозволяє зробити висновки про те, що даний метод є простим, надійним і в багатьох ситуаціях незамінним в лапароскопічній хірургії. В умовах ендовідеохірургічної операції, коли хірург працює в стислих умовах, надійний гемостаз судин, більших за ті, що зазвичай коагулюються – це безперечна перевага. Якщо врахувати той факт, що в ендохірургії не завжди можна швидко і часто змінювати інструменти, стає зрозумілим, що метод електрозварювання біологічних тканин в лапароскопічній хірургії має великі перспективи.

ЛІТЕРАТУРА

1. В.А. Вишнеvский, А.В. Чжао, Н.А. Назаренко и др. Современные принципы техники оперативных вмешательств на печени // *Анналы хирургической гепатологии*.-1996.-Т.1.- С.15-23.
2. Peterson S.L., Stranahan P.L. Comparison of healing process following ligation with sutures and bipolar sealing // *Surgical Technology International*. – 2000. -V.22, №4. – P.124-126.

3. В.А. Вишнеvский, М.Г. Магомедов. Ультразвуковые аппараты для хирургической мобилизации (Auto Sonix, Harmonic Scalpel, Sono Surg) // *Эндоскопическая хирургия*. – 2003.-№1.- С.43-45.
4. М.Ю. Ничитайло, Ю.О. Фурманов, О.М. Литвиненко. Використання методу електротермоадгезії біологічних тканин в лапароскопічній хірургії // *Шпитальна хірургія*, 2001.-№3. - С. 42-44.

УДК 616-089+616-052+616-036.86+616.33-002+616.34-002.

Вибір способу дуоденопластики при постбульбарних виразках дванадцятипалої кишки, ускладнених стенозом

О.І. ДРОНОВ, О.А. СКОМАРОВСЬКИЙ, Я.М. СУСАК, В.О. ЗАЙЧЕНКО

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

CHкICEкFWAYкFKUкKENкPLASTYкFPкSTBULBARKUкKENALULCERSкMPLICATEкBY STENкSIS

O.I. DRONOV, O.A. SKOMAROVSKY, Y.M. SUSAK, V.O. ZAYCHENKO

National Medical University by O.O. Bohomolets

Хірургічне лікування постбульбарних виразок дванадцятипалої кишки (ДПК), ускладнених стенозом, до сьогодні залишається складною і не вирішеною до кінця проблемою. Розроблено і успішно використовуються у клінічній практиці багато способів хірургічного лікування виразкової хвороби ДПК, ускладненої стенозом. Здебільшого виконуються органозберігаючі операції, що включають висічення чи екстериторизацію виразки, дуоденопластику чи пілородуоденопластику, селективну проксимальну ваготомию чи інший вид ваготомії [1,5,6]. Однак при велетенських стенозуючих постбульбарних парапапілярних виразках ДПК не завжди вдається виконати стандартні види дуоденопластики. Значні технічні труднощі, що виникають при цьому інтраопераційно, зумовлені передусім близькістю чи залученням до зони виразкової деструкції великого дуоденального сосочка (ВДС) [2,4,9]. Самі ж операції супроводжуються значною кількістю ускладнень і високою післяопераційною летальністю, що досягає 28 % [2,3,7]. Тому існуючі способи завершення дуоденопластики при стенозуючих постбульбарних виразках ДПК безумовно вимагають подальшого вдосконалення.

During the period from 1994 to 2004 in clinic were operated 346 patients who had duodenal ulcer complicated with stenosis. Postbulbar huge ulcers were revealed at 26 (7,5 %) patients. At ulcer stenosis of duodenum carried out mostly operations with excision or extirpation ulcers, duodenoplasty or piloroduodenoplasty with selective proximal vagotomy. We developed a way of reconstructive duodenoplasty with reimplantation papilla Vateri in small intestine an insert on vascular mesenteric leg at complicated with stenosis huge papillary duodenal ulcer (declaration patent of Ukraine N 60247 A). Operation includes the following stages: 1) removing ulcer, excision zones of stenosis, demucosation and suture medial duodenum wall, antrumectomy, selective vagotomy; 2) Discharge of a segment of small intestine on mesenteric to a vascular leg; 3) papillosfincteroplasty; 4) reimplantation of papilla Vateri in the small intestine insert; 5) formation of gastroentero- and enteroduodenoanastomosis. Such operations were performed in clinic in a term of 2003-2004. Lethality was not observed.

Мета дослідження: 1. Розробка і впровадження у хірургічну практику способу реконструктивної дуоденопластики із реімплантацією ВДС при постбульбарних виразках дванадцятипалої кишки, що ускладнені стенозом.

2. Зниження післяопераційної летальності і зменшення післяопераційних ускладнень при хірургічному лікуванні стенозуючих постбульбарних парапапілярних виразок.

Матеріали і методи. 1. За період з 1994 по 2004 рік в клініці прооперовано 346 хворих з виразковою хворобою ДПК, ускладненою сте-

нозом. Постбульбарні велетенські виразки виявлено у 26 (7,5 %) пацієнтів. Чоловіків було 21(80,8 %), жінок – 5 (19,2 %). Середній вік прооперованих хворих – 42 роки. Постбульбарна виразка супроводжувалась пенетрацією у всіх випадках і найчастіше одномоментно, як у голівку підшлункової залози, так і в елементи гепатодуоденальної зв'язки. Постбульбарний рубцевовиразковий стеноз відзначений у всіх 26 пацієнтів.

При рубцевовиразковому стенозі дванадцятипалої кишки виконували, як правило, органозберігаючі операції із висіченням чи ек-

стериторизацією виразки, дуоденопластику чи пілородуоденопластику із селективною проксимальною ваготомією. Сегментарна дуоденопластика виконувалась при локалізації виразки на верхній чи задньо-верхній стінці ДПК із частковою пенетрацією у печінково-дванадцятипалу зв'язку чи у голівку підшлункової залози. При поєднанні хронічної пенетруючої виразки із органічним стенозом ДПК нами застосовуються різноманітні варіанти розширюючої сегментарної, мостоподібної чи циркулярної дуоденопластики з СПВ. При декомпенсованій гастродилатації операцією вибору є резекція шлунка, яка була здійснена у 114 (32,9%) хворих.

При парапапілярних виразках може бути здійснена або дуоденопластика із транспапілярним трансдуоденальним дрениванням холедоха, або реімплантація ВДС у дванадцятипалу кишку із перитонізацією лінії швів стінкою привідної петлі порожньої кишки, виконанням антроектомії із селективною ваготомією, транспапілярного трансдуоденального зовнішнього керованого дренивання холедоха, накладанням страхувальної зовнішньої холецисто- чи холедохостоми [8].

При ускладненій велетенській папілярній виразці і значній деструкції ВДС застосовується спосіб реімплантації у виключену за методом Ру петлю порожньої кишки із папілосфінктеропластиком та транспапілярним трансюанальним зовнішнім керованим дрениванням холедоха [8].

Нами розроблений спосіб реконструктивної дуоденопластики із реімплантацією ВДС у тонкокишкову вставку на судинній мезентеріальній ніжці при ускладненій стенозом ве-

летенській папілярній виразці ДПК (декларативний патент України № 60247 А). Операція включає в себе наступні етапи: а) виведення виразки, висічення зони стенозу, демукозацію і ушивання медіальної стінки ДПК, антроектомію, селективну ваготомію; б) виділення сегмента порожньої кишки на мезентеріальній судинній ніжці; в) папілосфінктеропластику; г) реімплантацію ВДС у тонкокишкову вставку; д) формування гастроентеро- і ентеродуоденоанастомозів.

На наш погляд, запропонований спосіб дуоденопластики має ряд суттєвих переваг порівняно із вищезгаданими методиками. По-перше, реконструкція ДПК тонкокишковою вставкою дозволяє повністю ліквідувати зону рубцевовиразкового стенозу і сформувати гастроентеро- та ентеродуоденоанастомози у межах здорових тканин. По-друге, при реімплантації ВДС у сегмент порожньої кишки, виділений на мезентеріальній судинній ніжці, не виключаються із процесів травлення дистальний відділ ДПК, дуоденоюанальний вигин і початковий відділ порожньої кишки. Це дозволяє значною мірою зберегти секреторну і моторно-евакуаторну функції ДПК, що дуже важливо для профілактики післяопераційного парезу шлунка і кишечника, а також для збереження фізіологічного принципу травлення.

За 2003-2004 роки в клініці виконано 4 такі операції. Летальності не було. Післяопераційний панкреатит розвинувся у одного пацієнта.

Характеристика оперативних втручань у хворих із рубцевовиразковим стенозом дванадцятипалої кишки представлено у таблиці 1.

Кількість ускладнень і летальність представлені у таблиці 2.

Таблиця 1. Характеристика оперативних втручань при виразковій хворобі дванадцятипалої кишки, ускладненій звуженням.

Вид операції	Кількість операцій	% від загального числа
Сегментарна дуоденопластика + СПВ	95	27,5
Мостоподібна чи субциркулярна дуоденопластика + СПВ	71	20,5
Циркулярна дуоденопластика + СПВ	38	11
Висічення виразки передньої стінки ДПК із дуоденопластиком і екстериторизація виразки задньої стінки + СПВ	24	6,9
Резекція шлунка за Більрот-I	36	10,4
Резекція шлунка за Більрот-II	78	22,5
Реконструктивна дуоденопластика із реімплантацією ВДС у тонкокишкову вставку на мезентеріальній судинній ніжці	4	1,2

Таблиця 2. Аналіз післяопераційної летальності і ускладнень

Періоди	1994-1998		1999-2000		2001-2004		1994-2004	
	абс. к-ть	%	абс. к-ть	%	абс. к-ть	%	абс. к-ть	%
Кількість хворих	138	39,9	76	21,9	132	38,2	346	100
Післяопераційна летальність	11	7,9	7	9,2	5	3,8	23	6,6
Післяопераційні ускладнення	25	18,1	9	11,8	6	4,5	40	11,6

У більшості випадків причиною післяопераційної летальності були: важка супровідна патологія (серцево-судинна недостатність, дихальна недостатність) і, як наслідок, розвиток гострого інфаркту міокарда, тромбоемболії легеневої артерії, гострого порушення мозкового кровообігу; пізня госпіталізація хворих у стаціонар із вираженими порушеннями водно-електролітного і білкового обміну на фоні декомпенсованого рубцевовиразкового стенозу ДПК.

У структурі ускладнень 79 % склали нагноювання і інфільтрати післяопераційної рани.

Висока післяопераційна летальність за період з 1994 по 1998 рр. була зумовлена переважним виконанням резекуючих способів лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, ускладненої стенозом.

Висновки. 1. При рубцевовиразковому стенозі дванадцятипалої кишки операцією вибору є органозберігаючі методики оперативних втручань із висіченням чи екстериторизацією виразки, сегментарна, мостоподібна чи циркулярна дуоденопластика у поєднанні із селективною проксимальною ваготомією. 2. При велетенських стенозуючих постбульбарних виразках ДПК із одночасним ураженням ВДС і пілоруса рубцевовиразковим процесом вважаємо раціональним виконувати реконструктивну дуоденопластику тонкокишковою вставкою на мезентеріальній судинній ніжці із подальшою реімплантацією до неї зони ВДС за розробленою нами методикою. 3. При хірургічному лікуванні виразкової хвороби ДПК, що ускладнена стенозом, резекція шлунка може бути виконана лише при декомпенсованій гастродилатації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Велигоцкий Н.Н. Место современных органосохраняющих операций в лечении осложненных форм язвенной болезни // Хирургия Украины. – 2004. – №2 (10). – С. 25-28.
2. Зайцев В.Т., Клименко Г.А., Медведев А.Л. Операционные повреждения общего желчного и панкреатического протоков при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Клин. Хирургия. – 1984. – №11. – С. 29-31.
3. Курбанов К.М. Хирургическое лечение постбульбарных язв, осложненных пенетрацией в головку поджелудочной железы // Хирургия. – 1999. – №2. – С. 8-10.
4. Курыгин А.А., Тоидзе В.В. Плановая хирургия «залуковичных» язв двенадцатиперстной кишки // Вестн. Хирургии. – 1989. – №7. – С. 96-98.
5. Нестеренко О.Л., Семенюк Ю.С., Кордяк В.Д., Нестеренко Л.М. Хірургічне лікування хворих з ускладненими постбульбарними виразками дванадцятипалої кишки. // Хирургия України. – 2004. – №2(10). – С. 79-81.
6. Окойомов М.Н., Кузин М.Н., Крылов Н.Н., Майрова Ю.Б. Сравнительная характеристика эффективности операций при язвенном пилородуоденальном стенозе. // Хирургия. – 2002. – № 5, С. 26-29.
7. Черноусов А.Ф., Ануфриев А.М., Корчак А.М., Ри Сун Хо, Степанкин С.Н. Внедуковичные язвы двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 1987. – № 5. – С. 42-47.
8. Е.Н. Шепетько, Б.Б. Леськив, П.В. Иванчов, М.В. Щербина. Технические особенности реимплантации большого дуоденального сосочка при осложненных юктапипиллярных язвах. // Вісник морської медицини. – 2001. – № 2(14), С. 1-3.
9. Bowden T.A. Jr., Hooks V.H. III, Rogers D.A. Role of Highly Selective Vagotomy and Duodenoplasty in the Treatment of Postbulbar Duodenal Obstruction // Am. J. Surg. – 1990. – V.159. – P.15-20.

Реконструктивні втручання при пострезекційних синдромах

Б.Ф.ШЕВЧЕНКО, Н.Г. ГРАВИРОВСЬКА, В.М. РАТЧИК, О.В. КОСИНСЬКИЙ, Н.В. ПРОЛОМ., П.В. ПАВЛОВ

Інститут гастроентерології АМН України

RECONSTRUCTIVE INTERVENTIONS AT POSTRESECTION SYNDROMES

B. F. SHEVCHENKO, N. H. HRAVIROVSKA, V. M. RATCHYK, O. V. KOSYNSKY, N. V. PROLOM, P. V. PAVLOV

Institute of Gastroenterology of AMS of Ukraine

В останні роки хірургічне лікування виразкової хвороби характеризується зменшенням числа планових (насамперед органозберігаючих) операцій, необґрунтованим розширенням показань до резекції шлунка. В роботі представлений досвід хірургічного лікування 793 хворих з різними пострезекційними синдромами з післяопераційною летальністю 3,5 %.

At the last years the surgical treatment of the stomach ulcer can be characterized by decreasing elective (first of all the organ-saving) and by unfounded extending of the testimonies to stomach resections. There is the experience of the surgical treatment of the 793 patients with different postresection syndromes and with postoperative mortality equal to 3,5 %.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. За даними світової статистики виразкова хвороба дванадцятипалої кишки і шлунка – поширені захворювання шлунково-кишкового тракту, їх розповсюдженість серед дорослого населення сягає до 6,0-10,0 % [1]. Аналіз матеріалів XX з'їзду хірургів України (Тернопіль, 2002 р.) показує, що в останні роки хірургічне лікування виразкової хвороби характеризується зменшенням числа планових (насамперед органозберігаючих) операцій, збільшенням частки хворих з ускладненнями пептичної виразки (40,0-80,0 %), необґрунтованим розширенням показань до резекції шлунка, яка супроводжується високою летальністю (4,0-5,0 %), виникненням важких форм пострезекційних синдромів (10,0-15,0 %), стійкою інвалідністю (3,0-5,0 %) [2,3].

Маючи досвід хірургічного лікування 793 пацієнтів з різними післярезекційними синдромами, у відділенні хірургії органів травлення інституту гастроентерології АМН України, хочемо б ще раз звернути увагу хірургів і гастроентерологів на питання діагностики і реконструктивних хірургічних втручань при лікуванні хвороб оперованого шлунка.

Мета дослідження: вивчити особливості діагностики, найближчі та віддалені результа-

ти реконструктивних втручань при пострезекційних синдромах

Матеріали і методи. спостереження проведені у 793 пацієнтів з різними пострезекційними синдромами. Віковий діапазон обстежених був у межах від 17 до 67 років, із них чоловіків було 649 (81,8%), жінок – 144 (18,2%), працюючих – 587 (74,0%).

Клінічний перебіг захворювання оцінювали на основі вивчення анамнезу, терміну первинної операції, наявності супровідної патології, скарг та об'єктивного статусу.

Ендоскопічне дослідження проводили за допомогою езофагогастроуденоскопії, під час якої вивчались наявність деформацій, локалізація анастомозів і виразкового дефекту.

Рентгенологічне дослідження проводилося за розробленою методикою, яка включала вивчення рентгенологічної анатомії верхніх ділянок травного каналу, а також функціонального стану стравоходу, стравохідно-шлункового переходу, перистальтики кукси шлунка та його евакуаторної здатності.

Результати досліджень та їх обговорення. У різноманітті проявів і причин хвороб оперованого шлунка виділяємо функціональні, механічні та органічні пострезекційні синдроми.

До функціональних відносимо: демпінг-синдром, гастростаз, агастральну астенію. До механічних: синдром привідної петлі (гострий і хронічний). До органічних – рецидив виразки, шлунково-тонко-товстокишкову фістулу, стеноз анастомозу, рефлюкс-гастрит, рефлюкс-езофагіт, рак кукси шлунка.

При рентгенологічному дослідженні демпінг-синдром характеризувався прискореним скиданням їжі по початковому відділу травного каналу з наступним помірним уповільненням її проходження в області здухвинної кишки. Ця картина частіше була характерна для демпінг-синдрому III ступеня і збігалася з його клінічними проявами. Менш виражене прискорення пасажу по шлунково-кишковому тракту не завжди збігалось з клінічними проявами цього синдрому.

Механічний гастростаз був наслідком анастомозиту, стенозу анастомозу, перегину або перекруту привідної петлі анастомозу. При рентгенологічному дослідженні ця патологія виявлялася затримкою евакуації з кукси шлунка більш ніж на три години. Перистальтика при механічній природі гастростазу простежувалася, але у куксі шлунка була рідина і у горизонтальному положенні хворого на правому боці евакуація була відсутня. При функціональному гастростазі перистальтика стінки шлунка не простежувалася, однак, евакуація в горизонтальному положенні хворого була вільна.

Діарейний синдром не мав строго специфічних рентгенологічних симптомів, однак, при вираженій клінічній картині визначалися: значний метеоризм, розширення петель тонкої кишки, рівень рідини в просвіті кишки, “розмитість” рельєфу слизової.

Синдром привідної петлі в рентгенологічному відображенні виявлявся розширенням привідної петлі, наявністю в ній рідини, тривалою затримкою контрастної речовини, як у шлунку, так і в самій петлі.

Провідними рентгенологічними ознаками пептичної виразки анастомозу були: спазм в області її локалізації, порушення евакуації з кукси шлунка, наявність ніші на рельєфі відвідної петлі анастомозу, при операції за Більрот II або в області гастродуоденального анастомозу після резекції за Більрот I. Відсоток виявлення пептичних виразок рентгеноло-

гічним методом перевищував позитивні результати ендоскопічної діагностики на 11,3 %.

При шлунково-тонко-товстокишковій фістулі після прийому невеликої кількості барію спостерігалася його уповільнена евакуація по атиповому шляху, частіше усього із заповненням просвіту товстої кишки. При іригоскопії визначався викид контрасту в просвіт кукси шлунка.

Рентгенологічна картина рефлюкс-гастриту виявлялася ретроградним закидом вмісту дванадцятипалої кишки або привідної петлі анастомозу в куксу шлунка, стовщенням складок слизової оболонки кукси, наявністю в ній невеликої кількості рідини натщесерце, що добре простежувалося при рентгеноскопії.

При рефлюкс-езофагіті спостерігалася зміна тонуусу стравоходу у вигляді сегментарного спазму або гіпотонії його нижньої третини. Рельєф слизової оболонки був представлений стовщеними, звитими складками, малюнок рельєфу був розмитий. При спеціальних пробах спостерігався рефлюкс шлункового вмісту в стравохід.

Для раку кукси шлунка характерна відсутність складчастості та наявність горбистого утворення, покритого фібрином, при гастроскопічному дослідженні та наявність комплексної медикаментозної терапії і лікувального харчування у хворих із функціональними розладами середньої тяжкості, а також при їх явній виразності. При реконструктивних операціях прагнемо до максимального усунення анатомічних причин, які сприяли розвитку пострезекційних розладів, до створення оптимальних топографоанатомічних взаємовідношень органів гепатопанкреатодуоденальної зони і кишечника.

Методом вибору при хірургічному лікуванні демпінг-синдрому вважаємо реконструктивну гастроеюнодуоденопластику, яку для профілактики виникнення пептичної виразки в тонкокишковому трансплантаті поєднуємо з піддіафрагмальною стовбуровою ваготомією.

Із 76 пацієнтів, яким була виконана реконструктивна гастроеюнодуоденопластика, у 64 (84, %) відзначені добрі і задовільні результати. У 24 (31,6 %) – відновилася працездатність. Однак при спостереженні за хворими в різні терміни після реконструктивної гастроеюнодуоденопластики, виявилось, що віддалені результа-

ти нестабільні, і хворі періодично потребують проведення консервативної терапії, санаторно-курортного лікування і постійно повинні перебувати на диспансерному спостереженні.

У 28 хворих із демпінг-синдромом була виконана реконструкція анастомозу з Більрот - II (Б-II) у Більрот - I (Б-I), у 35 – створено міжкишкове співустя за Брауном, у 11 – виконана резекція шлунка за Ру. Практично у всіх хворих цієї групи прояви демпінг-синдрому збереглися. При діарейі в двох випадках виконали інверсію сегментів порожньої кишки, одержавши при цьому клінічні прояви спайкової хвороби черевної порожнини з явищами часткової кишкової непрохідності.

При пострезекційних синдромах, обумовлених механічними причинами, застосовували, як правило, хірургічне лікування.

При гострому синдромі привідної петлі (4 випадки) хворих оперували за невідкладними показаннями, при хронічному (87 спостережень) – у плановому порядку. Клінічна картина гострого синдрому привідної петлі відзначалася в найближчому післяопераційному періоді і характеризувалася симптомами гострого панкреатиту і механічною жовтяницею (2), перфорацією привідної петлі (1) і неспроможністю швів кукси дванадцятипалої кишки (1). Хірургічні втручання при гострому синдромі привідної петлі полягали в накладанні ентеро-ентероанастомозу і дренажу черевної порожнини.

Хронічний синдром привідної петлі був обумовлений ротацією кукси шлунка (2), утворенням внутрішньої грижі (1), спайковим процесом (22), заворотом порожньої кишки (4), її інвагінацією (2), короткої привідної петлі (19), довгої привідної петлі (17) в інших випадках (16) причина синдрому привідної петлі не встановлена. Хронічний синдром привідної петлі перебігав із вираженими явищами «лужного» рефлюкс-гастриту і рефлюкс-езофагіту, обумовленими жовчним блюванням – головним симптомом цієї патології. При хірургічному лікуванні синдрому привідної петлі залежно від локалізації ділянки обструкції (привідна чи відвідна петлі) виконували ентеро-ентероанастомоз за Брауном (75) чи реконверсію існуючого гастроентероанастомозу в анастомоз на виділеній за Ру петлі порожньої кишки (12). У 28 хворих ентеро-ентероанастомоз за Бра-

уном сполучили зістенозуванням привідної петлі анастомозу. Вивчення віддалених результатів у цій групі хворих виявило реканалізацію стенозованої ділянки привідної петлі в 19 із 28 хворих.

З органічних пострезекційних синдромів частіше зустрічалася пептична виразка анастомозу (524). У цій групі хворих, які раніше перенесли резекцію шлунка за Б-I – 199, за Б-II – 325 пацієнтів. Виникнення пептичної виразки після резекції шлунка було обумовлено економною резекцією (175), залишеним над дванадцятипалою кишкою фрагментом слизової оболонки антрального відділу шлунка (59), підвищеним тонусом блукаючого нерва (281), синдромом Золінгера-Елісона (9). В основі пошуку причин рецидивів використовували аналіз секреторної функції шлунка за даними максимального гістамінного (чи пентагастринного) тесту. Для топічної діагностики пухлини (гастриноми) виконували УЗД підшлункової залози і дванадцятипалої кишки. Пухлина була виявлена тільки в одному випадку. Хворих з пептичною виразкою оперували після курсу медикаментозної терапії антисекреторними препаратами для зменшення периульцерозного інфільтрату в тканинах і органах, у які пенетрувала виразка. Якщо причиною пептичної виразки стала частина антрального відділу шлунка, її видаляли (59). Наступний план операції залежав від наявності і ступеня інших розладів, локалізації виразки й характеру її ускладнень, однак операцію завжди доповнювали стовбурвою ваготомією. У випадку виявлення гормональноактивної пухлини робили її видалення (1). Якщо виявити пухлину не вдавалося, то вдавалися до екстирпації кукси шлунка – видалення органа-мішені (8). Виконання рerezекції шлунка при пептичній виразці анастомозу в 187 хворих призвело до значного числа ускладнень і летальних випадків (9,1%), тому операцією вибору при пептичній виразці на фоні економної резекції шлунка і підвищеного тонусу блукаючого нерва вважаємо піддіафрагмальну стовбурвову ваготомією (249). Лікування шлунково-тонко-товстокишкової фістули було тільки хірургічне, при цьому робили роз'єднання органів з ушиванням (9) чи резекцією (11) їх ділянок, у яких локалізується нориця. Операцію доповнювали стовбурвою ваготомією.

Стеноз гастроентероанастомозу проявлявся симптомами порушеннями евакуації їжі з кукси шлунка і, як правило, призводив до виникнення пептичної виразки анастомозу. При хірургічній корекції даного синдрому виконували ререзекцію шлунка з реконструкцією анастомозу Б-II у Б-I і піддіафрагмальну стовбурову ваготомію (18).

Хірургічне лікування "лужного" рефлюкс-гастриту проводили тільки при неефективності консервативної терапії. Воно було направлене на відведення дуоденального вмісту від кукси оперованого шлунка. Домогтися цього можна за допомогою реконструкції існуючого гастроентероанастомозу в У-подібний гастроєюнальний анастомоз за Ру (4).

Показання до операції з приводу рефлюкс-езофагіту аналогічні. В цьому випадку виконували фундоплікацію за Нісеном (7), яку у двох випадках поєднання рефлюкс-езофагіту із грижею стравохідного отвору діафрагми доповнили крурорафією. Реконструктивну операцію, як ми вважаємо, доцільно доповнювати стовбуровою ваготомією, якщо вона не була виконана під час попередньої операції.

Рак кукси шлунка виявлений у 8 хворих після резекції шлунка, їм виконана екстирпація кукси шлунка з форсуванням езофагоєюнального анастомозу.

При хірургічному лікуванні пострезекційних синдромів у ранньому післяопераційному періоді померло 28 хворих (3,5 %)

ЛІТЕРАТУРА

1. Ковальчук Л.Я., Поліщук В.М., Веліготский М.М., Береговий О.В., Ковальчук О.Л. Вибір методів хірургічного лікування гастродуоденальних виразок. – Тернопіль-Рівне: Вертекс, 1997. – 144 с.
2. Березницький Я.С., Ратчик В.М., Чухрієнко Д.П. Місце

хірургії у лікуванні виразкової хвороби // Матеріали XX з'їзду хірургів України. – Тернопіль. – 2002. – Т. 1. – С. 17-19.

3. Шевченко Б.Ф. Диагностика и лечение пострезекционных синдромов // Гастроэнтерология. Вып.31. – Днепропетровск. – 2000. – С. 247-352.

УДК 616.345-089:616.341-089.844

Наш досвід формування тонкокишкових резервуарів при хірургічному лікуванні захворювань товстої кишки

Ф.І. ГЮЛЬМАМЕДОВ, П.Ф. ГЮЛЬМАМЕДОВ, Г.Є. ПОЛУНІН, О.П. КУХТО, О.Н. ДАНИЛЕНКО, О.В. СОВПЕЛЬ

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

OUR EXPERIENCE OF FORMATION OF SMALL INTESTINAL RESERVOIRS AT SURGICAL TREATMENT OF LARGE BOWEL DISEASES

F.I. GULMAMEDOV, P.F. GULMAMEDOV, H.Y. POLUNIN, O.P. KUKHTO, O.N. DANILENKO, O.V. SOVPEL

Donetsk State Medical University by M. Hor'ky

Авторами проаналізовані результати хірургічного лікування 97 хворих з хворобою Крона. 41 хворий потребував створення тазового тонкокишкового резервуару. У 29,3 % хворих резервуар функціонував добре, у 19,5 % - не функціонував, тому що розвинулись ускладнення. Автори дійшли висновку, що функція тазових тонкокишкових резервуарів при хворобі Крона визначається хірургічною тактикою, загостренням основної хвороби, розвитком гнійно-септичних ускладнень. Період відновлення моторно-евакуаторної функції і досягнення ремісії склав 6-9 місяців.

The authors reviewed the results of surgical treatment of 97 patients with Khron's disease. 41 patients needed making pelvic small intestinal reservoir. In 29,3 % cases the function of reservoir was in norm, in 19,51 % cases it did not function because of the complications. The authors came to conclusion that function of pelvic small-intestinal reservoirs at Khron's disease is defined by surgical tactics, exacerbation of basic disease, development of pyo-septic complications. Restoring period of motor-evacuative function and getting remission was 6-9 month.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблему створення функціонально ефективних тазових тонкокишкових резервуарів (ТР) після колонпроктектомії не розв'язано до теперішнього часу. На теперішній момент існує декілька модифікацій ТР або, як це описано в іноземній літературі, операцій по накладанню ілеоанальної кишені. Методики створення ТР за функціональними результатами мало відрізняються одна від одної. Деякі автори віддають перевагу створенню J-подібної кишені, інші вважають за краще формувати S-подібний ТР, що має велику довжину мобілізованої до малого тазу ділянки тонкої кишки (ТК) та гарантує у зв'язку з цим менше натягнення між ТР та відхідником. Досі не розроблено клінічну класифікацію ускладнень, немає результатів поглибленого вивчення стану відключеної ободової кишки, немає єдиних тактичних підходів [2, 5, 6]. Встановлено, що ступінь вираженості запалення та дисбактеріозу у відключених відділах прямо пропорційний

довжині цих відділів і часу відключення [1, 4]. Переважання координаційних порушень тону-су в перші 6 місяців після колектомії свідчать про функціональну напруженість моторно-евакуаторної діяльності ТК. Шлунок не бере участі в процесах компенсації після тотальної і сегментарної колектомії. Характер перебудови в худій та клубовій кишках різний. Зміни після різних резекцій і колектомій однотипні і відмінності мають лише кількісний характер [7]. Операція формування тазового ТР стала стандартною для хворих на дифузний сімейний поліпоз, мегадоліхоколон, неспецифічний виразковий коліт (НВК). Але деякі автори вважають таку операцію протипоказаною при хворобі Крона (ХК) [7].

Ціль роботи – оцінити результати операцій по створенню тонкокишкових резервуарів у хворих на патологію товстої кишки.

Матеріали і методи. Вивчені результати хірургічного лікування із формуванням ТР 41

хворого на ХК, НВК, мегадоліхоколон, дифузний сімейний поліпоз.

Проведено дослідження функції 13 (31,7±7,3 %) ТР залежно від нозології, виду резервуару, термінів і методів його створення: 8 – у хворих на дифузний поліпоз, 5 у хворих на мегадоліхоколон.

Вивчено функцію 28 (68,3±7,3 %) ТР при ХК і НВК, залежність характеру відновних операцій і термінів їх виконання від результатів перших етапів хірургічного лікування, післяопераційних ускладнень, частоти загострень основного захворювання в післяопераційному періоді, бактерійного моніторингу у відключеній кишці і порушенні мікробного ценозу у функціонуючих відділах. Результати рентгенологічного обстеження зіставлені із даними патоморфологічних досліджень.

Застосовувалися наступні методи дослідження: пероральний пасаж, дистальна ентографія через стому, динаміка маси тіла, показників гомеостазу, частоти випорожнень, патоморфологічне вивчення операційного матеріалу.

Результати досліджень та їх обговорення. Виявлено, що в усіх випадках після колектомії явища мальабсорбції вимагають корекції протягом 1-2 місяців за умов відсутності післяопераційних ускладнень. Найінформативнішими показниками є втрата ваги, порушення на ЕКГ у вигляді ранньої реполяризації шлуночків, зниження рівня альбуміну, анемія.

Хірургічна тактика при ХК і НВК при тотальному ураженні ободової кишки була наступною – виконували субтотальну колектомію із виведенням роздільної ілеосигмостоми, а через деякий час – реконструктивно-відновні операції із створенням тонкокишково-прямокишкових резервуарів. З 28 хворих у 4 (14,3±6,6 %) хворих (3 – на ХК і 1 – на НВК) не виконаний останній етап відновного лікування - ушивання ілеостоми у зв'язку із відсутністю стійкої ремісії. Надалі відновити кишково безперервність не вдалося тільки у 2 хворих на НВК у зв'язку із незадовільною функцією резервуару, а також наявністю загострення у відключеній ділянці товстої кишки.

Основною причиною незадовільних функціональних результатів було рубцеве звуження анастомозів “кінець-у-кінець”. При цьому ані трансанальне бужування, ані хірургічна

корекція анастомозів не дали бажаних результатів. Подібні хірургічні втручання із приводу травматичних пошкоджень, дивертикулярної хвороби, первинно-множинних новоутворень ободової кишки були достатньо ефективними.

Стеноз анастомозу “кінець-в-бік” спостерігався тільки в одному випадку. Таким чином, анастомози “кінець-у-бік” мають той же недолік при даній патології, що і “кінець-у-кінець”, проте вони є більш застосовуваними при формуванні ТР.

Нами запропонований спосіб формування тонкокишково-прямокишкових резервуарів [3]. Прооперовано 16 хворих на НВК і ХК. В жодному випадку не було ускладнень, пов'язаних із створенням резервуару. Проте загострення основного захворювання спостерігалися у всіх хворих після хірургічних втручань, що підтверджене клінічними проявами і даними лабораторних досліджень. Найінформативнішими лабораторними показниками загострення основного процесу були: фібриноген крові (9,37±2,07 мг/л, $p < 0,05$, при нормі 2,8±0,09 мг/л), альбумін б (5,49±0,3 г/л, $p < 0,05$ при нормі 13,45±0,26 г/л), лейкоцитарний індекс інтоксикації Даштаянца (4,47±0,58 $p < 0,05$, при нормі 0,83±0,6).

Найбільша кількість загострень спостерігалася після ушивання кінцевих ілеостом протягом першого року після операції, не зважаючи на консервативну терапію. У всіх випадках при вивченні операційного матеріалу після відновних операцій запалення у стадії загострення було виявлене у неотермінальній ділянці ТК, не зважаючи на відсутність макроскопічних проявів загострення. Є характерним, що подальші загострення в пізньому післяопераційному періоді ускладнилися утворенням зовнішніх кишкових нориць із термінального відділу клубової кишки у 5 хворих (3 хворих на ХК і 2 хворих на НВК). Після досягнення ремісії ці нориці висікалися із ушиванням кінцевого відділу клубової кишки. В жодному випадку функція резервуару не порушувалася. У всіх хворих із функціонуючим резервуаром нормалізація функції завершувалася до 6 місяців післяопераційного періоду. При заповненні резервуару перед ушиванням ілеостоми об'єм останнього визначався методом дистальної ентографії та складав 500 мл, вміст

резервуару довільно утримувався сфінктером. Через 6 місяців після ушивання ілеостоми при пасажі по шлунково-кишковому тракту евакуація зі шлунка і дванадцятипалої кишки в звичайні терміни, пасаж по ТК сповільнюється, чітко простежуються симптоми “колонізації” клубової кишки, ТР починає заповнюватися через 2 години. Контраст повністю заповнює резервуар через 24 години. Частота випорожнень поза періодами загострень – 2-3 рази на добу, без патологічних домішок. Спостерігається нормалізація ваги тіла. Не зважаючи на те, що в усіх прооперованих хворих були загострення після завершення реконструктивно-відновного етапу, в жодному випадку не потрібно було відключення або переформування ТР.

У хворих з ілеоанальним резервуаром результати хірургічного лікування мали пряму залежність від основного патологічного процесу. Після операцій із приводу дифузного сімейного поліпозу з утворенням ТР відключали пасаж на період адаптації з метою захисту шкіри перианальної області від виразок, оскільки резервуарна функція відразу у повному обсязі не відновлюється. Хворі випорожнювалися через 2-2,5 години після кожного прийому їжі. Обов'язково проводили лікувальну фізкультуру для збереження функції сфінктера. Вже через 2-3 місяці відновлювалась кишкова безперервність. Таким чином, у хворих на дифузний сімейний поліпоз медичну реабі-

літацію завершено з добрими функціональними результатами.

При ХК тільки в 1 випадку виникла необхідність у відключенні ілеоанального резервуару. Не зважаючи на відключення пасажу ілеостоמוю, спостерігалися повторні тазові абсцеси, стійкої ремісії не було протягом 5 років.

Висновки. 1. Функція тазових тонкокишкових резервуарів при хворобі Крона і неспецифічному виразковому коліті визначається хірургічною тактикою, загостреннями основного захворювання, розвитком гнійно-септичних ускладнень.

2. Ілеоанальні резервуари можуть бути функціонально ефективними тільки після досягнення стійкої і тривалої ремісії.

3. Період адаптації в плані нормалізації гомеостазу, відновлення моторно-евакуаторної функції, досягнення ремісії складає не менше 6-9 місяців.

4. При хірургічному лікуванні дифузного сімейного поліпозу, мегадоліхоколону, неспецифічного виразкового коліту застосування колонопроктомії із формуванням тонкокишкового резервуару у ряді випадків може вважатися операцією вибору.

5. Кращим вважаємо формування J-подібного резервуару, формування S-подібного резервуару є більш тривалою і травматичною операцією, що підвищує ризик розвитку післяопераційних ускладнень.

ЛІТЕРАТУРА

1. Кулик В.П. Трансплантация тонкой кишки – Автореф. дисс докт.мед.наук. – М. – 1970. – 47с.
2. Никитин А.М. Михайлянц Г.С. Нычкин С.Г. Реконструктивно-восстановительные операции с созданием тазовых тонкокишечных резервуаров у больных после колэктомии // Клини. хирургия. – 1989. – №2. – С. 142-148.
3. Патент 39747 А Україна. МПК А61В17/00 Спосіб формування тонко-товстокишкового резервуару / Донецький державний медичний університет ім. М. Горького / Ф.І. Гюльмамедов, П.Ф. Гюльмамедов, Г.Є. Полунін, Г.К. Кухто, М.І. Томашевський, Р.А. Костін, Ю.В. Карпенко (Україна). – Заявка № 2001010706 від 31.01.2001; Опубл. 15.06.2001 // Бюл. № 5.
4. Рудин Э.П., Турутин А.Д., Ищенко В.В. Воспалительные

- изменения отключенной ободочной кишки у больных с двустольной колостомой // Проблемы проктологии. – М. – 1981., Вып 2. – С. 59-62.
5. Яицкий Н.А., Васильев С.А. Реконструктивно-восстановительные операции при «короткой культе» прямой кишки // Труды междунар. конф. “Хирургия 2000”. – Москва. 2000. – С. 400-401.
 6. Янушкевич В.Ю., Ратиани М.С., Янушкевич С.В. Толордава Г.Г Реконструктивно-восстановительные операции у колостомированных больных // Труды междунар. конф. “Хирургия 2000”. – Москва. 2000. – С. 403 - 404.
 7. Deutsch A.A., McLeod R.S., Cullen J., Cohen Z. Results of the pelvic-pouch procedure in patients with Crohn's disease // Dis. Colon Rectum. – 1991. – Vol 34, № 6. – P. 778-786.

УДК 616.381: 616.33-002.44-053.71.88

Адгезивна активність очеревини при проривних гастродуоденальних виразках у хворих різного віку

І.В. ЛЮЛЬКО, О.Б. КУТОВИЙ, І.С. ШПОНЬКА, В.О. БОНДАРЄВА, І.Ю. КРИВЕНКО

Дніпропетровська державна медична академія

ADHESIVE ACTIVITY OF PERITONEUM AT MISCELLANEOUS AGE-GRADES PATIENTS WITH GASTRODUODENAL ULCER PERFORATION

I.V. LULKO, O.B. KUTOVY, I.S. SHPONKA, V.O. BONDARIEVA, I.Y. KRYVENKO

Dnipropetrovsk State Medical Academy

Нами було досліджено операційний матеріал хворих на хронічну виразку дванадцятипалої кишки, ускладнену перфорацією та розвитком жовчно-фібринозного перитоніту з метою оцінки адгезивної активності очеревини за допомогою імуногістохімічного методу з використанням найбільш чутливих та специфічних маркерів β_1 -TGF (трансформуючий фактор росту), що впливає на проліферацію фібробластів, синтез компонентів позаклітинного матриксу, активацію утворення судин, і, таким чином, призводить до підвищення адгезії очеревини та формування спайки, та HMBE-1 (маркер мезотеліоцитів). Було проведено порівняльний аналіз активності адгезивних процесів серед пацієнтів різних вікових груп (I група – 19-27 років (11 хворих) та II група – 68-85 років (14 хворих)). Встановлено, що адгезивна активність очеревини в ранньому періоді (фазі уявного благополуччя) перебігу перфоративних хронічних дуоденальних виразок проявляє віковий детермінізм та є більш вираженою у пацієнтів молодого віку.

We have investigated an operational material of the patients with chronic duodenal ulcer, complicated by perforation and development of a cholic-fibrinous peritonitis with the purpose of estimation of adhesive activity by means of immunohistochemistry with using of the most sensitive and specific markers β_1 -TGF (transforming factor of growth), which influences the proliferation of fibroblasts, synthesis of extracellular matrix components, activation vessel formation and, thus, results in increase of peritoneum adhesion and tissue fibrosing. The comparative analysis of activity of adhesive processes among the patients of miscellaneous age-grades (the I one – 19-27 year-old (11 patients) and the II one – 68-85 year-old (14 patients)) was conducted. It has been established, that adhesive activity of peritoneum in the early term course (phase of an imaginary health) of perforative chronic duodenal ulcers has the age determinism and is more expressed in the patients of young age.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Очеревинна адгезія і спайкоутворення є природною захисною реакцією організму, що спрямована на реалізацію однієї з задач запалення – локалізацію патологічного вогнища [3]. При цьому, спайки черевної порожнини здатні не тільки визначати характер клінічного перебігу захворювання, але і впливати на вибір методу хірургічного лікування хворих із внутрішньочеревною патологією. Так, наприклад, при перитоніті надлишок внутрішньочеревних зрощень обумовлює відмову від проведення перитонеального

діалізу в ранньому післяопераційному періоді чи визначає спосіб інтубації кишечника [2, 4].

Формування очеревинних спайок – тривалий (21-30 днів), баготоетапний процес, що включає дію етіологічних факторів, появу нальотів фібрину, адгезію очеревини, організацію фібринових зрощень у сполучнотканині структури. До провокуючих утворення спайок факторів відносять: механічні і фізичні впливи на очеревину, ішемію тканин, запалення очеревини. Процес спайкоутворення є строго індивідуалізованим. Це виражається ступенем розвитку перитонеальних спайок у кож-

ному конкретному випадку: в одних хворих спайки в результаті протеолізу і фібринолізу розсмоктуються, в інших ні. Це пов'язують не тільки з активністю гуморальних факторів гомеостазу, але і з аутоімуними процесами. Усе це визначає прогнозування перебігу внутрішньочеревного спайкового процесу як дуже складну задачу [1].

На сьогоднішній день описано безліч станів і факторів, що ініціюють процеси фіброзу і склерозу. У принципі, фіброзоутворення здійснюється за рахунок проліферації фібробластів і нагромадження екстрацелюлярного матриксу. В основі формування спайок лежать механізми клітинної адгезії. Розвиток спайкової хвороби регулюється різноманітними інформаційними молекулами, серед яких найбільш відомі: фактор росту ендотелію судин, різні фракції селектинів, що сприяють кооперації клітин запального інфільтрату, інтегринів, що полегшують взаємодію клітин і компонентів екстрацелюлярного матриксу [6]. Однак найуніверсальнішим маркером, що впливає на процеси ініціації проліферації фібробластів, власне проліферацію фібробластів, синтез компонентів екстрацелюлярного матриксу, кооперацію клітин запального інфільтрату, активацію неоваскулогенезу, вважається трансформуючий фактор росту (TGF) β_1 -фракція. TGF – регуляторний поліпептид з молекулярною вагою близько 25 кДа, що реалізує свій ефект за допомогою 2 типів рецепторів, з яких у формуванні спайок відіграє велику роль β_1 тип рецепторів [7].

Мета роботи оцінка адгезивної активності очеревини при перитоніті в хворих різних вікових груп.

Матеріали і методи. Обстежували пристінкову очеревину хворих з хронічною виразкою дванадцятипалої кишки, ускладненою проривом і розлитим жовчно-фібринозним перитонітом. Забір матеріалу здійснювали інтраопераційно, відразу після виконання середньої лапаротомії і ревізії черевної порожнини, шляхом висічення країв очеревини уздовж рани черевної стінки. Усі хворі оперовані в терміни від 6 до 12 годин з моменту перфорції. З метою збереження однорідності клінічного матеріалу у вибірку включали тільки тих хворих, що вперше оперуються та

без супровідної патології з боку органів черевної порожнини.

Проведене ретельне гістологічне та імуногістохімічне (ІГХ) дослідження усіх зрізів з очеревини. Як необхідну умову для ІГХ дослідження здійснювали негайну фіксацію матеріалу в 10% нейтральному забуференому формаліні в зв'язку зі швидкою інактивацією антигенів. Після проведення демаскування (процедура, що сприяє “відновленню” антигенних властивостей) на зрізи наносили моноклональні антитіла до β_1 -TGF фірми Novo Castra (клон 8A11) і маркери мезотеліальних клітин (фірма ДАКО, клон НВМЕ-1) з наступною обробкою компонентами системи візуалізації [5]. Як хромоген використовували діамінобензидин (DAB, фірми ДАКО). Для відновлення цілісної структури тканини зрізи додатково фарбували гематоксилином Майєра.

Порівняння результатів провели між хворими різного віку: I група – 19 - 27 років (11 пацієнтів), II група – 68 - 85 років (14 пацієнтів).

Результати досліджень та їх обговорення.

Найближчий післяопераційний період у хворих обох груп перебігав стандартно, без ускладнень, що вимагають виконання повторних череворозтинів. Яких-небудь клінічних, рентгенологічних чи сонологічних проявів надмірного внутрішньочеревного спайкоутворення не було. У двох хворих мали місце парези кишечника, що тривали 3-4 доби після операції. Відновлення моторної функції кишково-шлункового тракту відбулося після масивної антипаретичної терапії.

У результаті проведення ІГХ досліджень очеревини в хворих молодого віку спостерігали виражені явища набряку, поліморфно-клітинної інфільтрації, різке повнокров'я судин, випадання ниток фібрину на її поверхні. Основу спайок, що формуються, представляла пухка сполучна тканина, що складалась з тендітної мережі колагенових волокон, між якими розташовувалися фібробласти, лімфоцити і макрофаги. У сполучнотканинній основі з'являлася ендотеліальна вистілка судин, що новоутворювались, відзначалося злучення мезотеліоцитів з наступною їхньою швидкою репарацією (рис.1). Оскільки β_1 -TGF є універсальним маркером, що експресується практично всіма клітинами, які беруть участь у спайкоутворенні, у

групі хворих молодого віку мало місце інтенсивне нагромадження імуногістохімічної мітки у фібробластах, макрофагах, лімфоцитах і ендотеліоцитах (рис.2). Це свідчить про виражену реакцію організму на дію факторів, які подразнюють очеревину та відображає стан загального і місцевого імунітету. Крім цього, на думку Nuutilainen M. et al. [6] така реакція очеревини підтверджує високу імовірність розвитку спайкової хвороби.

У хворих старшої вікової групи активність запальних змін була менш виражена. Спостерігалася незначна інфільтрація очеревини поліморфно-клітинними елементами з превалюванням лімфоцитів. Навколо судин відзначалися поодинокі інфільтрати. Основи спайок склали рихло розташовані колагенові волокна, фібропласти і капіляри (рис. 3).

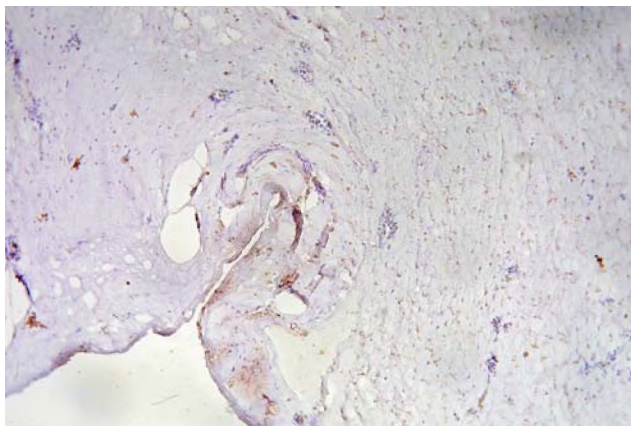


Рис.1. Пристінкова очеревина пацієнта I групи. Осередкова експресія HBME-1 з мозаїчною втратою мезотеліоцитів. Імуногістохімічний метод, додаткове фарбування гематоксилином Майєра. Зб. x 400.

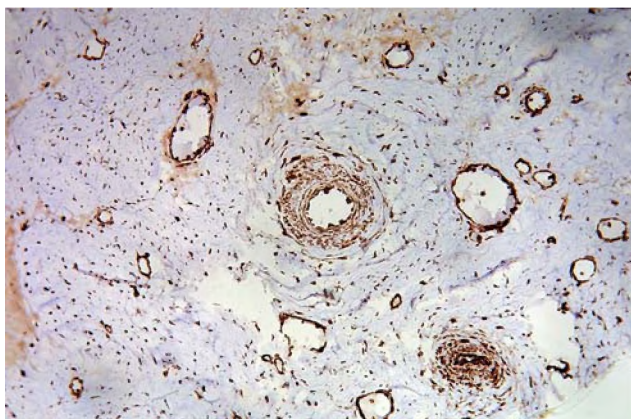


Рис. 2. Пристінкова очеревина пацієнта I групи. Яскрава експресія β_1 -TGF у фібробластах, ендотеліоцитах, макрофагах, лімфоцитах. Активний васкулогенез. Імуногістохімічний метод, додаткове фарбування гематоксилином Майєра. Зб. x 400.

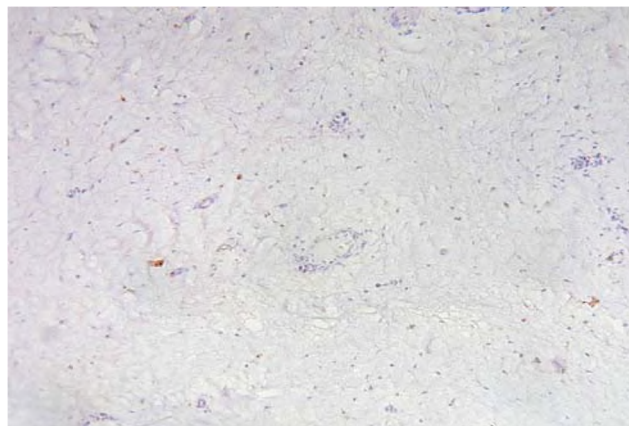


Рис. 3. Пристінкова очеревина пацієнта II групи. Слабка експресія β_1 -TGF в одиничних фібробластах і лімфоцитах. Імуногістохімічний метод, додаткове фарбування гематоксилином Майєра. Зб. x 400.

Порівняно з результатами в хворих молодого віку число фібробластів і капілярів було істотно нижчим, а деструкція мезотеліоцитів і їхня регенерація зустрічалися значно рідше (рис. 4). Усе перераховане вище указує на меншу імовірність розвитку спайкової хвороби в хворих II групи.

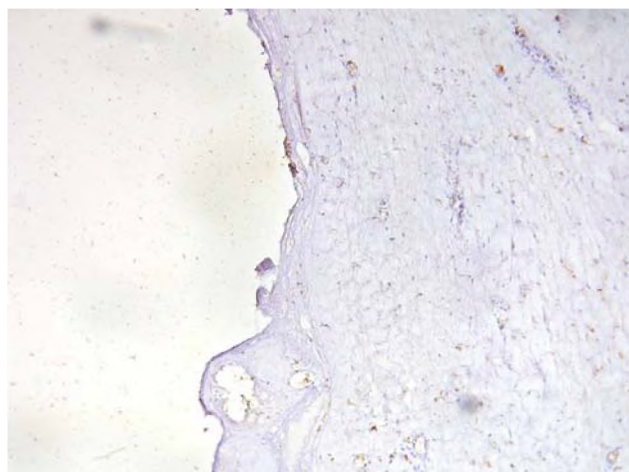


Рис. 4. Пристінкова очеревина пацієнта I групи. Відсутність експресії HBME-1 свідчить про низьку адгезивну здатність очеревини. Імуногістохімічний метод, додаткове фарбування гематоксилином Майєра. Зб. x 400.

Висновок. Таким чином, адгезивна активність очеревини в ранньому періоді (фазі уявного благополуччя) перебігу проривних хронічних дуоденальних виразок проявляється віковий детермінізм і являється більш вираженою в хворих молодого віку.

Варто мати на увазі, що представлені результати, по суті, указують тільки на готовність до злукоутворення. Оцінка частоти ви-

никнення і масивності внутрішньочеревно-го злукового процесу, у тому числі в хворих

різних вікових груп, вимагає проведення додаткових спеціальних досліджень.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бебуришвили А.Г., Воробьев А.А., Михин И.В., Попова И.С. Спаечная болезнь брюшной полости //Эндоскопическая хирургия. – 2003. – № 1. – С. 51-54.
2. Криворучко И.А., Бойко В.В., Сейдаметов Р.Р., Андреещев С.А. Релапаротомия и damage control при хирургическом лечении послеоперационных внутрибрюшных гнойно-септических осложнениях //Клінічна хірургія. – 2004. – № 1. – С. 5-8.
3. Кузин М.И. Синдром системного ответа на воспаление. // Хирургия. – 2000. – №2. – С. 54-59.
4. Шуркалин Б.К., Кригер А.Г., Горский В.А., Череватенко А.М., Андрейцев И.Л., Ованесян Э.Р., Фаллер А.П. Технические аспекты назоинтестинальной интубации //Хирургия. – 1999. – № 1. – С.50-52.
5. Kondo S., Kagami S., Kitamura A. et al. Transforming growth factor-beta 1 stimulates collagen matrix remodeling through increased adhesive and contractive potential by human renal fibroblasts // Biochim. Biophys. Acta. – 2004. – Vol. 1693, №2. – P.91-100.
6. Hyytiainen M., Penttinen C., Keski-Oja J. et al. Latent TGF-beta binding proteins: extracellular matrix association and roles in TGF-beta activation // Crit. Rev. Clin. Lab. Scien. – 2004. – Vol. 41, №3 – P.233-264.
7. Hyytiainen M., Keski-Oja J. Latent TGF-beta binding protein LTBP-2 decreases fibroblast adhesion to fibronectin // J. Cell. Biol.– 2003.– Vol.163, №6.– P.1363-1374.

Реконструктивно-відновні операції в колопроктології

T.I. TAMM, S.G. BELOV, O.YA. BARDIUK, O.B. DATSENKO

Харківська медична академія післядипломної освіти

RECONSTRUCTIVE AND RENEWAL OPERATIONS IN COLOPROCTOLOGY

T.I. TAMM, S.H. BELOV, O. Ya. BARDIUK, O.B. DATSENKO

Kharkiv Medical Academy of Post-Diploma Education

В статті “Реконструктивно-відновні операції в колопроктології” представлений аналіз результатів реконструктивно-відновних операцій, виконаних у 407 хворих з колостомами у віці від 29 до 82 років. Виявлені найбільш часті причини формування товстокишкових нориць. Встановлено, що оптимальним строком відновлення безперервності товстої кишки є 2-3 місяці після формування колостоми. У 105 (69,8 %) хворих використаний дворядний ручний шов, у 52 (17,3 %) накладений апаратний шов. Післяопераційні ускладнення склали 23 %, летальність – 2,4 %.

In the article “Reconstructive and renewal operations in coloproctology” the analysis of reconstructive-restoring operations, fulfilled in 407 patients with colostomas in the age between 29 and 82 was presented. The most frequent causes were exposed, which became the reason for colonic abscesses forming. It was exposed, that optimal term for colonic opacity reconstruction is 2-3 months after colostoma construction. In 105 (69,8 %) patients the two-row manual suture was used, in 52 (17,3 %) – apparatus suture was applied. Post-operational complications made up 23 %, lethality – 2,4 %.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Актуальність проблеми реконструктивно-відновних операцій на товстій кишці зберігається до цього часу. Це пов'язано з тим, що зросло число пухлин та травм товстої кишки, а також і гнійно-запальних захворювань. В свою чергу, такі ускладнення, що виникають при цьому, як перитоніт та параколярні абсцеси вимагають на першому етапі, навіть при радикально виконаній операції, накладання кишкової нориці через високий ризик неспроможності анастомозу. Таким же чином рекомендують закінчувати оперативне втручання у хворих з пухлинами товстої кишки, ускладненими кишковою непрохідністю. [2, 3, 5.]

Таким чином, сформовані з різних причин та в різних умовах кишкові нориці потребують на етапі виконання реконструктивно-відновних операцій дотримання ряду умов. По-перше, необхідно встановити оптимальні строки відновлення безперервності кишки. По-друге, треба визначити показання до того чи іншого способу формування анастомозу. І, нарешті, на кінцевий результат виконаної реконструктивно-відновної операції значний вплив має якість підготовки кишечника.

Ціллю дослідження є визначення оптималь-

них строків відновлення безперервності товстої кишки та способів формування анастомозів у хворих з товстокишковими норицями.

Матеріали і методи. В клініці за період з 1991 по 2001 роки виконані реконструктивно-відновні операції у 407 хворих, вік яких складав від 29 до 82 років. Чоловіків було 159 (39 %), жінок – 248 (61 %). В ургентному порядку раніше були накладені колостоми 384 хворим. Серед них у 291 була виконана операція Гартмана і 93 – двостволова колостома. В плановому порядку оперовані 23 хворих, з яких 10 хворих виконана операція Гартмана та у 13 хворих сформована двостволова колостома.

Результати досліджень та їх обговорення. При аналізі історій хвороби було встановлено, що основними показаннями для операції Гартмана, що була виконана 153 (51 %) хворим, стала гостра кишкова непрохідність пухлинного енезу, а також параколярні абсцеси та перитоніт, що був у 127 (42 %) хворих. У 21 випадку (7 %) причиною накладання товстокишкового анастомозу стали технічні труднощі видалення пухлини.

Захворювання, що стали причиною для накладання одностволової колостоми, були такі:

дивертикул сигми та ободової кишки (26); травма товстої кишки (22), заворот сигми з некрозом (27), запальні захворювання товстої кишки (27), рак ободової кишки (163), рак прямої кишки (15), інші (НБК, хвороба Крона тощо – 21), усього – 301.

З наведених даних видно, що у понад половині випадків причиною госпіталізації хворих був рак товстої кишки.

Відновлення безперервності товстої кишки після операції Гартмана проведено в різні строки. Так, 132 хворим (47 %) відновлюючи операції

Таблиця 1. Кількість хворих з одностоволовою колостомою

Захворювання		Кількість хворих
1	Дивертикули ободової кишки та сигми	26
2	Заворот сигми з некрозом	27
3	Рак ободової кишки	163
4	Рак прямої кишки	15
5	Травма товстої кишки	22
6	Запальні захворювання товстої кишки	27
7	Інші (хвороба Крона, НБК)	21
Усього:		301

виконані через 2-3 місяці; у 147 (49 %) – через 7-9 місяців після виконання першого етапу. У 17 хворих (9 %) відновлюючий етап виконаний в більш пізні строки. Слід відмітити, що найбільш швидко та повноцінно в функціональному відношенні відновлювалися анастомози, сформовані в перші 2-3 місяці. Деякі хворі (5) відмовились від відновлюючого етапу.

Вибір способу відновлення безперервності товстої кишки визначався індивідуальними особливостями кожного пацієнта. При цьому ураховували характер раніше виконаної резекції товстої кишки, довжину відрізка привідного сегмента товстої кишки та кукси прямої кишки. Значний вплив на спосіб відновлення безперервності мають анатомно-топографічні можливості мобілізації проксимального відділу товстої кишки та наявність спайкового процесу черевної порожнини.

При відновленні безперервності товстої кишки після операції Гартмана у 301 хворого були виконані різні засоби формування внутрішньочеревних анастомозів. Ручний шов використаний у 195 (69,8 %) хворих, апаратний (АКА-2, АУТОСЮЧЕ) – у 52 (17,3 %). Низведення ободової кишки виконано 15 хворим

(5 %), операція Дюамеля – 3 (1 %) та 36 пацієнтам (12 %) був накладений інвагінаційний анастомоз на товстому зонді.

При формуванні анастомозу ручним способом, як правило, використовували дворядковий шов. У 163 хворих (54 %) сформовані анастомози “кінець в кінець”, у 123 (41 %) – “кінець в бік” та 15 пацієнтам (5 %) накладений анастомоз “бік в бік”.

У хворих (76) з двостоволовою колостомою були виконані такі види оперативних втручань: вирізання пухлини з одномоментним анастомозом – 43 (56 %) і у 33 пацієнтів (43 %) була проведена пробна лапаротомія у зв'язку з запущеністю основного захворювання.

Післяопераційні ускладнення у вигляді нагноєння ран, неспроможності анастомозу, ранньої спайкової кишкової непрохідності, тромбоемболії легеневої артерії відмічені у 93 хворих (23 %). Післяопераційна летальність склала 2,4 %.

Висновки. Відновлення безперервності товстої кишки доцільно проводити хворим через 3-6 місяців після формування колостоми. 2. Вибір виду та способу формування анастомозу повинен бути індивідуальним та залежати від топографо-анатомічних змін в привідній та відвідній ділянках кишки кожного пацієнта.

ЛІТЕРАТУРА

1. Богданов А.В. Свищи пищеварительного тракта в практике общей хирургии. М., 2001. – 196 с.
2. Бондарь Г.В., Башеев В.П., Псарас Г.Г. и др. современные аспекты лечения рака толстой кишки, осложненного кишечника непроходимостью // Клин. хир. – №8. – 2000. – С. 48-49.
3. Гюльмамедов Ф.И. с соавт. Реконструктивно-восстановительные операции у больных с илеоколотомой. – Севастополь-Донецк, 2001. – 200 с.
4. Кукош В.И. Кукош М.В., Разумовский Н.К., Грекова Н.С.

реконструктивные операции на толстой кишке (сборник тезисов). “Хирургия 2000” – Москва, 2000. – С. 134-135.

5. Логачев В.К. відновлення безперервності кишечника при його спонтанних і артіфіціальних дефектах. Автореф. док. дис. мед. наук. – Запоріжжя, 2004. – 35 с.
6. Федоров В.Д., Воробьев С.В. Проблемы реконструктивной и восстановительной хирургии в колопроктологии // Хирургия. – 1992. – № 4. – С. 70-73.

УДК 616.342-002.44-001

Морфологічні передумови локальної ультразвукової корекції у хворих з перфоративною виразкою ДПК

Б.І. СЛОНЕЦЬКИЙ, М.І. ТУТЧЕНКО, Н.І. ІСКРА, В.В. КАЛИНОВСЬКИЙ

Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, Хмельницька обласна лікарня

MRPHKLGICALPRECKNKITIKNSKFLKCALULCERCKRRECTIKNATPATIENTSWITH PERFKRATIVEKUKENALULCER

B.I. SLONETSKY, M.I. TUTCHENKO, N.I. ISKRA, V.V. KALYNOVSKY

Kyiv City Clinical Hospital of Emergency Aid, Khmelnytsky Regional Hospital

В роботі наведені результати морфологічного дослідження цибулини ДПК у пацієнтів з перфорацією дуоденальної виразки, котрі дозволяють оптимізувати проведення локальної ультразвукової корекції для покращення перебігу репаративного процесу та для зменшення числа післяопераційних ускладнень.

This work presents the results of morphological research of duodenal bulb at the patients with perforation of duodenal ulcer which allow to optimize the realization of local ulcercorrection for improvement of reparation process course and for reduction of number of postoperative complications.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Розвиток нових технологій і фармацевтичних напрацювань та широкі їх впровадження у клінічну практику дозволяє більш селективно підходити до окремих загальноприйнятих підходів у класичній хірургії, особливо, у невідкладній гастроентерології. Можливості інструментально-лабораторного моніторингу дозволяють динамічно стежити за різноманітними ракурсами перебігу цілої низки захворювань. Виключенням із цього не є і виразкова хвороба дванадцятипалої кишки. Надбанням минулого століття було обґрунтування постулату щодо основних ланок патогенезу виразкової хвороби ДПК, котрий створив передумови до нової концепції: “Немає кислоти, немає *Helicobacter pylori* – немає виразки”. Переважна більшість наукових і практичних робіт щодо впливу гелікобактерної інфекції на розвиток та перебіг дуоденальної виразки в основному знаходять відображення у гастроентерологічних виданнях саме стосовно її неускладненого перебігу. Однак під час ургентного оперативного втручання з приводу перфоративної виразки ДПК

у переважній більшості випадків хірурги користуються візуальною оцінкою стану гастродуоденального сегмента травного каналу, що не завжди пов'язано з морфологічними змінами в зоні виразкового субстрату та періульцерозній ділянці.

Мета роботи – дослідити виразковий субстрат та навколоульцерозні тканини у Нр – позитивних хворих з перфоративною виразкою для обґрунтування патогенетичності проведення адекватної дуоденорафії.

Матеріали і методи. Нами було динамічно обстежено і проліковано 68 Нр – позитивних хворих. Вік пацієнтів коливався від 17 до 54 років, переважали чоловіки – 56 (82,4 %). Усі пацієнти були госпіталізовані в ургентному порядку у хірургічні відділення Київської міської лікарні швидкої медичної допомоги та Хмельницької обласної лікарні. Під час госпіталізації та у післяопераційному періоді проводили низку традиційних обстежень: рентгенологічне, ЕФГДС, ультразвукове та лабораторне дослідження, котрі доповнювали патогномонічними. Крім того, було застосовано наступні методи-

ки діагностики *Helicobacter pylori* (Hр): вивчення уреазної активності біопатів слизової оболонки антрального відділу шлунка за допомогою стандартного реактиву “Денол-тест” фірми “Yamahuchi”; світлова мікроскопія мазків-відбитків слизової оболонки шлунка при забарвленні їх тулоїдиновим синім; гістологічне дослідження біопатів слизової оболонки шлунка і ДПК після забарвлення за Ван-Гізеном, гематоксиліну еозинном, використовуючи ШК-реакцію та з наступною ідентифікацією Hр за методикою Diff-Quik з визначенням ступеня бактеріального забруднення (за Сіднейською класифікацією).

Пацієнтів залежно від об’єму втручання розділили на 2 групи: першу склали 22 хворих, котрим було виконано лапароскопічне ушивання перфоративної виразки з перитонізацією лінії рафії чепцем, а другу – 46 пацієнтів яким було виконано видалення виразкового субстрату з наступною дуоденопластиком.

Усім хворим проводилась антихелікобактерна терапія, котру розпочинали вже навіть під час операції, після інтраопераційної деком-

пресії вмісту шлунка (деклараційний патент № 57235 А), з наступним введенням піноподібної кисневої суміші, до складу якої крім O₂ входили: квамател, азитроміцин та кверцетин пектин. Застосування запропонованої композиції – чинники якої володіють синергізмом, а азитроміцин високоспецифічний до Hр, у вигляді піноподібної суміші з киснем, котрий також негативно діє на розмноження та розвиток *Helicobacter pylori*, дозволило збільшити поверхню контакту мікробного агента, не збільшуючи вісцеро-вісцеральне навантаження, збільшити концентрацію гелікотропних чинників у слизовій оболонці шлунка і дванадцятипалої кишки, зменшуючи терапевтичну дозу лікарських засобів.

Результати досліджень та їх обговорення. Для оцінки ефективності та вірогідності лабораторного дослідження розповсюдженості Hр ми провели постановку уреазної реакції на біоптатах слизової оболонки шлунка, дванадцятипалої кишки та виразкового субстрату, мікроскопію мазків відбитків і гістологічне дослідження біопатів (табл.1).

Таблиця 1. Порівняльна характеристика ступеня забрудненості Hр у хворих з ПВ ДПК на момент оперативного лікування

Метод дослідження	Кількість хворих	Ступінь інфікованості Hр		
		I	II	III
Уреазний тест	68	8	22	38
Цитологічний	68	14	20	34
Гістологічний	68	12	26	30

Отримані результати свідчать про те, що у переважної більшості пацієнтів з перфорацією виразки дванадцятипалої кишки спостерігається середній та значний ступінь забрудненості Hр: за уреазним тестом 60 (88,3 %) пацієнтів, при мікроскопії 54 (79,4 %) та при гістологічному дослідженні 56 (82,4 %). Тобто, майже у половини хворих спостерігали високий ступінь інвазії Hр. Проведення порівняльного аналізу застосування різних методів для верифікації гелікобактерної інфекції підкреслює їх високу інформативність щодо збудника, однак з окремими розходженнями. На нашу думку, враховуючи ургентність оперативного втручання та особливості виконання кожного з діагностичних тестів доцільно їх поєднувати, віддаючи перевагу, насампе-

ред, проведенню уреазного тесту та цитологічному дослідженню.

У всіх хворих з перфорацією дуоденальної виразки, коли діаметр перфорації перевищував 0,5 см, було виявлено тяжкий ступінь Hр-контамінації. Отримані результати дослідження виразкового інфільтрату у пацієнтів з виразковою хворобою, що ускладнилась перфорацією, виявили пряму залежність між ступенем забруднення та величиною виразкового інфільтрату. З 68 пацієнтів у 9 при величині виразкового інфільтрату понад 2 см виявлено лише тяжкий ступінь забруднення Hр. Подібна тенденція мала місце і при інфільтраті виразки у межах від 1 до 2 см. З 37 пацієнтів у 29 хворих спостерігали тяжкий ступінь гелікобактерної контамінації, у 5 – середній, і лише у 2 пацієнтів – легкий ступінь мікробної інвазії.

Отримані результати ще раз підтвердили дані про провідне місце Нр у розвитку не лише антрального гастриту, але і виразкової хвороби та встановили той факт, що агресивність перебігу перфорації дуоденальної виразки супроводжується високим ступенем контамінації Нр і потребує адекватного зваженого підходу до оптимального вибору діагностики Нр та об'єму, тривалості, тривалості її лікування.

Дослідження морфологічної картини слизової оболонки шлунка і ДПК у *Helicobacter pylori*-асоційованих пацієнтів з перфорацією дуоденальної виразки, а також аналіз ефективності лікування встановив, що ступінь інфікованості слизової оболонки Нр у переважній більшості супроводжується і характерною клінічною картиною.

Аналіз матеріалу, котрий висікався від крайових відділів виразки та прилеглих ділянок стінки дванадцятипалої кишки дозволив простежити патоморфологію перфоративної дуоденальної виразки. Стінка кишки в місці перфорації найчастіше виглядає як проникаюча через всі оболонки зона фібриноідного некрозу кратероподібної або норицеподібної форми, різної ширини. Вивчення мікропрепаратів показало, що на момент перфорації в усіх сегментах виразок має місце рубцеве заміщення всіх оболонок кишки. Ознакою передперфоративного стану був інтенсивний лейкоцитарно-некротичний інфільтрат, який концентрувався по лінії перфорації та далеко за її межами, де він був менш вираженим. Відсутність диференціювання клітин спостерігалась лише в безпосередній близькості від краю перфоративного отвору.

Вивчення щільності клітинного інфільтрату залежно від відстані перфоративного отвору має досить різні показники.

При мікроскопічному дослідженні тканин до 1,0 см від перфоративного отвору виявляється нерівномірність рельєфу слизової оболонки, від вогнищевих атрофій до гіперпластичних розростань. Залози, розташовані тут, видовжені у шийному відділі, заповнені білковими масами; епітелій, що їх вистилає, містить велику кількість трансформованих бокалоподібних клітин, серед атрофованих ділянок на деякій відстані від краю виразки виявлено

ділянки з морфологічно збереженою слизовою оболонкою і нормальним співвідношенням клітин. Як і біля краю виразки, тут спостерігаються деякі закономірності поширення патологічного процесу, а саме: найбільші зміни відбуваються в слизовій і підслизовій оболонках, менші – в м'язовій і серозній. Веноларна ланка судинного русла зазнає значно більшого руйнування, ніж артеріальна. Виявлено, що просвіт артерій та артеріол звужений, в них – стаз формених елементів крові, навколо судин – вогнища перивазальної інфільтрації та крововиливи. Веноли, навпаки, розширені, звивисті, повнокровні. В м'язовій оболонці простежується дезорієнтація судин, які втрачають паралельність відносно гладком'язових клітин. Тут також в значній мірі виявлено склерозування структурних компонентів стінок судин. Еластичні структури судин в слизовій і підслизовій оболонках зберігаються значно краще, ніж біля краю виразки, в артеріолах вони, як правило, чіткі, в деяких місцях – розрихлені. В судинах венозного типу еластичні волокна нерівномірно звивисті, в деяких – розрихлені, іноді не зберігаються взагалі. В серозній оболонці еластини чітко виражена у вигляді товстих мембран. Метаплазований у шлунковий кишковий епітелій містить велику кількість гранул у апікальній частині цитоплазми, що містять переважно нейтральні мукополісахариди. Нр в ділянці інфільтративно змінених тканин не було виявлено.

Якщо розмір радіуса виразкової інфільтративної ділянки був понад 1,0 см то зміни мали також свої особливості. У більшості випадків у цих хворих на усьому протязі слизова оболонка була з масивною інфільтрацією строми та реакцією запалення. Ці зміни спостерігались протягом усього бульбарного відділу. Щільність клітинного інфільтрату коливалась у досить незначних межах.

Проведене дослідження інфільтративно змінених тканин у радіусі 2 см показало, що поряд зі значними змінами поверхневих структур зона росту майже неушкоджена.

На відстані 2 см від краю виразки виявлено переважання компенсаторно-приспосувальних процесів у стінці дванадцятипалої кишки. Слизова оболонка тут з нерівномірним розмі-

щенням залоз, ділянок атрофії, склерозу. Окремі залози різко розширені, ямки заповнені епітелієм і слизом, в глибоких відділах залоз – бокалоподібна трансформація епітелію, але поряд з цим – багато клітин з нормальною гістологічною будовою. В слизовій оболонці виявлено лише поодинокі дрібні інфільтрати, в яких переважають лімфоцити і плазматичні клітини. Слід відзначити, що зміни на такій відстані відповідають морфологічній картині хронічного гастриту.

Патологічні зміни мікроциркуляторного русла – мінімальні. Спазмовані і розширені ділянки судин тут виявлено в невеликій кількості. Периваскулярні інфільтрати поодинокі. Внутрішньосудинний стаз не виражений. Частина судин склерозована. Однак, більшість судинного русла на цій відстані від виразки в нашому дослідженні мала нормальну морфологічну структуру. Еластичні структури судин виражені добре, чіткі, спостерігаються у всіх оболонках дванадцятипалої кишки.

Таким чином, отримані результати свідчать, що для перфоративної виразки ДПК характерною є зона некрозу, яка і являє собою перфоративний отвір. Дослідження стану виразкового інфільтрату у Нр-позитивних пацієнтів з перфоративною дуоденальною виразкою виявили велику кількість незрілого колагену, характерного для ранньої фази запалення, та зменшення його після розрешення запалення, що пов'язано з агресивністю середовища, спричиненого *Helicobacter pylori*.

Отримані результати гістологічних досліджень свідчать про необхідність диференційованого підходу до корекції виразкового інфільтрату, тобто, видалення виразкового інфільтрату при відсутності значних спайково-дегенеративних змін цибулини ДПК не є патогномонічним при перфоративній виразці на фоні Нр, а буде лише зменшувати об'єм необхідного сегмента гастродуоденальної зони, чим провокуватиме поглиблення наслідків перебігу виразкової хвороби ДПК.

Показаннями до лапароскопічного ушивання перфоративної виразки ДПК вважали: вік пацієнтів до 30 років; відсутність виразкового анамнезу; відсутність поєднання декількох ускладнень перебігу виразкової хвороби (ше

одна виразка, стенозування тощо); виразковий інфільтрат до 1 см; перфоративний отвір 0,3-0,4 см; реактивна фаза перитоніту; відсутність значного спайкового процесу, особливо у верхньому відділі; можливість проведення адекватного післяопераційного медикаментозного лікування.

Динамічне ендоскопічне дослідження ділянки дуоденографії в найближчий термін (15 діб) після оперативного втручання гістологічно виявило в отриманих біоптатах значний набряк строми, плазматичну інфільтрацію з деякою кількістю лімфоїдних клітин та окремими поліморфноядерними лейкоцитами. В цибулині зустрічались множинні ерозії з ділянками фібринозних нашарувань, переважно у пацієнтів другої групи, крім того, у них спостерігали більш виражений дуоденогастральний рефлюкс, а також мала місце деяка деформація самої цибулини, в окремих випадках навіть з формуванням псевдодивертикулів. Через 3 місяці стан цибулини суттєво стабілізувався хоча і мав місце у кожного п'ятого пацієнта помірно виражений дуоденіт, який у хворих другої групи перебігав на фоні деякої рубцевої деформації. Протягом двох років динамічного спостереження рецидиву виразки не було виявлено, однак щопіврічно проводилось не лише комплексне обстеження, але і курс протирецидивної терапії, однак майже у кожного сьомого пацієнта виникала необхідність у змінах окремих її складових.

Висновки. 1. Вивчення частоти та ступеня інфікованості *Helicobacter pylori* гастродуоденальної ділянки при перфорації виразки ДПК виявило, що перебіг захворювання у Нр-позитивних хворих супроводжується значним ступенем контамінації у 34 (50 %) хворих та середнім у 23 (33,8 %) пацієнтів.

2. Дослідження морфологічного стану гастродуоденальної зони у хворих з перфоративною виразкою дванадцятипалої кишки виявило відсутність *Helicobacter pylori* в ульцерогенній ділянці, залежність між глибиною запального процесу та ступенем забрудненості Нр, показало зворотність змін в ділянці виразки на фоні адекватної ерадикуючої терапії.

3. Диференційований підхід до виразково-

го субстрату при можливості адекватного проведення інструментального доопераційного моніторингу і післяопераційного лікування

дозволяє включити в окремих пацієнтів в арсенал локальних ульцерокорегуючих заходів ушивання виразки з оментопексією.

ЛІТЕРАТУРА

1. Аруин Л.И. Апоптоз в механизме поражения желудка, обусловленном влиянием *Helicobacter pylori* // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1999. – №2. – С. 26-29.
2. Бабак О.Я. Противовиразкова терапія: нові препарати – нові можливості //Сучасна гастроентерологія і гепатологія. – 2000. – №3. – С. 29-32.
3. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л. Инфекция *Helicobacter pylori* и ремиссия язвенной болезни: однозначны ли эти состояния? // Русский мед.журнал. – 1999. – Т.4, №3. – С.71-73.
4. Горшков В.А., Авалуева Е.Б., Шабалина М.О. Питание и кислотно-протеолитическая агрессия в желудке при дуоденальной язве //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктол. – 2000. – №1. – С. 29-33.
5. Лысенко Б.Ф., Шейко В.Д., Кузнецов А.А. и др. Хирургическое лечение перфоративной гастродуоденальной язвы // Клиническая хирургия. – 1998. – №2. – С. 12-13.
6. Маршалко О.В., Конорев М.Р. Наличие *H.pylori* в двенадцатиперстной кишке у пациентов с дуоденальной язвой //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2004. – №5. – С. 50.
7. Слонецький Б.І., Ватаман В.М., Слонецький І.І. та ін. Тенденції перебігу та напрямки лікування перфоративної виразки дванадцятипалої кишки // Збірник наукових праць КМАПО ім. П.Л.Шупика. Вип.11; кн. 1. – К., 2002. – С. 83-88.
8. Тутченко М.І., Слонецький Б.І., Щур І.В. і співавт. Перший досвід лапароскопічних втручань у хірургії перфоративної виразки дванадцятипалої кишки // Буковинський медичний вісник. – 2002. – Т.6, №3. – С. 111-113.

УДК: 616.33-002.44-089.87-07-08

Діагностика та лікування моторно-евакуаторних порушень кукси шлунка після резекції з приводу виразкової хвороби

І.О. ПІЛЕНКО, Д.Г. ДЕМ'ЯНЮК, В.І. ЛЯХОВСЬКИЙ, О.А. РИЖАНОВСЬКИЙ, М.І. ГОРЛАЧОВ,
П.П. САКЕВИЧ, О.А. ШКУКРУПІЙ, Т.Г. ДІХТЕНКО, Р.О. ХОДАТЕНКО, В.І. ПОДЛЕСНИЙ, О.Г. ХОДАТЕНКО

Українська медична стоматологічна академія (м. Полтава)

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF MOTOR-EVACUATOR DISORDERS OF THE GASTRIC STUMP AFTER RESECTION FOR ULCER DISEASE

I.O. HILENKO, D.H. DEMIANIUK, V.I. LIAKHOVSKY, O.A. RYZHANOVSKY, M.I. HORLACHOV, P.P. SAKEVYCH,
O.A. SHKUKRUPYI, T.H. DIKHTENKO, R.O. KHODATENKO, V.I. PODLIESNY, O.H. KHODATENKO

Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava

У 86 хворих після резекції шлунка в ранньому післяопераційному періоді відмічалось утруднення евакуації з кукси шлунка. У 58 з них (67,3 %) причиною утруднення евакуації були порушення моторної функції кукси шлунка. Чоловіків було 49, жінок – 9. Вік хворих складав 34-62 роки. Резекцію шлунка за методом Б-ІІ в модифікації Гофмейстера-Фінстерера виконали 46 особам, за методом Б-І – 6, за методом Б-І в модифікації Габерера – 2 хворим, реконструктивну резекцію шлунка – 4 пацієнтам. Лікування хворих комплексне. Виконували корекцію гомеостазу, в тому числі шляхом зондового ентерального харчування. Всі хворі одужали.

Problems with the evacuation from the gastric stump in the early postoperative period after stomach resection were observed in 86 patients. Disorders of the elimination function of gastric stump were caused by the embarrassment of evacuation in 58 (67,3 %) patients. There were 49 men and 9 women among them. The age of patients was 34-62. The resection of stomach by method B-II in modification of Gofmeister-Finsterer was performed in 46 people, by method B-I – in 6 patients, by method B-I in modification of Gaberer in 2 patients, reconstructive resection of the stomach – in 4 patients. The treatment of patients was complex. Correction of homeostasis was performed, including that one performed by means of probe enteral nutrition. All the patients recovered.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Ріст захворюваності населення на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) супроводжується збільшенням кількості ускладнень виразкової хвороби: перфорації, кровотечі, стенозу виходу з шлунка [4,6,8,9]. Тому більшість хірургів знову змушена повернутися до резекції шлунка з усіма її недоліками як головного методу планового оздоровлення хворих при ускладненій виразці. Найбільш небезпечними ускладненнями операції вважаються неспроможність швів кукси дванадцятипалої кишки, синдром привідної петлі, утруднення евакуації з кукси шлунка, що трапляється у 2,6-3 % оперованих.

Мета нашого дослідження: встановити причини порушення моторної функції кукси шлун-

ка після резекції та розробити оптимальні методи лікування таких порушень.

Матеріали і методи. За останні 10 років у клініці госпітальної хірургії з приводу виразкової хвороби шлунка та ДПК виконали резекцію 796 хворим. За цей час після резекції шлунка спостерігали 86 (10,8 %) хворих з порушеннями евакуації з кукси шлунка. У 58 (67,3 %) госпіталізованих утруднення евакуації були викликані порушенням моторної функції кукси шлунка та відповідної петлі.

Чоловіків було 49, жінок – 9. Хворі були у віці 34-62 роки. Виразковий анамнез 8-17 років. В анамнезі мали ускладнення: шлунково-кишкову кровотечу – 8, стеноз виходу із шлунка – 16 осіб, перенесли операцію – ушивання пер-

форативної виразки ДПК – 5, резекцію шлунка – 4. З метою діагностики хворим виконували ФГДС, рентгеноскопію шлунково-кишкового тракту – 24 особам. Виразка шлунка була у 3 хворих, дванадцятипалої кишки – у 51 особи, стеноз виходу з шлунка діагностовано у 19 хворих. Компенсована стадія стенозу була у 11, субкомпенсована – у 3, декомпенсована – у 5 осіб. Усі виразки ДПК виявилися пенетруючими.

Хворі обстежені лабораторно. У 45 осіб визначали шлункову секрецію. В якості стимулятора використовували дигідрохлорид гістаміну в дозі 0,024 мг на 1 кг маси тіла, 9 особам – пентагастрин в дозі 6 мкг на 1 кг маси тіла. У 11 осіб відмічено гіперсекреторний синдром. Базальна продукція соляної кислоти була 6-8 мекв/год. Максимальна продукція складала 26-28 мекв/год. У 12 хворих виразкова хвороба перебігала на фоні зниженої продукції соляної кислоти.

Результати досліджень та їх обговорення.

Хворі оперовані після корекції гомеостазу. Під час операції відмічено пенетрацію виразки в головку підшлункової залози у 39 осіб, в печінково-дванадцятипалу зв'язку – у 14, в передню черевну стінку – у 1, в тіло підшлункової залози та брижу попереково-ободової кишки – у 4 хворих. Резекція шлунка за методом Б-П в модифікації Гофмейстера-Фінстерера виконана 46 особам, за методом Б-І – 6, за методом Б-І в модифікації Габарера – 2 чоловікам. Реконструктивну резекцію шлунка з формуванням позаободового гастроентероанастомозу на короткій петлі – 4 хворим. В 47 осіб куксу дванадцятипалої кишки формували відкритим способом, в тому числі у 9 осіб запропонованим нами методом (патент України № 49766 А від 16.09.02 р.).

З метою діагностики утруднення евакуації використовували інструментальні обстеження. Відмивали куксу шлунка за допомогою товстого зонда. Хворому давали 50-100 мл барієвої суміші. Спостерігали за евакуацією з кукси 2-3 години. Барієва суміш залишалась у куксі шлунка у 28 осіб; залишалась у куксі, але чітко окреслювала вхід до анастомозу і накопичувалася у “ніші” глибиною до 0,3-0,5 см – у 12 хворих. У 18 хворих контраст вузькою стрічкою проходив у відповідну петлю кишки на віддаль 1-1,5 см. У 11 пацієнтів сліди контрасту були помічені у відповідній петлі. Залиш-

ки контрасту з шлунка відмивали. Виконували ФГДС. Анастомоз з'яв у 48 осіб. Його краї були набряклі, слизова оболонка була гіперемійована, складки країв потовщені. Тубусом ендоскопа вдалося вільно зайти на глибину 15-20 см у відвідну та привідну петлі тонкої кишки. У 8 осіб на стінках анастомозу видні лігатури. У 7 хворих анастомози були зімкнуті, просвіт контурований, слизова оболонка бліда. У 3 чоловік краї анастомозу довжиною до 3 см виявилися розведеними на ширину до 0,4-0,6 см. Анастомоз вільно прохідний для ендоскопа. Механічних перешкод для евакуації з кукси шлунка не виявлено. Знайдені зміни при обстеженні розцінили як парез кукси шлунка.

Вважається, що головною причиною пригнічення перистальтики кукси шлунка та кишечника є післяопераційна травма. Проте було б спрощеною схемою зводити це явище лише до зміни характеру симпатичної та парасимпатичної іннервації органів черевної порожнини внаслідок травми. В розвитку пригнічення перистальтики, парезу, паралічу кукси та кишечника відіграють роль багато факторів [1,2]. До них належать порушення водного, електролітного, білкового, енергетичного балансів; тривале порушення автоматизму перистальтики кишечника, започатковане ще до оперативного втручання і поглиблене ним; наявність вогнища запалення, залишеного при втручанні у вигляді кратера пенетруючої виразки в ділянці кукси ДПК. Має значення психоемоційний стан хворого. Проте вирішальне значення має ступінь і тривалість порушення волеї до оперативного втручання [3,9]. Визначення причини порушення має слугувати відправною точкою при складанні програми лікування.

Лікування комплексне [1,5,6,7]. Поряд з медикаментозною терапією здійснюємо корекцію водного, електролітного, білкового, енергетичного балансів. Виходимо з того, що хворі з порушенням евакуації шлунка, незалежно від причини цього явища, швидко виснажуються фізично і психічно внаслідок втрати шлунково-кишкового вмісту. Саме через це хворих з появою ознак утруднення евакуації з кукси шлунка відносимо до категорії важко хворих. Корекцію гомеостазу здійснюємо шляхом парентерального введення необхідних середників та шляхом ентерального зондового харчування.

За допомогою ендоскопа заводимо зонд у відвідну петлю кишки на можливу глибину – 15-20 см. Інший зонд з діаметром отвору до

0,5 см заводимо в шлунок для постійної евакуації вмісту, щоб попередити надмірне розтягнення шлунка, що пригнічує перистальтику. Зондове ентеральне харчування розпочинаємо через 5-6 годин. Вводимо спочатку монорні суміші у складі: розчин глюкози 5 % – 500 мл, ізотонічний розчин натрію хлориду – 400 мл, натрію гідрокарбонату 5 % – 40-50 мл, молярного розчину калію хлориду – 20-30 мл [9]. В першу добу через зонд у кишечник вводимо лише частину необхідних середників. Якщо хворий переносить зондове харчування задовільно – за добу через зонд вводимо 2-2,5 л приготовленої суміші (суміш амінокислот, м'ясні бульйони). З метою стимуляції перистальтики кишечника через зонд вводимо 80-100 мл 15 % розчину сорбітолу. В перші дні лікування ентеральне зондове харчування доповнюємо парентеральним. Якщо хворий задовільно переносить ентеральне зондове харчування і стан його покращується, на 2-3 добу його переводили на повне зондове ентеральне харчування. Призначаємо антибіотики, антиоксиданти, вводимо аскорбінову кислоту 5 % – 10 мл або а-токоферолу по 2 мл, стимулятори перистальтики шлунка та кишечника – бензогексоній 2,5 % – 0,5 мл 2 рази на добу, убретид 0,5 мг – 1 раз на добу, метоклопрамід (реглан, церукал) по 10 мг 2 рази в день. Використовували фізметоди стимуляції перистальтики. У 35 осіб перистальтика відновилася протягом 5-8 діб. Зондове ентеральне харчування закінчували після відходження газів. У 23 хворих його змушені були продовжити до 10-12 діб. Якщо до цього часу не відновлювалася перистальтика і не нормалізувалася робота кишечника – шукали механічну перешкоду і

вирішували питання про оперативне втручання. Змушені були оперувати 7 осіб. Причиною тривалого розладу евакуації з кукси шлунка виявився функціональний варіант синдрому привідної петлі, тривалий запальний процес в ділянці кукси ДПК та виражений інфільтрат в ділянці кратера пенетруючої виразки. Усі хворі видужали.

Висновки. 1. Після резекції шлунка з приводу виразкової хвороби у 10,8 % хворих в ранньому післяопераційному періоді спостерігається порушення евакуації з кукси шлунка на основі порушення моторної функції.

2. Причиною порушення моторної функції кукси шлунка варто вважати операційну травму, порушення водного, електролітного, білкового, енергетичного балансів, наявність середника запалення у вигляді кратера пенетруючої виразки в ділянці кукси ДПК. Має значення ступінь і тривалість порушення волеї до оперативного втручання.

3. Лікування хворих комплексне. Має значення раціональне організоване ентеральне харчування, доповнене парентеральним, використання середників, що стимулюють моторну функцію шлунка і кишечника.

4. Якщо комплексна консервативна терапія не приносить успіху протягом 10-12 днів, варто формулювати показання до оперативного втручання.

Результати наших досліджень необхідно враховувати при виборі методу резекції шлунка та проведенні комплексного лікування в ранньому післяопераційному періоді з метою профілактики моторно-евакуаторних порушень кукси шлунка.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бенедикт В.В. Сучасні аспекти профілактики та лікування післяопераційних парезів // Матеріали XX з'їзду хірургів України. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – Т. 1. – С. 130-132.
2. Бойко В.В., Далавурак В.П., Пономарев Л.А., Донец Н.П. Хирургическое лечение осложненных форм язвенной болезни // Матеріали XX з'їзду хірургів України. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – Т. 1. – С. 12-14.
3. Березницький Я.С., Ратчик В.М., Чухрієнко Д.П. Місце хірургії у лікуванні виразкової хвороби // Матеріали XX з'їзду хірургів України. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – Т. 1. – С. 17-19.
4. Голубчиков М.В. Статистичний огляд захворюваності населення України на хвороби органів травлення // Сучасна гастроентерологія, гепатологія. – 2000. – № 1. – С. 17-20.
5. Кузин М.И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни

ни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2001. – № 1. – С. 27-32.

6. Мельник І.В., Гончар М.Г., Кучірка Я.М., Кобрицький Я.В. Комплексне консервативне лікування післягастрорезекційних гастритів кукси шлунка і анастомозитів // Матеріали XX з'їзду хірургів України. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – Т. 1. – С. 246-248.

7. Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. – М.: Медицина, 1990. – 560 с.

8. Сасенко В.Ф., Полинкевич С.Б., Диброва Ю.А., Пустовит А.А. Тактика хирургического лечения язвенной болезни на современном этапе // Клінічна хірургія. – 2003. – № 3. – С. 5-8.

9. Костюченко А.Л., Костин Э.Д., Курычин А.А. Энтеральное искусственное питание в интенсивной медицине. – С.Пб.: Специальная литература, 1996. – 330 с.

УДК 616.84-007.272+616-006.6+616-099

Рациональна хірургічна тактика етапність комплексного лікування хворих з обтураційною кишковою непрохідністю

М.Г. ШЕВЧУК, В.В. ГОЛОТЮК, І.М. ШЕВЧУК, А.Л. ШАПОВАЛ, І.М. СОРОЧИНСЬКИЙ

Івано-Франківська державна медична академія

RATIONAL SURGICAL TACTICS AND STAGING IN COMPLEX TREATMENT OF THE PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE ILEUS

M.H. SHEVCHUK, V.V. HOLOTIUK, I.M. SHEVCHUK, A.L. SHAPOVAL, I.M. SOROCHYNSKY

Ivano-Frankivsk State Medical Academy

Проаналізовано безпосередні результати хірургічного лікування 135 хворих на обтураційну кишкову непрохідність ободової кишки ракового генезу. Розроблено диференційовану хірургічну тактику залежно від ступеня непрохідності і ендогенної інтоксикації. Включення препарату "Церулоплазмін" в дозі 2 мг/кг в схему дезінтоксикаційної терапії у 62 хворих на обструктивний рак ободової кишки в ранньому післяопераційному періоді сприяло покращанню безпосередніх результатів їх хірургічного лікування.

The results of surgical treatment of 135 patients with obstructive colon cancer were analyzed. Differentiated surgical tactics depending on stage of obstruction has been developed. 62 of them were treated by ceruloplasmin (CP) in the dose 1.5-2.0 mg/kg during 5-7 days after operation. Treatment results showed high detoxication effect of CP and its ability to reduce the level of postoperative complications and lethality.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Важливою проблемою сучасної хірургії є підвищення ефективності комплексного хірургічного лікування хворих на обтураційну непрохідність ободової кишки (ОК), в структурі причин якої 60-80 % складають ракові пухлини [4]. Незважаючи на безумовний успіх в наданні медичної допомоги пацієнтам з неускладненими формами раку ободової кишки (РОК), безпосередні та віддалені результати лікування обструктивних форм РОК залишаються незадовільними, зокрема післяопераційна летальність сягає 23-57 % [1]. Відомо, що у хворих на обструктивний рак ободової кишки (ОРОК) різко знижений імунітет і на цьому фоні швидко розвивається інтоксикаційний синдром, що має агресивний характер і призводить до поліорганної недостатності [5]. Остання, разом з нагнійними процесами, є найбільш частими причинами післяопераційної летальності хворих на ОРОК [5].

Завдання дослідження. Розробити диференційовану хірургічну тактику і оцінити безпосередні результати лікування хворих на ОРОК залежно від ступеня кишкової непрохідності (КН) і вираженості ендогенної інтоксикації (ЕІ) при застосуванні препарату "Церулоплазмін" (ЦП).

Матеріали і методи. Проаналізовано безпосередні результати хірургічного лікування 135 хворих на ОРОК віком від 30 до 82 років. Згідно з класифікацією Э.Г. Топузова (1986), компенсовану КН діагностували у 35 (25,9 %) хворих, субкомпенсовану – у 48 (38,5 %) і декомпенсовану – у 52 (38,5 %) хворих. За характером проведених хірургічних втручань всі хворі були поділені на 2 групи: I – радикально прооперовані (93 чол.); II – симптоматично прооперовані (42 чол.). В межах вказаних груп виділяли основні (відповідно "А" і "В") та контрольні ("Б" і "Г") підгрупи хворих. З метою корекції метаболічних порушень і знешкодження токсичних речовин в підгрупах "А" і "В" на фоні стан-

дартної інфузійно-трансфузійної терапії призначали препарат “Церулоплазмін ліофілізований для ін’єкцій”, який в дозі 2,0 мг/кг маси тіла вводили в перші 5-7 днів післяопераційного періоду, розведеним на 200 мл 0,9 % р-ну NaCl внутрішньовенно крапельно, один раз на день. Для оцінки ступеня ЕІ при поступленні хворих в стаціонар і протягом 14 діб після операції визначали вміст молекул середньої маси (МСМ), малонового діальдегіду (МДА) та дієнових кон’югатів (ДК) в сироватці крові.

Результати досліджень та їх обговорення.
Хворим на ОРОК з радикальних операцій

найбільш часто виконували правобічні геміколектомії, резекції ректосигмоподібного відділу ОК і сигмоподібної кишки. При симптоматичному лікуванні з однаковою частотою накладали обхідні анастомози і колоностомії (табл.1). Обсяг і характер операції остаточно визначався після детальної інтраопераційної ревізії, за основу якої взяті такі критерії, як ступінь КН, поширення пухлини в стінці кишки та її рухомість, відношення до суміжних органів, ураження регіонарних лімфовузлів та віддалених органів. Враховували також ступінь ЕІ, вік пацієнтів і наявність у них тяжких супровідних захворювань.

Таблиця 1. Характер проведених оперативних втручань у хворих на ОРОК

Характер операцій	Підгрупи хворих							
	А (+ЦП)		Б (контр.)		В (+ЦП)		Г (контр.)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1. Радикальні операції								
Правобічна геміколектомія	11	25,0	12	24,5	-	-	-	-
Резекція поперечноободової кишки	-	-	1	2,0	-	-	-	-
Лівобічна геміколектомія	4	9,1	7	14,3	-	-	-	-
Резекція сигмоподібної кишки	7	15,9	4	8,2	-	-	-	-
Резекція ректосигмоподібного відділу	9	20,5	15	30,6	-	-	-	-
Операція Гартмана	6	13,6	6	12,2	-	-	-	-
Комбіновані операції	7	15,9	4	8,2	-	-	-	-
2. Симптоматичні операції								
Обхідні анастомози	-	-	-	-	9	50,0	12	50,0
Колоностомії	-	-	-	-	9	50,0	11	45,8
Діагностична лапаротомія	-	-	-	-	-	-	1	4,2
Всього	44	100,0	49	100,0	18	100,0	24	100,0

Радикальні операції при локалізації пухлин в правій половині ОК, незалежно від ступеня КН, полягали в правобічній геміколектомії з одномоментним відновленням прохідності кишки шляхом формування інвагінаційно-клапанного ілеотрансверзоанастомозу. В підгрупі “А” з 13 хворих на ОРОК правобічної локалізації (в т.ч. 2 перенесли комбіновану геміколектомію) на фоні призначення ЦП від серцево-судинної недостатності помер 1 хворий (7,8 %), післяопераційні ускладнення виникли у 3-х хворих (23,1 %). З 13 хворих контрольної підгрупи “Б”, які мали правосторонню локалізацію пухлини, 12 перенесли правобічну геміколектомію і 1 – комбіновану правобічну геміколектомію. Померли 2 хворих (15,4 %) – після правобічної геміколектомії від неспроможності швів анастомозу і після комбінованої операції від

ТЕЛА. Післяопераційні ускладнення виникли у 5 хворих (38,5 %).

При аналізі показників МСМ, МДА, ДК в до- і післяопераційному періодах виявлено чітку корелятивну залежність між ступенем КН у хворих і рівнем ЕІ. В межах однорідних за ступенем КН підгруп радикально прооперованих хворих на лівобічній ОРОК, більш тяжкі прояви ЕІ спостерігали після виконання великих за обсягом одноетапних хірургічних втручань з первинним відновленням безперервності ОК. Враховуючи виявлені закономірності змін показників ЕІ, ми надавали перевагу проведенню у курабельних хворих на ОРОК з декомпенсованою чи тривалою субкомпенсованою КН, на фоні виражених ознак ЕІ, двоетапних хірургічних втручань з формуванням на першому етапі розвантажувальних колостом. Другий, реконструктивний етап

проводили через 5-6 тижнів після відповідної корекції метаболічних порушень, яка в підгрупі хворих "А" включала призначення препарату ЦП. Він полягав у радикальному видаленні пухлини і відновленні прохідності ОК, або ж тільки у відновленні прохідності кишки після операцій типу Гартмана. Одномоментне відновлення цілості травного каналу виконували здебільшого при ускладненні ОРОК компенсованою КН та при субкомпенсованій КН без явищ вираженого ендотоксикозу.

В підгрупі "А" перший етап двоетапних радикальних операцій було виконано у 16 хворих, з яких 5 мали субкомпенсовану і 11 – декомпенсовану КН. З них операції Гартмана виконано у 6 хворих (5 з декомпенсованою КН). В подальшому другий етап операції було виконано у 12 хворих. Чотирьом хворим після операції Гартмана з різних причин цілість кишки не відновлювали. Післяопераційні ускладнення при виконанні двоетапних операцій в даній підгрупі хворих склали 25,0 %. Помер 1 (6,3 %) хворий від гнійного перитоніту після операції Гартмана. В підгрупі хворих "Б" перший етап радикальної операції перенесли 19 хворих. З них пухлину видалили на першому етапі у 9 осіб (5 з декомпенсованою КН). Другий етап виконали 15-и хворим. Після першого етапу (обструктивна резекція поперечноободової кишки) на фоні наростаючої поліорганної недостатності помер 1 (5,3 %) хворий з декомпенсованою КН. Післяопераційні ускладнення констатовано у 10 хворих (52,6 %).

Видалення пухлини лівої половини ОК з формуванням первинного міжкишкового анастомозу в підгрупі хворих "А" було проведено не 15 хворим (9 з компенсованою КН і 6 з субкомпенсованою КН). В післяопераційному періоді померли 2 (13,3 %) пацієнти, з яких 1 – на фоні наростаючої поліорганної недостатності після резекції поперечноободової кишки, а інший – від ТЕЛА після резекції сигмоподібної кишки. Післяопераційні ускладнення були у 7 (46,7 %) хворих. В підгрупі "Б" одномоментні операції виконали у 17 осіб (8 з компенсованою КН і 9 з субкомпенсованою КН). Після резекції ректосигмоподібного кута померло чотири (23,5 %) хворих, при чому в 3-ох випадках смерть наступила на фоні прогресуючої поліорганної недостатності, а в 1-му – при явищах післяопераційного гнійного перитоніту.

Післяопераційні ускладнення виникли у 10 (58,8 %) хворих.

Симптоматичні операції проводили виключно з метою усунення чи запобігання прогресування у хворих явищ КН при наявності віддалених метастазів або значному місцевому поширенні пухлинного процесу, яке унеможливило хірургічне його видалення. При локалізації пухлини в дистальному відділі сигмоподібної кишки і ректосигмоподібному куті накладали декомпресивні колостоми. При ураженні злоякісним процесом проксимальніших відділів ОК накладали обхідні анастомози.

Застосування ЦП дозволило знизити частоту післяопераційних ускладнень у групі радикально прооперованих хворих в 1,3 рази, зокрема гнійно-септичних – в 2,1 рази. Подібне спостерігали і в групі хворих, які перенесли симптоматичні операції, де частота післяопераційних ускладнень в основній підгрупі була в 1,3 рази нижчою, ніж в контрольній, а гнійно-септичні ускладнення виникали в 1,7 рази рідше. Заслужовує уваги те, що у хворих, які отримували ЦП, не було зареєстровано жодного випадку повної чи часткової неспроможності швів анастомозу. Явища вираженої поліорганної недостатності в післяопераційному періоді при застосуванні препарату ЦП спостерігались в 1,5-1,8 разу рідше, ніж у пацієнтів контрольних підгруп. Показник післяопераційної летальності, у радикально прооперованих хворих склав 9,1 % в основній підгрупі "А" проти 14,3 % в контрольній "Б", а у симптоматично прооперованих хворих – відповідно 27,8 % ("В") проти 37,5 % ("Г").

Позитивні результати, отримані від застосування ЦП при описаній нами тактиці комплексного хірургічного лікування хворих на ОРОК, є наслідком здатності біопрепарату безпосередньо знижувати рівень ПОЛ і ЕІ [2] та активізації ним регенераторних процесів в печінці хворих, що було показано нами в попередніх дослідженнях в умовах експерименту і клініки [3]. Транспортуючи в тканини мідь, ЦП покращує процеси тканинного дихання, а впливаючи на метаболізм катехоламінів, сприяє зменшенню тяжкості розладів мікроциркуляції [2].

Висновки. 1. Хворим з декомпенсованою чи тривалою субкомпенсованою непрохідністю ОК ракового генезу на фоні явищ вираженої ЕІ

доцільно проводити двоетапні хірургічні втручання з формуванням на першому етапі розвантажувальних колостом і наступною корекцією морфофункціонального стану печінки в поєднанні з препаратом ЦП, і тільки після стабілізації функціональних показників, через 5-6 тижнів після першого етапу, проводити ради-

кальне оперативне втручання з реконструктивним відновленням прохідності кишки.

2. Включення препарату ЦП в дозі 2 мг/кг в схему дезінтоксикаційної терапії у хворих на ОРОК в ранньому післяопераційному періоді веде до покращання безпосередніх результатів їх хірургічного лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Алиев С.А. Первично-радикальные оперативные вмешательства при острой непроходимости ободочной кишки опухолевой генеза у больных пожилого и старческого возраста // Хирургия. – 2001. – №8. – С. 44-50.
2. Бердинських Н.К., Курищук К.В., Лялюшко Н.М., Рядська Л.С. Церулоплазмін: функції в організмі, фармакологічні властивості та використання в клінічній практиці. – К.: Просвіта, 2001. – 41 с.
3. Голотюк В.В. Морфофункціональний стан печінки та його ко-

- рекція при обструктивній непрохідності ободової кишки в клініці та експерименті // Шпитальна хірургія. – 2002. – №1. – С. 65-69.
4. Саенко В.Ф., Беянский Л.С. Современные направления в лечении обтурационной непроходимости толстой кишки // Клінічна хірургія. – 2000. – №11. – С. 5-7.
5. Соловьев И.Е., Тофан А.В., Черный В.А. Результаты лечения больных обтурирующим раком ободочной кишки // Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П.Л. Шупика. – Київ, 2001. – С. 783-787.

УДК 616.37-002.2-07:616.37-008

Хірургічне лікування хронічного панкреатиту із застосуванням малоінвазивних втручань

О.Б. ЗУБКОВ, Б.С. ЗАПОРОЖЧЕНКО, В.І. ШИШЛОВ, Ю.М. КОШЕЛЬ, А.О. ВАСИЛЬЄВ,
А.В. СНИСАРЕНКО, О.В. КОЧКАРЬОВ

Одеський державний медичний університет

SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC PANCREATITIS WITH USAGE OF MINI-INVASIVE INTERVENTIONS

O.B. ZUBKOV, B.S. ZAPOROZHCHENKO, V.I. SHYSHLOV, YU.M. KOSHEL, A.O. VASYLYEV, A.V. SNISARENKO,
O.V. KOCHKARYOV

Odessa State Medical University

Сучасною тенденцією в хірургії такого поширеного захворювання, яким є хронічний панкреатит, стали малоінвазивні втручання. Завдяки своїм перевагам перед класичними хірургічними операціями вони набули досить широкого розповсюдження. Одним з перспективних методів лікування хронічного панкреатиту є пломбування проток підшлункової залози спеціальною композицією, що спінується. Досвід лікування 8 хворих на хронічний панкреатит за допомогою цієї методики показав, що задовільних результатів такого втручання можна очікувати тільки за умов пригнічення зовнішньосекреторної функції залози на тлі відповідних фіброзно-склеротичних змін її паренхіми. Іншою сучасною методикою хірургічного втручання при хронічному панкреатиті, яка усуває один з головних патогенетичних механізмів його виникнення, є ендоскопічна вірсунготомія. Володіючи всіма перевагами неопераційного інструментального втручання, ендоскопічна вірсунготомія дозволяє усунути стеноз довжиною до 1 см з мінімальною кількістю ускладнень і відсутністю летальності. Поліпшення після ендоскопічного втручання відзначили 85,7 % хворих, що приблизно відповідає віддаленим результатам трансдуоденальних втручань. Таким чином, вважаємо за необхідне рекомендувати застосування ендоскопічної вірсунготомії в клініках, які мають великий досвід ендоскопічних втручань на великому дуоденальному сосочку.

Mini-invasive interventions is a modern tendency in treatment of chronic pancreatitis. These methods have taken a great spreading thanks to their advantage upon classic surgical operations. Plombage of pancreatic ducts with special composite materials is one of the perspective methods of mini-invasive treatment. On the basis of treatment experience of 8 patients with the chronic pancreatitis, the indications for plombage of ducts are discussed. The special attention is given to morphological changes of a pancreas (fibro-sclerotic changes are required), including a structure analysis and also research of the functional condition by the estimation of a pure pancreatic secret. The low value of pancreatic excretory function permit to use this method of intervention on the organ. Another modern method of surgical treatment of chronic pancreatitis is endoscopic virsungotomy which remove one of the main pathogenic mechanisms of disease. With all the advantages of non-operative instrumental treatment endoscopic virsungotomy allows to remove stenosis of pancreatic ducts about 1 centimeter long without hard complications and lethality absence. The best results of endoscopic treatment of chronic pancreatitis were in 85,7 % patients. So, the application of such endoscopic method of treatment of chronic pancreatitis as virsungotomy should be recommended, in clinics, where endoscopic interventions are widely used.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Хронічний панкреатит (ХП) – захворювання, поширеність якого останнім часом неухильно підвищується, в тому числі серед людей молодого та зрілого віку, які складають працездатну частину населення. В літературі немає точних статистичних даних щодо частоти захворюваності на ХП. Багато дослідників вважає, що він зустрічається набагато частіше, ніж діагностується.

Проблема ХП стала особливо актуальною в останні роки у зв'язку з удосконаленням методів діагностики та лікування цієї патології. Незважаючи на значний прогрес у вивченні ХП, багато питань ще залишаються нерозв'язаними. Серед цих питань – проблема малоінвазивних хірургічних втручань при ХП.

Мета цієї роботи – удосконалення методів хірургічного лікування ХП, зокрема малоінвазивних втручань, на основі глибокого вивчен-

ня морфо-функціональних змін підшлункової залози та даних клінічного спостереження хворих на цю патологію. Серед різних варіантів малоінвазивних втручань розглядаються пломбування проток підшлункової залози та ендоскопічна вірсунготомія.

Різноманітні втручання, що базуються на пломбуванні проток підшлункової залози, стали використовуватися впродовж останнього десятиріччя як самостійне втручання і як фрагмент інших операцій.

Матеріали і методи. У нас під спостереженням знаходилися 28 хворих на ХП, у яких було ймовірним виконання пломбування проток підшлункової залози, із них операція була зроблена у 8 хворих. Оклюзія протокової системи здійснювалася композицією, що спінюється, розробленою Всесоюзним науково-дослідним і випробним інститутом медичної техніки. Пломбувальна композиція вводилася шприцом через катетер, встановлений у головній панкреатичній протоці з боку дванадцятипалої кишки, чи через зовнішню панкреатичну норичку – антеградне пломбування (у 5 випадках). У 3 випадках виконувалося ретроградне пломбування панкреатичних проток після дистальної резекції залози. Обов'язковою умовою такого пломбування є роздільне впадання в дванадцятипалу кишку головної панкреатичної й загальної жовчної проток, щоб запобігти заповненню пломбувальною композицією жовчних шляхів.

Результати досліджень та їх обговорення. Перші спроби пломбування без врахування зовнішньосекреторної функції підшлункової залози супроводжувалися важкими післяопераційними ускладненнями і, незважаючи на виконання всіх методичних вказівок пломбування, у 3 хворих у післяопераційному періоді розвинувся важкий панкреатит, що вимагав комплексної терапії у реанімаційному відділенні. У 2 із цих спостережень, у зв'язку з некрозом і формуванням абсцесу в ділянці заплomboваного хвоста залози, виникла необхідність у повторних втручаннях для санації. Однак, у зв'язку з поширенням гнійно-некротичного процесу по заочеревинній клітковині, хворі померли. Імовірно, одним із факторів, що призвів до настільки важкого ускладнення, була збережена, а можливо, навіть підвищена секреція підшлункової залози.

Вважаємо за необхідне підкреслити, що в групі хворих, яким пломбування проводилося вже з урахуванням стану зовнішньосекреторної функції підшлункової залози, тільки у двох випадках у післяопераційному періоді відзначені підвищення активності амілази в крові без клінічних проявів панкреатиту. В інших спостереженнях ускладнень після оклюзії не виявлено. Непоганими були і результати у віддаленому періоді: у 4 хворих больовий синдром був відсутній взагалі, незважаючи на розширення дієти, а в 2 відзначалися нечасті рецидиви болю, пов'язані з погрішностями в дієті. Динамічне УЗ-дослідження залози після пломбування, що проводилося в 5 випадках, патології не виявило.

Ендоскопічні втручання відкривають нові широкі можливості, що дозволяють розраховувати на значне поліпшення результатів лікування хірургічних захворювань підшлункової залози [1-3].

Методика вірсунготомії аналогічна такій при ендоскопічній папілосфінктеротомії (ЕПСТ) і, як правило, є одним із фрагментів зазначеної процедури. Особливістю розсічення устя панкреатичної протоки є використання діатермічних петель з більш короткою діатермічною струною і, отже, меншим діаметром петлі в натягнутому положенні. Це полегшує селективне розсічення устя вірсунгової протоки. У більшості випадків для оголення останньої потрібне проведення ЕПСТ за звичайною методикою, і лише після цього стає можливим розсічення перегородки між жовчною й панкреатичною протоками, що і є суттю вірсунготомії. Підготовка до втручання й ведення хворих такі самі, як і при ЕПСТ.

Під спостереженням знаходилося 58 чоловік, у яких підставою до виконання ендоскопічних процедур стали явища хронічного біліарного панкреатиту. З цієї кількості 25 чоловік раніше перенесли різні оперативні втручання із приводу хронічного панкреатиту. У 8 пацієнтів слідом за проведенням ендоскопічних процедур були оперативні втручання (у дослідженні – холецистектомія). При обстеженні хворих оцінювали зовнішній вигляд великого дуоденального сосочка (ВДС), дані інструментальної пальпації, можливість і технічні умови катетеризації сосочка, а також рентгенологічні дані.

Особливий інтерес представляє група хворих з 23 чоловік, раніше оперованих із приводу хронічного панкреатиту. Особливо це стосується операції на жовчовивідних шляхах, оскільки саме ці хворі, з огляду на складність патології, складають значну частину пацієнтів із стенозом устя головної панкреатичної протоки. Ретроспективний аналіз захворювання дозволяє припустити, що в більшості хворих стеноз устя протоки вже мав місце до першого хірургічного втручання і не був коригований, тобто виконання раніше операції не було адекватним з погляду відновлення прохідності панкреатичної протоки.

Слід зазначити, що не у всіх хворих при первинному втручанні на ВДС вдається виконати вірсунготомію під час першої процедури. Так, у дослідженні з 25 хворих, первинно підданих ендоскопічному втручанню на ВДС, у 5 (20 %) вірсунготомія в ході першої процедури не вдалася. Це було пов'язано з виникненням кровотечі (у двох випадках) і невеликими розмірами сосочка й ампули, де після розсічення сосочка травмовані тканини останнього не дозволяли знайти звужене устя головної панкреатичної протоки. Причому у всіх випадках після розсічення сосочка вдавалося катетеризувати загальну жовчну протоку, у той час як спроби виявити протоки підшлункової залози були марними. У зазначених випадках, коли перші спроби катетеризації вірсунгової протоки не призводять до успіху, не рекомендуємо продовжувати наполегливі спроби бужування, оскільки це призводить до зайвої травматизації тканин і підвищує ризик виникнення тяжких ускладнень. У той же час, при повторних процедурах через 1,5-2 тижні, коли проходять запально-інфільтративні зміни, катетеризація вірсунгової протоки і розсічення її вже не викликають таких технічних труднощів, у чому була можливість переконатися і на прикладі хворих.

У групі 58 хворих із хронічним панкреатитом після ендоскопічних операцій летальних випадків не було. Традиційні для подібного роду втручань ускладнення – кровотечу і гострий панкреатит – виявили, відповідно, у 4 (5,4 %) і 11 (18,9 %) хворих. Як вже вказували, кровотечі, що виникали, звичайно, на етапі розсічення ВДС, перешкоджали продовженню втручання, що призводило до необхідності розділяти процедуру на два етапи. Разом із тим,

кровотечі хворих не мали профузного характеру, і гемостаз здійснювався у ході втручання шляхом електрокоагуляції.

У 10 чоловік після вірсунготомії з'явилися явища гострого панкреатиту. Через 4-6 год після процедури на тлі больового синдрому з'явилися високі показники амілази крові, в одного хворого виникло повторне блювання. Однак у жодному з випадків не було діагностовано деструктивних форм захворювання. У переважній більшості випадків картина панкреатиту була ліквідована протягом двох діб консервативними заходами в умовах загальнохірургічного відділення. Стихання клінічних симптомів відповідало динаміці зниження рівня панкреатичних ферментів у сироватці крові. Будь-яких інших ускладнень, пов'язаних з ендоскопічною вірсунготомією, не відзначили.

Таким чином, поліпшення після ендоскопічного втручання відзначили у 85,7 % хворих, що приблизно відповідає віддаленим результатам трансдуоденальних втручань. Слід зазначити, що оцінка клініко-лабораторних показників не виявила будь-яких особливих змін, що могли б бути надійними критеріями оцінки стану хворих. Лише втрата маси тіла і показники копрограми у 5 пацієнтів свідчили про глибоке порушення морфо-функціонального стану підшлункової залози. Ніяких відхилень показників активності ферментів у сироватці крові не відзначено.

Висновки. Стосовно наведених в цій статті малоінвазивних методів хірургічного лікування можна зробити такі висновки.

Щодо пломбування панкреатичних проток, то отримані дані свідчать про необхідність уточнення оцінки зовнішньої секреції підшлункової залози шляхом дослідження чистого панкреатичного соку. Пригнічення зовнішньосекреторної функції є важливою умовою, що дозволяє при відповідних морфологічних змінах (фіброзно-склеротичних) звернутися до пломбування проток підшлункової залози. При збереженій чи підвищеній функції оклюзія проток протипоказана і варто використовувати інші види втручань на підшлунковій залозі. Важливою умовою є також ретельне відпрацювання методики до початку втручання, виконання втручань з використанням одного і того ж матеріалу для пломбування. Це необхідно у зв'яз-

ку з тим, що після першої невдалої спроби, повторити процедуру, зазвичай, неможливо, тому що не можна видалити із проток той композиційний матеріал, який туди вже потрапив.

Якщо говорити про ендоскопічну вірсунготомію, то необхідно рекомендувати цю методику для застосування в клініках, що мають великий досвід ендоскопічних втручань на ВДС. Маніпуляція повинна у всіх випадках контролюватися візуально, а, якщо можливо, і рентгенологічно – за допомогою РХПГ, оскільки розвиток стенозу устя вірсунгової протоки варто розцінювати як одне з імовірних ускладнень ен-

доскопічної папілосфінктеротомії, уникнути якого можна тільки шляхом ретельного дотримання технічних деталей втручання.

Проте отримані дані говорять про високі лікувальні можливості ендоскопічної корекції такої складної патології, як стеноз устя головної панкреатичної протоки. Основними перевагами ендоскопічного втручання, крім уникнення лапаротомії, наркозу тощо, є його мала травматичність і відсутність летальності. Поряд із цим, з погляду обсягу і характеру проведеної процедури, ендоскопічна операція не поступається традиційним трансдуоденальним доступам.

ЛІТЕРАТУРА

1. Грубник Б.В., Кошель Ю.Н., Зубков О.Б., Пустовойт П.И. Хирургическое лечение хронического панкреатита //Анналы хирургической гепатологии. – 1997. – Т.2. – С. 84-85.
2. Зубков О.Б. Эндоскопические вмешательства в хирургии поджелудочной железы //Анналы хирургической гепатологии. – Томск, 1998. – Т.3. – С. 250.

3. Зубков О.Б., Гойдик В.С. Патогенетичні передвісники хірургічного лікування хронічного панкреатиту //Проблеми екології та медицини. – 1998. – №3-4. – Т.2. – С. 26-27.
4. Зубков О.Б., Гречко Б.В., Семанів О.М., Гойдик В.С. Патогенетичне обґрунтування хірургічного лікування хронічного панкреатиту //Вісник морської медицини. – 2001. – №2. – С. 169-172.