



Д. О. Смецков¹,
Н. М. Гончарова²,
С. М. Тесленко²,
П. В. Свірепо²,
А. В. Сивожелізов²,
М. О. Сикал²,
А. С. Гончаров^{1,2}

¹ КНП ХОР «Обласна клінічна лікарня», м. Харків, Україна

² Харківський національний медичний університет

© Колектив авторів

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ ЩОДО ЛІКУВАННЯ ПЕРФОРАТИВНИХ ПІЛОРОДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗОК

Реферат. *Мета роботи:* покращення результатів хірургічного лікування хворих на перфоративні пілородуоденальні виразки.

Матеріали і методи. Проаналізовані результати лікування 101 хворого, оперованого з приводу перфоративної пілородуоденальної виразки, яких проліковано у хірургічному відділенні за період з 2015 по 2020 р.

Результати та їх обговорення. Лапароскопічні втручання виконані у 56 (55,4 %) хворих з перфоративною виразкою. Висічення перфоративної виразки традиційним лапаротомним способом без ваготомії застосовано у 26 (25,7 %) пацієнтів. Ушивання перфоративної виразки традиційним методом без ваготомії виконано у 19 (18,8 %) хворих. Ускладнення раннього післяопераційного періоду у 8 (7,9 %) пацієнтів носили хірургічний характер. У 27 (26,7 %) хворих післяопераційні ускладнення були специфічними, пов'язаними з виконанням розширюючої пілородуоденопластики. Найбільшу кількість післяопераційних ускладнень спостерігали у хворих, яким було виконано ушивання виразки з застосуванням традиційного лапаротомного доступу — 17 (16,8 %), з них загальнохірургічних — 6 (5,9 %), специфічних — 11 (10,9 %).

Висновки. Лапароскопічний метод ушивання перфоративних виразок супроводжується менш вираженим больовим синдромом, зниженням кількості післяопераційних ускладнень, що вимагає більш широкого застосування ендовідео-хірургічних технологій при даному ускладненні виразкової хвороби.

Ключові слова: виразкова хвороба, перфорація пілородуоденальної виразки, лапароскопічні втручання.

Вступ

Виразкова хвороба (ВХ) шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) посідає одне з провідних місць у структурі захворювань травного каналу [1, 2]. До останнього часу найбільш частим оперативним втручанням при перфоративній пілородуоденальній виразці (ППДВ) залишалося ушивання перфоративного отвору [3, 2], що на думку низки авторів є єдино можливим оперативним втручанням, коли мова йде про поширені форми перитоніту [1]. У той же час, летальність при ушиванні коливається від 3 до 46 % [4]. У зв'язку з активним упровадженням малоінвазивних технологій у хірургію ВХ, кількість паліативних операцій значно збільшилася, сягаючи 80,3 % [5].

Мета роботи

Покращення результатів хірургічного лікування хворих на ППДВ.

Матеріали та методи досліджень

Проаналізовані результати лікування 101 пацієнта, оперованих із приводу ППДВ, яких проліковано у хірургічному відділенні КНП

ХОР «Обласна клінічна лікарня» за період з 2015 по 2020 рр. Для обстеження хворих застосовувалися загально-клінічні (периферична кров із визначенням основних показників, біохімічні показники, коагулограма), спеціальні (цитологічне дослідження, морфологічні, імуногістохімічні) методи лабораторної діагностики та інструментальні методи дослідження. Усім пацієнтам були проведені ургентні оперативні втручання з приводу ППДВ, при цьому, 61 (60,4 %) хворому виконано ушивання ППДВ, з них 42 (20,6 %) пацієнтам — лапароскопічним доступом, а 19 (18,8 %) — відкритим традиційним доступом. Висічення виразки без ваготомії (ВТ) було виконано 40 (39,6 %) хворим, з них 14 (13,9 %) пацієнтам — лапароскопічним доступом, 26 (25,7 %) — традиційним лапаротомним доступом із пілородуоденопластикою.

Результати та їх обговорення

Лапароскопічні втручання у 56 (55,4 %) хворих із перфоративною виразкою (ПВ) ДПК виконувалися за наступними показаннями: терміни перфорації до 12 год; вік до 40 років; відсутність тривалого виразкового анамнезу понад

1 рік; відсутність інших ускладнень ВХ; відсутність розлитого і (або) гнійного перитоніту; відсутність порушення вітальних функцій; при відсутності кальозної виразки у ділянці перфорації виконувалося лапароскопічне ушивання перфоративного дефекту; при наявності незначного кальозного виразкового процесу у межах 12 мм навколо ділянки перфорації виконувалося лапароскопічне висічення перфоративного дефекту; інтраопераційна інтрагастральна рН-метрія > 2,0; локалізація ПВ на передній стінці цибулини ДПК; відсутність додаткових виразкових процесів у ДПК та шлунку.

Висічення ППДВ традиційним лапаротомним способом без ВТ у 26 (25,7 %) хворих виконували за наступними показаннями: терміни перфорації понад 6 год без ознак фібринозно-гнійного розлитого перитоніту; вік старше 40; наявність хронічного кальозного виразкового процесу навколо перфорації понад 10 мм; наявність тривалого виразкового анамнезу понад 1 рік; наявність інших ускладнень ВХ: кровотеча, стеноз, пенетрація; наявність інтоксикації без порушення вітальних функцій; локалізація ПВ не на передній стінці цибулини ДПК; наявність додаткових виразкових процесів у ДПК і шлунку.

Ушивання ПВ традиційним методом без ВТ у 19 (18,8 %) хворих виконувалося за такими показниками: терміни перфорації понад 12 год з ознаками фібринозно-гнійного перитоніту та синдрому ендогенної інтоксикації із загрозою або з розвитком поліорганної недостатності; вік старше 75 років; наявність важких ускладнень ВХ – кровотеча, пенетрація в тканину підшлункової залози з порушенням вітальних функцій; наявність важких супутніх соматичних захворювань.

Ускладнення раннього післяопераційного (п/о) періоду у 8 (7,9 %) хворих носили хірургічний характер, властивий для будь-яких операцій на органах черевної порожнини. У 27 (26,7 %) пацієнтів п/о ускладнення були специфічними, пов'язаними з виконанням розширюючої пілородуоденопластики (ПДП). Зі специфічних ускладнень п/о періоду, характерних для ПДП, необхідно відзначити гастростаз у 5 (4,9 %) випадках, ерозивний гастродуоденіт – у 12 (11,9 %), рефлюкс-гастрит – у 8 (7,9 %), демпінг-синдром – у 2 (1,9 %) випадках. Найбільшу кількість п/о ускладнень спостерігали у хворих, яким було виконано ушивання виразки із застосуванням традиційного лапаротомного доступу – 17 (16,8 %), з них загально-хірургічних – 6 (5,9 %), специфічних – 11 (10,9 %). У пацієнтів із висіченням виразки з ПДП без ВТ специфічних п/о ускладнень бу-

ло більше – 13 (12,9 %), загально-хірургічних п/о ускладнень у пацієнтів було значно менше, ніж у хворих, яким було виконано ушивання виразки із застосуванням традиційного лапаротомного доступу. Так, у 2 (1,9 %) хворих із пенетруючими виразками спостерігався післяопераційний панкреатит. У пацієнтів, яким виконано лапароскопічні втручання, у п/о періоді загально-хірургічних ускладнень не спостерігалося, а специфічних ускладнень було всього 3 (2,9 %) – езофагогастродуоденіт (1) та рефлюкс-гастрит (2).

Розвиток езофагогастродуоденіту (ЕГД) у 5 (4,9 %) випадках відбувся у результаті порушення моторної функції ДПК, у 2 (1,9 %) випадках у поєднанні з не відходженням лігатур у просвіт кишки та у 1 (0,9 %) – у результаті рубцевої деформації пілородуоденальної ділянки. Усі пацієнти з ЕГД лікувалися в умовах денного стаціонару. Ураховуючи важливу роль у виникненні цієї патології розладів моторної функції шлунка і ДПК, для корекції виявлених порушень використовували препарати, що нормалізують моторику (бензогексоній, церукал, реглан, мотиліум, домперидон). Курс лікування хворих ЕГД тривав у середньому два тижні. Проведення комплексної противиразкової терапії з урахуванням патогенетичних механізмів розвитку гастродуоденіту дозволило у 8 (7,9 %) випадках домогтися вилікування хворих, а в інших 4 (3,9 %) випадках – вираженого позитивного ефекту. Демпінг-синдром був діагностований тільки у 2 (1,9 %) пацієнтів. Виникнення демпінг-синдрому у цих хворих було пов'язано з розширенням дієти в ранньому п/о періоді.

Діареї у п/о періоді не було виявлено у жодного хворого. Явища рефлюкс-гастриту виникли у 8 (7,9 %) пацієнтів. Гастростаз у ранньому п/о періоді нами був діагностований у 5 (4,9 %) хворих. Застосування сучасних інгібіторів протонної помпи у поєднанні з антихелікобактерною терапією у п/о періоді у хворих, очевидно, значно зменшувало кількість специфічних післяопераційних ускладнень.

Висновки

Лапароскопічний метод ушивання перфоративних виразок пілородуоденальної ділянки супроводжується менш вираженим больовим синдромом, зниженням кількості післяопераційних ускладнень, летальності і тривалості госпіталізації, що вимагає більш широкого застосування ендовідео-хірургічних технологій при даному ускладненні ВХ. Успішне вирішення проблеми післяопераційних ускладнень можливе тільки шляхом профілактики та раціональної сучасної противиразкової терапії.



ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ

1. Antonyuk SM, Grintsov GA, Achrameev VB, Andrienko IB, LucenkoYuG. Questions of ground of the operations for perforated of the stomach and duodenum. University Clinic. 2016. 12 (1): 12-14.
2. Подолужный ВИ. Современные представления о генезе, методах диагностики и хирургического лечения перфоративных язв двенадцатиперстной кишки. Фундаментальная и клиническая медицина. 2019;4(1):73-79. doi:10.23946/2500-0764-2019-4-1-73-79.
3. Grisin E, Mikalauskas S, Poskus T, HoTayTac V, Strupas K. Laparoscopic pyloroplasty for perforated peptic ulcer. Wideochirurgiai Inne Tech Maloinwazyjne. 2017; 12 (3): 311314. doi: 10.5114/wiitm.2017.68537.
4. Anbalakan K, Chua D, Pandya GJ, Shelat VG. Five year experience in management of perforated peptic ulcer and validation of common mortality risk prediction models – are existing models sufficient? A retrospective cohort study. Int J Surg. 2015; 14: 38-44. doi: 10.1016/j.ijssu.2014.12.022.
5. Yang YJ, Bang CS, Shin SP, Park TY, Suk KT, Baik GH, et al. Clinical characteristics of peptic ulcer perforation in Korea. World J Gastroenterol. 2017; 23 (14): 2566-2574. doi: 10.3748/wjg.v23.i14.2566.

REFERENCES

1. Antonyuk SM, Grintsov GA, Achrameev VB, Andrienko IB, LucenkoYuG. Questions of ground of the operations for perforated of the stomach and duodenum. University Clinic. 2016. 12 (1): 12-14.
2. Podoluzhny'j VI. Sovremenny'e predstavleniya o geneze, metodakh diagnostiki i khirurgicheskogo lecheniya perforativny'kh yazv dvenadczatiperstnoj kishki. Fundamental'naya i klinicheskaya mediczina. 2019;4(1):73-79. doi:10.23946/2500-0764-2019-4-1-73-79 [In Rus.].
3. Grisin E, Mikalauskas S, Poskus T, HoTayTac V, Strupas K. Laparoscopic pyloroplasty for perforated peptic ulcer. Wideochirurgiai Inne Tech Maloinwazyjne. 2017; 12 (3): 311314. doi: 10.5114/wiitm.2017.68537.
4. Anbalakan K, Chua D, Pandya GJ, Shelat VG. Five year experience in management of perforated peptic ulcer and validation of common mortality risk prediction models – are existing models sufficient? A retrospective cohort study. Int J Surg. 2015; 14: 38-44. doi: 10.1016/j.ijssu.2014.12.022.
5. Yang YJ, Bang CS, Shin SP, Park TY, Suk KT, Baik GH, et al. Clinical characteristics of peptic ulcer perforation in Korea. World J Gastroenterol. 2017; 23 (14): 2566-2574. doi: 10.3748/wjg.v23.i14.2566.

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ЛЕЧЕНИЕ ПЕРФОРАТИВНЫХ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

*Д. А. Смецков,
Н. Н. Гончарова,
С. Н. Тесленко,
П. В. Свирипов,
А. В. Сивожелезов,
Н. А. Сыкал,
А. С. Гончаров*

Реферат. *Цель работы:* улучшение результатов хирургического лечения больных с перфоративными пилородуоденальными язвами.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 101 больного, оперированного по поводу перфоративной пилородуоденальной язвы, которых пролечено в хирургическом отделении за период с 2015 по 2020 гг.

Результаты и их обсуждение. Лапароскопические вмешательства выполнены у 56 (55,4 %) больных. Иссечение перфоративной язвы традиционным лапаротомным способом без ваготомии применено у 26 (25,7 %) пациентов. Ушивание перфоративной язвы традиционным методом без ваготомии выполнено у 19 (18,8 %) больных. Осложнения раннего послеоперационного периода у 8 (7,9 %) пациентов носили хирургический характер. У 27 (26,7 %) больных послеоперационные осложнения были специфическими, связанными с выполнением расширяющей пилородуоденопластики. Наибольшее количество послеоперационных осложнений наблюдали у больных, которым было выполнено ушивание язвы с применением традиционного лапаротомного доступа – 17 (16,8 %), из них обще-хирургических – 6 (5,9 %), специфических – 11 (10,9 %).

Выводы. Лапароскопический метод ушивания перфоративных язв сопровождается менее выраженным болевым синдромом, снижением количества послеоперационных осложнений, требует более широкого применения эндовидео-хирургических технологий при данном осложнении язвенной болезни.

Ключевые слова: *язвенная болезнь, перфорация пилородуоденальной язвы, лапароскопические вмешательства.*



MODERN VIEWS ON
THE TREATMENT
OF PERFORATED
PYLORODUODENAL
ULCERS

*D. O. Smetskov,
N. M. Honcharova,
S. M. Teslenko,
P. V. Svirepo,
A. V. Sivozhelizov,
M. O. Sikal,
A. S. Honcharov*

Summary. *Purpose:* to improve the results of surgical treatment of patients with perforated pyloroduodenal ulcer.

Materials and methods. The results of treatment of 101 patients operated on for perforated pyloroduodenal ulcer, which were treated in the surgical department for the period from 2015 to 2020, were analyzed.

Results and discussion. Laparoscopic interventions were performed in 56 (55.4 %) patients with perforated ulcer. Excision of perforated ulcer by traditional laparotomy without vagotomy was used in 26 (25.7 %) patients. Suturing of perforated ulcer by traditional method without vagotomy was performed in 19 (18.8 %) patients. Complications of the early postoperative period in 8 (7.9 %) patients were surgical in nature. In 27 (26.7 %) patients postoperative complications were specific associated with the performance of dilated pyloroduodenoplasty. The largest number of postoperative complications was observed in patients who underwent suturing of the ulcer using traditional laparotomy access – 17 (16.8 %), of which general surgery – 6 (5.9 %), specific – 11 (10.9 %).

Conclusions. Laparoscopic suturing of perforated ulcers is accompanied by less pronounced pain, a decrease in the number of postoperative complications, which requires greater use of endovideo-surgical technologies in this complication of peptic ulcer disease.

Key words: *peptic ulcer disease, perforation of pyloroduodenal ulcer, laparoscopic interventions.*