

УДК 616.33-002.44-089.87-089.844

Ф.Г. Кулачек, В.П. Польовий, Я.В. Кулачек, А.С. Паляниця,
О.М. Мороз, Р.П. Кнут**ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ
ПІСЛЯ РЕЗЕКЦІЇ ШЛУНКУ***Буковинський державний медичний університет, Чернівці*

Авторами проаналізовано результати хірургічного лікування 612 хворих на ускладнені виразки шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) з 1980 по 2005 рр. Органозберігаючі операції виконані 178 хворим, резекції шлунка за методом Більрот-I – 221. Іншим 171 хворим виконана резекція шлунка за методом Більрот-II, в основному, в модифікації Гофмейстера-Фінстерера – 167 і 4 – за методом Бальфура. Понаведені технічні прийоми виконання резекції шлунка за методом Більрот-I (42 хворих) з накладанням термінолатерального анастомозу за власною методикою, що поліпшує післяопераційні результати, запобігає виникненню ускладнень.

Ключові слова: виразки шлунка та дванадцятипалої кишки, хірургічне лікування, профілактика післяопераційних ускладнень.

Незважаючи на певні успіхи в консервативному лікуванні виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) завдяки використанню антибіотиків, інгібіторів протонної помпи та блокаторів H_2 -рецепторів, захворюваність за останні 10 років зросла в 1,5 раза з очевидним збільшенням її ускладнених форм і летальності [1].

Як при безпосередніх, так і у віддалених термінах після виконання резекції шлунка з приводу кровоточивих, пенетруючих, перфоративних та стенозуючих виразок, періодично, виникають ускладнення органічного (виразки анастомозів, стенозування, пенетрації) та функціонального характеру (демінгін-синдром, діарея, дисфункція тонкої кишки тощо) [1, 4]. Основним пусковим моментом їх є технічні похибки [3], необ'єктивний вибір об'єкту оперативного втручання [1], а також досвід хірургів [2, 5]. У зв'язку з цим виникає необхідність адекватного вибору методів хірургічного втручання ускладнених форм виразкової хвороби, залежно від прогнозування виникнення післяопераційних ускладнень.

Мета дослідження – покращити результати лікування хворих на ускладнені форми виразкової хвороби шлунка та ДПК.

Матеріал та методи

Для вирішення поставлених завдань було проведено аналіз результатів оперативного лікування 612 хворих на ускладнену гастродуоденальну виразку. Серед оперованих осіб було 436 чоловіків (72,92%) та 176 жінок

(27,08%). Вік пацієнтів коливався від 21 до 72 років, з них 75% – хворі працездатного віку. В обох групах переважали чоловіки (відповідно 71,2% і 75,7%). Найбільша кількість прооперованих хворих були віком від 30 до 59 років (відповідно 76,3% і 86,4%), тобто належали до працездатної групи населення. Усі хворі основної та контрольної груп прооперовані з приводу ускладнених форм виразкової хвороби.

Пацієнти представлені двома групами. До основної групи увійшли 42 хворих, яким резекцію шлунка виконували за розробленим у клініці способом (див. рис.). Усі хворі контрольної групи (221 особа) оперовані з приводу ускладнених форм виразкової хвороби, найбільш частими з яких були пенетрація виразки, кровотеча, стеноз вихідного відділу шлунку, а також їх поєднання. Групи були репрезентативними за основними ознаками. Результати оперативного втручання оцінювали за клінічними ознаками, результатами рентгенологічного та ендоскопічного дослідження, частотою розвитку післяопераційних ускладнень. Клінічний перебіг післяопераційного періоду оцінювали на основі огляду, лабораторних показників, кількості та характеру виділень по дренажах, термінів видалення шлункового зонду та характеру шлункового вмісту, термінів появи перистальтики.

Результати та обговорення

Ретроспективний аналіз лікування 221 хворого з ускладненими формами виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки, про-

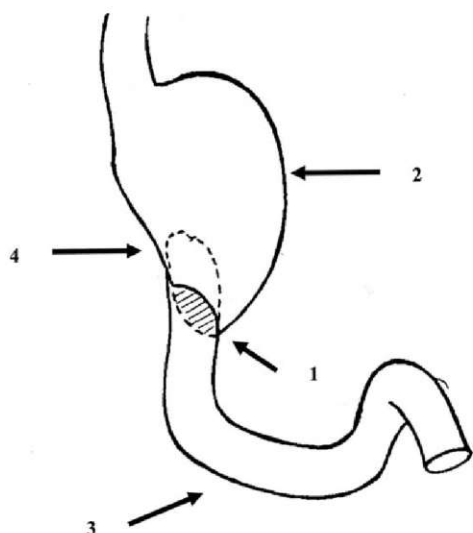


Рис. Спосіб формування термінолатерального анастомозу за умов виконання хворим резекції шлунка. 1 – термінолатеральний анастомоз, 2 – кукса шлунка, 3 – дванадцятипала кишка, 4 – кукса дванадцятипалої кишки

оперованих за методом Білрот-1, дозволив деталізувати причини виникнення післяопераційних ускладнень та летальних випадків у таких пацієнтів.

Післяопераційні ускладнення виникли у 9 (4,1%) пацієнтів, з них у чотирьох (1,1%) – неспроможність швів кукси дванадцятипалої кишки. Післяопераційна летальність склала 1,76%.

Аналіз причин ускладнень підтвердив той факт, що основна роль у їх виникненні належить техніці укріття кукси ДПК. Частота неспроможності кукси прямо залежала від характеристики самої виразки («важка» кукса). До цих характеристик належать: локалізація виразки по задній стінці ДПК, постбульбарне її розташування, розмір виразки більше 2 см, виражений запальний інфільтрат оточуючих тканин, penetрація її в головку підшлункової залози та гепатодуоденальну зв'язку, поєднані ускладнення виразкової хвороби.

Наявність технічних труднощів при формуванні «важкої» кукси відобразилося на результатах операцій. Неспроможність швів кукси ДПК виявилася причиною смерті двох хворих.

В експериментах на 12 трупях людей, померлих від інτερкурентних захворювань, розроблений та відпрацьований метод резекції шлунку з накладанням косої термінальної

анастомозу з приводу ускладненої гастродуоденальної виразки.

В основу запропонованого нами комплексного методу профілактики неспроможності швів кукси ДПК та гнійно-септичних ускладнень з боку зони анастомозу покладені технічні аспекти формування дуоденальної кукси, які створюють найбільшу фізичну герметичність та створення оптимальних умов формування термінолатерального анастомозу за власною методикою, використовуючи в якості шовного матеріалу Вікріл-плюс. У післяопераційному періоді пацієнтам вводили через шлунковий зонд розморожений перфторан.

Вивчення у клінічній практиці можливості позитивного впливу розробленого комплексного методу профілактики гнійно-септичних ускладнень з боку ділянки анастомозу на перебіг післяопераційного періоду ґрунтувалося на порівняльному аналізі клінічних проявів та даних інструментальних методів обстеження в основній (42 особи) та контрольній (221 осіб) групах.

У 56,8% пацієнтів основної групи та 53,7% контрольної відмічено по декілька ускладнень виразкової хвороби. В основній групі резекцію шлунка виконували за розробленим у клініці способом. Усі хворі контрольної та основної груп в післяопераційному періоді отримували загальноприйнятий комплекс лікування, який включав інфузійну терапію, антибіотикотерапію, знеболювальні засоби, противиразкове лікування. У післяопераційному періоді, окрім загальноприйнятого лікування, пацієнти основної групи отримували ентерально перфторан. Розморожений препарат вводили через шлунковий зонд в дозі 1 мл на кг маси тіла (у середньому 100 мл) протягом двох діб після операції кожні 12 годин.

У післяопераційному періоді ускладнення виникли (16,9%) хворих контрольної групи, з них 11,9% – пов'язані з операцією на шлунку, та у 8,1% пацієнтів основної, з них 2,7% – пов'язані з операцією на шлунку. У більшості хворих основної групи перебіг післяопераційного періоду був без ускладнень. Моторно-евакуаційна функція (МЕФ) кукси шлунку відновлювалася наприкінці другої доби.

При рентгенологічному дослідженні стану евакуації з кукси шлунку, яке проводилось пацієнтам контрольної групи на 14-18 добу, встановлено, що безперервно-прискорений тип

евакуації був у 69,5% хворих, сповільнений у 13,6%), а найбільш благоприємний порційно-ритмічний – у 16,9%) пацієнтів.

При рентгенологічному дослідженні стану евакуації з кукси шлунку, яке проводилось пацієнтам основної групи на 14-18 добу встановлено, що безперервно прискорений тип евакуації спостерігався у 21,6% хворих, сповільнений у 16,2%, а найбільш благоприємний порційно-ритмічний – у 62,2% пацієнтів.

Проведене ендоскопічне дослідження показало, що у більшості хворих контрольної групи реєстрували ознаки порушення МНФ: поверхневу дискоординовану перистальтику, залишковий вміст кукси шлунку натще більше 100 мл, неповне замикання анастомозу. При проведенні ендоскопічного дослідження у пацієнтів даної групи перед випискою із стаціонару виявлений помірний набряк і запальні зміни слизової оболонки кукси шлунка та ділянки анастомозу у вигляді помірної гіперемії з незначними крововиливами.

Ендоскопічне дослідження, проведене пацієнтам основної групи показало наявність невеликої кількості слизу в куксі шлунка, анастомоз виглядав шліноподібної форми, замикався в момент проходження перистальтичної хвилі, краї анастомозу рівні, еластичні, є незначні запальні зміни слизової оболонки в ділянці анастомозу.

Віддалені результати оперативного лікування пацієнтів основної (35) та контрольної (54) груп оцінювали на основі скарг, даних рентгенологічного дослідження, ендоскопічного дослідження, показників моторно-евакуаторної функції шлунка за період від 3 місяців до 3 років.

Вивчення віддалених результатів резекції шлунка у пацієнтів контрольної групи дозволило виявити гастрит кукси шлунка у (7,4%) пацієнтів, рецидив пептичної виразки у (1,8%) пацієнтів, демпінг-синдром різного ступеня важкості – в (9,3%), рефлюкс-гастрит – у (33,3%), хронічний панкреатит – у 1,8%. У двох пацієнтів основної групи у віддаленому післяопераційному періоді було виявлено ознаки демпінг-синдрому легкого ступеня важкості, спровоковані переїданням та прийманням натще гарячих солодких напоїв. Виключення із раціону певних продуктів харчування або приймання їх на ситий шлунок не приводили до демпінг-реакції. У віддаленому

періоді в пацієнтів основної групи ускладнень не виявили.

Таким чином, формувашся термінало-латерального анастомозу, за умов виконання хворим резекції шлунка за методом Більрот-1, стрияє більш оптимальному перебігу післяопераційного періоду, а також безпосередніх та віддалених результатів оперативного лікування виразкової хвороби.

З а к л ю ч е н н я

1. При оперативному лікуванні ускладнених виразок дванадцятипалої кишки операцію бажано закінчувати за методом Більрот-1, а в разі неможливості накласти термінало-латеральний анастомоз, з закриттям кукси ДПК задньою стінкою кукси шлунка.

2. Для проведення таких оперативних втручань, з метою уникнення ускладнень після резекції шлунка, повинні залучатись досвідчені хірурги.

3. Найбільш оптимальним шовним матеріалом для накладання анастомозу є Вікріп-плюс.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

Ф.Г. Кулачек, В.П. Полевой, Я.В. Кулачек, А.С. Паляница, О.М. Мороз, Р.П. Кнут

Авторами проанализированы результаты хирургического лечения 612 больных с осложненными язвами желудка и двенадцатипалой кишки с 1980 по 2005 гг. Органосохраняющие операции выполнены 178 больным, резекции желудка по способу Бильрот-I – 221. Остальным 171 больному выполнены резекции желудка по способу Бильрот-II, в основном, в модификации Гофмейстера-Финстерера – 167 и 4 – по способу Бальфура. Приведены технические приемы выполнения резекций желудка по способу Бильрот-I с наложением терминало-латерального анастомоза за собственной методикой, (42 больных) что улучшает послеоперационные результаты лечения, предупреждает появление осложнений.

Ключевые слова: язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, хирургическое лечение, профилактика послеоперационных осложнений.

PREVENTION AND TREATMENT OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS AFTER GASTRIC RESECTION

F.G. Kulachek, V.P. Polyovyi, Ya.V. Kulachek, A.S. Palyanytsya, O.M. Moroz, R.P. Knut

The results of surgical treatment of 612 patients with complicated ulcers of the stomach and duodenum since 1980 to 2005 were analyzed. Organ-preserving operations were performed in 178 patients, resection of the