

ОБГРУНТУВАННЯ СПОСОБУ ЛІКУВАННЯ ПЕНЕТРУВАЛЬНИХ ВИРАЗОК ШЛУНКОВОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ

І. М. Погорілець

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

Проведено аналіз результатів дослідження і хірургічного лікування 82 хворих на виразкову хворобу шлунка ускладнену пенетрацією. Комплексне дослідження морфофункціонального стану шлунка дало можливість в кожному конкретному випадку обґрунтувати метод і вибрати оптимальний спосіб операційного втручання, покращити результати хірургічного лікування, знизити летальність з 3,0 до 1,2 %, зменшити кількість післяопераційних ускладнень з 4,5 до 2,2 %, скоротити терміни реабілітації хворих із 56 до 42 днів.

SUBSTANTIATION OF WAY TREATMENT OF PENETRATION ULCERS OF GASTRIC LOCALIZATION

I. M. Pohorilets

SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine»

The author makes the analysis of results of research and surgical treatment of 82 patients with a stomach ulcer of a stomach complicated penetration. A complex researches of morphofunctional conditions of a stomach, has enabled to define in each concrete case a method and to choose the optimal way of operative intervention, to improve results of surgical treatment, to lower mortality from 3.0 % to 1.2 %, to reduce quantity of postoperative complications from 4.5 % up to 2.2 %, to reduce terms of rehabilitation of patients from 56 to 42 days.

Вступ. Лікування виразкової хвороби шлунка (ВХШ) ускладненої пенетрацією залишається невирішеною проблемою сучасної гастроентерології [4, 5, 6]. На думку багатьох дослідників [1, 2, 3, 7], вибір методу лікування пенетрувальних виразок шлунка повинен бути патогенетично обґрунтованим і базуватися на морфофункціональному стані шлунка.

Основна частина. Проведено дослідження у 82 хворих на ВХШ. Серед хворих чоловіків було 68 (82,9 %), жінок – 14 (17,1 %). Вік пацієнтів складав від 18 до 80 років, але переважна більшість хворих 61 (74,3 %) були віком від 36 до 60 років. Тривалість хвороби у більшості пацієнтів становила

від чотирьох тижнів до 15 років. Обстеження хворих проводили за такими методиками: секреторну функцію шлунка вивчали за допомогою зондування титраційним методом, рівень кислотності і ступінь нейтралізації соляної кислоти за допомогою рН-метрії. Моторну функцію досліджували за допомогою балонної механогастрограми та електрогастрографічного дослідження. Ідентифікацію гелікобактеріозу проводили за допомогою біопсійного матеріалу, отриманого при ендоскопічному дослідженні. Гістологічну обробку матеріалу проводили за допомогою фарбування гематоксилін-еозином. Для достовірної діагностики пенетрації виразки використовували ендоскопічну гастроскопію, біопсію слизової оболонки, гістологічне та рентгенологічне дослідження.

© І. М. Погорілець, 2013

Використання вищеназваних методів дослідження і діагностики дало можливість виявити пенетрацію у 77 (94,0 %) обстежених хворих, у яких дане ускладнення було підтверджене під час операції. Варто зазначити, що у 58 (70,7 %) випадках пенетрація локалізувалася по малій кривизні її середній третині та субкардіальному відділі шлунка. У більшості випадків такі виразки пенетрували в тіло підшлункової залози й малий сальник, рідше в печінку і брижу товстої кишки. Морфологічним субстратом пенетрації, як правило, була хронічна кальозна виразка округлої чи полігональної форми, від 1 до 3 см і більше з перифокальними змінами й запаленням слизової оболонки. Отримані дані дослідження секреторної функції шлунка у хворих з пенетрувальними виразками різної локалізації свідчать про наявність суттєвих відмінностей секреції соляної кислоти, рН та вмісту пепсину в шлунковому вмісті. Найбільш високі показники рН-метрії виявлено у 18 хворих із препілоричними виразками ($2,4 \pm 0,4$, $P < 0,002$), що свідчить про високу кислотопродукцію шлунка у цієї групи хворих ($8,3 \pm 0,5$) ммоль/год ($P < 0,001$). Найнижчі показники кислотоутворення спостерігали у 11 хворих із виразками кардіального відділу – ($4,6 \pm 0,92$) ммоль/год ($P < 0,001$), причому середньостатистичне рН зрушувалося до ($3,9 \pm 0,5$) од. ($P < 0,001$), що свідчить про гіпоацидний стан шлунка у цих хворих. Ми встановили статистично достовірне зниження концентрації пепсину у хворих із пенетрувальними виразками розташованими в мезогастральній зоні, субкардіальному і кардіальному відділах шлунка. Ці дані свідчать про те, що у формуванні пенетрувальних виразок шлунка важливу роль відіграє стан секреторної функції слизової шлунка – соляна кислота, яка створює відповідне рН та вміст пепсину. Там, де ці показники є високими, формуються пенетрувальні виразки, які не піддаються медикаментозному лікуванню. А тому, на нашу думку, наявність хронічної пенетрувальної виразки є прямим показанням до її хірургічного лікування, характер і об'єм якого залежить від локалізації виразки та морфофункціонального стану слизової оболонки шлунка. При локалізації виразки у кардіальному і субкардіальному відділах шлунка, які не супроводжуються вираженою структурною перебудовою слизової оболонки в періульцерозній зоні органа, показане клиноподібне висічення виразкового дефекту або сегментарна резекція зі

збереженням вагусної інервації кардіального й антрального відділу шлунка.

При наявності мезогастральних виразок операцією вибору вважаємо прицільну сегментарну резекцію шлунка з видаленням інтермедіальної і частково кислотопродукувальної зони й формуванням гастрогастрального анастомозу. Питання про об'єм резекції шлунка вирішували за допомогою гістодил-атропінового тесту, суть якого полягає у перерозподілі кровотоку між антральним і кислотопродукувальним відділами органа у відповідь на введення через гастральний зонд 400 мг гістодилу, розчиненого у 50 мл підігрітої до 37° дистильованої води і внутрішньовенному введенні 1 мл 0,1 % розчину атропіну сульфату. Через 10–15 с виникає гіперемія антрального й блідість (анемізованого) кислотопродукувального відділу шлунка. Чітко ділянка інтермедіальної зони визначається по великій кривизні шлунка, що є орієнтиром у встановленні об'єму резекції шлунка. При пенетрувальних виразках антрального і препілоричного відділів шлунка, що супроводжуються підвищеною секреторною функцією органа доцільно виконувати антрумектомію з видаленням інтермедіальної зони за способом Більрот-1 чи Більрот-2 із селективною чи селективно-проксимальною ваготомією. При наявності двох й більше ускладнень виразкової хвороби шлунка, вираженому злуковому періульцерозному процесі й при наявності дуоденостазу доцільно виконувати резекцію шлунка за методикою Більрот-2 у різних модифікаціях. Проте в останні роки ми виконуємо переважно органощадні та органозберігаючі операційні втручання на шлунку із збереженням цілості перигастральних судинних дуг, різними видами ваготомії, декомпресією черевного стовбура, а за показаннями і з дренажною операцією на шлунку.

Висновки. Таким чином, комплексне дослідження морфофункціонального стану шлунка, дає можливість в кожному конкретному випадку обґрунтувати метод і вибрати оптимальний спосіб операційного втручання у хворих на виразкову хворобу шлунка ускладнену пенетрацією, що дозволило суттєво покращити результати хірургічного лікування, знизити летальність з 3,0 до 1,2 %, зменшити кількість післяопераційних ускладнень з 4,5 до 2,2 %, скоротити терміни реабілітації хворих із 56 до 42 днів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Захворювання органів травлення у дітей / Ю. В. Білоусов, Л. Г. Волошина, Н. В. Павленко [та ін.]. – Харків, 2004. – 54 с.
2. Хвороби органів травлення (діагностика і лікування) / П. Я. Григор'єв, Є. М. Стародуб, Е. П. Яковенко [та ін.]. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2000. – 448 с.
3. Дегтерова И. И. Заболевания органов пищеварения / И. И. Дегтерова. – К. : Демос, 2000. – 321 с.
4. Передерий В. Г. Язвенная болезнь (прошлое, настоящее, будущее) / В. Г. Передерий, С. М. Ткач, С. В. Скопиченко. – Киев, 2003. – 256 С.
5. Ковальчук Л. Я. Досвід лікування ускладнених форм виразкової хвороби / Л. Я. Ковальчук, І. Я. Дзюбановський // Матеріали XX з'їзду хірургів України. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2000. – С. 14–17.
6. Кондратенко П. Г. Эффективность консервативных мероприятий в предупреждении рецидивов гастродуоденальных кровотечений / П. Г. Кондратенко, Е. Е. Раденко // Український журнал хірургії. – 2008. – № 1. – С. 29–32.
7. Современное состояние хирургии язвенной болезни / В. Ф. Саенко, Б. С. Полинкевич, А. А. Диброва [и др.] // Матеріали XX з'їзду хірургів України. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2000. – С. 10–11.