

УДК 116.33+116.342

© М. Д. ВАСИЛЮК, А. І. ГУЦУЛЯК, В. М. ФЕДОРЧЕНКО, Я. О. ПОПОВИЧ

Івано-Франківський національний медичний університет

Вибір об'єму оперативного втручання як профілактика ускладнень хірургічного лікування проривної гастродуоденальної виразки

M. D. VASYLIUK, A. I. HUTSULIAK, V. M. FEDORCHENKO, YA. O. POPOVYCH

Ivano-Frankivsk National Medical University

CHOICE OF SURGICAL INTERFERENCE VOLUME AS A PROPHYLAXIS OF COMPLICATIONS OF SURGICAL TREATMENT OF PERFORATIVE GASTRODUODENAL ULCER

Незважаючи на значні успіхи в лікуванні виразкової хвороби, перфорація виразки виникає в 10–30 % хворих із даною патологією, а хірургічне лікування має свої труднощі (Лупальцев В. И., 2003).

Метою роботи було визначити об'єм висічення паравиразкових інфільтратів, удосконалити якість хірургічного лікування, покращити наслідки та зменшити кількість гнійно-септичних ускладнень.

Нами проведено аналіз комплексного хірургічного лікування 188 хворих із виразковою хворобою гастродуоденальної зони, ускладненою перфорацією виразки, за період лікування в хірургічній клініці МКЛ №1 з 2003 до 2012 року. Вік пацієнтів перебував у межах від 18 до 93 років, перфоративну виразку дванадцятипалої кишки мали 153 (70,7 %) хворих, а шлунка – 35 (29,3 %), чоловіків було 158 (68,1 %), жінок – 30 (31,9 %). Всім хворим проводили загальноклінічні обстеження, в т. ч. ЛШ за Кальф-Каліфом, показники яких використовували для оцінки ступеня тяжкості їх стану. В задовільному стані було 40 (20,0 %) хворих, в стані середньої тяжкості – 90 (48,9 %), в тяжкому – 32 (17,0 %) та вкрай тяжкому – 24 (13,1 %). В реактивній стадії перитоніту були 130 хворих, в токсичній – 48 та 10 пацієнтів – у термінальній стадії. За характером випоту: серозний спостерігався у 44 хворих, серозно-фібринозний – у 96 пацієнтів та гнійно-фібринозний – у 48 хворих. За розповсюдженням: місцевий перитоніт був у 22, дифузний – у 93, а розлитий – у 73. За розмірами виразка була в діаметрі до 0,2 см – у 26 хворих, до 0,5 см – у 58 пацієнтів, до 0,8 см – у 28 хворих, в 1,0 см – у 10 осіб, у 5 хворих отвір перфорації був до 1,5 см, у 4-х – до 2,0 см, а у 2 пацієнтів – більше 2,0 см. Параульцерозний інфільтрат у 24 хворих був відсутній, у 62 осіб –

1 см, у 46 пацієнтів – до 2 см, а у 31 хворого становив від 2 до 4,8 см. Критерії необхідного об'єму висічення тканин навколо виразкової зони встановлено роботами клініки (Гуцуляк А. І., 2007), за якими ультраструктурні зміни сягають від 0,5 до 1,5 см від видимої зони інфільтрату, що лягло в основу техніки операційного лікування. Об'єм операції, або площа висічення патологічно змінених тканин, залежали від загального стану, стадії і поширеності перитоніту та гіповолемії, віку, супутньої патології, локалізації та величини перфоративного отвору і діаметра паравиразкового інфільтрату. Після інтенсивної підготовки хворим виконано: резекцію шлунка за Б-2 у 6 осіб, антрум, або драбинчасту резекцію, – у 4 хворих, висічення виразки шлунка з ушиванням дефекту швами Матешука – в 19 пацієнтів, ушивання перфоративного отвору шлунка – у 6 хворих, в т. ч. у двох за Полікарповим, із тяжкою супутньою патологією та нестабільними показниками гемодинаміки. При перфоративній виразці дванадцятипалої кишки було виконано: висічення виразки з пілоропластикою за Гейніке–Мікуличем та СПВ – у 11 хворих, висічення виразки, або її екстеріоризація з пілоропластикою за Джадом (128) або Гейніке–Мікуличем – у 5 осіб, ушивання виконано у 28 хворих, в т. ч. у 15 молодих (до 30 років) з відсутнім параульцерозним інфільтратом і решти 13 пацієнтів старшого віку з розлитим гнійно-фібринозним перитонітом, тяжкою супутньою патологією та тих, які госпіталізовані в стаціонар після 24 год від моменту перфорації. Операцію у 81 хворого закінчували встановленням інтестинального назогастрального зонда для раннього післяопераційного ентерального харчування протягом 4–7 днів, що дало можливість із 2–3 доби зменшити вдвічі об'єм

ПОВІДОМЛЕННЯ

інфузійних середників, а в 70 % із них не застосовувати препарати крові. Після санації черевної порожнини, залежно від розповсюдження перитоніту, проводили її дренування з 3–4-х точок гумово-трубчастими випускниками. Після операції хворим проводили адекватну відносно тяжкості стану загальноприйнятту терапію перитоніту та призначали противиразкові середники. З метою профілактики гнійно-септичних ускладнень напередодні і під час операції здійснювали антибіотикопрофілактику шляхом внутрішньовенного введення 1,0 цефтріаксону або меропенему, які продовжували вводити

після операції протягом 5–7 діб, поєднуючи, залежно від тяжкості перебігу перитоніту, з препаратами метронідазолу та іншими групами чутливих антибіотиків. Такий тактичний підхід дав можливість уникнути у 185 (98,3 %) хворих виникнення неспроможності швів у ранньому післяопераційному періоді та у 184 (97,7 %) пацієнтів – рецидивів виразки протягом 3-х років спостереження. Померли 7 хворих (летальність – 3,7 %) старшого і старечого віку із тяжкою супутньою серцево-судинною патологією, які госпіталізовані в термінальній стадії перитоніту.

Отримано 03.04.13