

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРФОРАТИВНИХ ВИРАЗОК ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

І.В.Колосович

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, м. Київ

Вступ

Не зважаючи на досягнення сучасної медичної науки захворюваність на виразкову хворобу 12-палої кишки (ДПК) зростає навіть в країнах з високим рівнем розвитку економіки (до 10%). Перфорація виразки на сьогодні, мабуть, залишається єдиним ускладненням виразкової хвороби, яке потребує виконання екстреного оперативного втручання за життєвими показаннями.

Матеріали і методи дослідження

Проаналізовано власні результати лікування 1114 хворих на перфоративну виразку ДПК за 2000-2019 рр. Чоловіки склали 76%, жінки – 24%. Вік хворих коливався від 16 до 91 року, середній вік – $34,2 \pm 1,4$ року. 26% хворих поступили в стаціонар до 6-12 годин від початку захворювання, 51% – через 12 годин і 23% – через 24 години. 12% хворих при опитуванні взагалі заперечували будь-які скарги з боку травного тракту на момент перфорації виразки (“німа виразка”). У 23% хворих під час операції виявлений супутній стеноз ДПК, а у 5% - пенетрація виразки в сусідні органи. При типовій перфорації дуоденальної виразки діагноз встановлювали за допомогою скарг, анамнезу, фізикального обстеження хворого та інструментальних методів. У складних для діагностики випадках використовували

лапароскопію або лапароцентез. У разі отримання під час зазначених маніпуляцій прозорого випоту оцінювали вміст черевної порожнини за допомогою модифікованої методики етанолового тесту. Чутливість методики склала 97,36%, специфічність - 87,5%.

Операцією вибору при перфоративній дуоденальній виразці вважаємо різноманітні варіанти дуоденопластики, доповнені курсом протирецидивного лікування. Показання до ваготомії повинні бути обмежені випадками негативного комплаенсу та рецидивом виразки. Для виконання ушивання перфоративного отвору у випадку гострої медикаментозної або стресової виразки обов'язковим є виконання до операції ендоскопічного дослідження. Для зниження частоти післяопераційних гнійно-септичних ускладнень було удосконалено ряд методик дуоденопластики: спосіб циркулярної дуоденопластики, субциркулярної дуоденопластики при підпілоричної локалізації виразки, спосіб дуоденопластики при перфоративних гігантських дуоденальних виразках, ускладнених тубулярним стенозом.

Для дослідження порушень моторно-евакуаторної функції (МЕФ) гастродуоденального переходу в ранньому післяопераційному періоді нами удосконалено дві методики діагностики. Перша застосовується для виявлення дуодено-гастрального рефлюксу (ДГР) важкого ступеня шляхом застосування рентгенівської плівки, а друга – для морфометричної оцінки порушень МЕФ за допомогою ехопозитивних речовин.

Результати

Післяопераційна летальність склала 6,2%, в основному це були хворі похилого та старечого віку з явищами поліорганної недостатності, яким

було виконано ушивання перфоративного отвору. Частота рецидивів виразки після дуоденопластики, доповненої курсом протирецидивного лікування склала 4%. Дуоденопластика та ушивання перфоративного отвору без доповнення їх медикаментозним лікуванням небезпечні розвитком даного ускладнення у 29% та 38% хворих відповідно. Відмічено тенденцію до збільшення частоти рецидивів виразки після ваготомії у віддалені (більше 5 років) терміни спостереження (з 2% до 6,8%).

У випадку позитивного результату прямого уреазного тесту (79% хворих) проводили бактеріологічне дослідження, яке виявилось позитивним у 42% хворих. Нами запропоновано метод експрес-діагностики (протягом 24-72 год.) *Helicobacter pylori* (HP) і визначення його чутливості до антибіотиків, який поєднує властивості бактеріологічного та біохімічних способів. Чутливість методу склала 96%, специфічність - 92%. Встановлено, що HP чутливий до більшості системних антибіотиків для лікування перитоніту. При дослідженні ефективності антибіотиків, що використовують у базисній терапії перитоніту, у якості препаратів для ерадикації HP доведено, що додаткове призначення рекомендованих маастрихтськими консенсусами ерадикаційних схем у післяопераційному періоді не має істотних переваг у порівнянні зі стандартною антибактеріальною терапією перитоніту (88% проти 85%), сприяючи, у той же час, збільшенню частоти розвитку побічних реакцій вдвічі.

При дослідженні порушень МЕФ гастродуоденального переходу в ранньому післяопераційному періоді доведено переваги пілорозберігаючих та пілорокорегуючих втручань над пілороруйнуючими.

Висновки

1. Операцією вибору при перфоративній дуоденальній виразці є дуоденопластика, доповнена курсом протирецидивного медикаментозного лікування (рецидив виразки до 4%).
2. Виконання ушивання перфораційного отвори, в т.ч. лапароскопічним шляхом, має бути суворо обмежене внаслідок високої частоти післяопераційних ускладнень (до 40%).
3. Ваготомія в хірургії ускладнених дуоденальних виразок повинна виконуватися особам з негативним комплаєнсом.
4. Антибактеріальна терапія післяперфоративного перитоніту одночасно є ерадикаційною для НР, що вдвічі зменшує розвиток ускладнень антибіотикотерапії при додатковому призначенні маастрихтських схем.