



## ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНОЇ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ

симости от типа дренирующей операции нами отмечено не было.

**Вывод.** Органосохраняющие операции с СПВ являются методом выбора при лечении пилородуоденального стеноза. Полученные хорошие результаты свидетельствуют, что выполнение СПВ с обязательной дренирующей операцией у данной категории больных и стимуляцией в раннем послеоперационном периоде моторно-эвакуаторной функции ваготомированного желудка серотонином адипинатом, позволяет улучшить результаты лечения этого контингента больных.

### ДЕЯКІ АСПЕКТИ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ПРИ УСКЛАДНЕННЯХ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СУПРОВІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

*І.Ю.Полянський, Ф.В.Гринчук*

*Буковинська державна медична академія, м. Чернівці*

**Вступ.** Останні десятиріччя характеризуються все більшим поширенням різноманітних хронічних захворювань, серед яких переважають цукровий діабет (ЦД), гломерулонефрит, цироз печінки. Разом з тим, частота виникнення хірургічної патології у таких хворих, у тому числі зумовленої ускладненнями виразкової хвороби (ВХ), не зменшується, а результати її лікування залишаються далекими від задовільних. Це викликає необхідність пошуку нових тактичних та технічних прийомів, які б дозволили виконувати максимально радикальні операції при мінімальному ризику.

**Матеріал і методи дослідження.** Клінічний матеріал склали 74 хворих на ВХ, з яких у 53 діагностовано перфоративну виразку (ПВ), а у решти — кровоточиву виразку. Вік пацієнтів коливався від 23 до 78 років, чоловіків було 27 (36,23%), жінок — 46 (63,77%). У 42 (55,07%) хворих діагностовані супровідні захворювання (СЗ): ішемічна хвороба серця — 17, залізодефіцитна анемія — 6, поліартрит — 3, гіперплазія простати — 8, цукровий діабет (ЦД) — 5, неспецифічні бронхолегеневі запальні захворювання — 4, хронічний пієлонефрит — 4, церебральний атеросклероз — 2, хронічний гепатит — 4, інші — 12. У 21 пацієнта діагностовано два і більше супровідних захворювання.

Хворі на ПВ були розподілені на групи: I — без перитоніту або з місцевим серозним перитонітом, без СЗ (8); II — без перитоніту або з місцевим серозним перитонітом, з СЗ (10); III — з дифузним перитонітом без СЗ (17); IV — з дифузним перитонітом і СЗ (9); V — із розлитим перитонітом без СЗ (5); VI — із розлитим перитонітом і СЗ (4).

Вивчали загальний та біохімічний аналізи крові, лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ), індекс реактивності організму (ІРО) та індекс імунологічної реактивності (ІІР).

**Результати та їх обговорення.** Встановлено, що у різних групах суттєво відрізнявся час, що пройшов від початку захворювання до звертання за медичною допомогою. Так, у I групі він склав  $3,38 \pm 1,27$  год, у II —  $4,15 \pm 2,71$  год, у III —  $9,23 \pm 3,33$  год, у IV —  $7,74 \pm 3,21$  год, у V —  $25,35 \pm 9,18$  год, у VI —  $21,40 \pm 8,82$  год. Звертає на себе увагу, що показники були меншими у хворих IV та VI груп. Характерно, що часто при цьому швидкість розвитку перитоніту переважала відомі середні показники.

При аналізі симптомів ПВ виявлено, що у I, III, V групах у більшості випадків (72,31%) вони відповідали типовій картині захворювання.

У II групі дуже сильний локальний біль у животі відмічали 4 хворих, а розлитий — 2. Інші визначили біль як помірний. У IV групі у 3 пацієнтів біль був дуже сильним, а в решти — незначний. У VI групі домінувала симптоматика перитоніту. Слід зазначити, що при наявності СЗ невиражений біль мав місце у молодих пацієнтів I групи. Відповідно до скарг спостерігалися коливання вираженості об'єктивних симптомів. Постійними і найбільш вираженими були симптоми подразнення парієтальної очеревини. Об'єктивні та рентгенологічні симптоми наявності вільного газу в черевній порожнині спостерігались у 83% хворих без СЗ і у 79% при наявності СЗ. Це вимагало застосування додаткових засобів при проведенні рентгенологічного обстеження. Однак у сумнівних випадках при визначенні тактики керувалися, в основному, клінікою наростаючого перитоніту.

Значні відмінності виявлені при аналізі лейкоцитарної формули. Так, загальна кількість лейкоцитів була значно нижчою у групах хворих із СЗ. З такою закономірністю відрізнялась відносна кількість паличкоядерних нейтрофілів. Суттєвих міжгрупових відмінностей серед інших складових лейкоцитарної формули ми не виявили. Але слід зазначити, що відносний вміст еозинофілів, лімфоцитів та моноцитів в цілому знижувався від I до VI групи. В останній у частини пацієнтів виявлялися мієлоцити, юні нейтрофіли. У IV, V та VI групах спостерігалася токсична зернистість нейтрофілів.

Більшість біохімічних показників у I, II групах були в межах норми. Рівень глюкози був шоразу вищим у II, IV, VI групах, що пояснюється присутністю хворих на ЦД. Слід зауважити, що у 2 пацієнтів діабет був виявлений вперше.

У III групі відмічено лише помірне збільшення вмісту сечовини ( $9,27 \pm 2,35$  ммоль/л). В той же час у IV групі цей показник склав  $12,47 \pm 1,31$  ммоль/л. Вищою за лорму була концентрація креатиніну. Виявлена також тенденція до гіпоальбумінемії. Вміст загального білірубину у цій групі склав  $26,54 \pm 9,82$  мкмоль/л за рахунок непрямого. Слід зазначити, що у двох хворих на хронічний гепатит, віднесених до цієї групи, загострення захворювання не спостерігалось і при контрольних обстеженнях показники



## ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНОЇ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ

білірубіну нормалізувалися. Найбільш виражені зміни спостерігались у хворих VI групи.

У групах хворих із СЗ мало місце деяке зменшення протромбінового індексу, найбільш виражене у VI групі ( $78,12 \pm 0,95\%$ ). В IV та VI групах знижувався вміст фібриногену. Характерно також, що значно вищим у цих групах був гематокрит.

При аналізі ЛІІ виявлено, що він переважав у паралельних групах. Суттєві відмінності мали місце у показниках ІРО та ІР, які були менші у паралельних групах I, в цілому, знижувались від I до VI групи. Це свідчить про значне зниження імунологічної реактивності та особливо неспецифічної резистентності у пацієнтів із СЗ.

Таким чином, проведений аналіз дозволяє зробити висновок, що у хворих на ПВ із СЗ мали місце суттєві відмінності основних клініко-лабораторних критеріїв ПВ, їх невідповідність морфологічним змінам та наявним ускладненням, що знижує цінність основних діагностичних параметрів. Наслідком цього є те, що 5 пацієнтів із СП спостерігалися впродовж 10–24 год і були оперовані лише із приводу перитоніту, що наростає.

Поєднана патологія (ПП) характеризується проявами напруги та виснаження пристосувально-компенсаторних систем, зменшенням реактивності та резистентності. Не лише СЗ впливає на перебіг ПВ, але й розвиток останнього може призводити до зміни перебігу супровідних захворювань. У 37% пацієнтів, що поступали у стаціонар у стабільному стані, після операції мала місце декомпенсація СЗ із відповідними клінічними проявами та більш тривалою дестабілізацією гемодинаміки. Це зумовлює необхідність розширення показів до передопераційної підготовки, активізації детоксикаційних заходів. У пацієнтів із розповсюдженим перитонітом в її склад доцільно включати засоби екстракорпоральної детоксикації.

У всіх пацієнтів без СЗ оперативна тактика не відрізнялася від звичайної. Вважаємо за доцільне вирізувати виразку в усіх випадках, де дозволяють технічні умови.

У частини хворих (6) II та IV груп нестабільність гемодинаміки під час операції зумовила виконання мінімального втручання — вирізання виразки.

Для підвищення надійності оперативних втручань, зменшення частоти післяопераційних ускладнень нами вдосконалені основні етапи операції. Для вірогідного визначення життєздатності тканин нами розроблений метод, що базується на оцінці їх електропровідності. Для закриття дефекту після вирізання виразки ми застосовували розроблений безпервно — вузловий шов (А.с. 1729496) та локальне підведення медикаментозних засобів у післяопераційному періоді (А.с. 1697760, патент 33973 А), що використано в усіх хворих із СЗ. При наявності розлитого перитоніту для захисту лінії швів використовували ембріональні трансплантати за розробленими методиками (патент РФ №202747).

У трьох випадках у зв'язку із вираженими змінами стінок шлунка, загальним перитонітом застосовували запрограмовані повторні оперативні втручання — лапароскопію за власною методикою (патент №50932 А). З метою санації очеревинної порожнини нами застосовувалися розроблені методи перитонеосорбції та місцевого антибактеріального впливу (заявки на патент №2002118696, №2002108571). Це дозволило не лише ліквідувати прояви перитоніту, а й виконати радикальні оперативні втручання.

У чотирьох пацієнтів з гігантськими ПВ шлунка для ліквідації дефекту апробували розроблений нами спосіб еліпсоїдної гастропластики, який дозволив уникнути грубої деформації органу.

Вказані засоби підвищення надійності лінії швів застосовані нами також в усіх хворих із кровоточивими виразками, які були оперовані на висоті кровотечі.

Обов'язковою умовою вважаємо дренивання очеревинної порожнини при наявності СЗ, причому при наявності перитоніту кількість дренажів доцільно збільшувати. Нами розроблений спосіб дренивання очеревинної порожнини (позитивне рішення про видачу патенту за заявкою № 2001063924), доведена його ефективність, особливо у хворих із СЗ, де тривалість та кількість виділень зростає.

Для профілактики нагноєння післяопераційної рани у таких пацієнтів у підкірній клітковині залишасмо випускники, а при ожирінні — активні дренажі. Після операції рани ведемо активно із застосуванням повторних зондових ревізій.

Застосований комплекс заходів дозволив уникнути летальних випадків та значно скоротити кількість ускладнень.

#### **Висновки.**

1. Наявність СЗ зумовлює суттєві відмінності основних клініко-лабораторних критеріїв ПВ, їх невідповідність морфологічним змінам та наявним ускладненням, що знижує цінність основних діагностичних параметрів.

2. У хворих на ПВ із СЗ слід розширювати показання до передопераційної підготовки, активізувати детоксикаційні заходи.

3. Лінія швів в умовах дифузного та розлитого перитоніту потребує додаткового захисту та закріплення, для чого ефективними є розроблені нами методи.

4. Застосування запрограмованих повторних операцій дозволяє запобігати ускладненням та збільшувати радикальність втручань.