



## ПЕРФОРАТИВНІ ВИРАЗКИ

Таблиця 2  
 Изменение базального давления у больных  
 различных групп

Период исследования	Баз. давл. желудка мм вод. ст.	Баз. давл. ДПК мм вод. ст.
Контрольная группа	92,4 ± 6,4	72,8 ± 5,3
1–3-и сут ДП + СтВ	76,2 ± 6,6 ρ > 0,05	56,4 ± 4,8 ρ < 0,05
1–3-и сут ПП + СтВ	71,4 ± 6,2 ρ < 0,05	55,2 ± 4,7 ρ < 0,05
8–10-е сут ДП + СтВ	62,4 ± 4,2 ρ < 0,001	48,3 ± 4,4 ρ < 0,01
8–10-е сут ПП + СтВ	30,2 ± 3,8 ρ < 0,001	25,4 ± 3,2 ρ < 0,001

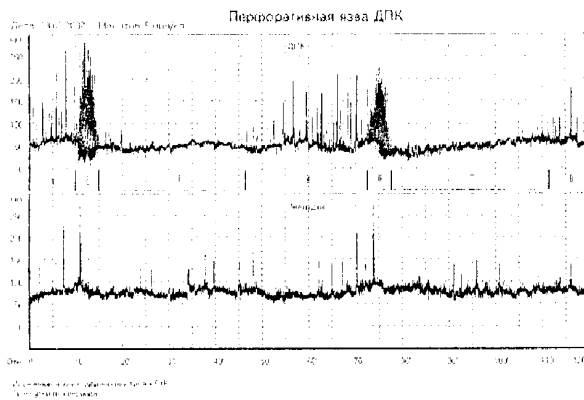


Рис. 3. Гастрограмма больного после иссечения  
 язвы+ДП+СтВ на 10-е сутки п/о периода

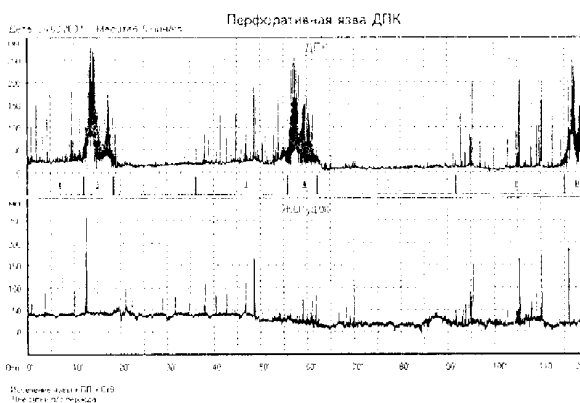


Рис. 4. Гастрограмма больного после иссечения  
 язвы+ПП+СтВ на 10-е сутки п/о периода

**Выводы.** Ранние постваготомные расстройства желудка являются односторонними для различных видов пилородуоденопластики и заключаются в выраженном угнетении сократительной активности в течение первых 7-ми суток, независимо от дооперационной интенсивности моторики.

Эвакуаторная функция оперированного желудка страдает в меньшей степени, чем сократительная активность, и восстанавливается к 8–10 суткам после оперативного вмешательства.

В условиях гиню- и адинамии желудка процесс эвакуации обеспечивается положительным желудочно-кишечным градиентом базального давления и «насосным» перистальтическим эффектом тонкой кишки.

Выполнение ежедневного мониторинга показателей моторики у больных, оперированных по поводу прободной язвы ДПК, позволяет диагностировать ранние моторные нарушения до появления первых клинических признаков и в дальнейшем контролировать эффективность проводимой медикаментозной терапии.

### ДЕЯКІ АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ОЦІНКИ ТЯЖКОСТІ СТАНУ ХВОРИХ ПРИ ПРОРИВНИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗКАХ

*Б.О.Мільков, В.П.Польовий, М.М.Гресько,  
 С.П.Польова, В.В.Білокий, В.В.Яцків  
 Буковинська державна медична академія,  
 м. Чернівці*

**Вступ.** Головним в лікуванні хворих на проривну виразку шлунка і дванадцятипалої кишки (ДПК) є своєчасна діагностика цієї патології. Перебіг захворювання залежить не тільки від характеру та ступеня тяжкості патологічного процесу, а й від віку хворого, наявності супровідної патології тощо. Виходячи з цього нами визначені критерії оцінки тяжкості загального стану хворого на основі балних систем APACHE-II, SAPS-II, Мангеймського перитонеального індексу (МІП) та ін. Ці системи мають деякі недоліки: базуються на спеціальних дослідженнях, які потребують відповідної апаратури і часу на їх виконання, тому автори по-різному виділяють їхні переваги і недоліки. Системи APACHE-II, SAPS-II, як вказують В.С.Савельєв і соавт., неможливо використовувати індивідуально для оцінки стану кожного хворого, і тому в клінічній практиці для прийняття рішення щодо конкретного пацієнта у певний час застосовуватися не можуть. Така проблема мобілізує фахівців вести подальший науковий пошук їх удосконалення, що сприяло розробці нами своєї системи оцінки тяжкості загального стану хворого при перитоніті різного походження.

Останнім часом в літературі звертається увага на зв'язок тяжкості перебігу запального процесу в оче-



## ПЕРФОРАТИВНІ ВИРАЗКИ

ревизній порожнині і ролі хронобіологічних ритмів залежно від пори року.

**Мета дослідження** — дати оцінку об'єктивності запропонованого методу визначення тяжкості стану хворих на перитоніт після проривної виразки шлунка та дванадцятипалої кишки у контексті із змінами показників імунної системи в хронобіологічному аспекті упродовж календарного року.

**Матеріал і методи дослідження.** Проведено аналіз обстеження 78 хворих на проривну виразку шлунка та ДПК (чоловіків — 64, жінок — 14). Вік хворих склав від 22 до 79 років. Проривна виразка шлунка мала місце у 12 пацієнтів, ДПК — 66. Під час госпіталізації хворим проводилися загальноприйнятні методи обстеження і оперативне лікування: у 24 — висічення та ушивання проривної виразки, у 26 — висічення проривної виразки з використанням дренуючих оперативних методик, у 28 — висічення виразки із застосуванням ваготомії. Померло 6 хворих. Для оцінки тяжкості загального стану хворих при госпіталізації в стаціонар використовували запропоновані оціночні критерії (табл. 1). При сумі балів до 8 — загальний стан хворого задовільний, 8—10 — середньої тяжкості, більше 10 — тяжкий.

Враховуючи, що прорив виразки шлунка та ДПК може бути, за нашими даними і даними інших авторів, упродовж року при певних коливаннях їх частоти в різні місяці, ми проаналізували 2 544 медичних карт хворих, які були оперовані з приводу гострого перитоніту щомісячно. Контролем слугува-

ли проведені дослідження на 426 практично здорових пацієнтах (чоловіків — 230, жінок — 196). В обох групах хворих вивчали в динаміці продукування титру специфічних антитіл (ТСА) проти хірургічної мікрофлори, яка спричинила перитоніт.

**Результати та їх обговорення.** Як свідчать дані табл. 2, тяжкість загального стану хворих на перитоніт, згідно з оцінкою запропонованої бальної системи, пропорційно залежить від терміну з моменту перфорації виразки. Однак при короткотривалому терміну перебігу захворювання стан хворого може бути тяжким і навіть закінчитися летальністю, особливо, якщо в післяопераційному періоді виникають різного роду ускладнення, в тому числі виконуються повторні оперативні втручання. Тому визначення стану хворого згідно з бальною системою має значення не тільки для вибору відповідної передопераційної підготовки, виконання оперативного втручання, а й для проведення адекватного лікування в післяопераційному періоді.

При кількості балів до 10 мав місце розповсюджений перитоніт. У всіх хворих з оцінкою менш 10 балів був задивлений розлитий перитоніт.

Серед шести померлих один пацієнт мав 12 балів, два — 14 балів, три — 16, 17, 18 балів. Вік померлих складав від 34 до 71 років.

Використання оціночних бальних критеріїв у хворих на перитоніт не виключає користування загальнохірургічними класифікаціями перитоніту, а навпаки, доповнює їх, вказуючи на ступінь тяжкості загального стану хворого.

З 2544 хворих на перитоніт прооперовано взимку 25,58%, весною — 25,83%, влітку — 25,79%, восени — 22,76%. Смертність хворих в післяопераційному періоді у різні пори року виглядала наступним чином: взимку — 5,37%, весною — 3,34%, влітку — 3,2%, восени — 2,93% хворих.

Вивчення у практично здорових людей (донорів) титру специфічних антитіл проти хірургічної мікрофлори, яка спричиняє перитоніт упродовж кален-

Таблиця 1  
Критерії бальної оцінки загального стану хворих на перитоніт

Показники	Бали
Вік хворого: 50–60 років	1
60–70 років	2
більше 70 років	3
Термін захворювання: більше 1 доби	1
Сухий язик	1
Середній АТ (мм рт.ст): < 90	1
Частота серцевих скорочень: 100–120 за 1 хв	1
більше 120 за 1 хв	2
Кількість лейкоцитів (х10%): 7–9	1
10–12	2
13 і більше	3
8–5 при зсуві лейкоцитарної формули вліво	4
менше 5 при зсуві лейкоцитарної формули вліво	5
Паличкоядерні нейтрофіли (%): 7–9	1
10–13	2
14–20	3
більше 20	4
Сегментоядерні нейтрофіли (%): 60–65	1
більше 65	2
менше 60	4
Органна: а) дисфункція	1
б) недостатність	3

Таблиця 2

Розподіл хворих на проривну виразку шлунка та ДПК залежно від балів тяжкості стану та терміну з моменту перфорації виразки до операції

Бали	Термін від початку захворювання (в год)				Усього	З них померло
	до 6	6–12	13–24	> 24		
До 8	24	14	2	2	42	—
8–10	2	6	4	2	14	—
> 10	2	—	10	10	22	6
Усього:	28	20	16	14	78	
З них померло	—	—	2	4	6	6

## ПЕРФОРАТИВНІ ВИРАЗКИ

дарного року, показало, що найнижчий вміст весною та літом, найвищий зимою. Дослідження ТСА проти сшерихій (рис. 1) показало, що його концентрація значно знижується при виникненні перитоніту саме зимою і ще більше знижується під час післяопераційного перебігу. Подібна закономірність була з динамікою ТСА проти клебсієл, псевдомонад, патогенного стафілококу. Це вказує на нестійкість імунного захисту ТСА особливо взимку, на інтенсивний ендотоксикоз, який має місце при цьому ускладненні, що певною мірою пояснює високу летальність після операції у хворих на перитоніт у цей період.

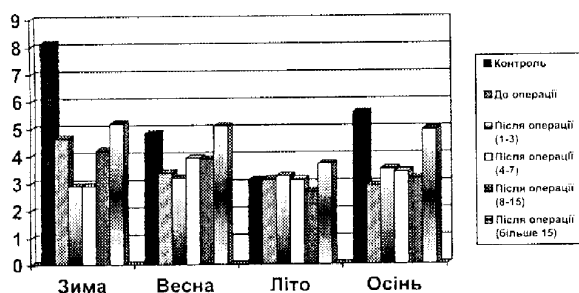


Рис. 1. Титр специфічних антитіл проти сшерихій на протязі року

**Висновки.**

1. Застосування запропонованих оціночних критеріїв дозволяє визначити тяжкість загального стану хворих на проривну виразку шлунка та ДПК відразу при їх госпіталізації, а також дозволяють вибирати раціональну тактику підготовки хворого до оперативного втручання і ведення його в післяопераційному періоді.

2. При лікуванні хворих на перитоніт, причиною яких були проривні гастродуоденальні виразки, необхідно враховувати сезонність, динаміку показників титру специфічних антитіл, що зумовлює хронобіологічну закономірність як для частоти оперативних втручань, так і тяжкості перебігу патологічного процесу.

### КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

С.А.Мунтян, И.М.Бондаренко, Г.Е.Ханатко, В.Н.Барвинский, С.И.Баранник, И.В.Бессмертный  
Днепропетровская государственная медицинская академия

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки является распространенным заболеванием в Украине. По данным В.И.Лупальцова (2002), более чем у 4 млн больных диагностирована гастроду-

оденальная язва, из них более 30000 ежегодно оперируют, главным образом, по поводу различных осложнений язвенной болезни, наиболее частое из которых перфорация язвы.

За последние 10 лет финансирование здравоохранения в Украине, к сожалению, не изменилось в лучшую сторону. В связи с этим мы решили изучить некоторые аспекты этой патологии в крупном индустриальном центре по материалам клиники хирургических болезней ДГМА на базе клинического объединения скорой медицинской помощи, в котором оказывается urgentная хирургическая помощь 2/3 населения города.

За последние 10 лет (1990—1999 гг.) в отделения клиники поступили 1653 больных с прободной язвой. При этом за первые 5 лет (1990—1994 гг.) поступил 651 больной, а за последующие 5 лет (1995—1999 гг.) — 1002 больных, т.е. имеется заметная тенденция к росту этой патологии.

Несмотря на снижение послеоперационной летальности при прободных язвах за последние 5 лет в среднем до 5,8% по сравнению с предыдущими 5-ю годами, когда она была в среднем 9,4%, этот основной показатель еще остается довольно высоким, особенно если сравнить его с летальностью при этой патологии по Днепропетровской области в 60-е годы, когда она в среднем составила 2,9% (Д.П.Чухриенко и др., 1968).

Мы изучили некоторые клинико-социальные аспекты прободной гастродуоденальной язвы (ГДЯ) за 1995—1999 гг. в сравнении с данными по Днепропетровску, приведенными в монографии Д.П.Чухриенко и соавт. (1968).

За период 1995—1999 гг. в клинике лечились 1002 больных с прободной язвой, из которых мужчин было 867 чел. (86,6%), а женщин — 135 (13,4%). Для сравнения: в 1968 г. мужчины составляли 94,5%, а женщины — только 5,5%. Увеличение этой патологии среди женщин более чем в 2,5 раза, по нашему мнению, связано с тем, что за последние 15—20 лет резко увеличилось количество женщин, злоупотребляющих алкоголем, курением.

Данные о возрасте больных с перфоративной ГДЯ приведены в таблице 1.

Таблица 1  
Возрастные группы больных с перфоративной ГДЯ

Возраст	1968 г.		1995—1999 гг.	
	К-во	%	К-во	%
До 20 лет	279	8,1	77	7,7
21—60	3009	86,9	776	77,4
Старше 60	172	5,0	149	14,9
Всего:	3460	100	1002	100