

мультиплексних операцій при наявності ХКХ і ОКХ. Використання такої тактики дозволяє позбавити хворого одразу від декількох захворювань, усунути ризик повторного проведення оперативного втручання, попередити виникнення ускладнень, обумовлених наявністю супутніх захворювань, скоротити тривалість лікування хворого в стаціонарі. Необхідним ус-

Література

1. Бабьшин В. В., Зезин В. П. Холецистэктомия из минилапаротомного доступа // Хирургия. – 1998. – № 12. – С. 28–29.
2. Буянов В. М., Маховский В. З. Сочетанные хирургические операции в брюшной полости и забрюшинном пространстве // Там же. – 1990. – № 7. – С. 81–86.
3. Лудевич Э. В., Сахаудинов В. Г., Галимов О. В. Сочетанные операции при гастродуоденальных язвах // Там же. – 1997. – № 1. – С. 18–20.
4. Магомедов А. З. Сочетанные оперативные вмешательства при заболеваниях печени и желчевыводящих путей // Там же. – № 8. – С. 50–52.
5. Романчишен А. Ф., Борисов А. Е., Колосюк В. А. и др. Сочетанные операции в хирургии органов брюшной

полости // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. – 1999. – № 2. – С. 51–54.

6. Успенский Л. В. Сочетанные операции при заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 1990. – № 2. – С. 60–66.
7. Хмельницкий С. И., Чевердюк Д. А., Пасенченко Ю. И. Хронический калькулезный холецистит в сочетании с заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки // Материалы респ. науч. конф. – К., 1996. – С. 79–80.
8. Krug F., Herold A., Wenk K.N., Bruch H.P. Norbenhernien nach laparoskopischen eingriffen // Chirurg. – 1995. – Bd. 66, H. 4. – S. 419–423.
9. Lanzafame R. J. Laparoscopic cholecystectomy combined with ventral hernia repair // J. Laparoendosc. Surg. – 1994. – Vol. 4, N 4. – P. 287.

УДК 616.342–002.44–005.1–053.9–089

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ З КРОВОТЕЧЕЮ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ З ІНТРАОПЕРАЦІЙНОЮ ВЕРИФІКАЦІЄЮ ДІАГНОЗУ

О. І. Іващук

Кафедра загальної хірургії (зав. – проф. Ф. Г. Кулачек) Буковинської медичної академії, м. Чернівці

Реферат

Запропонований спосіб виконання дуоденотомії з приводу виразки дванадцятипалої кишки (ДПК) з кровотечею. Поздовжньо розсікають ДПК по нижньому краю ампули з переходом на медіальний край нижньої частини, що дозволяє не тільки здійснити ревізію і встановити джерело кровотечі, а й забезпечити гемостаз. Розроблені правила здійснення локального гемостазу. Застосування зазначеного доступу запобігає пошкодженню дуоденальної передньої гілки блукаючого стовбуру, що забезпечує збереження моторно-свакуаторної функції ДПК.

Ключові слова: дванадцятипала кишка – виразкова хвороба – кровотеча – хірургічне лікування – хворі похилого та старечого віку.

Summary

The method of duodenotomy performance for duodenal ulcer with hemorrhage was proposed. Duodenum was dissected longitudinally across the ampulla lower edge going all over medial edge of pars descendens, permitting not only doing the revision but revealing the hemorrhage source, securing homeostasis. The rules of local hemostasis performance were elaborated. Application of the above mentioned access prevents damage of nervi vagi duodenal anterior brunch, guaranteeing the duodenal motor-evacuation function preservation.

Key words: duodenum – ulcer disease – hemorrhage – surgical treatment – elderly and senile patients.

У 5–7% хворих з язвою ДПК та кровотечею неможливо виконати езофагогастродуоденофіброскопію і встановити її причину, локалізувати джерело ураження. Продовження або повторне виникнення кровотечі вимагає термінового виконання діагностичної лапаротомії, що особливо важливо у хворих похилого та старечого віку (ПСВ) [2–4].

У таких ситуаціях існує загальноприйнята тактика дій, яка передбачає здійснення лапаротомії, пальпаторне дослідження ДПК, виконання широкої дуоденотомії за поздовжньою віссю кишки. Після виявлення джерела кровотечі та його локалізації виконують оперативне втручання. Вибір методу операції залежить від локалізації джерела кровоте-

чі, наявності пенетрації виразки в навколишні органи, масивності кровотечі, стапу пацієнта, наявності супутніх захворювань. При цьому дуоденотомія відіграє суто діагностичну роль, під час її виконання пошкоджується передня дуоденальна гілка блукаючого стовбуру, що може спричинити порушення моторно-свакуаторної функції ДПК після операції [6, 8]. Під час виконання «операції відчаю» у пацієнта віком старше 60 років хірург не має вибору строків, обсягу оперативного втручання та його радикалізму [1, 5, 7]. Нами запропонований спосіб оперативного лікування виразки ДПК з кровотечею у хворих ПСВ з інтраопераційною верифікацією діагнозу [9].

Матеріали та методи дослідження

Виконують верхню серединну лапаротомію. За допомогою пальпачії визначають локалізацію патологічного вогнища в ДПК, що не завжди можливо через наявність значного запального інфільтрату, спайок тощо.

Просвіт ДПК розкривають поздовжньо, відступивши 1 см від воротаря і 0,5 см від її нижнього краю. Передню стінку ДПК піднімають за допомогою гачка Фарабефа і встановлюють причину, локалізацію джерела кровотечі. При дистальній локалізації виразки з кровотечею розріз можна продовжити до з'ясування причини кровотечі. За необхідності після виконання дуоденотомії мобілізують ДПК за Кохером.

Якщо виразка міститься на передній стінці ДПК, її висікають в поперечному напрямку, використовуючи дуоденотомію, потім на дефект кишки накладають одно- або дворядний шов. Неможливість виконання резекції шлунка або видалення виразки великих розмірів передньої стінки ДПК ускладнює здійснення гемостазу. У такій ситуації можна використати задню стінку ДПК (з огляду на її малу рухливість) для досягнення локального гемостазу шляхом тампонади. Для цього пришивають передню стінку ДПК з виразкою до її задньої стінки по краю виразки.

Після встановлення локалізації виразки з кровотечею на задній стінці здійснюють тампонаду її кратеру.

Варіабельність локалізації та атипівність перебігу зумовлюють необхідність розробки принципів, яких слід дотримуватись після виконання діагностичної дуоденотомії у хворих ПСВ і встановлення локалізації виразки на задній стінці ДПК.

1. Застосовувати для зупинки кровотечі діатермокоагуляцію. Подальше виконання операції залежить від розмірів виразки, її локалізації, наявності запального інфільтрату, пенетрації виразки в навколишні органи, кваліфікації хірургів.

2. Тампонувати виразку з використанням передньої стінки ДПК дуоденотомним доступом для забезпечення візуального контролю якості тампонади.

3. Шви між передньою і задньою стінками ДПК формувати від її верхнього краю до нижнього так, щоб останні шви були розташовані безпосередньо біля дуоденотомного розрізу.

4. Використовувати для тампонади передню стінку ДПК (для забезпечення високих гемостатичних властивостей) без висікання окремих клаптів. Ігнорування цієї вимоги може спричинити збільшення тривалості виконання операції, ускладнення її техніки, погіршення кровопостачання передньої стінки ДПК з наступним її некрозом.

5. Повне перекриття просвіту ДПК дозволяє уникнути дії шлункового і дуоденального соків на виразку, виключити її з процесу травлення на тривалий час («фізіологічна» екстеріоризація).

6. Тампонада виключає прошивання виразки і дозволяє захопити в шов повноцінні або малозмінені шари задньої стінки ДПК поза виразкою. Якщо виразка локалізована в ампулі ДПК, для тампонади можна захоплювати в шов слизову оболонку, підслизову основу і м'язову оболонку задньої

стінки ДПК; якщо біля великого сосочка ДПК – тільки слизову оболонку і підслизову основу задньої стінки ДПК, щоб уникнути пошкодження загальної жовчної протоки та протоки підшлункової залози.

7. Перитонізувати кишкові шви.

Після виконання всіх зазначених правил слід відновити прохідність травного каналу шляхом формування передободового переднього гастроентероанастомозу з накладанням співустя за Брауном.

Результати та їх обговорення

В експериментальних дослідженнях, проведених на 20 безпородних собаках, вивчали можливість досягнення локального гемостазу виразки з кровотечею шляхом її тампонади стінкою ДПК. Дотримання розроблених правил тампонади дозволяє при застосуванні гідропресії підтримувати тиск від $(1,39 \pm 0,19)$ до $(1,97 \pm 0,16)$ кПа, або від $(143,5 \pm 21,3)$ до $(214,7 \pm 17,1)$ мм вод. ст. в строк до 5 діб.

Оперовані 7 хворих ПСВ (2 жінки і 5 чоловіків) з кровотечею невстановленої етіології з верхніх відділів травного каналу: в 1 виявлений стеноз стравоходу, ще в 1 – стеноз пілоричного каналу, у 5 – гастрофіброскопія не виконана через наявність супутніх захворювань. Це становило 5,9% від загальної кількості (117) хворих ПСВ, оперованих з приводу кровотечі з ДПК виразкового генезу.

У 2 хворих виразка локалізувалась на передній стінці ампули ДПК, у 5 – на задній.

В усіх оперованих хворих локальна тампонада з поперечною діатермокоагуляцією виразки з кровотечею шляхом накладання вузлових наскрізних швів через передню стінку з захватом задньої стінки в поперечному напрямку на відстані 3–4 мм від виразкового дефекту. Шви перитонізовані. Прокідність травного каналу відновлена шляхом формування попередободового переднього гастроентероанастомозу з накладанням співустя за Брауном. Для контролю ефективності гемостазу через гастроентероанастомоз і привідну петлю кишки вводили зонд у ДПК.

В усіх оперованих хворих кровотеча зупинена. Один хворий помер від прогресуючої серцево-судинної недостатності на 4-ту добу після операції. Під час патологоанатомічного дослідження встановлено, що ділянка виразкового кратеру була ізольована від інших відділів ДПК. У 2 пацієнтів виконана гастродуоденофіброскопія в строк від 3 до 6 міс. Прокідність ДПК в цей період спостереження не відновилася.

Висновки

1. Запропонований спосіб дуоденотомії є лікувально-діагностичним.

2. Розроблені принципи забезпечення локального гемостазу у хворих ПСВ дозволяють здійснити ефективний і остаточний гемостаз за наявності різних варіантів виразки ДПК з кровотечею.

3. Відсутність дії вмісту шлунка і ДПК на виразку («фізіологічна» екстеріоризація) запобігає виникненню рецидиву кровотечі, забезпечує загоєння виразкового дефекту.

Література

1. Аталиев А. Э. Пути улучшения результатов хирургического лечения осложненной дуоденальной язвы у лиц пожилого и старческого возраста: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Ташкент, 1989. – 36 с.
2. Дерман А. И. Совершенствование хирургической тактики при язвенных гастродуоденальных кровотечениях у лиц пожилого и старческого возраста: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Х., 1990. – 35 с.
3. Диагностика и лечение острого кровотечения в просвет пищеварительного канала / В. Ф. Саенко, П. Г. Кондратенко, Ю. С. Семенюк и др. – Ровно: Б. и., 1997. – 384 с.
4. Сениотович Р. В. Дуоденогастральный рефлюкс в органозберігаючій хірургії хронічної дуоденальної виразки. – Чернівці, 1994. – 70 с.
5. Тамазян Г. С. Некоторые вопросы тактики и хирургии гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Ереван, 1994. – 57 с.
6. Щеголев А. А. Обоснование принципов хирургического лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1993. – 33 с.
7. Bender J. S., Bouwman D. L., Weaver D. W. Bleeding gastroduodenal ulcers: improved outcome from a unified surgical approach // Amer. Surg. – 1994. – Vol. 60, N 5. – P. 313–315.
8. Ell C., Hagenmuller F., Schmitt W. et al. Multizentrische prospektive untersuchung zum aktuellen stand der therapie der ulcusblutung in Deutschland // Dtsch. Med. Wschr. – 1995. – Bd. 120, H. 1–2. – S. 3–9.
9. Meyer C., Rohr S., de Manzini N., Dai B. Reliable procedure for closing the duodenal stump for bleeding posterior duodenal ulcer // Wld J. Surg. – 1994. – Vol. 18, N 2. – P. 286–288.