

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

ВАКУЛЕНКО ВІТАЛІЙ ВІКТОРОВИЧ

УДК 616.342-002.45-089-035

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО ВИБОРУ МЕТОДА ОПЕРАЦІЇ У ХВОРИХ З
ПЕРФОРАТИВНОЮ ВИРАЗКОЮ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ ЗАЛЕЖНО ВІД ТЕРМІНУ
ПЕРФОРАЦІЇ

14.01.03 - хірургія

Автореферат
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Запоріжжя - 2005

Дисертацією є рукопис.

Роботу виконано в Запорізькому державному медичному університеті МОЗ України

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор
Клименко Володимир Микитович, Запорізький державний медичний університет, МОЗ України, завідувач кафедри факультетської хірургії з курсом онкології.

Офіційні опоненти: Лауреат Державної премії України, Заслужений діяч науки і

техніки України, доктор медичних наук, професор
Велігоцький Микола Миколайович, Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, завідувач кафедри торакоабдомінальної хірургії.

Заслужений діяч науки і техніки України, доктор медичних наук, професор
Березницький Яків Соломонович, Дніпропетровська державна медична академія МОЗ України, завідувач кафедри факультетської хірургії та хірургії інтернів.

Провідна установа: Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України, кафедра хірургії, м. Київ.

Захист відбудеться "25" листопада 2005 року о 14⁰⁰ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 17.600.01 Запорізької медичної академії післядипломної освіти за адресою: 69096, Запоріжжя, бул. Вінтера, 20.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Запорізької медичної академії післядипломної освіти (69096, Запоріжжя, бул. Вінтера, 20).

Автореферат розісланий "22" жовтня 2005 року.

Вчений секретар спеціалізованої вченої ради Д 17.600.01

к.мед.н.,

Гребенніков С.Є.

доцент

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Хірургічне лікування перфоративних виразок дванадцятипалої кишки (ДПК) є однією з актуальних проблем хірургічної гастроентерології. Незважаючи на значні успіхи консервативного лікування виразкової хвороби, кількість хворих з проривними виразками не зменшується (П.Д. Фомін та співавт., 2002; Н.Н. Велигоцький, 2004; Я.С. Березницький та співавт., 2004; В.Д. Братусь, 2004; I.V. Andersen, 1998). Перебіг виразкової хвороби ускладнюється перфорацією в 10 - 12 % випадків і складає в структурі гострих хірургічних захворювань 1,8 - 3,7 % (В.Ф. Саенко и соавт., 2002; В.І. Мамчич та співавт., 2002; Я.С. Березницький та співавт., 2003; Н.Н. Милица и соавт., 2003; W.A. De Boer, 2000).

Дискусійним залишається питання вибору оптимального способу оперативного втручання. Труднощі вирішення даної проблеми обумовлені, по-перше, наявністю перитоніту, що має свої особливості лікування; по-друге, складністю для хірурга в таких умовах адекватно вибрати операцію, яка, будучи радикальною за суттю, одночасно гарантувала б порятунок життя та вилікування від виразкової хвороби. Недостатня розробленість показань до таких операцій та стереотипне уявлення про ризик їхнього виконання після 6 годин з моменту перфорації приводить до 36-50 % незадовільних результатів у віддаленому періоді (В.И. Бондарев и соавт., 1996; Н.Н. Велигоцький и соавт., 1997; Н.І. Тутченко та співавт., 1998; В.Ф. Саенко и соавт., 2002; І.Я. Дзюбанівський та співавт., 2004; F.Y. Lee et al., 2001).

Висока частота післяопераційних ускладнень, збільшення кількості "хвороб оперованого шлунка" і, як наслідок, зниження якості життя у віддаленому періоді спонукають хірургів до пошуку нових підходів в лікуванні цієї категорії хворих (В.М. Короткий та співавт., 2000; В.В. Бойко и соавт., 2003; А.С. Никоненко и соавт., 2004).

Останнім часом в низці публікацій вказується на індивідуалізований підхід до вибору методу операції у конкретного пацієнта, а також розширення термінів з моменту перфорації для виконання радикального втручання, що дозволяє поліпшити результати оперативного лікування (В.Ф. Саенко и соавт., 2002; Н.И. Тутченко и соавт., 2002; І.Я. Дзюбанівський і Є.В. Ремезюк, 2004).

Становить інтерес вивчення динаміки розвитку перитоніту та ендогенної інтоксикації при перфоративній виразці ДПК, а також визначення, з урахуванням цього, раціонального передопераційного обстеження пацієнтів з метою розробки обґрунтованих показань до різних видів операцій у конкретного хворого в залежності від термінів з моменту прориву.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертація виконана відповідно до плану НДР Запорізького державного медичного університету (ЗДМУ) і є фрагментом комплексної науково-дослідної роботи кафедри

факультетської хірургії ЗДМУ "Оптимізація хірургічного лікування захворювань гастродуоденальної зони і гепатопанкреатобіліарної області", № держреєстрації 0100U002397.

Мета дослідження. Метою даного дослідження є розробка диференційованого підходу до вибору методу оперативного втручання у хворих з перфоративною виразкою дванадцятипалої кишки в різні терміни від моменту прориву на підставі даних перед- та інтраопераційного обстеження.

Задачі дослідження:

1) вивчити ступінь мікробної контамінації, ендогенної інтоксикації і вираженості перитоніту у хворих з перфоративною дуоденальною виразкою в різні терміни від моменту прориву.

2) розробити спосіб прогнозування розвитку ендогенної інтоксикації у хворих з перфоративною виразкою ДПК на підставі визначення генерації молекул середньої ваги.

3) вивчити ефективність стандартної інтраабдомінальної санації у хворих з перфоративною дуоденальною виразкою в різні терміни від моменту прориву.

4) розробити індивідуалізований підхід до вибору методу оперативних втручань у хворих з перфоративною виразкою ДПК на підставі даних перед- і інтраопераційного обстеження.

5) вивчити результати хірургічного лікування хворих з перфоративною виразкою ДПК на підставі розроблених показань та прийнятої хірургічної тактики.

Об'єкт дослідження – хворі з перфоративною виразкою ДПК.

Предмет дослідження – кислотопродукуюча функція шлунка, мікробна контамінація черевної порожнини, ендогенна інтоксикація, хелікобактерна контамінація.

Методи дослідження – клінічні, ендоскопічні, рентгенологічні, біохімічні, морфологічні, статистичні.

Наукова новизна одержаних результатів. На підставі клінічних, мікробіологічних та біохімічних досліджень науково обгрунтована можливість проведення радикальних операцій у період до 12 годин з моменту перфорації виразки ДПК.

Набуло подальшого розвитку трактування прогнозування ендогенної інтоксикації при перитоніті у хворих з проривною виразкою ДПК в різний термін від моменту перфорації на основі тестування приросту молекул середньої ваги.

Вперше розроблено та науково обгрунтовано алгоритм передопераційного обстеження при перфоративній виразці ДПК з подальшим розвитком тактичної схеми показань до радикальних та паліативних операцій, орієнтованих на індивідуалізований підхід до конкретного пацієнта.

Доведено ефективність концепції диференційованого підходу до вибору методу операції при перфоративній виразці ДПК з пріоритетом функціональної спрямованості – дуоденопластика і селективна проксимальна ваготомія (СПВ).

Практичне значення одержаних результатів. Диференційований підхід до вибору методу оперативного лікування хворих з перфоративною виразкою ДПК на підставі запропонованого алгоритму обстеження дозволяє уникнути необґрунтованого розширення обсягу операції, виконати її в термін до 12 годин з моменту перфорації, віддаючи перевагу різним варіантам дуоденопластики з СПВ. Цьому сприяють дані про ступінь вираженості ендогенної інтоксикації, що визначається за допомогою оригінального експрес-методу протягом двох годин. Розроблені критерії вибору методу оперативного лікування орієнтують хірурга на індивідуалізований підхід до конкретного пацієнта з урахуванням тяжкості супутніх захворювань, віку хворих, часу з моменту прориву, даних про кислотопродукуючу функцію шлунка. Така тактика визначає зменшення кількості пізніх ускладнень та запобігає виникненню “хвороб оперованого шлунка”, підвищуючи якість життя хворих.

Основні положення роботи включені в лекційний курс і навчальні плани студентів ЗДМУ. Практичні рекомендації впроваджені в клінічну практику хірургічних відділень медсанчастини "Запоріжсталь", 3-ї міської лікарні, обласної клінічної лікарні, центру екстремальної медицини м. Запоріжжя, Гуляйпільської ЦРЛ.

Особистий внесок здобувача. Автор безпосередньо брав участь в хірургічному лікуванні і післяопераційному веденні хворих з перфоративною виразкою ДПК, в проведенні всіх клінічних, інструментальних, біохімічних та мікробіологічних методів дослідження, а також у розробці і впровадженні нових способів діагностики та лікування. Автор особисто провів аналіз отриманих результатів, їх узагальнення і математичну обробку. Разом з науковим керівником сформулював основні висновки.

Апробація результатів дисертації. Основні матеріали і положення дисертації доповідалися та обговорювалися: на ІХ Всеукраїнській науково-методичній конференції "Актуальні питання викладання та сучасні проблеми хірургії" (м.Запоріжжя, 2003 р.), І Всеукраїнській науково-практичній конференції "Актуальні проблеми стандартизації у невідкладній абдомінальній хірургії" (м.Львів, 2004 р.), науково-практичній конференції "Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки" (м.Київ, 2004 р.), науково-практичній конференції молодих учених "Сучасні аспекти медицини і фармації-2004" (м.Запоріжжя, 2004 р.), науково-практичній конференції "Сучасні підходи до лікування ургентної хірургічної патології" (м.Тернопіль, 2004 р.), Асоціації хірургів і гастроентерологів Запорізької області (2004 р.), науково-практичній конференції "Актуальні питання торакоабдомінальної хірургії" (Харків, 2005 р.).

Публікації. За темою дисертації опубліковано 7 наукових праць у вітчизняних виданнях, в тому числі 6 - у виданнях, рекомендованих ВАК України. Отримано патент на винахід. Опубліковано інформаційний лист на нововведення.

Обсяг та структура дисертації. Дисертація викладена на 170 сторінках, ілюстрована 28 таблицями, 7 рисунками. Складається зі вступу, огляду літератури, розділу, присвяченому методам дослідження та клінічній характеристиці хворих, 3 розділів власних досліджень, аналізу та узагальненню результатів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаної літератури. Список використаної літератури вміщує 343 джерела, з них 231 російськомовних і 112 іноземних авторів.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріал і методи дослідження. В основу роботи покладені результати хірургічного лікування 166 хворих з перфоративною виразкою ДПК, оперованих у клініці факультетської хірургії ЗДМУ на базі медсанчастини "Запоріжсталь", за період з 1997 по 2004 р. Чоловіків було 130 (78,3 %), жінок - 36 (21,7 %). Вік хворих коливався від 16 до 87 років.

Всі хворі розподілені на 2 клінічні групи (основна - 60, контрольна – 106 осіб), порівняні за статтю, віком і супутніми захворюваннями. Типові клінічні прояви виразкової хвороби ДПК впродовж 5 років були у 93 (56,0%) пацієнтів. У 1 (0,6 %) з них раніше вже була операція (ушивання) з приводу перфорації виразки ДПК, у 2 (1,2 %) - кровотеча з виразки ДПК легкого ступеня (без операції).

В період до 6 годин з моменту перфорації госпіталізовано 97 (58,4%) хворих, від 6 до 12 годин - 57 (34,3 %), після 12 годин - 12 (7,3 %).

В усіх пацієнтів контрольної групи проводилася оглядова рентгеноскопія органів черевної порожнини і тільки при відсутності вільного газу під куполом діафрагми виконувалася фіброезофагогастродуоденоскопія (ФЕГДС). В основній групі всім хворим крім оглядової рентгеноскопії обов'язково проводили діагностичну ФЕГДС з пристіночною рН-метрією (до операції чи відразу після введення в наркоз), визначенням хелікобактерного (Hr) інфікування, біопсією слизової шлунка і ДПК. Для визначення ступеня мікробної контамінації та ендогенної інтоксикації проводилися, відповідно, мікробіологічне дослідження ексудату черевної порожнини та визначення концентрації середньомолекулярних олігопептидів (МСВ) в сироватці крові.

Ендоскопічні дослідження проводилися за допомогою фіброгастродуоденоскопу "Olympus TJF - 30" (Японія) і відеогastroдуоденоскопу "Fudginon WG - 88FP" (Японія). Показники кислотопродукції розраховувалися на основі комп'ютерної системи аналізу рН-метрії за методикою В.М. Чорнобрового (1998). Дуоденогастральний рефлюкс (ДГР) у віддаленому періоді визначався за допомогою аспіраційного методу (Г.Г. Иванов, 1978) з розрахунком вмісту жовчних кислот і визначенням ступеня ДГР (Г.П. Рычагов и соавт., 1986). Наявність Hr реєструвалася тест-системою "URE-Hr тест" виробництва "LA CHEMA" (Чехія). Мікробіологічне дослідження ексудату проводилося методом секторних посівів з визначенням кількісного та якісного складу

аеробної та анаеробної груп мікроорганізмів. Концентрація МСВ сироватки крові визначалася методом спектрофотометрії при довжині хвилі 254 нм і 280 нм (Н.И. Габриэлян, 1984; А.М. Горячковский, 1992), а також за допомогою розробленого тесту генерації МСВ (ТГМСВ) (патент № 64680 А); лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ) розраховувався за методом Я.Я. Кальф-Каліфа (1941).

Отримані результати проаналізовані за допомогою методів математичної статистики на персональному комп'ютері Pentium із програмним забезпеченням фірми "Microsoft" з використанням пакета програм WinWord і Static. Графічна обробка за допомогою систем програм для аналізу даних Statgraphics, USA.

Результати досліджень. В контрольній групі ($n=106$) до 6 годин з моменту перфорації госпіталізовано 69 (65,1 %) пацієнтів, від 6 до 12 - 31 (29,2 %), понад 12 - 6 (5,7%). Радикальні операції (пілоропластика та один з видів ваготомії) (таблиця 1) виконувалися в терміни до 6 годин з моменту прориву, після 6 годин - проводилося тільки ушивання (табл. 1).

Домінуючою операцією було ушивання перфоративної виразки: до 6 годин - 36,8 %, після 6 годин - 32,1 %, що сумарно склало 68,9 %.

Пілоропластика з висіченням перфоративної виразки виконана у 31,1 % хворих, при цьому СПВ - тільки у 4,7 %, а СтВ і СВ - у 26,4 %. Аналіз показав, що орієнтація лише на фактор часу з моменту перфорації (до 6 годин) приводить до того, що хірург, довільно орієнтуючись на свій досвід, без наявності ендоскопічної інформації, міг виконати або просте ушивання, або пілоропластику з ваготомією. При цьому вид ваготомії вибирався не за принципом функціональної ефективності, а за фактором найшвидшого завершення операції, що зводилося до виконання в переважній більшості стовбурової ваготомії.

Таблиця 1

Оперативні втручання у хворих контрольної групи в залежності від термінів перфорації

Вид операції	Час від моменту перфорації		Разом
	до 6 годин	після 6 годин	
Ушивання виразки	39 (36,8 %) (померло 2)	34 (32,1 %) (померло 2)	73 (68,9 %) (померло 4)
Пілоропластика і СтВ	27 (25,5 %)	-	27 (25,5 %)
Пілоропластика і СВ	1 (0,9 %)	-	1 (0,9 %)
Пілоропластика і СПВ	5 (4,7 %)	-	5 (4,7 %)
Всього	72 (67,9 %)	34 (32,1 %)	106 (100,0 %)

Для ретроспективної оцінки можливих умов проведення дуоденопластики у пацієнтів контрольної групи була вивчена відстань від перфоративної виразки до пілоруса на основі протоколів оперативних втручань. Залучення пілоруса у виразковий субстрат відзначено лише у 3 (2,8 %) пацієнтів, відстань 1-2 мм від пілоруса до проксимальної межі виразкового субстрату - у 6 (5,7 %), 3-5 мм - у 32 (30,2 %), 6-8 мм - у 25 (23,6 %), понад 8 мм - у 40 (37,7 %) хворих. Враховуючи ці дані, представляється можливим виконання дуоденопластики у переважній більшості хворих контрольної групи, що дозволило б зберегти замикальний апарат гастродуоденального переходу і запобігти "хворобам оперованого шлунка". Саме на це вказують віддалені результати лікування, проведені у 79 (74,5 %) хворих шляхом обстеження в стаціонарних (15) і поліклінічних (19) умовах, а також методом спеціального докладного анкетного опитування (45). Відмінні результати за шкалою Visick-Панцирева відзначені тільки у 8 (10,1 %) пацієнтів, добрі - у 14 (17,7 %), задовільні - у 31 (39,3 %), незадовільні - у 26 (32,9 %).

Основна причина незадовільних результатів після ушивання - рецидив виразки ДПК протягом перших півтора років після операції, при цьому головну роль, за даними аналізу, зіграла відсутність належної співпраці між хірургом та гастроентерологом. У деяких хворих (11) дуоденальна виразка після ушивання перфоративного отвору, імовірно, не зажила, тому що у них продовжувалися такі ж клінічні прояви виразкової хвороби, як і до операції. У 1 хворого спостерігалася повторна перфорація, у 3 - кровотеча легкого ступеня, у 2 - субкомпенсований стеноз вихідного відділу шлунка. У 10 хворих спостерігався різний за часом світлий проміжок (від 3 до 8 місяців), потім знову виник біль в надчеревній ділянці, печія, відрижка кислим. Характерно, що 8 з них через 3-4 місяці після операції припинили прийом препаратів, які призначалися хірургом і терапевтом.

Таким чином, після ушивання проривної виразки пацієнти, яким виконувалася така операція, без належного спостереження хірурга і гастроентеролога являють собою групу ризику з високою імовірністю розвитку вітальних ускладнень, що вимагають вимушеного повторного хірургічного лікування.

У 5 (19,2 %) з 26 хворих з незадовільними результатами виконувалися радикальні втручання. Субкомпенсований стеноз вихідного відділу шлунка розвинувся у 1 пацієнта, дуоденогастральний рефлюкс III ступеня - у 2, рецидив виразки - у 2. Тут сам метод пілоропластики та ваготомії був причиною нового патологічного стану ("хвороба оперованого шлунка").

Значну кількість хворих (31) віднесено до групи із задовільним результатом, при цьому у 11 з них раніше виконувалася пілоропластика з висіченням перфоративної виразки, у 9 - СтВ, у 2 - СПВ. Постваготомна діарея (стул протягом доби від 3 до 6 разів) спостерігалася у 3 хворих, дуоденогастральний рефлюкс II ступеня (гіркота в роті, зригування жовчю) - у 5, демпінг-синдром

легкого ступеня - у 3. У даних хворих радикальні оперативні втручання викликали прояв "других" хвороб, що також трактувалися як "хвороба оперованого шлунка".

Таким чином, для вибору адекватної операції у хворих з перфоративною виразкою ДПК, які надійшли в різний термін від моменту прориву, потрібний науково обґрунтований обсяг (протокол) передопераційного обстеження, за даними якого строго б визначалася можливість конкретного радикального оперативного втручання.

З урахуванням цього в *основній групі (n=60)* вивчено ступінь мікробного забруднення черевної порожнини та вираженість ендогенної інтоксикації в залежності від термінів перфорації. Інтегральним показником клінічного стану хворого при перфоративній виразці ДПК був ступінь ендогенної інтоксикації, що розвивалася.

Протягом перших 6 годин зона найбільшого інфікування та поширення перитонеального ексудату закономірно спостерігалася в межах правих підпечінкового і піддіафрагмального просторів, а також правого фланку в напрямку до клубової ямки та порожнини малого тазу (місцевий чи дифузний серозний перитоніт), що обумовлено анатомічними особливостями. У 78 % хворих росту мікрофлори не було. Вираженість ендогенної інтоксикації залишалася мінімальною і відповідала 0-I ступеню.

В межах 12 годин збільшувалася площа інфікованого ексудату, що займав гіпо- та нерідко мезогастрій, поступово переростаючи в розлитий перитоніт, але кількість мікробних тіл у 1 мл змиву не досягала 10^5 , а у 34,6 % хворих росту мікрофлори не відзначено взагалі. Наростали прояви ендогенної інтоксикації, на що чітко вказували показники ТГМСВ. Однак в рамках 12-годинного інтервалу вони не досягали тих граничних значень, що могли привести до розвитку системної запальної відповіді, яка не коригується, тому що досить легко усувалися проведеними стандартними санаційними заходами в черевній порожнині та в оцінній шкалі визначалися як ендотоксикоз I-II ступеня.

Після 12 годин з моменту перфорації лавоподібно наростали як показники інфікованості перитонеального ексудату (10^5 і більше), так і поширеність перитоніту (розлитий). Різко підвищувалися показники загальної токсичності (ЛШ, МСВ, ТГМСВ), при цьому навіть через 3 доби після операції спостерігався інтенсивний приріст МСВ, що вказувало на триваючі масивні аутолітичні процеси в організмі (ендогенна інтоксикація III ступеня), які вимагали інтенсивної медикаментозної корекції, особливо у осіб зі значущими супутніми захворюваннями.

Проведені дослідження стали об'єктивною доказовою базою для безпечного оперування в рамках 12-годинного інтервалу з моменту прориву дуоденальної виразки в обсязі радикального втручання, тип, необхідність і раціональний обсяг якого визначалися на основі індивідуального підходу до конкретного пацієнта.

При виборі методу операції в основній групі враховувалися вік хворого, наявність виразкового анамнезу, значущість супутніх захворювань, час від моменту прориву, ступінь кислотопродукції, локалізація та величина виразки, діаметр проривного отвору і відстань від нього до пілоруса, наявність ознак органічного стенозу і пенетрації. Суть такого алгоритмізованого підходу визначалася наступними положеннями:

I. Видалення виразкового субстрату, хірургічна ваготомія (СПВ).

А. Показання: хворі у віці до 70 років, пацієнти до 20 років (тільки при наявності стенозу і пенетрації); відсутність супутніх захворювань у фазі суб-, декомпенсації; наявність виразкового і гастритичного анамнезу; термін від моменту прориву до госпіталізації не більше 12 годин; гіперацидність шлункового соку.

Б. Вибір методу операції. Основним методом є сегментарна, субциркулярна або циркулярна розширююча дуоденопластика за М.М. Велигоцьким (1997, 2000), що передбачає повне видалення виразкового субстрату в межах здорових тканин з обов'язковим збереженням пілоруса як цілісного функціонально-анатомічного утворення і виконання селективної проксимальної ваготомії.

II. Видалення виразкового субстрату; керована “медикаментозна ваготомія” у вигляді подальшого консервативного лікування в рамках маастрихтських протоколів (1996, 2000).

А. Показання: хворі у віці до 70 років, пацієнти до 20 років (тільки при наявності стенозу і пенетрації); відсутність супутніх захворювань у фазі суб-, декомпенсації; наявність виразкового і гастритичного анамнезу; не більше 12 годин з моменту прориву; гіпо-, нормацидність шлункового соку.

Б. Вибір методу операції. Основним методом операції також є сегментарна, субциркулярна або циркулярна розширююча дуоденопластика за М.М. Велигоцьким, але без застосування селективної проксимальної ваготомії (гіпо- чи нормацидний тип секреції). Після виписки з хірургічного стаціонару хворий протягом року спостерігається у хірурга та гастроентеролога, надалі – тільки у гастроентеролога. Такі хворі прирівнюються до терапевтичної групи пацієнтів із загоєною неускладненою дуоденальною виразкою, тільки у них замість рубця після виразки, що зажила, мається рубець після одного з видів дуоденопластики з висіченням виразки. Їм проводиться, так звана, "терапія за вимогою", що включає при необхідності ерадикацію і застосування інгібіторів протонної помпи.

III. Ушивання перфоративного отвору дуоденальної виразки; подальша керована пролонгована “медикаментозна ваготомія” (за наявністю показань).

А. Показання: хворі після 12 годин з моменту прориву незалежно від віку і наявності супутніх захворювань; хворі до 12 годин з моменту прориву зі значущими супутніми захворюваннями у фазі суб-, декомпенсації основних функцій органів і систем, в тому числі пацієнти до 20 років з перфоративною виразкою без стенозу та пенетрації.

Б. Вибір методу операції. Виконується тільки ушивання перфоративного отвору виразки (будь-який спосіб ушивання, яким володіє хірург, у тому числі за Оппелем-Полікарповим), санація та дренажування черевної порожнини. За наявності ж у такого контингенту хворих вираженого стенозу інтраопераційно після ушивання проривного отвору проводиться назогастроєюнальний зонд для ентерального харчування.

Кількість та обсяг оперативних втручань, виконаних у хворих основної групи на основі розроблених передопераційного обстеження та хірургічної тактики, представлені в таблиці 2. Ушивання перфоративної виразки виконане всього у 11 (18,3 %) хворих в суворій відповідності з розробленим алгоритмом. В межах 12 годин такий вид операції виконано у 5 (8,3 %) хворих з одним летальним наслідком (1,7 %) (тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА)).

Таблиця 2

Кількість і види операцій у хворих основної групи в залежності від термінів перфорації

Вид операції	Час з моменту перфорації	
	до 12 годин	понад 12 годин
Ушивання перфоративного отвору виразки	5 (8,3 %) (помер 1)	6 (10,0 %) (помер 1)
Сегментарна дуоденопластика	21 (35,0 %)	-
Субциркулярна дуоденопластика	3 (5,0 %)	-
Циркулярна дуоденопластика	2 (3,4 %)	-
Сегментарна дуоденопластика і СПВ	12 (20,0 %)	-
Субциркулярна дуоденопластика і СПВ	6 (10,0 %)	-
Циркулярна дуоденопластика і СПВ	5 (8,3 %)	-
Всього	54 (90,0 %)	6 (10,0 %)

Після 12 годин ушивання перфоративної виразки виконане у 6 (10,0%) хворих на тлі вираженої ендогенної інтоксикації (II-III ступінь). Характерно, що в цій підгрупі були як молоді хворі без супутніх захворювань з типовим виразковим анамнезом і гіперацидним кислотоутворенням, так і пацієнти понад 70 років, а також з супутніми захворюваннями у фазі суб-, декомпенсації. Незважаючи на мінімальний обсяг операції, яка переслідувала мету тільки порятунку життя, помер 1 хворий (ТЕЛА). Летальність склала - 3,4 %.

У інших хворих основної групи (n = 49) за розробленими і строго обґрунтованими показаннями прагнули об'єднати одночасне усунення вітального для хворого ускладнення

(перфоративна дуоденальна виразка) і найбільш раціональний варіант видалення виразкового субстрату з позицій індивідуального підходу до конкретного пацієнта (табл. 2).

У віддаленому періоді порушень моторно-евакуаторної функції шлунка та органічних змін у хворих основної групи з цілого ряду позицій взагалі не спостерігалось або їх кількість була вірогідно меншою, ніж в контрольній ($P < 0,05$). Так, ДГР I ступеня, при якому концентрація жовчних кислот у шлунковому соку коливалася від 0,06 до 0,1 мг/мл, відзначений в основній групі тільки у 3 (5,3 %) хворих. За даними ендоскопічного та рентгенологічного досліджень, причиною ДГР були прояви дуоденостазу I ступеня.

У контрольній групі ДГР спостерігався як у більш вираженому ступені (II-III ст.), так і в більшій кількості випадків (7 - 8,9 % хворих). Характерно, що ведучою причиною рефлюксу було саме руйнування пілоруса (пілоропластика). За даними ФЕГДС, визначався зяючий отвір в зоні гастродуоденального переходу з вільним переміщенням жовчі з ДПК в шлунок. Рентгенологічних ознак дуоденостазу не виявлено. Демпінг-синдром легкого ступеня відзначений тільки у 1 (1,8 %) хворого основної групи. Найімовірніше, при виконанні субциркулярної дуоденопластики у цього хворого разом з виразковим субстратом були висічені волокна сфінктера пілоруса, тобто фактично була виконана пілоропластика. На це вказують дані ФЕГДС і рентгеноскопії з сульфатом барію.

В контрольній групі демпінг-синдром легкого ступеня спостерігався у 3 (3,8 %) хворих. В усіх раніше виконувалася пілоропластика і стовбутова ваготомія, тобто демпінг, хоча й у легкому ступені, був наслідком цілеспрямованого розсічення пілоричного м'яза.

Рецидив виразки у 1 (1,8 %) хворого основної групи спостерігався після ушивання перфоративного отвору, яке виконане через пізні (18 годин) надходження до стаціонару з моменту перфорації.

Таким чином, принцип дуоденопластики, який зберігає пілорус як винятково важливий механізм гастродуоденального переходу та коригує виниклі органічні зміни (пенетрація, стеноз), перешкоджає розвитку моторно-евакуаторних порушень. Такий тип оперативних втручань вигідно відрізняється від застосованих в контрольній групі.

Віддалені результати проаналізовані також у хворих, яким за розробленою концепцією в основній групі застосовувалися різні принципи оперативних втручань (табл. 3).

В підгрупі хворих (табл. 3) з видаленням виразкового субстрату ДПК і СПВ спостерігалися всього два випадки (8,7 %) задовільних результатів, до яких віднесли дуоденогастральний рефлюкс I та II ступеня.

Віддалені результати хірургічного лікування проривних виразок ДПК в основній групі в залежності від типів оперативних втручань

Оцінка віддалених результатів (за Visick-Панциревим)	Підгрупа хворих		
	Видалення виразкового субстрату ДПК і СПВ (n=23)	Видалення виразкового субстрату ДПК, "медикаментозна" ваготомія (n=25)	Ушивання проривного отвору виразки (n=8)
Відмінний	16 (69,6 %)	17 (68,0 %)	1 (12,5 %)
Добрий	5 (21,7 %)	5 (20,0 %)	3 (37,5 %)
Задовільний	2 (8,7 %)	2 (8,0 %)	2 (25,0 %)
Незадовільний	0 (0,0 %)	1 (4,0 %)	2 (25,0 %)
Всього	23 (100,0 %)	25 (100,0 %)	8 (100,0 %)

У переважної більшості пацієнтів спостерігався стійкий ефект СПВ у вигляді гіпо-, нормацидного стану секреції (78,2 %) і їм не було потреби проводити терапію антисекреторними препаратами. Помірна гіперацидність, виявлена у 4 (17,4 %) хворих, клінічно не проявлялася, тому що була збереженою олужняюча функція антруму (рН антруму - 5,1-5,9). Незадовільних результатів не було; позитивні (відмінні та добрі) - склали 91,3 %. Результати лікування в цій підгрупі можна вважати максимально ефективними і вони порівняні з показниками планової хірургії. Це, в свою чергу, доводить правильність запропонованого комплексу передопераційного обстеження і розроблених показань для виконання дуоденопластики і СПВ.

В підгрупі хворих (табл. 3), яким виконувалося лише видалення виразкового субстрату ДПК без кислотознижуючої процедури (СПВ), нова концепція базувалася на даних передопераційної ургентної рН-метрії (нормацидність, гіпоацидність), при цьому свідомо допускалося, що серед хворих з такими показниками кислотопродукції на момент дослідження могли бути пацієнти з тимчасовим функціональним гальмуванням секреції, обумовленим або стресовим характером самої патології (прорив виразки), або медикаментозною депресією. Як і в попередній підгрупі (дуоденопластика і СПВ), у двох хворих (8,0 %) спостерігався ДГР I і II ступеня (задовільний результат), однак в обох випадках це виникло внаслідок пілоророзсічення при виконанні дуоденопластики (сегментарна, циркулярна), тобто фактично була виконана пілоропластика (дані ФЕГДС і рентгеноскопії шлунка з барієм через 6 місяців і 1,5 року).

У одного хворого (4,0 %) (незадовільний результат) через 1 рік після операції (сегментарна дуоденопластика) виявлена виразка задньої стінки ДПК. Даний хворий практично не приймав ніяких препаратів (інгібітори протонної помпи, H₂-блокатори), не з'являвся на прийом до лікаря.

У 22 хворих (88,0 %) результати розцінювалися як добрі та відмінні (позитивні). Всі вони регулярно спостерігалися у хірурга (протягом року після операції) і гастроентеролога (надаліше). У 17 (65,4 %) з них потрібне було проведення терапії "за вимогою", причому у 5 - в зв'язку з прийомом нестероїдних протизапальних препаратів (ерозивний гастродуоденіт). У 15 (60,0 %) хворих дослідження шлункової секреції в різний термін протягом 3-х років показало помірне гіперацидне кислотоутворення та у 1 (4,0 %) - виражену гіперацидність, тобто нормацидність, яка спостерігалася у них на момент прориву виразки, не відображала дійсного характеру кислотопродукції. Тільки у 8 (32,0 %) хворих цієї підгрупи і у подальшому зберігався нормацидний тип секреції, що підтверджує відому тезу про практично безумовну гіперацидність дуоденальних виразок. За інших рівних умов ця підгрупа хворих, за даними аналізу, повинна мати тенденцію перетворення в першу, в якій виконувалася СПВ, тобто відмова від хірургічної ваготомії - це не самоціль, а лише тільки наявність яких-небудь протипоказань до СПВ. Саме суворі та обгрунтовані показання в рамках розробленої концепції дозволяють без ризику розширити обсяг оперативного втручання з включенням СПВ. На доцільність такого підходу вказують більш високі віддалені позитивні результати з застосуванням дуоденопластики і ваготомії (СПВ), що склали 91,3 %, проти 88,0 % - без СПВ, а сумарний результат позитивних значень в обох підгрупах склав 89,7 %.

В підгрупі хворих, яким за розробленими показниками вимушено виконувалося ушивання проривного отвору виразки, після операції проводилося стандартне протокольне лікування у гастроентеролога на основі Маастрихтських угод (1996, 2000). Позитивні віддалені результати склали усього лише 50,0 %. У двох хворих (незадовільний результат) виразка ДПК після ушивання проривного отвору загоїлася тільки через 3 та 5 тижнів з формуванням стенозу (субкомпенсований, декомпенсований). Ще у двох хворих з тяжкою соматичною патологією в подальшому спостерігалася рубцювання виразки з клінічними проявами компенсованого стенозу (задовільний результат).

Аналіз показує, що група хворих з ушиванням перфоративного отвору виразки ДПК повинна бути зведена до мінімуму. Така операція може виконуватися, в основному, за вимушеними показаннями. Тільки при гострих (симптоматичних) виразках з перфорацією ("стресові", медикаментозні, ендокринні, у тому числі ювенільні, при деяких захворюваннях внутрішніх органів) припустиме застосування ушивання перфоративного отвору у вигляді самостійної операції на тлі лікування основного захворювання.

В підсумку, кількість відмінних і добрих віддалених результатів склала в основній групі 83,9 %, що перевищує аналогічний показник (27,8 %) в контрольній - на 56,1 % ($P < 0,001$), а сумарна кількість задовільних і незадовільних результатів в основній групі була в 4,4 рази менше, ніж в контрольній - відповідно 16,1 % та 72,2 %, що статистично вірогідно ($P < 0,001$) доводить перевагу операцій, які застосовувалися на основі розробленої концепції.

Таким чином, проведене дослідження доводить, що сучасний етап хірургічного лікування проривних виразок дванадцятипалої кишки повинен базуватися на суворих принципах диференційованого підходу до вибору оперативного втручання у конкретного хворого. Цьому сприяє розроблена концепція, яка визначає показання до кожного з видів операції на основі науково обгрунтованого протоколу передопераційного обстеження, намагання виконати дуоденопластику замість пілоропластики, здійснення кислотознижуючої процедури у контексті поняття і змісту радикальної операції при перфоративній виразці ДПК з позицій сучасного бачення можливостей консервативного лікування виразкової хвороби.

ВИСНОВКИ

В дисертації наведені теоретичні узагальнення і нові рішення наукової задачі – хірургічного лікування перфоративних дуоденальних виразок, що включають диференційований підхід до вибору методу оперативного втручання, а також обгрунтування, розробку та оцінку ефективності застосування дуоденопластики в сполученні з СПВ і без неї.

1. Зі збільшенням часу від моменту перфорації кількість мікробних тіл зростає, досягаючи критичних цифр (10^5) після 12 годин, і корелює з розвитком розлитого серозно-фібринозного перитоніту та ендогенної інтоксикації II – III ступеня.

2. До 12 годин з моменту перфорації дуоденальної виразки відзначається незначний рівень (I-II ст.) ендогенної інтоксикації, що розвивається, прогнозування розвитку якої визначається на основі розробленого тесту генерації молекул середньої ваги, і в цей термін за обгрунтованими показаннями може виконуватися будь-який варіант радикальної операції.

3. Після стандартної санації черевної порожнини у 90,7 % хворих, оперованих до 12 годин з моменту перфорації, не спостерігається росту мікрофлори в післяопераційному періоді, а у 7,5 % - кількість мікробних тіл не перевищує $10^2 - 10^3$ колонієутворюючих одиниць в 1 мл змиву.

4. У хворих з перфоративною виразкою дванадцятипалої кишки оптимальним є комплекс передопераційного обстеження, що включає оглядову рентгеноскопію органів грудної і черевної порожнини, ФЕГДС, внутрішньошлункову ендоскопічну експрес-рН-метрію, експрес-тест на наявність хелікобактерної інфекції.

5. В термін до 12 годин з моменту прориву дуоденальної виразки при гіпо- чи нормацидному стані кислотопродукції, а також неможливості або протипоказаннях до СПВ операцією вибору

може бути ізольована дуоденопластика; при гіперацидному - дуоденопластика і СПВ; ушивання проривної виразки припустимо у хворих з тяжкою супутньою патологією, гострими (симптоматичними) виразками, понад 70 років, а також після 12 годин з моменту перфорації незалежно від віку і тяжкості стану.

6. На основі розроблених показань і диференційованого підходу до вибору методу операції у хворих з перфоративною виразкою ДПК позитивні віддалені результати склали 83,9 %, задовільні - 10,7 %, незадовільні - 5,4 %.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. У хворих з перфоративною виразкою ДПК для передопераційного обстеження слід включати такі методи: ФЕГДС (локалізація та розмір виразкового дефекту, відстань до пілоруса, наявність або відсутність виразок у шлунку і на задній стінці ДПК), внутрішньошлункова експрес-рН-метрія (стан кислотопродукуючої функції шлунка), експрес-тест на наявність хелікобактерної контамінації.

2. Для оцінки тяжкості стану хворого показано використання експрес-методики визначення ТГМСВ (диференціальна діагностика та прогнозування розвитку ендогенної інтоксикації).

3. При виборі методу операції у хворих з проривною виразкою ДПК необхідно прагнути до виконання дуоденопластики, яка можлива за наявністю відстані від виразки до пілоруса 3 - 4 мм; при залученні у виразковий субстрат пілоруса припустиме виконання пілоропластики.

4. Виконання радикальних операцій доцільне в період до 12 годин від моменту перфорації виразки ДПК, незалежно від поширеності перитоніту і характеру ексудату.

5. Після операції спостереження за пацієнтами повинно здійснюватися хірургом (переважно протягом першого року) та гастроентерологом (постійно) у рамках протоколу Маастрихтських угод (1996, 2000).

СПИСОК ОПУБЛІКОВИХ АВТОРОМ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Вакуленко В.В. Степень микробного загрязнения брюшной полости и выраженность эндогенной интоксикации у больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки в зависимости от сроков перфорации // Запорожский медицинский журнал. – 2004. - №4. – С.92-94.

2. Вакуленко В.В., Михеев А.А., Исайчиков И.И. Эндотоксикоз и выбор объема операции у пациентов с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки // Запорожский медицинский журнал. – 2004. - №5. – С.92-94 (Автор провів аналіз результатів дослідження та написав основну частину статті).

3. Індивідуалізований підхід до хірургічного лікування перфоративної виразки дванадцятипалої кишки / В.М. Клименко, В.В. Вакуленко, Є.М. Тиханков, І.І. Ісайчиков //

Шпитальна хірургія. - 2004. - №4. - С.197-199 (Особисто автором проведено обстеження хворих, взято участь у їх хірургічному лікуванні).

4. Индивидуализированный подход в выборе метода операции у больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки / В.Н. Клименко, В.В. Вакуленко, С.Н. Гулевский, Е.Н. Тиханков, В.В. Клименко // Хірургія України. – 2004. - №1. – С.125-128 (Автором зроблено обстеження хворих, проведено статистичний аналіз результатів лікування цих хворих, взято участь у їх хірургічному лікуванні).

5. Дифференцированный подход к выбору метода операции у больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки / В.Н. Клименко, В.В. Вакуленко, В.В. Избицкий, А.И. Олейник, Э.А. Горбатенко, В.Ю. Гавриков, И.И. Исайчиков // Актуальні питання фармацевтичної та медичної науки та практики: Збірник наукових статей. – Запоріжжя, 2003. – Випуск ІХ. – С. 272-277 (Особистий внесок автора визначався в обстеженні хворих, проведенні статистичного аналізу результатів лікування, участі у оперативних втручаннях цих пацієнтів, написанні частини статті).

6. Новые подходы к выбору метода операции у больных с прободной язвой двенадцатиперстной кишки / В.Н. Клименко, В.В. Вакуленко, Е.Н. Тиханков, С.М. Кравченко, С.Н. Гулевский, В.В. Клименко // Харківська хірургічна школа. – 2005. - № 2.1. – С. 109-113 (Автор провів статистичний аналіз результатів лікування, взяв участь у оперативному лікуванні пацієнтів, написав частину статті).

7. Клименко В.М., Вакуленко В.В. Вибір методу операції у хворих з перфоративною виразкою дванадцятипалої кишки залежно від терміну перфорації. // Зб. матеріалів наук.-практ. конф. "Актуальні проблеми стандартизації у невідкладній абдомінальній хірургії". - Л., 2004. - С.75-76 (Особистий внесок автора в обстеженні хворих, участі у їх хірургічному лікуванні).

8. Декл. пат. 64680 А Україна, МПК 7 G01N33/00. Спосіб визначення генерації молекул середньої ваги та прогнозування розвитку ендогенної інтоксикації за отриманими даними / В.В. Вакуленко, В.М. Клименко, О.О. Міхеєв (Україна); Запорізький державний медичний університет (Україна). - № 20031212215; Заявл. 23.12.03; Опубл. 16.02.04, Бюл. №2. – С.3.32 (Автором проведено взяття нативного матеріалу, прийнято участь в проведенні біохімічних досліджень та оформлення патенту).

9. Клименко В.М., Вакуленко В.В., Избицкий В.В. Диференційований підхід до вибору методу операції у хворих з перфоративною виразкою дванадцятипалої кишки залежно від терміну перфорації: Інформаційний лист № 246. – К., 2003. – 4 с. (Особистий внесок автора визначався в обстеженні хворих, їх хірургічному лікуванні, оформленні інформаційного листа).

АНОТАЦІЯ

Вакуленко Віталій Вікторович. Диференційований підхід до вибору метода операції у хворих з перфоративною виразкою дванадцятипалої кишки залежно від терміну перфорації. - Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за фахом 14.01.03 - хірургія. - Запорізька медична академія післядипломної освіти, Запоріжжя, 2005.

Дисертація присвячена підвищенню ефективності хірургічного лікування хворих з перфоративною виразкою ДПК.

В контрольній групі хворих (n=106), яким радикальні операції (пілоропластика, ваготомія - СтВ, СВ, СПВ) виконувались в термін до 6 годин з моменту перфорації, після 6 - тільки ушивання проривної виразки, незадовільні результати у віддаленому періоді склали 32,9 %. Для вибору адекватного оперативного втручання в основній групі (n=60) застосовано науково обґрунтовані доповнення до протоколу доопераційного обстеження (ФЕГДС, комп'ютерна рН-метрія, експрес-визначення Нр та генерації МСВ), на підставі яких розроблено функціонально обумовлений алгоритмізований розподіл хворих на три принципові групи. В першій з них виконувались видалення виразкового субстрату та хірургічна ваготомія (дуоденопластика і СПВ), в другій – тільки дуоденопластика (гіпо-, нормацидний тип шлункової секреції) з подальшою керованою “медикаментозною” ваготомією під наглядом гастроентеролога, в третій – тільки ушивання перфоративного отвору дуоденальної виразки та пролонгована "медикаментозна" ваготомія (за показаннями).

Показано, що при такому підході віддалені позитивні результати (відмінні, добрі) в основній групі склали 83,9 %, проти 27,8 % - в контрольній ($P < 0,001$), а кількість задовільних та незадовільних результатів в основній групі була в 4,4 рази меншою, ніж в контрольній – відповідно 16,1 % та 72,2 %.

Ключові слова: перфоративна виразка ДПК, дуоденопластика, ваготомія, ушивання виразки.

АННОТАЦИЯ

Вакуленко Виталий Викторович. Дифференцированный подход к выбору метода операции у больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки в зависимости от сроков прободения. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03 – хирургия. – Запорожская медицинская академия последипломного образования, Запорожье, 2005.

Диссертационная работа направлена на повышение эффективности хирургического лечения больных с перфоративной язвой ДПК.

В контрольной группе (n=106) инструментальное обследование больных при поступлении носило минимальный характер и отвечало общим требованиям ургентной ситуации (обзорная рентгеноскопия органов грудной и брюшной полости, ФЭГДС – только при отсутствии свободного газа под куполом диафрагмы). На основе стандартного подхода оперативные вмешательства радикального плана (пилоропластика с иссечением язвы и ваготомия) выполнялись до 6 часов с момента перфорации, после 6 часов – производилось только ушивание прободной язвы. Неудовлетворительные отдаленные результаты составили 32,9 %, при этом 26,6 % из них – после ушивания и 6,3 % - после радикальных операций. По данным анализа, основными причинами такого положения являлись недостаточная программа предоперационного обследования и стандартный подход в выборе объема оперативного вмешательства.

С учетом этого в основной группе больных (n=60) применялись целенаправленные дополнения к протоколу предоперационного обследования (ФЭГДС, компьютерная эндоскопическая рН-метрия в реальном масштабе времени, экспресс-определение Нр и прироста МСМ, биопсия слизистой желудка и ДПК), на основе которых доказана безопасность оперирования в рамках 12-часового интервала с момента прободения в объеме радикального вмешательства, тип, необходимость и рациональный объем которого определялся с учетом индивидуального подхода к конкретному пациенту, разработано функционально обусловленное распределение больных на три подгруппы.

В первой из них (гиперацидный тип секреции) выполнялось удаление язвенного субстрата и хирургическая ваготомия (дуоденопластика и СПВ) с регламентированными показаниями (больные в возрасте до 70 лет, пациенты до 20 лет при наличии стеноза и пенетрации; отсутствие сопутствующих заболеваний в фазе суб- и декомпенсации; наличие язвенного и гастритического анамнеза; срок от момента прободения до госпитализации не более 12 часов).

Во второй подгруппе (те же показания) – только дуоденопластика (гипо-, нормацидный тип желудочной секреции) с дальнейшей управляемой “медикаментозной” ваготомией (ингибиторы протонной помпы, H₂-блокаторы) под контролем гастроэнтеролога.

В третью подгруппу, в которой производилось только ушивание перфоративного отверстия и пролонгированная “медикаментозная” ваготомия (по показаниям) вошли больные, поступившие после 12 часов с момента прободения независимо от возраста и наличия сопутствующих заболеваний, а также со значимыми сопутствующими нозологиями в фазе суб- и декомпенсации основных функций и систем, в том числе пациенты до 20 лет с перфоративной язвой без стеноза и пенетрации.

В отдаленном периоде нарушений моторно-эвакуаторной функции желудка и органических изменений у больных основной группы по целому ряду позиций вообще не наблюдалось (демпинг-синдром) либо их количество было достоверно меньшим (ДГР), чем в контрольной ($P < 0,05$).

Отличные и хорошие отдаленные результаты составили в I-й подгруппе (дуоденопластика и СПВ) – 91,3 %, близкие к ним (88,0 %) – определялись во II-й подгруппе (дуоденопластика без СПВ), в III-й подгруппе (ушивание, “медикаментозная” ваготомия по показаниям) – 50,0 %.

В итоге, при сравнении с контрольной группой суммарное количество положительных отдаленных результатов в основной – составило 83,9 %, что превышает на 56,1 % ($P < 0,001$), а суммарное количество удовлетворительных и неудовлетворительных результатов в основной группе было в 4,4 раза меньше, чем в контрольной – соответственно 16,1 % и 72,2 %, что доказывает преимущество такого подхода на основе разработанной концепции.

Ключевые слова: перфоративная язва ДПК, дуоденопластика, ваготомия, ушивание прободной язвы.

SUMMARY

Vakulenko Vitaly Viktorovich. Differentiated approach to the choice of the operative method for perforative duodenal ulcer patients in dependence on perforation period. - Manuscript.

The dissertation for scientific degree of medical sciences candidate on the speciality 14.01.03 - surgery. - Zaporozhye Academy of doctors' advanced training, Zaporozhye, 2005.

The dissertation is devoted to the improvement of efficiency of surgical treatment in perforative duodenal ulcer patient.

In control group patients ($n=106$) who were intervened by radical operations (pyloroplasty, vagotomy - TrV, SV, SPV) in the term of 6 hours since the perforative moment, and longer 6 hours - the only suture of duodenal ulcer, the unsatisfactory results in further period were 32,9 %. For choice of adequate operative intervention in basic group ($n=60$) scientifically based additions to the preoperative investigation protocol (FEGDS, computary pH-metry in real time, express definition Hp and MAM generation, mucose stomach and duodenal biopsy) on which base functionally conditioned algorithmic distribution of patients into three principal groups was worked out. In the first one of them ulcer substrate resection and surgical vagotomy (duodenoplasty and SPV) was fulfilled, in the second one - the only duodenoplasty (without SPV - hypo-, normal type of stomach secracy) with further directed "medicomentose" vagotomy upon gastroenterologist, in the third one - the only suture of perforative hole in duodenal ulcer and prolonged "medicomentose" vagotomy (on data).

It is showed that under such approach long positive results (excellent, good) in basic group were 83,9 % against 27,8 % in control group ($P < 0,001$), and the quality of satisfactory and unsatisfactory results in basic group was in 4,4 less, then in the control one accordingly 16,1 % and 72,2 %.

Key words: perforative duodenal ulcer, duodenoplasty, vagotomy, suture of ulcer.

Замовлення 854. формат 60x90/16. Папір офсетний.
Підписано до друку 02.10.2005р. Друк різнографічний. Ум. арк. 0,9.
Тираж 100 прим. Друкарня НВС “Карат”,
м. Запоріжжя, вул. Сталеварів, 30а.