

© Суходоля А.І., Козак І.О., Підмурняк¹О.О., Власов В.В., Курик О.Г.

УДК 617.55-089.168-06:616.37-002

УСКЛАДНЕННЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ "ТЯЖКИХ" ВИРАЗОК ШЛУНКА ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

А.І.Суходоля, І.О.Козак, О.О.Підмурняк¹, В.В.Власов, О.Г.Курик

Кафедра хірургії ФПО (зав. – проф. А.І.Суходоля) Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова, відділ лапароскопічної хірургії та холелітіазу (зав. – проф. М.Ю.Ничитайло) Інституту хірургії і трансплантології АМН України (м. Київ)¹

Резюме. Проаналізовані результати хірургічного лікування ускладненої та неускладненої виразки шлунка і дванадцятипалої кишки у 1240 хворих. Операцією вибору при низьких постбульбарних виразках вважаємо дуоденопластику. Гострий післяопераційний панкреатит розвинувся у 12 (5,5 %) хворих.

Ключові слова: виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, резекція, дуоденопластика, гострий післяопераційний панкреатит.

Успіхи консервативного лікування призвели до значного скорочення числа операцій з приводу неускладненої виразкової хвороби (ВХ) шлунка і дванадцятипалої кишки (ДПК) [1-3]. Натомість зросла кількість операцій ускладнених виразок, що призвело до збільшення післяопераційних ускладнень [4, 5]. Насамперед це стосується хірургічного лікування, так званих, "тяжких" виразок шлунка і ДПК (кардіальні та субкардіальні, "гігантські" виразки шлунка та ДПК, з пенетрацією та вираженим періульцерозним інфільтратом, низькі зацибулинні виразки) [6-8].

Мета дослідження. Уточнити післяопераційні ускладнення хірургічного лікування ВХ шлунка і ДПК та вивчити зміни підшлункової залози (ПЗ) після хірургічного лікування "тяжких" гастродуоденальних виразок.

Матеріал і методи. Проаналізовано результати хірургічного лікування ВХ шлунка та ДПК у 1240 хворих за 10 років (1997-2006 рр.). Діагностичне обстеження включало: дані клініки, лабораторних та інструментальних досліджень (гастрофібродуоденоскопія, рентгенологічне обстеження ДПК, рН-метрія, ультразвукова діагностика, дуплексне сканування).

"Тяжкі" виразки спостерігали у 214 хворих (17,2 % від загальної кількості прооперованих з приводу ВХ). У 162 хворих (75,9 %) виконали різні види резекцій шлунка, у 52 (24,1 %) із 214 пацієнтів виконали органозберігальні операції (ваготомія + висі-

чення виразки + дуоденопластика) в різних модифікаціях. Кардіальні та субкардіальні виразки шлунка спостерігали у 8 випадках. З приводу хронічних "гігантських" кальозних виразок шлунка (19 %) та ДПК (9 %) з пенетрацією в ПЗ (91 % від загальної кількості "тяжких" виразок) оперували 16 хворих. У 7 хворих виразка локалізувалася в пілоричному відділі шлунка і пенетрувала в голівку і тіло ПЗ, у 9 – виразка ДПК, яка пенетрувала в голівку ПЗ. У 15 хворих діагностований суб- і декомпенсований стеноз ворота. У всіх випадках спостерігався значний періульцерозний інфільтрат. При роз'єднанні шлунка і ДПК від ПЗ, у разі пенетрації виразкового дефекту у 55 хворих із 194 виконали крайову резекцію ПЗ із зашиванням дефекту та перитонізацією смужкою великого сальника на судинній ніжці, у решти 139 хворих органи розділяли тупо.

З приводу зацибулинної дуоденальної виразки (ЗДВ) прооперовано 187 хворих (10,03 % від загальної кількості хворих на ВХ) віком від 18 до 83 років, зокрема, чоловіків – 164. У 21 (11,2 %) хворого виразковим процесом був уражений великий сосочок ДПК. Після операції від різних ускладнень померло 15 (8,02 %) хворих з ЗДВ. Усім померлим виконано гістологічне дослідження тканини ПЗ. Матеріал фіксували в 10 % розчині нейтрального формаліну, готували парафінові зрізи завтовшки 5-7 мкм, фарбували гематоксилін-еозином, фуксиліном по Вайгерту, за методом Малорі, проводили імпрегнацію сріблом за методом Гоморі.

Результати дослідження та їх обговорення. Післяопераційний період ускладнився у 59 хворого (28 %), померли 23 хворих (11 %). Се-

ред ранніх ускладнень спостерігалися: кровотека в просвіт шлунково-кишкового тракту (2 випадки) та очервинну порожнину (1), неспроможність кукси ДПК (13), неспроможність швів гастроентероанастомозу (2), неспроможність гастродуоденоанастомозу (3), недостатність стравохідно-шлункового анастомозу (4), пошкодження позапечінкових жовчних проток (5), гострий післяопераційний панкреатит (ГПП) – 12, анастомозит (4), рання кишкова непрохідність (3), запальні інфільтрати черевної порожнини (6), гостра енцефалопатія (1), печінково-ниркова недостатність (1), пневмонія (2).

Із 162 хворих, яким виконали резекцію шлунка, ГПП виник у 14 (9,1 %) пацієнтів, у прооперованих за допомогою органозберігальних технологій ранній ГПП розвинувся у 7-ми (14,2 %) осіб.

У післяопераційному періоді ознаки гострого панкреатиту (ГП) виявлено у 5 (6,02 %) хворих із ЗДВ, загострення хронічного панкреатиту – 46 (55,46 %) із 83 ультрасонографічно обстежених хворих. Серед померлих з кровоточивою ЗДВ було 9 чоловік, з перфоративною – 3, зі стенозуючою – 1. Поєднання стенозу з перфорацією мало місце у 2 хворих. Причинами смерті у хворих із ЗДВ стали: геморагічний шок (5), перитоніт (3), неспроможність швів у місці дуоденопластики (3) і кукси ДПК (3), ТЕЛА (1), пневмонія (1). При секційному дослідженні явища запалення ПЗ виявлені у всіх померлих, ГП – 4 (26,6 %), хронічний панкреатит – 11 (73,4 %). У групі померлих до релапаротомії за допомогою УЗО ГПП діагностований у 1 хворого, при секційному дослідженні – 4 (36,6 %). У двох померлих на 5-7 добу після операції спостерігалися ділянки некрозу ацинарної тканини ПЗ та прилеглої жирової тканини з вираженою

дифузною лейкоцитарною інфільтрацією (ЛІ) в ділянках некрозу. Поліморфноядерні лейкоцити (Л) знаходили в некротично змінених ацинарних клітинах ПЗ. У просвіті вивідних проток виявляли скупчення Л, злушення епітеліальних клітин. В осередках тканинного некрозу ПЗ стінки судин значно інфільтровані Л, розпушені, набряклі, спостерігали повнокров'я судин. У просвіті окремих судин знаходили фібринозно-еритроцитарні тромби. По периферії ділянок некрозу ПЗ виявлено виражений набряк внутрішньочасточкової та міжчасточкової сполучної тканини у вигляді прошарків просякнутих еозинофільною рідиною з наявністю Л, макрофагів. У хворих (2), що померли на 4-6 добу після операції, знаходили поширені ділянки некрозу ПЗ з геморагічним просякненням ацинарної тканини, ЛІ. У прилеглій жировій клітковині спостерігалися вогнища стеатонекрозу та виражену ЛІ.

Необхідність хірургічного лікування ЗДВ виникла в 85 % хворих. Хронічне запалення ПЗ мали 61,4 % хворих на ЗДВ, що зумовлено безпосереднім ураженням тканини ПЗ та великого сосочка ДПК.

Висновки. 1. Хірургічне лікування "тяжких" та ускладнених виразок шлунка і дванадцятипалої кишки супроводжується значним відсотком (28 %) післяопераційних ускладнень. 2. Основним морфологічним субстратом гострого післяопераційного панкреатиту при хірургічному лікуванні зацибулинної дуоденальної виразки є гострий некротичний панкреатит.

Перспективи подальших досліджень. Доцільно створити алгоритм діагностики і системи прогнозування розвитку післяопераційних ускладнень при хірургічному лікуванні виразкової хвороби.

Література

1. Великоцький Н.Н. Место современных органосохраняющих операций в лечении осложненных форм язвенной болезни // *Хірургія України*. – 2004. – № 2 (10). – С. 25-28.
2. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Рецидив острых гастродуоденальных кровотечений // *Хирургия*. – 2003. – № 7. – С. 43-49.
3. Кубышкин В.А., Вишневский В.А., Буриев И.М., Гаврилин А.В. Острый послеоперационный панкреатит (состояние проблемы в многопрофильном институте) // *Экспер. и клин. медицина*. – 2004. – № 3. – С. 59-63.
4. Курбанов К.М., Ибодов С.Т. Диагностика и лечение пенетрирующих язв двенадцатиперстной кишки // *Хірургія*. – 2001. – №1. – С. 9-11.
5. Ничитайло М.Ю., Підмурняк О.О. Виникнення гострого панкреатиту після операцій на органах гастродуоденальної та панкреатобілярної зон // *Клін. хірургія*. – 2004. – № 11-12. – С. 76-77.
6. Мамчич В.И., Шуляренко В.А., Гвоздик М.М. та ін. Диагностика і хірургічне лікування гігантських виразок шлунка і дванадцятипалої кишки // *Хірургія України*. – 2004. – № 2 (10). – С. 115-117.
7. Никитин Н.А. Недостаточность швов дуоденальной культи в urgentной хирургии язвенной болезни. – Киров: Вятка, 2002.

– 214 с. 8. Суходоля А.І., Козак І.О., Власов В.В., Підмурняк О.О. Тактика при пошкодженні великого дуоденального сосочка під час операцій з приводу виразкової хвороби // *Хірургія України*. – 2004. – № 2 (10). – С. 35-37.

ОСЛОЖНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ "ТЯЖЕЛЫХ" ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Резюме. Проанализированы результаты хирургического лечения осложненной и неосложненной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки у 1240 больных. Операцией вибора при низких постбульбарных язвах считаем дуоденопластику. Острый панкреатит развился в раннем послеоперационном периоде у 12 (5,5 %) пациентов.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, резекция, дуоденопластика, острый послеоперационный панкреатит.

COMPLICATIONS OF SURGICAL TREATMENT OF "SEVERE" GASTRIC AND DUODENAL ULCERS

Abstract. The results of surgical treatment of complicated and uncomplicated gastric and duodenal ulcers have been analyzed in 1240 patients. Duodenoplasty is regarded by the authors to be the operation of choice in case of low postbulbar ulcers. Acute postoperative pancreatitis developed in 12 (5,5 %) patients.

Key words: gastric and duodenal ulcers, resection, duodenoplasty, acute postoperative pancreatitis.

M.I.Pyrogov National Medical University (Vinnitsia),
Institute of Surgery and Transplantology of Ukraine's AMS (Kyiv)

Надійшла 07.05.2007 р.
Рецензент – проф. О.І.Іващук (Чернівці)

© Розуменко В.Д., Ключка В.М.

УДК 616.831-006.484:615.849.19-089

ВИСОКОЕНЕРГЕТИЧНЕ ЛАЗЕРНЕ ВИПРОМІНЮВАННЯ В ХІРУРГІЇ ОЛІГОАСТРОЦИТОМ ПІВКУЛЬ ВЕЛИКОГО МОЗКУ

В.Д.Розуменко, В.М.Ключка

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова АМН України, м. Київ

Резюме. На матеріалі 28 спостережень розглядаються питання використання лазерних технологій при операціях з приводу олігоастроцитом півкуль великого мозку. Визначена роль лазерного випромінювання в хірургії глибоких олігоастроцитом та функціонально важливих ділянок. Диференційне застосування лазерних технологій залежно від ступеня анаплазії та структури пухлини сприяє поліпшенню результатів лікування.

Ключові слова: олігоастроцитом, лазерне випромінювання.

Олігоастроцитом (ОА) – змішана внутрішньомозкова пухлина, яка складається з олігодендрогліального та астроцитарного компонентів. Частота ОА становить 9-12 % від усіх гліом [1]. У США, Італії, Німеччині, Великобританії,

Японії частота захворюваності на ОА становить 1-1,5 випадки на 100000 населення [2]. В Україні, як і в інших країнах світу, спостерігається поступове зростання цієї патології – до 2 випадків на 100000 населення [3].