

мін епітелізації рани становив $25,7 \pm 4,3$ ліжок-днів, з ефективною пластикою – $12,3 \pm 0,4$.

Висновки. 1. Рання аутодермальна пластика рани в комплексному лікуванні хворих на синдром діабетичної стопи є ефективним і результативним засобом прискореного загоєння ран. 2. Об'єктивними прогностичними показниками ефективності ранньої аутодермальної пластики є показник шкірної температури в ділянці нижньої третини гомілки вище $32,4^\circ\text{C}$, інтен-

сивність теплового потоку не менше 80 Вт/м^2 та регенераторний тип цитограми з рани. 3. Первинна аутодермопластика показана у випадках хронічної тривалої невропатично-інфікованої виразки.

Перспективи подальших досліджень. Відтерміновану аутодермопластику доцільно застосовувати пацієнтам після оперативних втручань з приводу гострих нагнійних захворювань стопи та вологої гангрени.

Література

1. Антипович Е.А. та ін. Досвід лікування хворих з інфікованою діабетичною стопою // Шпит. хірургія. – 2001. – № 3. – С. 136.
2. Василюк М.Д., Василюк С.М. Оптимізація комплексного хірургічного лікування синдрому діабетичної стопи // Шпит. хірургія. – 2001. – № 3. – С. 100-102.
3. Ляпис М.О., Герасимчук П.О. Синдром стопи діабетика. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. – 283 с.
4. Василюк С.М. Аутодермопластика в хірургічному лікуванні синдрому діабетичної стопи // Клін. хірургія. – 2004. – № 11-12. – С. 52-54.
5. Ляпис М. и др. Ранняя аутодермопластика в активном лечении анаэробной неклостридиальной инфекции у больных сахарным диабетом. Раны, ожоги, повязки // Матер. хирург. конгр. – Израэль, Тель-Авив, 1998. – С. 31.

РАННЯ АУТОДЕРМАЛЬНА ПЛАСТИКА РАН В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

В.О.Шидловский, Ю.О.Мацюк, О.В.Шидловский

Резюме. Изучена эффективность ранней аутодермальной пластики в комплексном лечении больных синдромом стопы диабетика. Определены показания к первичной и отсроченной аутодермопластике. По данным кожной температуры и теплоотдачи разработаны прогностические критерии эффективности ранней аутодермопластики.

Ключевые слова: стопа диабетика, хирургическая обработка гнойно-некротического очага, ранняя аутодермопластика ран.

EARLY AUTOPLASTY OF WOUNDS IN SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH DIABETIC FOOT SYNDROME

V.O.Shidlovs'kyi, Yu.O.Matsiuk, O.V.Shidlovs'kyi

Abstract. The efficacy of early autodermal plasty in holiatry of patients with diabetic foot syndrome has been studied. Indications for primary and delayed autodermo-plasty have been ascertained. Prognostic criteria of the efficacy of autodermo-plasty have been elaborated, based on the findings of skin temperature and heat emission.

Key words: diabetic foot, surgical debridement of purulent – necrotic initial focus, early autoplasty of wounds.

I.Horbachevs'kyi State Medical University (Ternopil')

Надійшла 21.06.2006 р.

© Рішко В.В.

УДК 616.33-002.44:089.811-814

ПОЄДНАНЕ НЕВІДКЛАДНЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНОЇ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ КРОВОТЕЧЕЮ ТА РЕФЛЮКС-ЕЗОФАГІТОМ З ВИКОРИСТАННЯМ ЛАЗЕРНОЇ ТЕХНІКИ

В.В.Рішко

Кафедра хірургічних дисциплін Ужгородського національного університету

Резюме. Проведено поєднане хірургічне лікування 101 хворого з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки, ускладненою кровотечею та рефлюкс-езофагітом: зашивання або висікання крово-

точиві виразки, дуоденопілоропластика, селективна проксимальна ваготомія, фундоплікація. Для розсікання кишки і висікання виразки застосовували лазерний скальпель. Летальності та рецидиву рефлюкс-езофагіту не спостерігали. Добрі і задовільні результати відмічені у 82 хворих (98,8%), незадовільний результат – у 1 (1,2%) пацієнта – рецидив виразки.

Ключові слова: дуоденальна виразка, кровотеча, рефлюкс-езофагіт, пілородуоденопластика, ваготомія, фундоплікація, лазерний скальпель.

Частота кровоточивої дуоденальної виразки становить 10-15% від усіх ускладнень виразкової хвороби дванадцятипалої кишки (ДПК) [1, 2]. Лікування хворих з виразковою кровотечею розпочинають з комплексу консервативних заходів, що включає й ендоскопічну техніку. Проте при кровоточивих пілородуоденальних виразках хірургічний метод лікування є основним. Насамперед це стосується профузних кровотеч і рецидивів кровотечі в найближчі терміни після її консервативного припинення [3]. Досі немає спільної думки про вид операції при цьому ускладненні. Стівбурова ваготомія в поєднанні з прошиванням кровоточивої судини з наступною пілородуоденопластикою багатьма хірургами розцінюється як операція вибору з приводу кровоточивої виразки ДПК. Названі оперативні втручання сприяють значному зниженню летальності у порівнянні з резекцією шлунка, проте часто призводять до розладів оперованого шлунка [4].

Мета дослідження. Покращити результати хірургічного лікування хворих з ускладненою виразковою хворобою ДПК кровотечею та рефлюкс-езофагітом.

Матеріал і методи. Нами проведено поєднане хірургічне лікування 101 хворого з приводу кровоточивої виразки ДПК. Вік оперованих хворих – від 18 до 54 років. Серед хворих переважали чоловіки віком 30-40 років. Тривалість виразкової хвороби становила від 7-ми місяців до 12-ти років. Раніше лікувалися з приводу виразкової хвороби ДПК 49 хворих. У 18 з них в анамнезі мала місце шлунково-кишкова кровотеча, яка не вимагала невідкладного хірургічного втручання, або хворі відмовлялися, а планове оперативне втручання з невідомих причин не виконувалося. У 11 хворих шлунково-кишкова кровотеча раніше відмічалася від 2-х до 4-х разів. У 16 хворих кровотеча була першим і єдиним проявом захворювання.

У 88 хворих порушена функція кардії, що проявлялося симптомами рефлюкс-езофагіту – печія, зригування, відрижка. У всіх хворих відмічали характерні для шлунково-кишкової кровотечі симптоми: загальна слабкість, запаморочення, мелена, блювання кров'ю.

У першу добу кровотечі поступило 38 хворих, на другу – 52, на третю – 7, пізніше – 4 хворих.

Ступені тяжкості крововтрати визначали за класифікацією А.І.Горбашка (1982).

З першим ступенем крововтрати (легкий) поступило 52 хворих (51,1%). Блювання "кавовою гущею" і мелена відмічалися у 20 пацієнтів. У більшості хворих (33) випороження чорного кольору спостерігалися протягом декількох днів до госпіталізації, що вказувало на високу інтенсивність кровотечі.

Стан 49 хворих розцінювався як середньої тяжкості. У всіх відмічалася мелена, повторні блювання з домішками крові. У 25 хворих в анамнезі – тимчасова втрата свідомості, у 24-х – колапс. Всім хворим виконували гастродуоденоскопію для виявлення джерела кровотечі. Ерозивну судину у виразці ДПК виявлено на передній стінці цибулини у 49 хворих, на задній – 16, на медіальній – 27. У постбульбарному відділі виразка виявлена у 9 хворих. Ендоскопічні ознаки активності кровотечі виявлені у 92 хворих (91,1%). У 67 з них відмічено пульсуючу кровотечу на дні виразки, у 25 – витік крові з-під згустка, у 9 – свіжий кров'яний згусток, що покривав виразку, тобто кровотеча внаслідок нестійкого гемостазу. У лікуванні кровоточивої дуоденальної виразки притримувалися активно-вичікувальної тактики. Хворих, у яких виявлено триваючу кровотечу під час першого ендоскопічного дослідження, через 2 год. оглядали повторно. За стійкого гемостазу оперативне втручання виконували в відтермінованому (плановому) порядку. В екстреному порядку оперовано 101 хворого, 94-м з них виконана дуоденопілоротомія. Виразку передньої стінки цибулини ДПК висікали ромбоподібно з наступним проведенням пілоропластики. На задній або медіальній стінці зашивали виразку з кровоточивою судиною з наступним проведенням пілоропластики. При цибулинній виразці медіальної стінки ДПК виконували поздовжню дуоденотомію, зашивали виразку і виконували дуоденопластику (H.Jensen et al., 1994). Для розсікання ДПК, висікання виразки застосовували лазерний скальпель.

Протипоказаннями до поєданого хірургічного втручання з приводу виразкової хвороби ДПК, ускладненої кровотечею, ми вважаємо: 1) тяжкий стан хворого (геморрагічний шок); 2) тяжка серцево-легенева патологія; 3) нестабільний стан хворого під час припинення кровотечі.

За наявності протипоказань операцію закінчува-

ли стовбуровою ваготомією. За відсутності протипоказань виконували СПВ та фундоплікацію кардії.

Результати дослідження та їх обговорення. Із 101 поєднаної операції з приводу ускладненої виразкової хвороби ДПК летальності не було, що пов'язано з адекватними показаннями і протипоказаннями до оперативних втручань. Ранні післяопераційні ускладнення відмічені у 11 хворих: порушення евакуації зі шлунка – 2, панкреатит – 2, незагоєння рани – 2, пневмонія – 5. Після комплексної консервативної терапії стан їх покращився.

Віддалені результати вивчені у 83 пацієнтів (82,2%) у період від 6 місяців до 20 років. Добрі результати відмічені у 79 (95,2%) пацієнтів, задовільні у 3-х (3,6%), які періодично консервативно лікувалися з приводу порушення мотори-

ки та кислотопродукції шлунка. Незадовільний результат відмічений в одного пацієнта (1,2%) з рецидивом виразкової хвороби через 6 років.

Висновок. Висікання або зашивання кровоточивої дуоденальної виразки за допомогою лазерної техніки, поєднані з СПВ та фундоплікацією, з приводу виразкової хвороби дванадцятипалої кишки слід вважати оптимальним невідкладним операційним прийомом за умов адекватного врахування показань і протипоказань.

Перспективи подальших досліджень. Додільно вивчити ефективність поєднаного невідкладного хірургічного лікування ускладненої виразкової хвороби дванадцятипалої кишки за допомогою лазерної техніки залежно від статі та віку хворих.

Література

1. Панцырев Ю.М., Михалёв А.И., Фёдоров Е.Д. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв // *Хірургія*. – 2003. – № 3. – С. 43-49.
2. Schwizer W., Thumshir M., Dent J. Surgical treatment of duodenal ulcer: A randomized controlled trial // *Lancet*. – 2001. – V. 357. – P. 1738-1742.
3. Фомін П.Д., Шепетько Є.М., Леськів Б.Б. Порівняльна оцінка віддалених результатів хірургічного лікування ускладненої гастродуоденальної виразки // *Клін. хірургія*. – 2002. – № 9. – С. 14-16.
4. Саенко В.Ф., Полинкевич Б.С., Діброва Ю.А., Пустовит А.А. Тактика хирургического лечения язвенной болезни на современном этапе // *Клін. хірургія*. – 2003. – № 3. – С. 5-8.

СОЧЕТАННОЕ ЭКСТРЕННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ КРОВОТЕЧЕНИЕМ И РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАЗЕРНОЙ ТЕХНИКИ

В.В.Ришко

Резюме. Проведено сочетанное хирургическое лечение 101 больного с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением и рефлюкс-эзофагитом. Хорошие и удовлетворительные результаты отмечены у 82 больных (98,8%).

Ключевые слова: дуоденальная язва, кровотечение, рефлюкс-эзофагит.

COMBINED EMERGENCY SURGICAL TREATMENT OF DUODENAL PEPTIC ULCER COMPLICATED BY BLEEDING AND REFLUX-ESOPHAGITIS WITH THE USE OF LASER TECHNOLOGY

V.V.Rishko

Abstract. The author has performed combined surgical treatment of 101 patients with duodenal peptic ulcer complicated by bleeding and reflux-esophagitis. Positive and satisfactory results were marked in 82 patients (98.8%).

Key words: duodenal ulcer, bleeding, reflux-esophagitis.

National University (Uzhhorod)

Надійшла 28.06.2006 р.