

## КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ УСКЛАДНЕНИХ НИЗЬКОРОЗТАШОВАНИХ ДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗОК

*І.О. Гіленко, В.І. Подлєсний,  
О.Г. Ходатенко, О.А. Крижановський*

Українська медична стоматологічна академія, Полтава

**Ключові слова:** виразкова хвороба, дванадцятипала кишка, низькорозташовані дуоденальні виразки, методи обстеження, ускладнення.

Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) посідає одне з провідних місць серед захворювань травного каналу і залишається актуальною медико-біологічною та соціальною проблемою [1, 18, 19]. Захворюваність на виразкову хворобу шлунка та ДПК з 1990 до 1999 р. зросла в Україні майже на 40% [2, 13]. Інтенсивний показник первинного виходу на інвалідність працездатного населення внаслідок виразкової хвороби у 2000 р. становив 0,4 [11]. На диспансерному обліку перебуває близько 1 млн пацієнтів, з яких кожен другий був на стаціонарному лікуванні, а кожен третій — втрачав працездатність більше одного разу на рік [12].

Завдяки широкому впровадженню медикаментозної терапії, що впливає на основні чинники ульцерогенезу, досягнуто значних успіхів у лікуванні виразкової хвороби ДПК [5, 9, 10]. Незважаючи на ефективність консервативної терапії, від ускладнень виразкової хвороби, зокрема в Європі, щорічно помирає більше 20 тис. осіб, а летальність при проривних та кровоточивих виразках утримується на високих цифрах — від 5 до 17,9% [8, 14].

При виразковій хворобі ДПК спостерігається високий відсоток низькорозташованих (постбульбарних) виразок, які трапляються в середньому в 2—28% випадків та мають детерміновану схильність до ускладненого перебігу [3, 4, 7, 14, 16, 17]. Методи лікування виразкової хвороби ДПК при «низькому» розміщенні дуоденальної виразки є динамічними та одночасно суперечливими. Поки що немає взаємопорозуміння між хірургами та гастроентерологами щодо можливостей консервативного та хірургічного лікування цієї категорії пацієнтів [6, 12, 14].

Мета роботи — на підставі вивчення клінічних особливостей ускладнених низькорозташованих дуоденальних виразок розробити критерії диференційованого підходу до вибору способів лікування пацієнтів із зазначеною патологією.

### Матеріали та методи дослідження

За період з 1997 по 2004 р. у клініці госпітальної хірургії Української медичної стоматологічної академії на базі хірургічного відділення Полтавської обласної клінічної лікарні перебували на лікуванні 1514 хворих на виразкову хворобу шлунка та ДПК. Із них 716 (47,3%) прооперовано з приводу таких ускладнень, як перфорація виразки, гостра шлунково-кишкова

кровотеча, стеноз виходу зі шлунка, пенетрація виразки та, при підтверджених даних, переродження виразки на рак. З приводу ускладнень виразкової хвороби шлунка оперовано 229 (32,0%) пацієнтів, виразкової хвороби ДПК — 470 (65,6%). Хвороби оперованого шлунка стали показаннями для оперативних втручань у 17 (2,4%) осіб. Із прооперованих хворих померло 28 (3,9%) осіб. Із низькорозташованими виразками оперовано 136 (18,9%) осіб. У 115 (84,5%) пацієнтів застосовано резекційні способи оперативних втручань, у 21 (15,5%) — органозберігаючі операції.

До «низьких» дуоденальних виразок відносимо такі, край яких розташований дистальніше бульбодуоденального сфінктера, тобто нижче переходу поперечних складок ДПК у поздовжні. Ці виразки розташовувалися переважно у верхній горизонтальній чи низхідній її частинах, на відстані не менше 4 см від ворота.

Нашим дослідженням охоплено 115 хворих з ускладненими «низькими» виразками, в яких об'єм операції передбачав резекцію шлунка. Чоловіків було 88 (76,5%), жінок — 27 (23,5%). Співвідношення хворих за статтю визначено як 3,2:1. Вік хворих становив від 19 до 77 років. Розподіл пацієнтів за віком свідчив, що максимальна кількість хворих припадає на два вікових періоди: 31—40 та 51—60 років.

Для визначення клінічних особливостей перебігу захворювання застосовано клініко-анамнестичний, лабораторний, рентгенологічний, ендоскопічний, функціональний, морфологічний методи дослідження, метод ультразвукової діагностики. Особливу увагу приділено інтраопераційному прецизійному препаруванню морфологічного субстрату виразкової хвороби — найважливішому джерелу інформації про характер патології.

За допомогою клініко-анамнестичного методу констатовано значну виразність клінічних виявів виразкової хвороби ДПК, особливо больового синдрому, який мав місце у 80 (69,6%) пацієнтів. Втрату маси тіла зафіксовано у 37 (32,2%) хворих, переважно в осіб зі стенозом. Середня тривалість виразкового анамнезу становила  $(9,5 \pm 8,4)$  року. Неодноразово консервативну противиразкову терапію отримували 100 (86,9%) пацієнтів. Із приводу ускладнень виразкової хвороби раніше були оперовані 43 хворих, із приводу перфорації виразки — 37, через кровоте-

чу — 5 хворих. У плановому порядку при пенетрації виразки був оперований один пацієнт.

Зашивання перфоративного отвору раніше було здійснено 35 хворим, висікання виразки з дуоденопластикою — 3, прошивання кровотоливої судини з дуоденопластикою — 2, резекція шлунка за Більрот-I — 1, прошивання кровотоливої судини у виразці з гастродуоденостомією — 1, селективна проксимальна ваготомія — 1.

Рентгенологічний метод діагностики застосовано у 54 (46,9%) хворих. Оглядову рентгенографію з метою виявлення пневмоперитонеуму виконано у 9 (7,8%). Рентгеноскопія шлунка із сульфатом барію у 32 (27,8%) хворих дала змогу встановити розміри шлунка, характер його моторно-евакуаторної функції, рівень та ступінь стенозу. У 13 (11,3%) пацієнтів рентгенологічний метод застосовували для діагностики післяопераційних ускладнень.

Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, що проводилося 58 (50,5%) хворим, дало можливість встановити наявність хронічного калькульозного холециститу у 6 осіб, ознаки хронічного панкреатиту — у 21 пацієнта. Для виявлення ускладнень післяопераційного періоду метод діагностики застосовували у 7 хворих.

Ендоскопічний метод дослідження (фіброгастродуоденоскопія) використано у 113 (98,3%) пацієнтів. У 29 хворих під час первинного обстеження верифікація виразкового дефекту була ускладнена у зв'язку з розташуванням його за місцем стенозування. При дослідженні 61 пацієнта проводили інтрагастральну рН-метрію. Реєстрація показників кислотності здійснювалася за допомогою апарата «ИКЖ-2».

Морфологічне дослідження стінок шлунка з елементами хронічних виразок проведено у всіх 115 хворих. Аналіз виконували після перебування біоптатів у 10% розчині формаліну, фіксації їх у парафіні та виготовлення зрізів. Забарвлення проводилося гематоксилін-еозином та за Ван-Гізеном.

### Результати та їхнє обговорення

В основу клінічної характеристики пацієнтів покладено показання до оперативного лікування хворих на виразкову хворобу ДПК, згідно з висновками XX з'їзду хірургів України (Тернопіль, 2002) щодо хірургічного лікування виразкової хвороби та рішеннями науково-практичної конференції «Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки (терапевтичні, хірургічні та онкологічні аспекти)» (Київ, 2004) [9, 11]. Таким чином, показаннями для оперативного лікування хворих вважали: перфорацію виразки; тривалу кровотечу при неефективності гемостатичної терапії та високому ризику її рецидиву; пілородуоденальний стеноз; пенетрацію виразки в навколишні органи при великих (понад 1,5 см) її розмірах; повторні виразкові кровотечі; тривалий виразковий анамнез з частими загостреннями за відсутності ефекту від консервативної терапії, особливо після перенесених в анамнезі операцій з приводу ускладнень виразкової хвороби; комбінацію ускладнень.

45 (39,1%) пацієнтів оперовано з приводу кровотечі з виразки. У 3 (2,6%) осіб показанням до операції стало поєднання кровотечі з перфорацією. У 45 хворих з кровоточивими низькорозташованими дуоде-

нальними виразками залежно від строків оперативні втручання розподілені на ранні планові — 19 (16,5%) осіб, відстрочені — 14 (12,2%), екстрені (при тривалій кровотечі та її рецидиві) — 12 (10,4%). Серед оперованих хворих легкий ступінь крововтрати спостерігався у 66,6% осіб, тяжка крововтрата та крововтрата середнього ступеня тяжкості — у 33,4%.

Стеноз на рівні ДПК, діагностований у 64 (55,6%) пацієнтів, став показанням до оперативного втручання у 44 (38,3%) осіб. З приводу компенсованої його форми оперований один хворий, субкомпенсованої — 28 (24,3%) осіб, декомпенсованої — 15 (9,7%).

За життєвими показаннями з приводу перфорації виразки прооперовано 7 (6,1%) пацієнтів. Пенетрація виразки була показанням для проведення планової операції у 18 (15,6%) із 115 пацієнтів з цим ускладненням.

В однієї хворої показанням до операції став розлитий перитоніт через неспроможність швів гастродуоденоанастомозу після резекції шлунка за Більрот-I з приводу кровотоливої низькорозташованої дуоденальної виразки (хвора переведена до клініки з районної лікарні).

На підставі детального аналізу методів обстеження хворих та клінічної характеристики пацієнтів з ускладненими низькорозташованими дуоденальними виразками встановлено характерні особливості перебігу патології.

Під час вивчення гемограм 115 хворих у 77 (66,9%) пацієнтів визначена анемія, що спостерігалася переважно в групі хворих із кровоточивими виразками. Рівень загального білка становив  $(66,1 \pm 10,0)$  г/л. Гіпопротеїнемію виявлено у 63 (54,8%) хворих. Підвищення рівня білірубину крові вище норми зафіксовано у 16 (13,9%). Рівень  $K^+$  у крові становив  $(4,1 \pm 0,6)$  ммоль/л,  $Na^+$  —  $(139,1 \pm 5,9)$  ммоль/л. Зниження  $K^+$  плазми крові нижче норми мало місце у 16 (13,9%) пацієнтів. Гіпонатріємія спостерігалася у 21 (18,3%) особи.

Низькорозташовані виразки ДПК з переважним розміщенням на задній стінці зафіксовані у 59 (51,3%) хворих, на передній стінці — у 6 (5,2%). Виразки бічних стінок виявлено у 20 (17,4%) оперованих. Поєднання дуоденальних виразок передньої та задньої стінок (дзеркальні виразки) спостерігалася у 10 (8,7%) хворих, циркулярні виразки та ті, що мають розмір понад половину окружності кишки, виявлено у 20 (17,4%) осіб, виразки діаметром до 2 см — у 71 (61,7%), від 2 до 3 см — у 18 (15,7%), понад 3 см — у 26 (22,6%) пацієнтів.

Пенетрація виразки в гепатодуоденальну зв'язку призвела до утворення холедоходуоденальної норичі у 3 хворих. У 4 пацієнтів у зоні виразки розташувався великий дуоденальний сосочок.

Найпоширенішим поєднанням ускладнень були пенетрації зі стенозом — у 64 (55,7%) випадках. Пенетрацію виразки з кровотоцею діагностовано у 48 (41,7%) хворих, при цьому поєднання пенетрації, стенозу та кровотечі мало місце у 14 (12,2%). Поєднання пенетрації, стенозу та перфорації виявлено у 6 (5,2%) осіб.

У 61 хворого проведено ендоскопічну інтрагастральну базальну рН-метрію. Гіперацидність мала місце у 46 (75,4%) пацієнтів, нормацидність — у 12

(19,7%), гіпоацидність — у 3 (4,9%). Компенсація луження в антральному відділі шлунка спостерігалася у 9 (14,8%) осіб, субкомпенсація — у 39 (63,9%), декомпенсація — у 13 (21,3%).

Серед 115 осіб з ускладненими низькорозташованими виразками супутні захворювання виявлено у 63 (54,8%) хворих. Найпоширенішою була патологія серцево-судинної системи — 51 (44,3%) випадок.

Під час інтраопераційної ревізії в усіх оперованих хворих виявлено виражений перивісцерит. Наявна периульцерозна інфільтрація тканин мала місце у 103 (89,6%) пацієнтів. Злуковий процес у ділянці шлунка та ДПК був значно вираженим у 73 (63,5%) осіб.

За допомогою інтраопераційних критеріїв хронічні порушення дуоденальної прохідності виявлено у 82 пацієнтів. Компенсована стадія патології мала місце у 47 хворих, субкомпенсована — у 35. Декомпенсовану стадію дуоденостазу не зафіксовано.

54 хворих з ускладненими низькорозташованими дуоденальними виразками безпосередньо перед оперативним втручанням пройшли повний курс противиражкової терапії. Ефективність її оцінена шляхом співставлення даних, отриманих під час інтраопераційної ревізії морфологічного субстрату виразкової хвороби, та на підставі вивчення матеріалів морфологічного дослідження. Група контролю складалася з 61 пацієнта, які до операції противиражкової терапії не отримували.

Установлено, що в жодного з 54 пролікованих хворих консервативна терапія не сприяла загоюванню виразки, периульцерозну інфільтрацію тканин виявлено у 44 (81,5%) хворих, а характерні ознаки виразкової деструкції — у 18 (33,3%). У групі контролю периульцерозна інфільтрація тканин спостерігалася у 59 (96,7%) осіб, а елементи хронічної виразки дванадцятипалої кишки в препаратах виявлено у 24 (39,3%) пацієнтів.

Аналіз ефективності профілактичного курсу проти-виразкової терапії перед проведенням оперативного втручання у хворих з ускладненими низькорозташованими виразками свідчить про достовірне зниження ознак периульцерозної інфільтрації на 15,2% ( $P < 0,05$ ). Щодо величини виразкового дефекту, то відмінність між тими, хто отримав лікування виразкової хвороби та нелікованими хворими виявилася неістотною ( $P > 0,05$ ). На підставі цього дійшли висновку про резис-

тентність до консервативної терапії хворих з ускладненими низькорозташованими виразками ДПК.

Основним видом операцій у 115 хворих з ускладненими низькорозташованими виразками ДПК була резекція шлунка за Гофмейстером — Фінстерером. Операція в такому виді (класична резекція 2/3 шлунка) виконана у 85 (73,9%) осіб. Одній хворій була здійснена ререзекція шлунка. Реконструктивну резекцію з виключенням виразки виконано одному пацієнту. В інших 21 (18,3%) хворих об'єм операції не перевищував 1/2 органа (антрумектомія). Резекцію шлунка для виключення виразки проведено 2 (1,7%) пацієнтам, резекції шлунка за Більрот-II з попередньою ободовим гастроентероанастомозом «на довгій петлі» з міжкишковим анастомозом за Брауном (типу Бальфура) здійснено 5 (4,4%).

Ускладнення у ранній післяопераційний період спостерігалися у 19 (16,5%) хворих, що призвело до летальних наслідків у 3,4% випадків.

### Висновки

1. Виразкова хвороба ДПК при «низькому» розміщенні виразки характеризується резистентністю до консервативного лікування та має детерміновану схильність до ускладнень, найпоширенішим із яких є пенетрація (100% випадків). Стеноз на рівні ДПК спостерігався у 55,7% пацієнтів, перфорація — у 6,1%, кровотеча — у 41,7%.

2. Показаннями для оперативного лікування хворих з ускладненими низькорозташованими виразками слід вважати такі: перфорація виразки; кровотеча із виразки, за неефективності гемостатичної терапії та високого ризику її рецидиву; пілородуоденальний стеноз; пенетрація виразки при розмірах понад 1,5 см; повторні виразкові кровотечі; тривалий виразковий анамнез з частими загостреннями за відсутності ефекту від консервативної терапії, особливо при перенесених у минулому операціях з приводу виразкової хвороби; комбінація ускладнень виразкової хвороби.

3. Проведення консервативної противиражкової терапії, згідно із сучасними стандартами, у зазначеній категорії пацієнтів слід вважати важливим етапом лікування та здійснювати перед оперативним втручанням, яке збільшує шанси щодо надійного вилікування хворих від виразкової хвороби.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Балалыкин Д.А. Внедрение патогенетических принципов хирургического лечения язвенной болезни в отечественной хирургии в 20—30-е годы XX века // Хирургия.— 2004.— № 10.— С. 73—78.
2. Голубчиков М.В. Статистичний огляд захворюваності населення України на хвороби органів травлення // Сучасна гастроентерологія і гепатологія.— 2000.— № 1.— С. 17—20.
3. Гольмамедов Ф.И., Белозерцев А.М., Епифанцев А.А. и др. Современные аспекты и наш опыт хирургического лечения осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия Украины.— 2004.— № 1(9).— С. 69—72.
4. Жерлов Г.К., Фурсова О.Н., Гибадулина И.О. и др. Диагностика и хирургическое лечение при постбульбарных язвах

двенадцатиперстной кишки // Вестник хирургии.— 2001.— Т. 160, № 1.— С. 21—24.

5. Ипатов А.В., Матвеев Л.И., Сергиени Е.В. и др. Состояние инвалидности вследствие заболеваний органов пищеварения и пути ее профилактики // Гастроентерология: Міжвідомчий збірник, Дніпропетровськ.— Вип. № 32.— 2001.— С. 7—12.

6. Кузин М.Е. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия.— 2001.— № 1.— С. 27—32.

7. Нестеренко О.Л., Семенюк Ю.С., Кордяк В.Д. та ін. Хирургічне лікування хворих з ускладненими постбульбарними виразками дванадцятипалої кишки // Хирургія України.— 2004.— № 2 (10).— С. 79—81.

8. Панцырев Ю.М., Михалёв А.И., Федоров Е.Д. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв // Хирургия.— 2003.— № 3.— С. 43—49.

9. *Переде́рий В.Г., Мамчи́ч В.І., Ткач С.М., Шуляре́нко В.А.* Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки (терапевтичні, хірургічні та онкологічні аспекти) // *Хірургія України.*— 2004.— № 3 (11).— С. 144—145.

10. *Полинкевич Б.С., Бекмурадов А.Р.* Хирургическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // *Гастроэнтерология: Міжвідомчий збірник, Дніпропетровськ.*— Вип. № 30.— 2000.— С. 497—498.

11. Рішення XX з'їзду хірургів України (Тернопіль, 17—20 вересня 2002 р.) // *Шпитальна хірургія.*— 2004.— № 1.— С. 112—115.

12. *Саенко В.Ф., Грубник В.В., Грубник Ю.В., Четвериков С.Г.* Современные методы лечения язвенной болезни.— К.: Здоров'я, 2002.— 272 с.

13. *Саенко В.Ф., Полинкевич Б.С., Диброва Ю.А., Пустовит А.А.* Хирургические аспекты лечения язвенной болезни // *Харківська хірургічна школа.*— 2003.— № 1 (6).— С. 27—28.

14. *Тарасенко С.В., Зайцев О.В., Песков О.Д., Копейки А.А.* Хирургическое лечение «трудных» язв двенадцатиперстной кишки // *Хірургія.*— 2005.— № 1.— С. 29—32.

15. *Chou N.H., Mok K.T., Chang H.T.* Risk factors of mortality in perforated peptic ulcer // *Eur. J. Surg.*— 2000.— Vol. 166, N 2.— P. 149—153.

16. *Cotirlet A., Ivan I., Anghel R.* Complicated postbulbar duodenal ulcer: the characteristics of its diagnosis and surgery procedure and management // *Rev. Med. Chir. Soc. Med. Nat. Iasi.*— 1997.— Vol. 101, N 1—2.— P. 164—169.

17. *Gradinaru V., Seicaru T., Horeanda D.* Complicated postbulbar duodenal ulcer: the characteristics of diagnosis and of the surgery procedure and management // *Chirurgia.*— 1999.— Vol. 40, N 1.— P. 11—20.

18. *Jameison G.G.* Current status of indication for surgery in peptic ulcer disease // *Word. J. Surg.*— 2000.— Vol. 24, N 3.— P. 256—258.

19. *Kate V., Ananthakrishnan N., Badrinan S.* Effect of Helicobacter pylori eradication on the ulcer recurrence rate after simple closure of perforated duodenal ulcer: retrospective and prospective randomized controlled studies // *Br. J. Surg.*— 2001.— Vol. 88, N 8.— P.1054—1058.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСЛОЖНЕННЫХ НИЗКОРАСПОЛОЖЕННЫХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

**И.А. Гиленко, В.И. Подлесный, А.Г. Ходатенко, А.А. Крыжановський**

Приведен анализ результатов обследования и лечения 115 больных с осложненными низкорасположенными дуоденальными язвами, которые прооперированы в период с 1997 по 2004 г. Язвенная болезнь при «низком» расположении язвы характеризуется устойчивостью к консервативному лечению и склонна к осложнениям. Кровотечение из язвы послужило показанием для операции у 45 (39,1%) больных, перфорация язвы — у 7 (6,1%), стеноз на уровне двенадцатиперстной кишки — у 44 (38,3%), пенетрация язвы — у 18 (15,6%). У одной пациентки показанием к операции стал разлитой перитонит после резекции желудка по Бильрот-I, произведенной по поводу кровотечения. Противоязвенную терапию считали важным этапом в лечении и использовали у 54 больных перед оперативным вмешательством, проведение которого предусматривало перспективу полного излечения пациента от язвенной болезни. Осложнения послеоперационного периода возникли у 19 (16,5%) больных, что привело к летальности в 3,4% случаев.

## CLINICAL CHARACTERISTICS PATIENTS WITH COMPLICATED LOW POSED ULCER OF A DUODENAL INTESTINE

**I.A. Gilenko, V.I. Podlesny, A.G. Chodatenko, A.A. Krizchanovsky**

The work presents the results of examination and treatment of 115 patients with complicated low posed duodenal ulcers, undergone surgical operations during the period between years 1997 to 2004. Stomach ulcer with low location is characterized by resistance to medicinal treatment and susceptibility to complications. The hemorrhage of ulcer gave rise to surgical treatment in 45 patients (34%), and stomach perforation in 7 patients (6.1%), stenosis on the level of duodenum in 44 patients (38%), and penetration in 18 patients (15.6%) of 115 patients. In one female patient the indication for surgical treatment was gastric hemorrhage and general peritonitis after partial gastrectomy by method of Billroth-I. Untiulceral therapy was considered as the important stage in the treatment, it was used in 54 patients before surgical intervention which was considered as perspective for complete ulcer healing. The postoperative complications developed in 19 patients (16.5%) that resulted in lethality in 3.4% of cases.