

Міністерство охорони здоров'я України  
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького  
Асоціація хірургів Донецької області

Ministry of Health Service of Ukraine  
Donetsk National Medical University named after M. Gorky  
Association of Surgeons of Donetsk Region

Український Журнал  
**ХІРУРГІЇ**

**УКРАЇНСЬКИЙ ЖУРНАЛ ХІРУРГІЇ**

**УКРАИНСКИЙ ЖУРНАЛ ХИРУРГИИ**

**UKRAINIAN JOURNAL OF SURGERY**

Науково-практичний журнал  
Періодичність виходу 4 рази на рік  
Заснований у квітні 2008 року

*Включений до наукометричних баз даних  
Science Index, Google Scholar та Index Copernicus*

**№ 1 (20), 2013**





ISSN 1997-2938

Науково-практичний журнал

№ 1 (20) • 2013

Включений до наукометричних баз даних  
*Science Index, Google Scholar та Index Copernicus*

*Засновники журналу:*  
Донецький національний  
медичний університет ім. М. Горького,  
Асоціація хірургів Донецької області

Передплатний індекс: 68571



Адреса редакції:

83030, Донецьк, а/с № 1347  
Телефон/факс: + 38 (062) 338-21-11  
[www.mif-ua.com](http://www.mif-ua.com)

Електронні адреси для звертань  
*З питань публікації статей*  
[ujds@dsmu.edu.ua](mailto:ujds@dsmu.edu.ua)

*З питань передплати*  
[info@mif-ua.com](mailto:info@mif-ua.com)  
Тел. +38 (062) 338-21-11

*З питань розміщення інформації  
про лікарські засоби*  
[reclama@mif-ua.com](mailto:reclama@mif-ua.com)  
[office@zaslavsky.kiev.ua](mailto:office@zaslavsky.kiev.ua)

*Журнал внесено в перелік наукових фахових видань  
України. Рішення Президії ВАК України від 27.05.2009  
№ 1-05/2*

*Рекомендовано до видання вченою радою Донецького  
національного медичного університету ім. М. Горького,  
протокол № 1 від 22.02.2013 р.*

*Матеріали публікуються українською, російською,  
англійською мовами.*

*Усі статті рецензуються.  
Свідоцтво про державну реєстрацію  
КВ № 19629-9429ПР від 11.01.2013  
Формат: 60x84/8. Ум. друк. арк. 16.9.  
Тираж 5000 прим. Зам. № \*\*\*\*.*

**Видавці**  
**Заславський О.Ю.**  
83102, м. Донецьк, пр. Ленінський, 25/126  
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи  
ДК № 2182 від 13.05.2005 р.  
**Асоціація хірургів Донецької області**

**Друкарня ПП «Астро».**  
Україна, 83001, м. Донецьк, вул. Артема, 63а  
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи  
ДК № 2047 від 24.12.2004 р.

**Головний редактор**  
**КОНДРАТЕНКО П.Г.**

**Заступники головного редактора**  
**МІМІНОШВІЛІ О.І.**  
**КОНЬКОВА М.В.**

**Відповідальний секретар**  
**СМИРНОВ М.Л.**

**Редакційна колегія**

Бондар Г.В. (Донецьк)  
Верхулецький І.Є.  
(Донецьк)  
Веселий С.В. (Донецьк)  
Грона В.М. (Донецьк)  
Гюльмамєдов Ф.І.  
(Донецьк)  
Денисов В.К. (Донецьк)  
Думанський Ю.В.  
(Донецьк)  
Єпіфанцев О.А. (Донецьк)

Журило І.П. (Донецьк)  
Казаков В.М. (Донецьк)  
Кардаш А.М. (Донецьк)  
Колкін Я.Г. (Донецьк)  
Лобас В.М. (Донецьк)  
Ничитайло М.Ю. (Київ)  
Русин В.І. (Ужгород)  
Серняк Ю.П. (Донецьк)  
Седаков І.Є. (Донецьк)  
Фомін П.Д. (Київ)  
Черній В.І. (Донецьк)

**Редакційна рада**

Андрюшенко В.П. (Львів)  
Бабчак Мар'ян (Пряшів)  
Березницький Я.С.  
(Дніпропетровськ)  
Бобров О.Є. (Київ)  
Бойко В.В. (Харків)  
Васильок С.М.  
(Івано-Франківськ)  
Вишневецький В.О.  
(Москва)  
Возіанов О.Ф. (Київ)  
Герич І.Д. (Львів)  
Гешелін С.О. (Одеса)  
Гранов Д.А.  
(Санкт-Петербург)  
Грубнік В.В. (Одеса)  
Десятерик В.І.  
(Кривий Ріг)  
Дзюбановський І.Я.  
(Тернопіль)  
Дикан І.М. (Київ)  
Дронов О.І. (Київ)  
Запороженко Б.С.  
(Одеса)  
Захараш М.П. (Київ)  
Каніковський О.Є.  
(Вінниця)  
Клименко В.М.  
(Запоріжжя)  
Ковальчук Л.Я.  
(Тернопіль)  
Копчак В.М. (Київ)  
Котенко О.Г. (Київ)  
Кубишкін В.О.  
(Москва)

Кулачек Ф.Г. (Чернівці)  
Лігоненко О.В.  
(Полтава)  
Лупальцов В.І. (Харків)  
Мамчич В.І. (Київ)  
Матвійчук Б.О. (Львів)  
Милиця М.М.  
(Запоріжжя)  
Мішалов В.Г. (Київ)  
Мунтян С.О.  
(Дніпропетровськ)  
Ніконенко О.С.  
(Запоріжжя)  
Полянський І.Ю.  
(Чернівці)  
Поляченко Ю.В. (Київ)  
Попик М.П. (Львів)  
Семенюк Ю.С. (Рівне)  
Сипливий В.О. (Харків)  
Скіпенко О.Г. (Москва)  
Тамм Т.І. (Харків)  
Тутченко М.І. (Київ)  
Фелештинський Я.П.  
(Київ)  
Шаповал С.Д.  
(Запоріжжя)  
Шапринський В.О.  
(Вінниця)  
Шевчик Орест (Інсбрук)  
Шевчук І.М.  
(Івано-Франківськ)  
Ярема І.В.  
(Москва)  
Ярешко В.Г.  
(Запоріжжя)

Редакція не завжди поділяє думку автора публікації. Відповідальність за вірогідність фактів, власних імен та іншої інформації, використаної в публікації, несе автор. Передрук та інше відтворення в якій-небудь формі в цілому або частково статей, ілюстрацій або інших матеріалів дозволені тільки при попередній письмовій згоді редакції та з обов'язковим посиланням на джерело. Усі права захищені.

**ЗМІСТ****ЮБІЛЕЇ**

Юрій Васильєвич Думанський.....	6
Петр Геннадьевич Кондратенко.....	8
Федір Григорович Кулачек.....	10

**ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ**

<i>Русин В.І., Чобей С.М., Шкріба І.І., Токач Н.Г., Кобаль М.М.</i> Морфологічна діагностика хвороби Крона.....	13
<i>Дронов А.І., Насташенко І.Л., Земсков С.В., Довбенко О.В., Швець Ю.П., Насташенко А.І.</i> К вопросу о баллонной дилатации сфинктера Одди.....	18
<i>Клименко А.В., Клименко В.Н., Стешенко А.А., Туманский В.А., Коваленко И.С.</i> Хирургическое лечение хронического панкреатита с протоковой гипертензией без протоковой дилатации.....	22
<i>Бондарь Г.В., Башеев В.Х., Совпель О.В.</i> Классификация повреждений удерживающего аппарата аноректума в хирургии рака прямой кишки .....	28
<i>Ничитайло М.Ю., Загрійчук М.С., Булик І.І.</i> Застосування методу зварювання м'яких тканин при симультанних лапароскопічних операціях ...	33
<i>Чорномидз А.В.</i> Роль вільних радикалів у прогресуванні перебігу гострого панкреатиту .....	38
<i>Лупальцов В.І., Хаджиев А.Ч.</i> Оптимизация хирургического лечения перфоративной гастродуоденальной язвы.....	44
<i>Конькова М.В., Котлубей Е.В., Шаталов А.Д., Колесникова М.Б.</i> Изменения сердца при панкреонекрозе .....	49
<i>Азимов М.І., Азимов А.М.</i> Способ палатопластики поперечным рассечением мягкого неба с продольным соединением раны у больных с врожденными расщелинами неба.....	51

**CONTENTS****JUBILEE**

Yuri Vasilyevich Dumansky.....	6
Pyotr Gennadyevich Kondratenko..	8
Fedir Grygorovych Kulachek..	10

**ORIGINAL RESEARCHES**

<i>Rusin V.I., Chobey S.M., Shkriba I.I., Tokach N.G., Kobal M.M.</i> Morphological Diagnosis of Crohn's Disease .....	13
<i>Dronov A.I., Nastashenko I.L., Zemskov S.V., Dovbenko O.V., Shvets Yu.P., Nastashenko A.I.</i> On the Balloon Dilatation of Sphincter of Oddi .....	18
<i>Klimenko A.V., Klimenko V.N., Steshenko A.A., Tumansky V.A., Kovalenko I.S.</i> Surgical Treatment of Chronic Pancreatitis with Ductal Hypertension without Ductal Dilatation .....	22
<i>Bondar G.V., Basheyev V.Kh., Sovpel O.V.</i> Classification of Damages of Holding Structures of Anorectum in Rectal Cancer Surgery .....	28
<i>Nychytaylo M.Yu., Zagriychuk M.S., Bulyk I.I.</i> Application of Method of Soft Tissue Welding in Simultaneous Laparoscopic Surgeries.....	33
<i>Chornomydz A.V.</i> The Role of Free Radicals in the Progression of Acute Pancreatitis .....	38
<i>Lupaltsov V.I., Hadzhiyev A.Ch.</i> Optimization of Surgical Treatment of Perforative Gastroduodenal Ulcer.....	44
<i>Konkova M.V., Kotlubey Ye.V., Shatalov A.D., Kolesnikova M.B.</i> Cardiac Changes in Pancreonecrosis .....	49
<i>Azimov M.I., Azimov A.M.</i> Method of Palatoplasty Using Staphylotomy with Longitudinal Suture in Palatognathous Patients .....	51

<i>Колкін Я.Г., Хацко В.В., Шаталов О.Д., Кузьменко О.Є., Войтюк В.М.</i> Можливості сучасних методів діагностики та хірургічного лікування доброякісних осередкових утворень печінки .....55	<i>Kolkin Ya.G., Khatsko V.V., Shatalov O.D., Kuzmenko O.Ye., Voytyuk V.M.</i> Possibilities of Modern Methods for Diagnosis and Surgical Treatment of Benign Focal Liver Lesions.....55
<i>Матвійчук Б.О., Квіт А.Д., Терлецький О.М., Тимочко М.І., Осінчук О.І., Луцишин В.І., Якубовська М.О.</i> Бактеріальний чинник та шляхи оптимізації лікувальної програми у хворих на гострий апендицит.....58	<i>Matviychuk B.O., Kvit A.D., Terletsky O.M., Timochko M.I., Osinchuk O.I., Lutsyshyn V.I., Yakubovska M.O.</i> Bacterial Factors and Ways for Optimization of Treatment Program in Patients with Acute Appendicitis ..... 58
<i>Раденко Є.Є.</i> Кровотеча невиразкової етіології у хворих на серцеву патологію.....61	<i>Radenko Ye.Ye.</i> Bleeding of Nonulcer Origin in Patients with Cardiac Pathology.....61
<i>Щадько А.А.</i> Індивідуальний реконструктивно-восстановительний підхід к лечению больных с гнойными артритами голеностопного сустава .....65	<i>Schadko A.A.</i> Individual Reparative and Restorative Approach to the Treatment of Patients with Purulent Arthritis of Ankle Joint .....65
<i>Нестеренко А.Н., Воробьева Т.И., Якубенко Е.Д., Колесникова Т.И.</i> Патогенетическое обоснование алгоритма экстренной целенаправленной органопротективной терапии хирургического сепсиса .....69	<i>Nesterenko A.N., Vorobyova T.I., Yakubenko Ye.D., Kolesnikova T.I.</i> Pathogenetic Substantiation of the Algorithm of Emergency Organoprotective Targeted Therapy of Surgical Sepsis .....69
<i>Кондратенко П.Г., Койчев Е.А.</i> Лапаростомия и программированные санации брюшной полости в комплексном лечении перфоративной язвы, осложненной разлитым гнойным перитонитом .....80	<i>Kondratenko P.G., Koychev Ye.A.</i> Laparostomy and Scheduled Sanitizations of Abdominal Cavity in Complex Treatment of Perforated Ulcer Associated with Diffuse Purulent Peritonitis .....80
<i>Бондарь Г.В., Башеев В.Х., Золотухин С.Э., Совпель И.В.</i> Патоморфоз рака прямой кишки, индуцированный неoadъювантной химиолучевой терапией..... 86	<i>Bondar G.V., Basheyev V.Kh., Zolotukhin S.E., Sovpel I.V.</i> Pathomorphosis of Rectal Cancer Induced by Neoadjuvant Chemoradiotherapy .....86
<i>Паламарчук В.І., Ходос В.А.</i> Спеціалізований флебологічний кабінет — нова організаційна форма з надання допомоги хворим із варикозною хворобою нижніх кінцівок .....91	<i>Palamarchuk V.I., Hodos V.A.</i> Specialized Phlebology Office — a New Organizational Form to Help Patients with Varicosity of the Lower Extremities.....91
<i>Осадець В.С.</i> Зміни показників клітинного імунітету організму у хворих на гострий біліарний панкреатит.....98	<i>Osadets V.S.</i> Changes of Cellular Immunity Indoces in Patients with Acute Biliary Pancreatitis .....98
<i>Боднар Б.М., Унгурян А.М., Сидорчук І.Й., Боднар О.Б.</i> Характеристика мікрофлори черевної порожнини та санация озонованим фізіологічним розчином NaCl 0,9% у дітей, хворих на перитоніт апендикулярного походження..... 101	<i>Bodnar B.M., Unguryan A.M., Sidorchuk I.Y., Bodnar O.B.</i> Characteristics of Abdominal Microflora, Ozonated Physiological Saline Solution in Children Patients with Peritonitis after Appendicitis .....101
<i>Сало М.Ф.</i> Мини-инвазивная холецистэктомия с использованием биологической сварки тканей у ранее оперированных больных..... 107	<i>Salo M.F.</i> Mini-invasive Cholecystectomy Using Biological Tissue Welding in Previously Operated Patients .....107

Васильюк С.М., Кримець С.А.  
Хірургічне лікування інфікованих виразок  
у хворих із синдромом діабетичної стопи ..... 110

Гаджиєв Н.Дж.  
Результаты цитокинотерапии в лечении  
больных с распространенным перитонитом . 114

Солошенко В.В.  
Лазерная доплеровская флоуметрия  
в динамике микроциркуляции у обожженных  
шахтеров в стадии ожогового шока ..... 122

## ОГЛЯДИ ТА ДИСКУСІЇ

Хацко В.В., Шаталов А.Д., Пархоменко А.В.,  
Потапов В.В., Фоминов В.М.  
Особенности диагностики и хирургического  
лечения аденом печени..... 127

## ПАМ'ЯТІ ВЧЕНОГО

Академик Михайло Петрович Павловський  
(1930 – 2013) ..... 131

## ПАМ'ЯТНІ ДАТИ

Дронов О.І., Крючина Є.А.  
Михайло Сидорович Коломійченко  
(1892–1973)..... 133

До увазі авторів ..... 138  
Информация для подписчиков..... 139  
Анкета читателя ..... 146

Vasylyuk S.M., Krymets S.A.  
Surgical Treatment of Infected Sores in Patients  
with Diabetic Foot Syndrome..... 110

Hajiyev N.J.  
Outcomes of Cytokine Therapy in Treatment of  
Patients with General Peritonitis..... 114

Soloshenko V.V.  
Laser Doppler Flowmetry in the Dynamics  
of Microcirculation in Burnt Miners  
at Burn Shock Stage ..... 122

## REVIEWS AND DISCUSSIONS

Khatsko V.V., Shatalov A.D., Parkhomenko A.V.,  
Potapov V.V., Fominov V.M.  
Features of Diagnosis and Surgical Treatment  
of Hepatic Adenomas ..... 127

## IN MEMORIAM OF THE SCIENTIST

Academician Mykhaylo Petrovych  
Pavlovsky (1930-2013) ..... 131

## MEMORIAL DATES

Dronov O.I., Kryuchina Ye.A.  
Mykhaylo Sydorovych Kolomiychenko  
(1892–1973)..... 133

Information for Authors ..... 138  
Information for Subscribers ..... 139  
Reader's Questionnaire ..... 146

УДК 616.33:616.342)-002.45-089-035

ЛУПАЛЬЦОВ В.И., ХАДЖИЕВ А.Ч.

Харьковский национальный медицинский университет

## ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ

**Резюме.** Проанализированы результаты хирургического лечения 725 больных с перфоративной гастродуоденальной язвой, 40 из которых выполнена резекция желудка, 121 — ушивание перфоративного отверстия и 564 — органосохраняющие операции с одним из видов ваготомии. На основании проведенных исследований авторы приходят к заключению, что органосохраняющие операции с селективной проксимальной ваготомией отвечают всем патофизиологическим требованиям язвообразования и должны являться методом выбора при хирургическом лечении прободной гастродуоденальной язвы.

**Ключевые слова:** перфоративная гастродуоденальная язва, ушивание, резекция, органосохраняющие операции.

Несмотря на прогресс в диагностике и лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, количество язвенных больных не уменьшается. Увеличивается число больных с осложненными формами ее течения. Увеличение количества случаев с опасными для жизни осложнениями объясняется прежде всего ликвидацией диспансерного наблюдения за язвенными больными, резким снижением планового оздоровления этого контингента больных и другими, не менее важными факторами.

Одной из основных причин, обуславливающих необходимость выполнения операции, являются различные осложнения, наиболее частые из которых — перфорация гастродуоденальной язвы. Увеличение количества больных с перфоративной язвой заставляет задуматься над тем, что отмечается резкое снижение применения патогенетически обоснованных хирургических методов лечения. Хирурги, работающие в отделениях, где оказывается первичная хирургическая помощь этим больным, все чаще ограничиваются простым ушиванием перфоративного отверстия, что влечет за собой увеличение как рецидивов язв, так и осложнений в послеоперационном периоде.

**Цель исследования:** изучение причин неудовлетворительных результатов хирургического лечения больных с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки с определением наиболее оптимальных способов лечения.

### Материал и методы

Проанализированы результаты лечения 725 больных с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки. Соотношение мужчин и женщин 6,5 : 1, возраст — от 16 до 85 лет. В первые 6 часов доставлено 79,3 % больных, до 12 часов — 10,2 %, до 24 часов — 4,1 % и спустя 1 сутки — 5,5 %.

Язвенный анамнез отмечен у 321 больного. У 208 больных перфорация произошла без характерных клинических признаков заболевания, в 82 случаях заболевание проявлялось только диспепсией. Свободный газ в брюшной полости обнаружен в 455 случаях, при его отсутствии исследование дополнялось пневмогастрографией, фиброгастродуоденоскопией. В сомнительных случаях производились УЗИ брюшной полости и лапароскопия.

При выборе метода оперативного пособия учитывали время, прошедшее от момента перфорации до поступления в стационар, возраст пациента, наличие сопутствующей патологии жизненно важных систем, локализацию язвы, результаты рН-метрии желудка, а также наличие таких осложнений течения язвенной болезни, как стеноз выходного отдела желудка, пенетрация в близлежащие органы, распространенность, характер и фазу перитонита.

Местный перитонит отмечен у 379 больных, диффузный — у 281 больного, разлитой — у 65 пациентов.

© Лупальцов В.И., Хаджиев А.Ч., 2013

© «Украинский журнал хирургии», 2013

© Заславский А.Ю., 2013

В желудке язва локализовалась у 123 (16,7 %) больных, в двенадцатиперстной кишке — в 602 (80,3 %) случаях.

## Результаты и обсуждение

Ушивание перфоративного отверстия выполнено нами у 121 больного, показаниями к его выполнению являлись случаи с выраженными явлениями перитонита и тяжесть состояния, обусловленная сопутствующей патологией. У 24 больных показанием к ее выполнению являлись случаи так называемых немых язв без признаков перифокального воспаления вокруг язвенного дефекта у молодых людей с нормальной кислотообразующей функцией желудка. В 11 случаях ушивание перфоративного отверстия производилось по Опелю — Поликарпову. Умерли 8 больных, причиной их смерти являлись прогрессирующий перитонит, сердечно-легочная недостаточность, тромбоэмболия легочной артерии.

У больных этой группы в послеоперационном периоде большое внимание уделялось мерам профилактики агрессии со стороны кислотности желудочного содержимого с использованием  $H_2$ -блокаторов и ингибиторов протонной помпы, а также антибактериальной терапии, направленной на ликвидацию *Helicobacter pylori*.

Первичная резекция желудка выполнена 40 больным. В желудке язва локализовалась у 23 больных, в двенадцатиперстной кишке — у 13, сочетание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки с хронической язвой желудка отмечено у 4. У 14 больных течение гастродуоденальной язвы было осложнено стенозом выходного отдела желудка, у 5 — пенетрацией в капсулу поджелудочной железы и гепатодуоденальную связку, у 2 отмечена малигнизация. Все оперированные больные поступили в клинику в течение 6–12 часов с отсутствием клинических признаков разлитого перитонита. При субоперационном исследовании кислотопродуцирующей функции желудка гиперацидность отмечалась у 18 больных, гипоацидность — у 5, нормальное состояние — в 17 наблюдениях.

Таким образом, первичная резекция у больных с перфоративной язвой желудка выполнялась в случаях ее локализации в области малой кривизны желудка, кардии, малигнизации, при осложнении стенозом выходного отдела желудка и сочетании хронической язвы желудка с язвой двенадцатиперстной кишки. Обязательным условием для выполнения первичной резекции желудка являлось отсутствие признаков общего перитонита и тяжелой сопутствующей патологии со стороны жизненно важных систем организма больного.

Способ резекции желудка выбирали с учетом локализации язвы и степени анатомических изменений в области пилородуоденального соустья. Резекция желудка по Бильрот I выполнена 18 больным, по Бильрот II в модификации Гофмейстера — Финстера — 12 больным, показанием к ее выполнению был выраженный воспалительно-дегенеративный

процесс в пилородуоденальной зоне. В двух случаях при малигнизации язвы произведена субтотальная резекция желудка в модификации А.А. Шалимова. В данной группе умерли 3 больных, причиной их смерти явилась неадекватная оценка сопутствующих заболеваний жизненно важных систем.

Вместе с тем, несмотря на радикализм, первичная резекция не всегда выполнима в условиях неотложной хирургии, иногда из-за неподготовленности персонала к осуществлению столь тяжелой, сложной в техническом плане и травматичной для больного операции. Кроме того, хирургов сдерживает угроза возникновения пострезекционных осложнений, вероятность которых значительно возрастает при выполнении подобных операций на неподготовленном желудке.

И все же проведенное изучение результатов первичной резекции желудка при перфоративной язве в отдаленном послеоперационном периоде позволяет нам считать данные оперативные вмешательства адекватным способом ее хирургического лечения при желудочной локализации, особенно в местах расположения, наиболее склонных к малигнизации, сочетанной язве желудка и двенадцатиперстной кишки, сочетании перфорации с пенетрацией и стенозом пилорического отдела желудка.

В поисках мер по улучшению результатов оперативного лечения больных с гастродуоденальной язвой в начале 70-х годов XX столетия ученые обратили внимание на органосохраняющие операции. Они патогенетически обоснованы, не требуют длительного времени для выполнения, обеспечивают сохранение резервуарной функции желудка.

Органосохраняющие операции при наличии перфоративной гастродуоденальной язвы внедрены в практику в 90-е годы XX столетия, когда их позиции прочно укрепились в плановой хирургии. Вместе с тем их применение заставило пересмотреть показания к выбору вида ваготомии. Некоторые авторы предпочитали стволовую ваготомию, считая ее оптимальной в условиях неотложной хирургии, другие — селективную ваготомию, считая ее более физиологичной.

Однако при изучении отдаленных результатов установлено, что после выполнения ваготомии вследствие денервации антрального отдела желудка и сфинктера привратника значительно повышается риск возникновения постваготомного гастростаза, нарушения функции органов панкреатодуоденальной зоны и кишечника. В последующем в практику неотложной хирургии была внедрена селективная проксимальная ваготомия, которая обеспечивает сохранение пилорических ветвей блуждающего нерва, нормальную эвакуаторную функцию пилородуоденального комплекса.

Селективная проксимальная ваготомия является наиболее физиологичной по сравнению с другими видами ваготомии. Она вмещает в себя радикализм по сравнению с простым ушиванием перфоративно-

го отверстия и быстроту выполнения по сравнению с резекцией желудка. Пересечение блуждающего нерва обеспечивает подавление кислотно-пептического фактора агрессии слизистой желудка, а иссечение язвенного субстрата — удаление патологического очага. Кроме того, сохраняются нормальная анатомическая структура желудка и его физиологическая функция.

Органосохраняющие оперативные вмешательства выполнены нами у 564 больных. Если на начальных этапах освоения техники операции мы отдавали предпочтение стволовой и селективной ваготомии, то в последующем, по мере освоения методики, в клинике стали выполнять селективную проксимальную ваготомию.

Стволовая ваготомия выполнена нами у 53 больных. Ее считали показанной в случаях поздней госпитализации в стационар с признаками перитонита и у больных с сочетанием перфорации и кровотечения. Во всех случаях стволовая ваготомия сопровождалась иссечением язвы с выполнением одного из видов дренирующих желудок методик. При локализации язвы в пилородуоденальной зоне предпочтение отдавали пилоропластике по Гейнеке — Микуличу. Последняя выполнена нами у 41 больного. При язвах, деформирующих выходной отдел желудка, проводилась пилоропластика по Фенею или гастродуоденостомия по Джабулею.

Селективная ваготомия выполнена у 171 больного, ее выполнение практически всегда дополнялось иссечением язвы с одним из видов дренирующих операций. Так, селективная ваготомия в сочетании с пилоропластикой по Гейнеке — Микуличу выполнена 126 больным, у 8 пациентов селективная ваготомия выполнена в чистом виде, с ушиванием язвы. Это были больные с местным перитонитом при размерах язвы, не превышающих 0,2 см в диаметре, с мягкими краями. У 37 больных при выраженных явлениях стенозирования выходного отдела желудка селективная ваготомия дополнялась пилоропластикой по Фенею или гастродуоденостомией по Джабулею. Эти оперативные вмешательства выполнялись, когда осваивалась методика ваготомии и в случаях трудностей выделения нерва Латарже из-за выраженной инфильтрации сальника.

Анализ осложнений у больных после выполненной селективной ваготомии показал, что они в большинстве случаев обусловлены денервацией антрального отдела желудка и пилорического жома, что снижает у них качество жизни. Умерли 2 больных, в одном случае причиной смерти явился инфаркт миокарда, а в другом — острая спаечная кишечная непроходимость.

С внедрением в клинику селективной проксимальной ваготомии удалось значительно снизить нежелательные последствия денервации желудка, наблюдаемые после селективной и стволовой ваготомии, т.к. при ее выполнении сохраняется пилородуоденальная иннервация, регулирующая нормальную эвакуаторную функцию пассажа

пищи из желудка. Кроме этого, после осуществления селективной проксимальной ваготомии не всегда требуется выполнение дренирующих желудок операций.

Селективная проксимальная ваготомия выполнена нами у 340 больных. Выполнялось оперативное вмешательство у больных, поступивших в ранние часы после перфорации язвы, при сохранении нормальной топографо-анатомической структуры нерва Латарже. При небольших размерах язва иссекалась по Джаду — Хорсли. Иссечение дополнялось пилоропластикой в случаях хронической язвы с каллезными краями и при деформации выходного отдела желудка.

Изучение кислотоингибирующей функции у анализируемых больных после выполнения им одного из видов ваготомии показало, что вагусная денервация способствует подавлению секреции соляной кислоты и пепсина, снижая его уровень, по данным рН-метрии, до  $5,4 \pm 0,6$  ед.

Проведенные исследования по восстановлению моторики желудочно-кишечного комплекса у больных, перенесших тот или иной вид ваготомии, показали, что в раннем послеоперационном периоде восстановление моторики носит фазовый характер. Наиболее быстрое восстановление моторики желудка наблюдалось у больных после селективной проксимальной ваготомии с иссечением дуоденальной язвы, расположенной на ее передней стенке. У этого контингента больных отмечено и наименьшее количество случаев развития постваготомного гастростаза. Эвакуация контрастной массы из желудка после селективной проксимальной ваготомии с сохранением пилорического жома хотя и была замедленной, но все же в меньшей степени, чем после стволовой и селективной ваготомии. Следует отметить, что у больных с селективной проксимальной ваготомией и пилороразрушающей операцией ускоренный характер эвакуации встречается почти в 2 раза чаще, чем у больных, у которых селективная проксимальная ваготомия выполнялась с сохранением привратникового механизма.

## Выводы

1. На современном этапе хирургического лечения больных с перфоративной гастродуоденальной язвой выбор метода должен определяться с учетом общего состояния больного, его возраста, степени выраженности и распространенности перитонита, локализации язвы, длительности язвенного анамнеза, характера изменений в периульцерогенной зоне, наличия других сопутствующих осложнений язвенной болезни (пенетрация, стеноз, малигнизация и т.д.), с учетом фаз желудочной секреции.

2. Органосохраняющие операции с ваготомией отвечают всем патофизиологическим требованиям язвообразования и в индивидуальном порядке могут являться методом выбора при лечении прободных гастродуоденальных язв.

## Список литературы

1. Гостищев В.К. Радикальные оперативные вмешательства в лечении больных с перфоративными гастродуоденальными язвами / В.К. Гостищев, М.А. Евсеев, Р.А. Головин // Хирургия. — 2009. — № 3. — С. 10-16.
2. Кузин М.И. Ваготомия вчера и сегодня / М.И. Кузин // Материалы XXX Всесоюзного съезда хирургов. — Минск, 1983. — С. 237-241.
3. Лупальцов В.И. Перфоративная гастродуоденальная язва / В.И. Лупальцов. — Х.: Основа, 2003. — 238 с.
4. Лупальцов В.И. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: хирургическое лечение / В.И. Лупальцов. — К.: Лига-Информ, 2009. — 133 с.
5. Панцырев Ю.М. Патологические синдромы после резекции желудка и гастрэктомии / Ю.М. Панцырев. — М.: Медицина, 1993. — 327 с.
6. Хаджиев О.Ч. Оптимізація хірургічного лікування хворих з перфоративною виразкою шлунка і дванадцятипалої кишки (клініко-експериментальне дослідження): автореф. дис... д-ра мед. наук: 14.01.03 / О.Ч. Хаджиев; Харк. держ. мед. ун-т. — Х., 2001. — 36 с.
7. Органосохраняющие операции в хирургическом лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / А.А. Шалимов, В.Ф. Саенко, Б.С. Полинкевич [и др.] // Материалы XXX Всесоюзного съезда хирургов. — Минск, 1983. — С. 241-244.
8. Holle F. Critique and summary on clinic of SPV pyloroplasty (1964–1974) / F. Holle. // Chir. Gastroent. — 1977. — Vol. 11, № 1. — P. 69-75.
9. Jordan P. A prospective study of parietal cell vagotomy and selective vagotomy-antrectomy for treatment of duodenal ulcer / P. Jordan // Ann. Surg. — 1996. — Vol. 184, № 6. — P. 619-628.

Получено 23.01.13 □

Лупальцов В.И., Хаджиев А.Ч.

Харківський національний медичний університет

## ОПТИМІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРФОРАТИВНОЇ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ВИРАЗКИ

**Резюме.** Проаналізовані результати хірургічного лікування 725 хворих на перфоративну гастродуоденальну виразку, 40 з яких виконана резекція шлунка, 121 — ушивання перфоративного отвору та 564 проведені органозберігаючі операції з одним із видів ваготомії. На підставі досліджень, що проведені, автори приходять до висновку, що органозберігаючі операції

з селективною проксимальною ваготомією відповідають усім патофізіологічним вимогам виразкоутворення та повинні бути методом вибору при хірургічному лікуванні прободної гастродуоденальної виразки.

**Ключові слова:** перфоративна гастродуоденальна виразка, ушивання, резекція, органозберігаючі операції.

Lupaltsov V.I., Hadzhiyev A.Ch.

Kharkiv National Medical University

## OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENT OF PERFORATIVE GASTRODUODENAL ULCER

**Summary.** The study is based on results of the treatment of 725 patients (aged from 16 to 85 years old) with perforated gastric and duodenal ulcers. Method of the surgery has been chosen with consideration of the time elapsed from the moment of perforation to admission, the patient's age, the presence of comorbidity of vital systems, ulcer site, results of pH-metry of the stomach, and the presence of complications of peptic ulcer disease like stenosis of output department of the stomach, penetration into nearby organs, prevalence, nature and phase of peritonitis. Localized peritonitis was detected in 379 patients, diffuse one — in 281 patients, total one — in 65 patients. The ulcer was localized in the stomach in 123 (16.7 %) patients, in the duodenum — in 602 (80.3 %) cases.

Suturing of perforated holes was performed in 121 patients. Indications for its implementation were cases with evident symptoms of peritonitis and severity caused by comorbidities. In 24 patients it was performed in cases of so-called «silent ulcers» — without signs of perifocal inflammation around the ulcer in young people with normal acid-producing function of the stomach. In

all operated patients during postoperative period much attention was paid to prevention of the gastric acidity aggression using H<sub>2</sub>-blockers and proton pump inhibitors and to eliminate Helicobacter pylori antibiotic therapy.

Primary gastric resection was performed in 40 patients with ulcer localization in the lesser curvature or cardia of the stomach, in cases of malignancy, stenosis of the gastric outlet and cases of combination a chronic gastric ulcer with duodenal one. Main contraindications of performing the primary resection were evidence of general peritonitis and severe comorbidity of the patient's vital systems.

Analyzed the late postoperative period after the primary resection in cases of perforated ulcers allows us to consider this surgery the method of choice for gastric ulcers, especially located in places susceptible to malignancy or combined gastric and duodenal ulcers, in cases with combined perforation, penetration and pyloric stenosis of the stomach.

Organ-preserving surgery was performed in 564 patients. Truncal vagotomy was done in 53 patients. Indications for its imple-

mentation were cases of a late admission to the hospital with signs of peritonitis in patients with combination of perforation and bleeding. In all cases, truncal vagotomy followed by excision of the ulcer with applying one of the stomach drainage surgery techniques.

Selective vagotomy was performed in 171 patients. Its implementation is almost cases supplemented by excision of the ulcer with appliance one type of drainage operations. Pyloroplasty by Heineke — Mikulicz was made in 126 patients; in 8 patients the «pure» selective vagotomy was performed with suture plication of perforated ulcer. These were patients with local peritonitis and ulcer size less than 0.2 cm in diameter with smooth edges. In 37 patients with stenosis of the stomach outlet the selective vagotomy was supplemented by pyloroplasty after Finney or Jaboulay's gastroduodenostomy.

Selective proximal vagotomy was performed in 340 patients. It was indicated in cases of early period after the ulcer perforation with maintaining a normal anatomy and topography of nerve of Latarjet. In cases of a small size ulcer was excised after Judd — Horsley. Excision was supplemented by pyloroplasty in a chronic ulcers with callosum edges or deformity of the stomach outlet.

Based on the study of stomach acid-producing function it was

shown in all cases after applying one type of vagotomy the suppression of hydrochloric acid and pepsin secretions down to pH  $5,4 \pm 0,6$  units.

Analysis of the gastrointestinal motility restoration in patients' undergone one type of vagotomy showed that in the early post-operative period it has a phase character. Earliest recovery of the gastric motility was in patients after the proximal selective vagotomy with excision of a duodenal ulcer located on its frontal wall. These patients had the fewest cases of the postvagotomic gastrostasis.

Authors make the conclusion that contemporary choice of the type of surgery of perforated gastroduodenal ulcer should be based taking into account the patient's general condition, age, severity and prevalence of peritonitis, ulcer site, duration of the ulcer anamnesis, nature of changes in periulcerogenic area, presence of the related complications (penetration, stenosis, malignancy, etc.), according to the phases of a gastric secretion. Organ-preserving surgery with vagotomy corresponds to all the requirements of the ulcer formation pathophysiology and can be individually method of choice for the treatment of perforated gastroduodenal ulcers.

**Key words:** perforated gastroduodenal ulcer, suturing, resection, organ-preserving surgery.