

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
Асоціація хірургів-гепатологів України
Асоціація кардіологів, судинних та серцевих хірургів м. Києва

ХІРУРГІЯ УКРАЇНИ

ХИРУРГИЯ УКРАИНЫ
SURGERY OF UKRAINE

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ
SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL

3 (59) / 2016

Заснований у червні 2001 року

Виходить чотири рази на рік

Журнал внесено до Переліку наукових фахових видань України
Додаток 9 до наказу Міністерства освіти і науки України від 09.03.2016 р. № 241

Журнал зареєстровано в наукометричних системах
РІНЦ та Google Scholar

Журнал внесено до загальнодержавної бази даних «Україніка наукова»,
матеріали публікуються в УРЖ «Джерело»

Київ
ТОВ «ВІТ-А-ПОЛ»
2016

- | | | | |
|-----------|--|--|---|
| 7 | НАЦІОНАЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ — 175 РОКІВ | | TO 175 TH ANNIVERSARY OF O. O. BOGOMOLET'S NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY |
| | ТОЧКА ЗОРУ | | POINT OF VIEW |
| 10 | К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ
В. И. Лупальцов | | SURGICAL TREATMENT OF UNCOMPLICATED GASTRODUODENAL ULCER
V. I. Lupaltsov |
| | ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ | | ORIGINAL RESEARCHES |
| 17 | ДОСВІД ЛІКУВАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ТРАВНОЇ ТРУБКИ
М. І. Тутченко, Б. І. Слонецький, І. М. Березенко, Г. Г. Рошин, Д. В. Рудик, О. А. Сіренко | | SURGERY OF UPPER DIGESTIVE TRACT URGENT PATHOLOGY
M. I. Tutchenko, B. I. Slonetsky, I. M. Berezenko, G. G. Roschin, D. V. Rudyk, O. A. Sirenko |
| 22 | СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ИНЪЕКЦИОННОГО ИНФИЛЬТРАЦИОННОГО ГЕМОСТАЗА С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТОВ ТРАНЕКСАМОВОЙ И АМИНОКАПРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА
В. Г. Гуцулюк, О. В. Осипенко, Б. Н. Гатайло, А. С. Дюжев | | ENDOSCOPIC HEMOSTASIS WITH TRANEXAMIC AND AMINICAPRONIC ACIDS INJECTION. THE COMPARATIVE EFFECTIVENESS FOR UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING
V. G. Gutsuluk, O. V. Osipenko, B. N. Gataylo, O. S. Dyuzhev |
| 26 | ВИЖИВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З МІСЦЕВО ПОШИРЕНИМ РАКОМ ШЛУНКА, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ КОМБІНОВАНІ ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ
Ю. Ю. Олійник | | THE SURVIVAL OF PATIENTS WITH LOCALLY ADVANCED GASTRIC CANCER AFTER COMBINED SURGERIES
Yu. Yu. Oliynyk |
| 32 | ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНИХ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ТРЕТЬОГО ТИПУ
І. А. Криворучко, Н. М. Гончарова | | THE SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATED D'EGIDIO TYPE III PANCREATIC PSEUDOCYSTS
I. A. Kryvoruchko, N. M. Goncharova |
| 39 | ЗАСТОСУВАННЯ ОДНОМОМЕНТНОГО З БІЛЮДИГЕСТИВНИМ ГАСТРОДИГЕСТИВНОГО ШУНТУВАННЯ ПРИ ПАЛІАТИВНОМУ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА МІСЦЕВО ПОШИРЕНИЙ РАК ГОЛОВКИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ
Б. Г. Безродний, В. П. Слободяник, М. С. Філатов | | SINGLE-STEP GASTRO- AND BILIODIGESTIVE SHUNTING IN PALLIATIVE SURGICAL TREATMENT OF LOCALLY ADVANCED PANCREATIC HEAD CANCER
B. G. Bezrodnyi, V. P. Slobodjanyk, M. S. Filatov |
| 44 | АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ В КИЇВСЬКІЙ ОБЛАСТІ
Я. П. Фелештинський, О. М. Бондаренко, М. Д. Бондаренко, Б. Г. Бондарчук, О. В. Карпенко | | ANALYSIS OF ACUTE PANCREATITIS TREATMENT RESULTS IN THE KYIV REGION
Ya. P. Feleshtynskyy, O. M. Bondarenko, M. D. Bondarenko, B. G. Bondarchuk, O. V. Karpenko |
| 50 | АНАЛІЗ ДЕФОРМАЦІЙ, НАПРУЖЕНЬ, БІОМЕХАНІЧНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ІМПЛАНТАТУ І М'ЯЗОВО-АПОНЕВРОТИЧНИХ СТРУКТУР ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ ЛЮДИНИ ПРИ АЛОПЛАСТИЦІ З ПРИВОДУ ЇЇ ДЕФЕКТІВ
Р. Б. Лисенко, М. Г. Кришчук | | ANALYSIS OF DEFORMATION, STRESS, BIOMECHANICAL INTERACTION BETWEEN THE IMPLANT AND THE MUSCULO-APONEUROTIC STRUCTURES OF THE HUMAN ABDOMINAL WALL IN DEFECT REPAIR ALLOPLASTY
R. B. Lysenko, M. G. Kryschuk |
| 56 | МОДИФИЦИРОВАННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ
В. В. Грубник, Н. Д. Парфентьева, К. О. Воротынцева | | MODIFIED LAPAROSCOPIC SURGERY IN THE POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIAS TREATMENT
V. V. Grubnik, N. D. Parfentjeva, K. O. Vorotyntseva |
| 61 | ВИБІР МЕТОДУ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАХВИННИХ ГРИЖ У НОВОНАРОДЖЕНИХ: ЩО КРАЩЕ?
А. А. Переяслов, А. О. Дворакевич | | INGUINAL HERNIA SURGERY CHOICE IN NEWBORNS: WHAT IS BETTER?
A. A. Pereyaslov, A. O. Dvorakevych |
| 67 | ИСПОЛЬЗОВАНИЕ САМОФИКСИРУЮЩИХСЯ СЕТОК PROGRIP ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПЛАСТИКИ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ
Вл. В. Грубник, А. В. Малиновский, Викт. В. Грубник | | LAPAROSCOPIC SELF-FIXATING PROGRIP MESH IN HIATAL HERNIA REPAIR
V. V. Grubnik, A. V. Malinovskiy, V. V. Grubnik |

УДК [616.33:616.342]-002.44-089



В. И. Лупальцов

Харьковский национальный медицинский университет

К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ

Цель работы — улучшить результаты лечения больных гастродуоденальной язвой путем расширения относительных показаний к оперативному лечению.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ хирургического лечения 437 больных с гастродуоденальной язвой, осложненной перфорацией у 298 больных, кровотечением — у 82; декомпенсированным стенозом — у 39 и малигнизацией желудочной язвы — у 18. Большинство пациентов лечились и наблюдались у гастроэнтеролога от 3 до 18 лет.

Результаты и обсуждение. Установлено, что вопросы хирургической тактики данного контингента больных далеки от разрешения. Нет единого мнения о хирургическом лечении больных по относительным показаниям, а также о степени радикализма его выполнения. В ургентной хирургии при лечении осложненных форм гастродуоденальной язвы широко используют паллиативные вмешательства с высокой частотой осложнений и летальности.

Выводы. При неуклонном росте количества больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки с высокой частотой осложнений улучшения качества лечения можно достичь путем оптимального сочетания эффективной консервативной терапии с расширением показаний к хирургическому лечению по относительным показаниям.

■

Ключевые слова: гастродуоденальная язва, осложнения, показания к оперативному лечению, выбор метода операции.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки — распространенное заболевание, частота которого, по данным мировой статистики, составляет 6—10% среди взрослого населения [6, 9, 17]. Как справедливо подметил В. Г. Передерий (1997), это заболевание «по-прежнему продолжает держать в напряжении не только гастроэнтерологов, но и врачей широкого профиля, в том числе и хирургов» [16]. Надежды, возлагаемые на внедрение в конце XX ст. новых принципов медикаментозного лечения (H₂-блокаторов, ингибиторов протонной помпы и антихеликобактерной терапии) при положительном уреазном тесте, обнадежившие гастроэнтерологов, не уменьшили количества больных язвенной болезнью. Как показали дальнейшие наблюдения, число больных с гастродуоденальными язвами имеет тенденцию к увеличению при стойкой излечимости лишь в 35—40% случаев. Стратегия преимущественно консервативного лечения больных с гастродуоденальной язвой способствовала устойчивой тенденции к уменьшению количества плановых оперативных вмешательств в 2,0—2,5 раза и увеличению

числа больных с осложненными формами язвы (перфорация, кровотечение, стеноз, пенетрация, малигнизация), требующих оперативного пособия.

По данным литературы известно, что течение язвенной болезни осложняется перфорацией или кровотечением у 3—30% больных [2, 7, 12] при существенной (до 25—50%) доле больных, у которых перфорация и кровотечение сочетаются друг с другом и (или) со стенозом пилоробульбарной зоны, когда операция в объеме простого ушивания перфорации оказывается неадекватной.

Хирургическая ликвидация только осложненной порой оказывается малоэффективной из-за недостаточности объема адекватного медикаментозного лечения в послеоперационный период, которое в большинстве случаев недоступно больным из-за высокой его стоимости. По этой причине хирурги считают, что выполнение первично-радикальных хирургических вмешательств является обоснованным.

Все изложенное свидетельствует о необходимости пересмотра тактики лечения больных с

хронічної гастродуоденальної язви і виработки гастроентерологами спільно з врачами-ендоскопістами і хірургами з урахування морфологічних змін в біоптатах, підтверджуючих хронізацію процесу, показаній к своєчасному хірургічному ліченню.

Цель работы — улучшить результаты лечения больных гастродуоденальной язвой путем расширения относительных показаний к оперативному лечению.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ хирургического лечения 437 больных с осложненной гастродуоденальной язвой, из них — 298 (68,2 %) с перфорацией, 82 (18,8 %) — с желудочно-дуоденальными кровотечениями, 39 (8,9 %) — с декомпенсированным пилородуоденальным стенозом, 18 (4,1 %) — с малигнизацией желудочной язвы.

Возраст большинства пациентов составлял от 15 до 40 лет, что подчеркивает социальную значимость проблемы. Большинство из больных лечились и наблюдались у гастроэнтеролога от 3 до 18 лет. Комплексное консервативное лечение получали амбулаторно и в условиях стационара, включая H2-блокаторы, ингибиторы протонной помпы, антихеликобактерные препараты при положительном уреазном тесте.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При поступлении в хирургический стационар клинические признаки перфорации язвы у большинства больных были достаточно убедительными. Свободный газ при обзорной рентгенографии органов брюшной полости обнаружен у 69,9 % больных. При отрицательном результате обзорной рентгенографии органов брюшной полости, но наличии клинических признаков перфорации исследование дополняли фиброгастродуоденоскопией с пневмогастрографией (проба Хенельта), в трудных диагностических случаях — с инсuffляцией воздуха в язвенный кратер. Перитонит выявлен у 151 (52,3 %) больного: диффузный — у 118 (78,1 %), разлитой — у 33 (20,9 %). У 141 (47,3 %) больного язва локализовалась в двенадцатиперстной кишке. У 157 пациентов желудочные язвы имели разную локализацию.

При выборе метода оперативного пособия учитывали время, прошедшее с момента перфорации, распространенность, характер и фазу перитонита, возраст пациента, наличие сопутствующей патологии жизненных систем, локализацию язвы, наличие других сопутствующих осложнений язвенной болезни, таких как пилородуоденальный стеноз и др.

В настоящее время основными методами хирургического лечения перфоративных язв являются ушивание перфоративного отверстия, иссечение язвенного субстрата с дополнением селективной проксимальной ваготомии (СПВ) или без нее и резекция желудка.

Ушивание перфоративного отверстия выполнено в 48 (16,1 %) случаях. Показаниями к его выполнению было тяжелое состояние больного, обусловленное нарушением жизненных систем и распространенностью перитонита, а также перфорация «немых» язв при отсутствии язвенного анамнеза.

Органосохраняющие операции проводили при дуоденальных язвах и язвах пилородуоденальной зоны. Преимущество отдавали СПВ, которую выполнили 141 больному. Применению СПВ предшествовало иссечение язвенного субстрата при сохранении нормальной топографической структуры нерва Латарже. При инфильтрации пилородуоденальной зоны язву иссекали по Джадду — Хорсли. В 64 случаях выполнена селективная ваготомия (СВ), в 22 — простое иссечение язвы.

Резекция желудка проведена 23 больным. Умерли 6 (2,01 %) больных, 4 из них были госпитализированы в поздние сроки с разлитым перитонитом. У 2 больных причиной смерти была развившаяся легочно-сердечная недостаточность.

На высоте язвенного кровотечения прооперированы 14 (17,1 %) больных, 9 из них с высоким операционным риском. Несмотря на совершенствование эндоскопических методик контроля гемостаза и лечения, количество больных с рецидивными кровотечениями, в том числе профузными, не уменьшается. По данным Ф.В Саенко и соавт. (2003), их доля в среднем составляет 20 % [17]. Оперативное вмешательство у этих больных ограничивалось выполнением перевязки левой желудочной артерии, кровоточащего сосуда и стволовой ваготомией (СТВ). У трех больных выполнено иссечение язвенного субстрата по Джадду — Хорсли с СПВ. В двух случаях выполнена резекция желудка по Бильрот I, показанием к которой было кровотечение из пилородуоденальной язвы, осложненной субкомпенсированным стенозом.

Основным методом хирургического лечения больных язвенной болезнью с локализацией язвы в пилородуоденальной зоне, осложненной кровотечением, после его остановки было иссечение язвы, дополненное СПВ у 37 (45,1 %) больных на 12—14-е сутки после компенсации кровопотери и полного восстановления жизненно важных функций организма. При желудочной локализации язвы выполняли первичную резекцию желудка (у 28 (34,8 %) больных). При сложности мобилизации пилоробульбарного сегмента осуществляли резекцию по Бильрот II.

В 3 (3,6 %) случаях желудочно-язвенных кровотечений возникло подозрение относительно злокачественного характера кровоточащей язвы. По данным литературы, частота желудочных язв, имеющих злокачественный характер, может достигать 15—20 %, а получение морфологического подтверждения злокачественности желудочной язвы в неотложной ситуации не всегда возможно [7]. Однако, по данным В. К. Гостищева и соавт. (2010),

эндоскопические признаки (более 2,5 см в диаметре, глубина изъязвления, локализация ближе к большой кривизне, неровные (бугристые) приподнятые и ригидные края язвы, инфильтрация стенки желудка и отсутствие перистальтики в периульцерозной зоне), а также данные интраоперационной ревизии (инвазия серозного покрова в области язвы, окружающие анатомические структуры, каменистая плотность самого язвенного кратера и ригидность желудочной стенки в периульцерозной зоне, увеличение ригидных лимфатических узлов) позволяют хирургу с высокой вероятностью предположить наличие онкопроцесса [7]. У двух из больных, учитывая их преклонный возраст, сопутствующая патология жизненных систем не позволяла выполнить радикальные вмешательства, им были применены паллиативные пособия.

Доля пилородуоденального стеноза (ПДС) в общей структуре осложнений язвенной болезни составляет от 10,0 до 63,5 %, составляя в среднем 5—30 %, частота декомпенсированного стеноза — от 5 до 15 % [3, 5]. По данным рандомизированных исследований, стеноз любой стадии является показанием к оперативному лечению [4, 15, 17]. Из хирургических методов при декомпенсированных формах стеноза авторы используют резекционные, органосохраняющие и пилороразрушающие методы с летальностью от 0,75 % при органосохраняющих до 6,25 % при резекционных методах [1, 8, 14], что подтверждает мнение о том, что летальность при хирургическом декомпенсированном стенозе в 1,5—2,0 раза выше, чем при неосложненной дуоденальной язве [10, 11, 20].

Учитывая, что хирургия язвенной болезни с ее осложнениями давно перестала быть уделом хирургических клиник, рекомендации ученых должны основываться именно на выполнении оперативных вмешательств широким кругом хирургов, а публикуемые рекомендации к их тактическому выбору метода хирургического пособия — на объективных принципах выполнения в условиях лечебных учреждений их работы. Рекомендации отдельных авторов о направлении этих больных в крупные (специализированные) клиники не всегда выполнимы вследствие разных причин. Считаем, что рекомендации по хирургической тактике этого контингента больных должны рассматриваться в процессе учебы на курсах повышения квалификации в условиях крупных хирургических клиник.

При выборе метода хирургического лечения больных с ПДС мы учитываем стадию стеноза, результаты моторно-эвакуаторной функции желудка, тонус стенки желудка, морфофункциональное состояние желудка по результатам изучения материала биопсии путем эндоскопии и биоптатов слизистой оболочки периульцерозной зоны, а также стоимость лечения и качество жизни после операции.

У 39 больных с дуоденальными и желудочными язвами, осложненными стенозом, операцией выбо-

ра была резекция желудка, в частности у 27 (69,2 %) по Бильрот I. У 3 (7,7 %) больных с тяжелой сопутствующей патологией выполнены паллиативные вмешательства — наложение гастроэнтероанастомоза. Операция, хотя и не воздействует на патогенетические звенья заболевания, но устраняет желудочный стаз и спасает жизнь больному.

В 9 (23,1 %) случаях у больных с рубцово-язвенным стенозом, обусловленным язвой двенадцатиперстной кишки, после коррекции водно-электролитного баланса, подавления процессов брожения и электростимуляции моторно-эвакуаторной функции желудка выполнены органосохраняющие операции — СПВ с дуоденопластикой по Финнею.

Послеоперационный период протекал без особенностей.

Проведенные наблюдения свидетельствуют о более широком использовании органосохраняющих операций при ПДС. Учитывая длительность подготовки больных к операции и объем технических средств, вряд ли сегодня можно рекомендовать такие оперативные пособия широкому кругу хирургов, оставляя преимущество их выполнения за крупными клиническими коллективами.

В 18 случаях диагностировали малигнизированную язву желудка. Малигнизация желудочных язв наблюдается довольно часто. По мнению ведущих ученых, злокачественное перерождение язв желудка отмечается в 10—14 % случаев. И хотя клинические симптомы ранних стадий рака из язвы изучены еще недостаточно, большинство изучавших вопросы ранней диагностики рака из язвы рекомендуют ведущими симптомами его диагностики считать ухудшение общего состояния, потерю аппетита, отвращение к мясной пище, снижение кислотности, острые боли в эпигастрии, обычно усиливающиеся после еды, становятся тупыми, отмечаются утомляемость после обычной нагрузки, признаки анемии.

И хотя каждый из перечисленных признаков не является обязательным при установлении диагноза, при их сочетании возможно заподозрить раковые перерождения желудочной язвы и провести более тщательное целенаправленное исследование для его исключения. Согласно результатам наблюдений крупнейших клиник мира, частота диагностических ошибок при малигнизации желудочных язв составляет от 10 до 15 % [13]. При каллезной язве желудка частота ее малигнизации более высокая, поэтому к таким больным должно быть повышенное внимание, а динамическое наблюдение за ними должно быть более тщательным, чтобы не пропустить начальные стадии ее перерождения.

Установлению правильного диагноза способствует своевременное использование дополнительных методов исследования. Предпочтение отдают рентгенологическому методу и методу фиброгастроскопии, последний позволяет проводить не только визуальное обследование всех отде-

лов желудка, но и биопсию для цитологического исследования.

В некоторых странах в связи с трудностями своевременной диагностики малигнизации желудочных язв рекомендуют у этих больных применять более активную хирургическую тактику. В частности, гастроэнтерологи из клиники Мейо разработали в отношении больных с язвенной болезнью желудка следующую тактику: больного при наличии «свежей» язвы желудка госпитализируют на 2 нед, в течение которых проводят интенсивную терапию. Если лечение оказывается не эффективным, то рекомендуют операцию. При уменьшении диаметра язвенной ниши на 50—70 % и регрессе клинических симптомов продолжают медикаментозную терапию под контролем рентгенологического и фиброгастроскопического исследования в течение 3—6—12 мес, в дальнейшем с целью контроля обследуют 1—2 раза в год, а при необходимости проводят лечение [18].

Согласно высказыванию А.А Шалимова, имеющиеся в распоряжении врача методы диагностики (клинические, рентгенологические, лабораторные, гастроскопические, цитологические) не гарантируют распознавания начальных стадий злокачественного перерождения хронической язвы желудка. Только раннее оперативное лечение значительно улучшает результаты лечения хронической язвы, а следовательно, и рака, возникшего из язвы [18].

А. В. Мельников (1954) считает, что длительно существующая язвенная ниша диаметром более 2,5 см, особенно у больных в возрасте старше 50—60 лет, должна привлечь особое внимание врача [13]. В такой ситуации, учитывая опасность образования рака из каллезной язвы, лучше выполнить резекцию желудка.

По мнению С. С. Юдина (1955), «при желудочных язвах сроки терапевтического лечения нужно сокращать тем увереннее, чем больше язва, чем глубже ниша, чем старше больной и чем ниже кислотность» [19].

Таким образом, вопросы хирургической тактики далеки от разрешения. Нет единого мнения по поводу хирургической тактики, объема и видов

оперативных вмешательств, степени их радикализма. В ургентной хирургии при лечении осложненных форм язвенной болезни по-прежнему широко используют паллиативные вмешательства с высокой частотой осложнений и летальности.

Проведенный нами анализ оперативных вмешательств показал, насколько трудным бывает выполнение оперативных вмешательств у больных с осложненной язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Чаще всего это люди пожилого возраста. Если бы они были госпитализированы раньше, когда организм еще в состоянии бороться с возможными осложнениями, связанными с оперативным вмешательством и в послеоперационный период, а также в неосложненный период, то возможно с большей вероятностью получить благоприятный исход. Поэтому часто произносимое терапевтами изречение: «А вот попадешь в руки хирурга...», — не всегда оправдано. Практика показывает, что чрезмерно долгое, порой безуспешное консервативное лечение при неизбежном в последующем оперативном вмешательстве связано с большим риском для больного и его здоровья.

Мы с большим уважением относимся к успехам терапевтического лечения, которое совершенно обязательно для больных с гастродуоденальной язвой. Однако успехи хирургии в лечении этих больных свидетельствуют о том, что для любого консервативного лечения большое значение имеют оптимальный срок и индивидуальный подход. Одним из путей улучшения результатов лечения больных с гастродуоденальной язвой должно быть своевременное определение планового оперативного вмешательства до возникновения жизненно опасных осложнений.

ВЫВОДЫ

При неуклонном росте количества больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки с высокой частотой осложнений, улучшения качества лечения можно достичь путем оптимального сочетания эффективной консервативной терапии с расширением показаний к хирургическому лечению по относительным показаниям.

Конфликта интересов нет.

Литература

1. Бабалич А. К. Хирургическое лечение больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. — 1999. — № 7. — С. 19—22.
2. Бойко В. В., Брусницына М. П., Далавурак В. П., Логачев В. К. Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки: диагностика и хирургическое лечение // Харківська хірургічна школа. — 2006. — № 2. — С. 12—14.
3. Бондарев Г. А. Динамика осложнений язвенной болезни в Курской области за 20 лет // Материалы Всерос. конф. хирургов «Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки». — Саратов, 2003. — С. 3.
4. Вишневский А. А., Ливит В. С. Частная хирургия. — М: Москва, 1963. — 718 с.
5. Генрих С. Р., Оноприев В. И., Карипиди Г. К., Пахилина А. Н. Радикальная дуоденопластика как универсальная технология хирургической коррекции двенадцатиперстной кишки при язвенном стенозе // Материалы Всерос. конф. хирургов «Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки». — Саратов, 2003. — С. 241.

6. Горбунов В. Н., Нагиев Э. Ш., Столярчук Е. В. Осложненные гигантские пилородуоденальные язвы: клиническая картина, диагностика, хирургическое лечение // *Вестн. хир. гастроэнтерол.* — 2009. — № 3. — С. 63—69.
7. Гостишев В. К., Евсеев М. А., Головин Г. А., Ивахов Г. Б. Дистальная резекция желудка в неотложной хирургии гастродуоденальных язв // *Общая хирургия.* — 2010. — С. 22—30.
8. Дурлештер В. М., Дидигов М. Т. Хирургическое лечение декомпенсированного рубцово-язвенного стеноза двенадцатиперстной кишки (Обзор литературы) // *Вестн. хир. гастроэнтерол.* — 2009. — № 2. — С. 59—65.
9. Дурлештер В. М., Дидигов М. Т., Карипиди Г. К. Тактика лечения большого декомпенсированного рубцово-язвенным стенозом двенадцатиперстной кишки // *Кубан. науч. мед. вестн.* — 2013. — № 7. — С. 81—86.
10. Кузин М. И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // *Хирургия. Журнал имени Н. И. Пирогова.* — 2001. — Т. 7, № 1. — С. 27—32.
11. Курбанов Ф. С., Домрачев С. А., Асадов С. А., Доронин Р. Р. Хирургическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // *Вестн. хирургии.* — 2001. — Т. 160, № 4. — С. 17—21.
12. Лупальцов В. И. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. — К.: Лига-Информ, 2009. — 133 с.
13. Мельников А. В. Клиника рака желудка. — М.: Медгиз, 1960. — 368 с.
14. Панцырев Ю. М., Сидоренко В. И., Бабаков И. В. Результаты стволовой и селективной проксимальной ваготомии в сочетании с дренирующими желудок операциями при язвенном пилородуоденальном стенозе // *Вестн. хир. им. И. И. Грекова.* — 2001. — № 8. — С. 22—27.
15. Панцырев Ю. М., Чернякевич С. А., Михеев А. И. Хирургическое лечение язвенного пилородуоденального стеноза // *Хирургия. Журнал имени Н. И. Пирогова.* — 2003. — № 2. — С. 18—21.
16. Передерий В. Г., Ткач С. М. и др. Язвенная болезнь или пептическая язва. — К., 1997. — 158 с.
17. Саенко В. Ф., Полинкевич Б. С., Диброва Ю. А., Пустовит А. А. Тактика хирургического лечения язвенной болезни на современном этапе // *Клин. хірургія.* — 2003. — № 3. — С. 5—8.
18. Шалимов А. А., Саенко В. Ф. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки. — К: Здоров'я, 1972. — 356 с.
19. Юдин С. С. Этюды желудочной хирургии. — М.: Медгиз, 1955. — 272 с.
20. Paimela H., Paimela L., Myllykangas-Luosujarki R., Kivilaarso E. Current features of peptic ulcer diseases in Finland: incidence of surgery, hospital admissions and mortality for the diseases during the past twenty-five years // *Scand J. Gastroenterol.* — 2002. — Vol. 37, N 4. — P. 399—403.

В. І. Лупальцов

Харківський національний медичний університет

ДО ПИТАННЯ ПРО ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ НЕУСКЛАДНЕНОЇ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ВИРАЗКИ

Мета роботи — поліпшити результати лікування хворих на гастродуоденальну виразку шляхом розширення відносних показань до оперативного лікування.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз хірургічного лікування 437 хворих з гастродуоденальною виразкою, ускладненою перфорацією у 298 хворих, кровотечею — у 82, декомпенсованим стенозом — у 39 і малігнізацією шлункової виразки — у 18. Більшість пацієнтів лікувалися та спостерігалися у гастроентеролога від 3 до 18 років.

Результати та обговорення. Установлено, що питання хірургічної тактики цього контингенту хворих далекі від вирішення. Немає єдиної думки щодо хірургічного лікування хворих за відносними показаннями, а також щодо ступеня радикалізму його виконання. В ургентній хірургії при лікуванні ускладнених форм гастродуоденальної виразки широко використовують паліативні втручання з високою частотою ускладнень та летальності.

Висновки. При неухильному зростанні кількості хворих на виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки з високою частотою ускладнень, поліпшення якості лікування можна досягти шляхом оптимального поєднання ефективної консервативної терапії з розширенням показань до хірургічного лікування за відносними показаннями.

Ключові слова: гастродуоденальна виразка, ускладнення, показання до оперативного лікування, вибір методу операції.

V. I. Lupaltsov

Kharkiv National Medical University

SURGICAL TREATMENT OF UNCOMPLICATED GASTRODUODENAL ULCER

The aim — to improve the treatment results in patients with gastroduodenal ulcer by extension of the relative indications for surgical treatment.

Materials and methods. A surgical treatment retrospective analysis of 437 patients with gastroduodenal ulcers (complicated by perforation — 298 patients; by bleeding — 82; by decompensated stenosis — 39 and by malignancy of gastric ulcer — 18 patients), have been performed. Patients were mostly treated and followed by a gastroenterologist from 3 to 18 years

Results and discussion. The surgical tactics problems in this group of patients is far from being resolved. There is no consensus concerning relative indications for surgery, as well as for the extension degree for its implementation. In complicated gastroduodenal ulcer urgent surgery palliative interventions with high complication and mortality rates is still widely used.

Conclusions. With the steady growth of gastric and duodenal ulcer morbidity with a high complications rate, the treatment quality improvement can be achieved by the optimal combination of effective conservative therapy with the expansion of the relative surgical treatment indications.

Key words: gastroduodenal ulcer, complications, surgery indications, the operative method choice.