

*Грузинський О. В.,  
кандидат медичних наук, лікар-хірург, ендоскопіст  
Білоцерківської районної лікарні*

## ГІГАНТСЬКІ ВИРАЗКИ ШЛУНКА ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ. ПРОБЛЕМИ ТА ШЛЯХИ ЇХ ВИРІШЕННЯ

**Анотація.** Виявлено та обґрунтовано характерні особливості ГВШ, зокрема те, що майже в усіх випадках вона зустрічається як ускладнена, часто спостерігають поєднання двох і більше ускладнень, найчастішими з них є пенетрація – понад 80,0%, здебільшого у підшлункову залозу – до 64,0%. Стеноз виходу зі шлунка зустрічається від 38,8 до 40,1% випадків. Малігнізація виразки спостерігається від 7,7 до 22,4%, а за локалізації в кардіальному відділі шлунка – до 18,4%.

Доведено, що найкращі результати одержували при виконанні резекції шлунка (РШ) по Більрот-1, при резекції шлунка по Більрот-2, кращі результати були при виконанні модифікації Бальфура, та по Ру.

**Ключові слова:** гігантська виразка, пенетрація, малігнізація, гастростаз органозберігаюча операція.

**Постановка проблеми.** Виразка шлунка на сьогодні є одним із найпоширеніших захворювань органів травлення, яке майже у 90% випадків уражає людей працездатного віку, нерідко призводить до стійкої втрати працездатності та інвалідності, а отже є невирішеною соціально-економічною проблемою.

Виразкові ураження слизової оболонки шлунка, розміри яких становлять від 3 см і більше, нині виділені в окрему клінічну групу – «гігантська виразка» (ГВШ), яка зустрічається у 17,1% хворих. Починаючи з 90-х років ХХ ст., спостерігається зростання кількості випадків цієї патології – від 19,3 до 28,1% хворих [1].

**Мега роботи** – розробка та обґрунтування критеріїв вибору обсягів і способу оперативного втручання у разі гігантських виразок шлунка з урахуванням наявності та вираженості диспластичних змін епітелію слизової оболонки шлунка.

**Викладення основного матеріалу.** Характерною особливістю ГВШ є те, що майже в усіх випадках вона зустрічається як ускладнена, часто спостерігають поєднання двох і більше ускладнень найчастішими з них є пенетрація – понад 80,0%, здебільшого у підшлункову залозу – до 64,0%. Стеноз виходу зі шлунка зустрічається від 38,8 до 40,1% випадків. Малігнізація виразки спостерігається від 7,7 до 22,4%, а за локалізації в кардіальному відділі шлунка – до 18,4%. Післяопераційні ускладнення ГВШ становлять 25,9%, летальність – 10,6%. Невтішні і віддалені результати хірургічного лікування. Так, демпінг-синдром зустрічався в 68,8% випадках; рефлюкс-гастрит – 40,4; синдром привідної петлі – 14,8; рецидив виразки – 8% [1; 2; 3].

З клінічних проявів характерних для ГВ значну увагу надають больовому синдрому, що характеризується високою інтенсивністю та стійкістю, який втратив цикліч-

ність, сезонність, зв'язок із вживанням їжі, не піддається консервативній противиразковій терапії. Іррадіація болу залежить від локалізації даного ураження та поширеності пенетраційного процесу на суміжні органи та системи. Характерним симптомом для ГВ є нудота, багаторазова блювота, різка втрата ваги, виснаження, гіпоальбумінемія. При даній патології досліджені патологічні зміни білкового обміну, електролітного балансу, розвиток кахектичних явищ. Ряд дослідників вивчаючи дану проблему, не знайшли особливих патогістологічних відмінностей ГВ від ВХ і майже одноставно відзначають, що даний патологічний процес розвивається на фоні виражених атрофічних процесів слизової оболонки (СО) [2; 4].

Незважаючи на те, що ГВШ зустрічаються, в основному, як ускладнені небезпечні для життя хворих, деякі автори пропагують консервативну тактику лікування, обґрунтовуючи свою думку успішними результатами після застосування Н2-блокаторів, блокаторів протонної помпи, антибактеріальних, антихелікобактерних препаратів. Застосування нових противиразкових фармакологічних препаратів значно знизило частоту хірургічних втручань при лікуванні ВХ проте багато лікарів як терапевтичного, так і хірургічного профілю вказують на значні труднощі за консервативного лікування ГГДВ. За деякими даними до 35% хворих з ГВ не піддавалися консервативному лікуванню [4].

Доведено, що протягом 1–5 років після терапевтичного лікування рецидиви захворювання становили від 50 до 80% [1, 2] випадків. Хворі з ГВ, які мали в анамнезі перфорацію, після консервативного лікування більш як у 51% випадків потребували активної хірургічної тактики. Є дані, що консервативний підхід до цієї патології, як правило, призводить до значної частоти ускладнень і летальності – 21,0% і більше [1].

Враховуючи, що ГГДВ зустрічаються як правило ускладненими вибір методу оперативного втручання є проблематичним. При виборі оперативного лікування необхідно враховувати строки консервативного лікування, вік хворого, супутню патологію, рівень кислотності, локалізацію виразки та інше, а при підозрі на малігнізацію виразки оперативне втручання проводити згідно всіх онкологічних принципів [6].

Оперативне лікування виразкової хвороби показано при:  
– виразці шлунка або ДПК, що не заживає протягом 6 місяців, незважаючи на вірно підібране медикаментозне лікування;

– частих загостреннях захворювання, які не вдається попередити сучасними медикаментозними препаратами;

– рецидивуючих кровотеч, які виникають незважаючи на вірно побудоване курсове медикаментозне лікування;

– прогресуюче наростання явищ стенозу, після кожного загоєння;

– кальозні і пенетруючі виразки, які погано піддаються консервативній терапії, при розмірах виразки більше 2 см [1; 4; 5].

Для вибору методу операції найчастіше використовують класифікацією Джонсона [1; 2].

1-й тип – виразки малої кривизни.

2-й тип – комбіновані виразки шлунка і ДПК.

3-й тип – виразки пілоричного відділу шлунка (до 3 см).

4-й тип – юкстаезофагальне розташування виразки (до 2 см. від переходу стравоходу в шлунок).

5-й тип – медикаментозні виразки шлунка.

Так, для виразок що знаходяться вище кута шлунка, найбільш прийнятні резекційні методи [7]. При виразках шлунка 1-го типу та функціональній спроможності пілорусу показано виконання пілорозберігаючих резекцій по Макі-Шалімову, чи сегментарну резекцію шлунка зі збереженням іннервації антрального відділу. Виразки шлунка 2-3-го типів патогенетично тісно пов'язані з виразковою хворобою ДПК. У відповідності з цим і обумовлюється тактика хірургічного лікування при такій локалізації виразки. При виразках 4-го типу виникає необхідність виконання високої (субтотальної чи східчастої) резекції шлунка.

Доведено, що найкращі результати одержували при виконанні резекції шлунка (РШ) по Більрот-1, при резекції шлунка по Більрот-2, кращі результати були при виконанні модифікації Бальфура, та по Ру [6]. Помічено що при застосуванні останньої методики більш повільно відновлюється моторно-евакуаторна функція шлунка, що проявлялось частою блювотою, важкістю та болем в епігастрії, втратою ваги, порушенням водно-електролітного обміну. При медіогастральних виразках також можливе виконання економних резекцій, резекція шлунка по Макі-Шалімову з обов'язковим збереженням пілоруса. Основними принципами при цьому повинні лишатися повноцінне збереження іннервації та васкуляризації пілоричного жому видалення надлишку СО шлунка накладання гастропілоричного анастомозу проксимальніше на 2 см від пілоричного жому. В останній час при виразках шлунка, розташованих проксимальніше нерва Латарже, застосовують – сегментарну резекцію з видаленням інтермедіарної зони і малої кривизни шлунка з збереженням нерва Латарже та іннервації антрального відділу. Збереження іннервації антрального відділу та пілорусу є важливим профілактичним фактором який попереджає виникнення моторно-евакуаторних порушень (гастро-стаз, дуоденогастральний рефлюкс) в післяопераційному періоді [6].

Оперативне лікування ГВДПК має свої особливості. При пенетруючих виразках існують вагомні технічні труднощі як при виконанні екстерізації виразки, так і при формуванні гастродуоденального чи гастроєюнального анастомозів. Для вибору більш ефективного методу оперативного втручання запропонована класифікація гігантських уражень ДПК: 1-тип – локалізація уражень в межах ампули ДПК, де можливе виконання органозберігаючих операцій, що включають один із видів ваготомії з дуодено- чи пілоропластиком [7]. 2 тип – заампулярна локаліза-

ція виразок (нижче переходу повздожних складок в поперечні), при якій пропонують резекційні методи лікування з обов'язковим вилученням виразкового дефекту. В даних випадках необхідно проводити дренування жовчного протоку чи мікрохолецистостомію при пенетрації виразки в підшлункову залозу більше ніж на 0,5 см чи при наявності амілази в сечі 256 од і більше [6]. У даній ситуації рекомендують застосовувати резекцію шлунка на виключення з демукозацією СО антрального відділу шлунка. Деякі автори вважають за можливе виконання економних резекцій – східцева чи трубчатая, з формуванням поперечного гастроентероанастомозу та виведенням виразки за межі травного тракту [8].

При резекційних методах лікування пенетрація ускладнює ушивання кукси ДПК. Тому в багатьох статтях автори описують методи формування кукси ДПК та способи запобігання неспроможності швів. Як спосіб профілактики даного ускладнення, рекомендують виконувати мобілізацію ДПК по Кохеру, вилучити ушкоджені тканини, відкритим способом ушивати куксу ДПК окремими швами, застосовувати спеціальний клей, формувати гастроентероанастомоз по Б-2 на короткій петлі, перетонізувати куксу ДПК круглою зв'язкою печінки або ділянкою сальника на ніжці.

При виконанні резекції шлунка по Більрот-1 закрити виразковий дефект задньою стінкою кукси шлунка, тампонувати кратер пенетруючої виразки часткою малого сальника та куксою ДПК або формувати термінолатеральний гастродуоденоанастомоз. Як один із способів захисту анастомозу, найнеобхіднішим є застосування для декомпресії ДПК в перші три доби трансназального проведення зонда за Трейцеву зв'язку. Включення ентерального зондового харчування забезпечує зниження інтенсивності ліпопероксидації, підвищення активності антиоксидантної системи в ранні післяопераційні строки.

При застосуванні СПВ можливі порушення мікроциркуляції, секретії моторики, можливу ішемію та некроз малої кривизни шлунка. Спайковий процес при цьому замурує шлунок. Відзначають також високу частоту рецидивів захворювання від 4% до 10%. Проте хоч дана методика технічно важка при її застосуванні і потребує певних навиків у хірурга, але результати лікування значно кращі, ніж при резекційних методах оперативного втручання [3; 4; 7].

Що стосується консервативного лікування ГВ, то ряд авторів спостерігали позитивний ефект майже у 90,0% хворих проте, протягом від 1 до 5 років після терапевтичного лікування рецидиви захворювання становили від 50,0% до 80,0% випадків [2]. ГВ, що мали в анамнезі перфорацію, після консервативного лікування більше 51,0% потребували активної хірургічної тактики. Є дані що консервативний підхід до даної патології, як правило призводить до високої частоти ускладнень і летальності – 21,0% і більше. При хірургічному втручанні показник летальності коливається від 6,0% до 16,0% в екстрених випадках [2; 4], а при планових операціях значною мірою залежить від способу оперативного втручання. Так, при виконанні резекційних методів лікування летальність становила від 3,0% до 15,0%, причому даний показник був значно меншим при виконанні РШ по Б1 – 1,2%, при органозберігаючих операціях – від 0,9% до 1,5% [9].

При резекційних методах оперування в ранньому післяопераційному періоді частіше зустрічались післяопераційні ускладнення – від 10,0% до 30,0% випадків, такі як анастомози – 6,0%, абсцеси черевної порожнини – 2,0%, кровотечі, тромбоемболія легеневої артерії, нездатність анастомозу, панкреатит. При виконанні органозберігаючих операцій з ваготомією у даному періоді післяопераційні ускладнення зустрічались від 3,0% до 18,3% хворих. Найчастіше відзначали гастростаз, причиною якого вважається інтраопераційне пошкодження нерва Латерже, а також такі як кровотечі, нагноєння рани та інші.

**Висновки та перспективи подальших досліджень.** Отже, гігантські виразки шлунка є особливим видом виразок, що відрізняються своєрідним клінічним перебігом і у 88,2% випадків супроводжуються диспластичними змінами слизової оболонки шлунка різного ступеня вираженості. Найбільш поширеними ускладненнями цієї патології є пенетрація, кровотеча та перфорація.

Вибір методу та обсягів оперативного втручання за різних типів і органічних ускладнень виразок шлунка має базуватися на детальному цілеспрямованому морфометричному дослідженні виразкового дефекту, виразкової інфільтрації та віддаленої зони з визначенням прогностично несприятливої чи сприятливої гістологічної картини в до- та післяопераційному періодах.

#### *Література:*

1. Аруин Л.И. Клинико-морфологические особенности гигантских язв желудка / Л.И. Аруин, Д.С. Саркисов, В.А. Кубышкин // Оригинальные исследования в медицине. – 1994. – С. 13-19.
2. Грубник В.В. Хирургическое лечение больных с гигантской язвой желудка / В.В. Грубник, А.И. Зайчук, Ю.В. Грубник и др. // Клиническая хирургия. – 1992. – № 8. – С. 6-9.
3. Nishikant N Giant duodenal ulcer perforation: our experience / Nishikant N, Gujar, Mahaboob A // International Journal of Current Research 2013. – Vol. 5. – P. 1127-1130.
4. Mark R Versland, Eric Benjamin Newton. Giant duodenal ulcers / Mark R Versland, Thomas E Sepe // World J Gastroenterol, 2008. – 14(32). – P. 4995-4999.
5. Гоер Л.В. Лечение осложненных гигантских язв двенадцатиперстной кишки / Л.В. Гоер, М.И. Тутченко А.В. Соломко // Клиническая хирургия. – 1989. – С. 43-45.
6. Мамчич В.І. Вибір способу оперативного лікування хворих із гігантською виразкою шлунка / Мамчич В.І., Грузинський О.В. // Український медичний часопис. – 2011. – № 1(81). – С. 101-104.
7. Мамчич В.І. Гігантська виразка шлунка – шляхи вирішення проблеми / Мамчич В.І., Грузинський О.В., Шуляренко В.А. // Український медичний часопис. – 2011. – № 4(84). – С. 86-89.
8. Бойко В.В. Современные аспекты хирургического лечения ос-

ложненной язвенной болезни / В.В. Бойко, И.А. Криворучко, М.П. Бруснищина и др. // Харьковская хирургическая школа. – 2003. – № 1. – С. 60.

9. Графов А.К., Курочка И.Е. Хирургическое лечение гигантской язвы двенадцатиперстной кишки / А.К. Графов, И.Е. Курочка // Клиническая хирургия. – 1996. – № 8. – С. 8-10.
10. Саенко В.Ф. Тактика хирургического лечения язвенной болезни на современном этапе / В.Ф. Саенко, Б.С. Полинкевич, Ю.А. Диброва и др. // Клиническая хирургия. – 2003. – 3. – С. 5-8.

#### **Грузинский О. В. Гигантские язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Проблемы и пути их решения**

**Аннотация.** Выявлены и обоснованы характерные особенности ГЯЖ, в частности то, что почти во всех случаях она встречается как осложненная, часто наблюдаются сочетание двух и более осложнений, чаще всего встречается пенетрация более 80,0%, преимущественно в поджелудочную железу – до 64,0%. Стеноз выхода из желудка встречается от 38,8 до 40,1% случаев. Малигнизация язвы наблюдается от 7,7 до 22,4%, а по локализации в кардиальном отделе желудка – до 18,4%.

Доказано, что наилучшие результаты получали при выполнении резекции желудка (РЖ) по Бильрот-1, при резекции желудка по Бильрот-2, лучшие результаты были при выполнении модификации Бальфура, и по Ру.

**Ключевые слова:** гигантская язва, пенетрация, малигнизация, гастростаз, органосохраняющие операции.

#### **Gruzinskiy O. Huge gastric and duodenal intestinal. Problems and their solutions**

**Summary.** Abstract GU characteristics are identified and justified, particularly the fact that in almost all cases it is found as a complicated, often a combination of two or more of these complications are observed, the most frequent one is penetration observed in more than 80,0%, mainly in the pancreas – up to 64,0%. Stenosis of the stomach exit the occurs in 38,8 to 40,1% of cases. Ulcers malignization is observed in 7,7 to 22,4%, and on localization in the cardia of the stomach – up to 18,4%.

It is proved that the best results are obtained when performing gastrectomy (GE) with Billroth-1, with Billroth-2, the best results were obtained under the performance of Balfour modification, and by Roux.

**Key words:** giant ulcer penetration, malignancy, gastrostasis, organsavin operation.