

Б.Ф. Шевченко, д.м.н., професор, керівник відділу хірургії органів травлення ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

Сучасний погляд на хірургічне лікування виразкової хвороби

Виразкова хвороба (ВХ) – це поліетіологічне захворювання, за якого в результаті порушення регулюючих нервових і гормональних механізмів та розладів шлункового травлення утворюється пептична виразка шлунка або дванадцятипалої кишки. За даними світової статистики, вказана патологія зустрічається приблизно у 10% дорослого населення. За інформацією центру медичної статистики України, рівень захворюваності ВХ в нашій країні за останні 10 років зріс на 38,4%. Розповсюдженість ВХ в Україні та світі в цілому досі не має тенденції до зниження, а її ускладнення часто загрожують життю хворого та вимагають хірургічної корекції.

В останні роки досягнуто значних успіхів у діагностиці та терапії ВХ, численні дослідження суттєво розширили уявлення клініцистів про етіологічну структуру захворювання та його патогенетичні особливості.

Нині до основних причинних факторів ВХ відносять розлади нервових регулюючих механізмів кори головного мозку із стійким збудженням центрів блукаючого нерва внаслідок нервово-психічного перенапруження, психічних і черепно-мозкових травм, дистрофічних порушень, рефлексорних дій з боку інших органів; порушення гормональних регулюючих механізмів (системи гіпофіз – кора наднирників, статевих залоз, підшлункової залози тощо); місцеві порушення травлення і трофіки гастродуоденальної системи (кислотно-пептичний і моторно-евакуаторний чинники); зміни системи кровообігу; нерациональне харчування (вживання так званої швидкої їжі, порушення режиму і стереотипу харчування, незбалансованість його якісного і кількісного складу тощо); хронічні запальні процеси (гастрити, гастродуоденіти та ін.).

Також ризик виникнення захворювання може зростати у разі деяких конституціональних особливостей, на тлі обтяженої спадковості, супутніх захворювань (у тому числі органів травлення), за умови зловживання алкоголем і нікотинном, під дією деяких лікарських засобів.

Вважається, що найбільш вагому роль у виникненні ВХ відіграє хелікобактерна інфекція. *Helicobacter pylori* (Нр) зумовлює розвиток запальної реакції та може призводити до пошкодження слизової оболонки шлунка; порушує систему міжклітинних взаємозв'язків, які регулюють секцію гастрину.

Основною патофізіологічною детермінантою в розвитку ВХ є вплив на слизову оболонку гастродуоденальної зони факторів агресії та зниження функціонування факторів захисту.

Незважаючи на успіхи сучасного консервативного лікування, тяжкий перебіг ВХ, часті рецидиви захворювання, що супроводжуються ускладненнями, роблять неможливим прийняття однозначного рішення щодо вибору тактики лікування. У деяких випадках суттєво вплинути на перебіг патологічного процесу може тільки хірургічне втручання, проте у більшості клінічних ситуацій виправданним та раціональним є спільне рішення спеціалістів терапевтичного та хірургічного профілю щодо алгоритмів та стандартів лікування хворих.

Не секрет, що деякі терапевти упереджено ставляться до хірургічного лікування ВХ. Слід пам'ятати: терапевти та хірурги роблять спільну справу, мета якої – попередити ускладнення, що загрожують життю і здоров'ю пацієнта, можуть стати причиною функціональної неефективності певних органів і систем.

На жаль, на вибір тактики лікування хворих на ВХ не можуть не впливати соціально-економічні фактори: часом вартість адекватної консервативної терапії патології суттєво перевищує витрати на її хірургічне лікування. Слід зазначити, що частина пацієнтів рефрактерні до дії противиразкових препаратів.

Таким чином, численна когорта хворих на ВХ потребує саме хірургічного втручання.

У той же час складною проблемою, що створює передумови для подальшого наукового пошуку її практичних рішень, є ускладнені форми захворювання: у деяких випадках медикаментозна терапія не знижує ризик виникнення ускладнень ВХ, а лише відтерміновує їх.

30–50% хворих на ВХ, які недостатньо або зовсім не реагують на антисекреторне медикаментозне лікування, становлять групу ризику щодо появи ускладнень. Як правило, позитивна динаміка захворювання спостерігається лише за умови оперативного втручання.

Що необхідно зробити для вирішення цих проблем? Як можна розглядати цю проблему з позиції реформи охорони здоров'я в області? Поділимося власними роздумами.

По-перше, створення експертною групою (гастроентерологами, терапевтами, хірургами) єдиної клініко-діagnostичної класифікації ВХ на основі МКХ-10 дозволить встановлювати клінічний діагноз з урахуванням ступеня важкості захворювання, активності виразкового процесу та наявності ускладнень і супутньої патології. Співзвучний підхід до встановлення клінічного діагнозу, єдине розуміння критеріїв, які характеризують окремі класифікаційні ознаки, дозволять уніфікувати та стандартизувати розподіл медичних ресурсів.

По-друге, наявність єдиного класифікаційного підходу дозволить чітко приймати рішення щодо тактики лікування (амбулаторно/стаціонарно) залежно від рівня лікувального закладу, який надає медичну допомогу, і важкості перебігу захворювання. Такий підхід допоможе вирішити проблему вибору методу лікування, визначити перелік та об'єм діагностичних процедур

і лікувальної допомоги конкретному хворому.

У світі ВХ класифікується як терапевтична проблема. Чи можливо в повному обсязі екстраполювати західні стандарти у вітчизняну охорону здоров'я? Очевидно, ні. Це має здійснюватися поступово, з формуванням пріоритетів медикаментозної терапії.

Що ж відбувається в Україні? Протягом останніх 10 років спостерігається стійка тенденція до зниження числа планових операцій – приблизно в 2–2,5 раза (в спеціалізованих хірургічних відділеннях – у 6–12 разів). Разом з тим, за даними різних авторів, збільшується кількість невідкладних оперативних втручань за наявності перфорації та кровотечі з виразки, летальність під час яких досягає 5,6–20,4%. Результати останніх досліджень демонструють, що кількість перфорацій виразок шлунка та дванадцятипалої кишки збільшилась за останні 10 років в 3,7 раза.

Абсолютними показаннями до хірургічних втручань ми вважаємо перфорацію виразки, профузну кровотечу, яку не можна зупинити консервативним шляхом, декомпенсований стеноз висхідного відділу шлунка, нестійкий гемостаз та рецидивуючу кровотечу; відносними – виразки, які рефрактерні до консервативної терапії або часто рецидивують (більше 2 разів на рік на тлі комплексного лікування), за наявності ускладнень в анамнезі, а також виразки в ділянці кардії, великої кривизни та у воротарній частині шлунка, які не відповідають на консервативне лікування протягом 8 тиж.

На основі узагальненого досвіду планових оперативних втручань з приводу ВХ (понад 5 тис. операцій) нами були розроблені обґрунтовані підходи до хірургічного лікування ВХ. Основним завданням планового оперативного лікування патології є створення в післяопераційному періоді умов для усунення факторів агресії, що сприятиме зниженню частоти ускладнень та летальних випадків. За наявності виразки дванадцятипалої кишки лікування передбачає вплив на кислотопродукуючу зону та збереження пасажу їжі через дванадцятипалу кишку; виразки шлунка – дію на зону виразкового інфільтрату, що в подальшому дозволяє нормалізувати трофічні порушення та створити умови для стабілізації гістоструктурних змін у слизовій оболонці шлунка.

Слід відмітити, що головна мета ургентного оперативного втручання у разі перфорації виразки шлунка або дванадцятипалої кишки – це порятунк життя хворого. Вибір методу



Б.Ф. Шевченко

оперативного втручання та його радикальність залежать від конкретної клінічної ситуації – віку хворого, супутньої патології, ступеня операційного ризику.

У структурі оперативних втручань з приводу ВХ дванадцятипалої кишки найбільш виправданими у разі домінування порушень нервового механізму регуляції кислотоутворення є ізольована селективна проксимальна ваготомія або селективна проксимальна ваготомія з різними варіантами дуоденопластики. Якщо переважає роль гуморальної ланки регуляції (спостерігається гіперплазія G-клітин антрального відділу шлунка з одночасним зниженням кількості соматостатинпродукуючих клітин), показано виконання піддіафрагмальної стовбурової ваготомії з антрумектомією. Основною операцією у разі ВХ шлунка залишається резекція з тенденцією до зменшення її об'єму та збереженням воротаря і пасажу по дванадцятипалій кишці.

Невід'ємним етапом підготовки хворого до операції є проведення курсу противиразкової терапії, яка сприяє не тільки зменшенню подразнюючої дії на слизову оболонку шлунка та дванадцятипалої кишки кислотно-пептичного фактора, а й ліквідації Нр-інфекції.

З впровадженням у практику малоінвазивної хірургії альтернативою операції з приводу ВХ відкритим методом стали лапароскопічні втручання. Р. Goh та С. Kum у 1992 році першими у світі успішно провели лапароскопічну резекцію шлунка. В останні роки в провідних хірургічних центрах світу широко впроваджуються різні методики лапароскопічних ваготомій. Високою ефективністю і технічною доступністю характеризується лапароскопічна модифікована операція за J.L. Hill та С.J. Barker (передня селективна проксимальна та задня стовбурова ваготомії), віддалені результати якої не поступаються таким операціям із використанням рутинних методик. Водночас слід відмітити, що обов'язковою умовою проведення лапароскопічних операцій є наявність сучасної матеріально-технічної бази та висококваліфікованих кадрів.

Таким чином, на основі результатів фундаментальних досліджень та успіхів фармацевтичної індустрії можна зробити висновок щодо домінуючої ролі консервативного лікування ВХ шлунка та дванадцятипалої кишки. Однак досвід практичної роботи та тривале спостереження за хворими свідчать: проблема ВХ не може бути вирішена без застосування хірургічних методик.