

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ КРОВОТОЧИВОЇ ВИРАЗКИ ШЛУНКА

О. М. Кіт, Д. О. Ковальчук

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

Проаналізовано результати дослідження і хірургічного лікування 105 хворих на виразкову хворобу шлунка, ускладнену кровотечею. Комплексне дослідження показників центральної гемодинаміки, згортальної системи і гемореологічних властивостей крові, а також дані ендоскопічного та клінічного дослідження дали можливість об'єктивно оцінити ступінь тяжкості стану хворого з кровоточивою виразкою шлунка та своєчасно обґрунтувати доцільність хірургічного втручання в кожному конкретному випадку захворювання.

PECULIARITIES OF SURGICAL TACTICS OF TREATMENT OF THE BLEEDING STOMACH ULCER

O. M. Kit, D. O. Kovalchuk

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

Authors made the analysis of results of research and surgical treatment of 105 patients with a stomach ulcer of a stomach complicated with bleeding. Complex research of central haemodynamic indices, coagulation systems and hemoreological properties of blood, and also the data of endoscopy and clinical research enabled to estimate objectively a degree of weight of a condition of the patient and in due time to prove expediency of surgical intervention in each concrete case of disease.

Вступ. Одним із найчастіших і тяжких ускладнень виразкової хвороби є кровоточиві виразки шлунка [1, 2, 5]. Незважаючи на розробку нових методів діагностики, консервативного та оперативного лікування смертність від кровотечі залишається високою і коливається від 10 до 20 % [6, 7, 8]. Пусковим механізмом виникнення тяжких ускладнень та незворотних змін у різних органах і системах хворих з шлунковою кровотечею є виснаження компенсаторних механізмів, зумовлених постгеморагічною анемією, тривалим зниженням артеріального тиску, циркуляторною гіпоксією та зменшенням кровонаповнення судинного русла [3, 4].

Покращити результати хірургічного лікування хворих з виразками шлункової локалізації, ускладнених кровотечею на основі комплексного клінічного, інструментального дослідження та вивчення показників центральної гемодинаміки,

коагуляційних ланок гемостазу й фізичних властивостей крові.

Основна частина. Проведено аналіз обстеження та лікування 105 хворих з виразками шлунка, що кровоточать. З них чоловіків було 78 (74,2 %) і жінок – 27 (25,8 %) віком від 17 до 78 років. При фіброгастроскопічному дослідженні кровоточива виразка частіше всього локалізувалася в медіогастральній ділянці – 38 (36,1 %), препілоричному 29 (27,6 %) і антральному відділах шлунка – 26 (24,7 %). Для вивчення волемічних показників центральної гемодинаміки проводили дослідження артеріального, венозного тиску, об'єму циркулюючої крові (ОЦК), об'єму циркулюючої плазми (ОЦП), еритроцитів, гемоглобіну. Стан згортальної системи крові визначали за допомогою апарата «Тромб-2». Реологічні властивості крові вивчали за допомогою уявної в'язкості крові (за), граничної текучості (ϕ_0), і коефіцієнта агрегації (А).

Всім хворим із шлунковими кровотечами при госпіталізації виконували ургентну ендоскопію з оцінкою стадії стабільності гемостазу. Залежно від характеру кровотечі та ендоскопічних ознак прогностично-тактичному плані виділили три групи хворих. До першої групи увійшли 22 хворі (20,9 %), у яких під час фіброгастроскопії виявлено кровотечу, що й стало показанням до екстреної операції. До другої групи увійшли 46 (43,8 %) хворих з ознаками зупиненої кровотечі і загрозою її рецидиву. У 17 (36,9 %) хворих цієї групи виявлено кровоточивість із дрібних судин по краях виразки, що свідчило про нестійкість гемостазу, у зв'язку з чим їм виконано відстрочені операції. У 37 (35,2 %) хворих третьої групи встановлений стабільний гемостаз, у більшості хворих у кратері виразки був виявлений фібрин, що свідчило про стабільність гемостазу. Поряд з цим усім хворим з шлунковими кровотечами при госпіталізації визначали об'єм крововтрати, дефіцит ОЦК, кількість еритроцитів, гемоглобіну, гематокрит (табл.1).

При вивченні гемореологічних показників крові, при легкому ступені крововтрати, межа напруги швидкості зсуву, яка свідчить про текучість крові, (ϕ_0) дорівнювала $(5,36 \pm 1,3)$ мН/м²; уявна в'язкість крові (за) – $(65,6 \pm 9,8)$ мПа*С; коефіцієнт агрегації (А) – $(5,28 \pm 0,45)$ мН/м² *10⁻⁵. (При нормі (ϕ_0) – $(4,46 \pm 2,28)$ мН/м²; за – $(52,5 \pm 7,6)$ мПа*С; А – $(3,84 \pm 0,38)$ мН/м²*10⁻⁵). При середньому ступені (ϕ_0) – $(7,84 \pm 1,4)$ мН/м², за – $(77,9 \pm 9,8)$ мПа*С, А – $(6,68 \pm 0,72)$ мН/м²*10⁻⁵. При тяжкому ступені – (ϕ_0) – $(9,64 \pm 1,6)$ мН/м²; за – $(91,4 \pm 10,3)$ мПа*С; А – $(8,27 \pm 0,97)$ мН/м²*10⁻⁵.

Вивченні нами в динаміці показники центральної гемодинаміки, згортальної системи і гемореологічних властивостей крові у хворих з зупиненою шлунково-кишковою кровотечею свідчать про те, що у хворих з середнім і тяжким ступе-

нем крововтрати (при геморагії більше одного літра) неможливо нормалізувати наведенні параметри комплексним консервативним лікуванням протягом навіть 14–15 діб. Тому виникнення рецидиву кровотечі із виразки крововтрата, що триває на такому тлі небезпечна тяжкими наслідками для хворого. А тому у хворих з виразковою хворобою шлунка, ускладненою кровотечею, при крововтраті більше одного літра, при наявності високої вірогідності рецидиву кровотечі доцільно виконувати оперативне втручання навіть при зупиненій або зупиненій консервативним чи ендоскопічним методом для попередження розвитку тромбеморагічного синдрому. Поряд з цим, виконанні нами дослідження показників центральної гемодинаміки, згортальної системи і гемореологічних властивостей, а також дані ендоскопічного дослідження й аналіз клінічного матеріалу, дали можливість нам обрати таку тактику при шлунково-кишкових кровотечениях у хворих на ВХШ: 1. Екстрену операцію проводили у перші дві години після госпіталізації хворих із шлунково-кишковою кровотечею – 24 (22,8 %) при наявності: пульсуючої або струминної кровотечі із судин дна виразки, а також у хворих з рецидивною кровотечею з виразки, встановленої ендоскопічно.

2. Відстрочені оперативні втручання виконували у найближчі 2-3 доби з моменту госпіталізації у 38 (36,2 %) хворих: із капілярною шлунково-кишковою кровотечею і крововтратою більше одного літра, а також у хворих з зупиненою кровотечею при крововтраті більше одного літра й високою вірогідністю рецидиву кровотечі (тромбована судина, пухкий тромб на дні виразки).

3. Планові операції виконували у 43 (40,9 %) хворих після надійно зупиненої кровотечі, стабілізації основних показників гомеостазу, покращення загального стану хворого й неефективного консервативного лікування виразкової хвороби.

Таблиця 1. Ступінь та показники тяжкості крововтрати

Ступінь* крововтрГти*	КрововтрГтГв* мл*	Дефіцит* ОЦК*	Еритроцити* ...л*	Гемоглобін* л*	ГемГто** крит** *
ФізіологічнГ втрГтГ*	до****	до****	.....	.....	..ібільше*
Легкий*ступінь*	.....	.....	.....	.....	.....
Середній*ступінь*	.....	.....	.....	.....	.....
Тяжкий*ступінь*	більше*****	більше****	..іменше*	..іменше*	..іменше*

На нашу думку, оперативне втручання, яке виконують хворим із шлунково-кишковими кровотечами, повинно бути нетривалим, малотравматичним, поєднувати у собі радикалізм й подіяти на основні ланки етіопатогенетичних механізмів ульцерогенезу. А тому провідним напрямком у хірургії шлункових кровотеч є виконання органозберігаючих та органощадних операцій, особливо у хворих, оперованих на висоті кровотечі. При цьому, якщо вдавалось зберегти обидва стовбури нервів Латарже, виконували СПВ і клиноподібне висічення виразки. При втягненні в процес малого сальника виконували селективну ваготомію з висіченням виразки і пілоропластикою. При виразках великих розмірів, наявності перигастриту, деформації шлунка виконували органощадні прицільні резекції із збереженням перигастральних судинних дуг. Проте у 27 (28,3 %) хворих виконані класичні резекції шлунка. Післяопераційні ускладнення спостерігали у 12,3 % оперованих. Летальність складала 5,12 %. Наші дослідження свідчать про те, що найбільше ускладнень

і найвища летальність була у хворих, які перенесли екстрені операції, що, мабуть, пов'язано з тяжкістю стану хворих, зумовленого крововтратою і ослабленням імунореактивності організму.

Висновки. 1. Проведенні нами дослідження показників центральної гемодинаміки, згортальної системи і гемореологічних властивостей крові, а також дані ендоскопічного дослідження, дають можливість об'єктивно оцінити стан хворого, визначити ступінь тяжкості крововтрати та своєчасно обґрунтувати доцільність хірургічного втручання в кожному конкретному випадку кровоточивої виразки шлунка.

2. Найбільш обґрунтованими і доцільними хірургічними втручаннями при кровоточивих виразках шлункової локалізації повинні бути органозберігаючі та органощадні операції. Дотримання розробленої в клініці тактики дозволило попередити виникнення різних тяжких післяопераційних ускладнень, частота яких зменшилася за останні сім років з 12,5 до 9,5 %, а післяопераційна летальність з 8,4 до 5,7 % (6).

ЛІТЕРАТУРА

1. Аруин Л. И. Морфологическая диагностика болезни желудка и кишечника / Аруин Л. И., Капуллер Л. Л., Исаков В. А. – М.: Триада – Х., 1998. – 238 с.
2. Сытник А. П. Выбор метода операции при язвенной болезни желудка / Сытник А.П., Наумов Б.А. // Хирургия. – 1995. – № 3. – С. 59–63.
3. Дегтерова И. И. Заболевания органов пищеварения / Дегтерова И. И. – К.: Демос, 2000. – 321 с.

4. Язвенная болезнь (прошлое, настоящее, будущее) / Передерий В. Г., Ткач С. М., Скопиченко С. В. – Киев, 2003. – 256 с.
5. Досвід лікування ускладнених форм виразкової хвороби: матеріали ХХ з'їзду хірургів України / Ковальчук Л. Я., Дзюбановський І. Я., Басистюк І. І. [та ін.]. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – С. 14–17.
6. Современное состояние хирургии язвенной болезни: материалы ХХ з'їзду хірургів України / Саенко В. Ф., Полинкевич Б. С., Диброва А. А. [и др.]. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – С. 10–11.