

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Язвенные гастродуоденальные кровотечения

Бабалич А.К., Фесенко В.П., Шестопалов Д.В., Федотов А.И., Лыков Г.Г., Туник В.А.

Кафедра общей хирургии Крымского государственного медицинского университета им. С.И.Георгиевского

Успехи консервативного лечения язвенной болезни с применением современных препаратов (блокаторов протонной помпы, H₂-гистаминоблокаторов, вызывающих эрадикацию *Helicobacter pylori* и др.) привели к сокращению количества плановых операций [3, 5, 8]. Однако, если и уменьшилось число пациентов с язвенной болезнью, то только в отношении вторичных рецидивов, а первичная заболеваемость остаётся высокой и даже увеличивается [1, 6]. И на фоне социально-экономических проблем, ухудшения диспансеризации и лечения у значительной части населения возрастает число осложненных форм язвенной болезни, в том числе кровотечений с высокой послеоперационной летальностью [2, 4]. Последняя связана, кроме прочих факторов, с тактикой и характером выполненных вмешательств, что и послужило поводом для выполнения данной работы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В клинике находилось на лечении 567 больных с желудочно-кишечным кровотечением, у которых выявлена язва двенадцатиперстной кишки у 356 (62,8%), желудка - у 199 (35,1%) и двойная локализация - у 12 (2,1%). Возраст больных до 20 лет был у 8 (1,4%), 21-40 лет - 189 (33,3%), 41-60 лет - 294 (51,9%) и старше 60 лет - 76 (13,4%). Мужчины составили 78,3% (444 лиц), женщины - 21,7% (123 лиц). Сроки поступления от начала кровотечения были от 2 до 24 часов у большинства пациентов (467 - 82,4%), от 1 до 5 суток - у 93 (16,4%) и у 7 лиц (1,2%) в более поздние сроки. Оперировано 162 больных (28,6%).

Диагноз ставился на основании клинических, лабораторных, анамнестических и инструментальных данных. Проводилось экстренное эндоскопическое исследование. И в зависимости от полученных данных, как и другими авторами [4, 7], больные были разделены по состоянию гемостаза на 3 группы. В первую группу вошли лица с продолжающимся. Степень кровопотери у них составляла, как правило, среднюю и тяжелую. Больные оперированы экстренно на высоте кровотечения под прикрытием переливания крови, гемодинамических препаратов, гемостатиков. Эти мероприятия начинались в приемном покое и продолжались в реанимационном или хирургическом отделении и в операционной. У крайне тяжелых пациентов с резким нарушением гемодинамики выполнялась, так называемая "операция отчаяния", которая требовала сокращения времени и объема вмешательства. Ко второй группе отнесены больные с нестабильным гемостазом. Эндоскопическая картина характеризовалась наличием свежего тромба в сосуде язвы, сгустков крови в желудке, снижением ОЦК до 30% и более. У этих лиц кровотечение может возобновиться в любой момент. Поэтому проводилась компенсация кровопотери, стабилизация гемодинамики, гемостатическая терапия и противоязвенное лечение препаратами для парентерального введения (гистодил, гастроцепин и др.). Для контроля за гемостазом в желудок вводился постоянный зонд, а иногда производилось повторное эндоскопическое исследование. После улучшения состояния и в связи с высокой угрозой рецидива кровотечения больные оперированы в срочном порядке в сроки от 12 до 48 часов. Остальные больные отнесены в третьей группе обследованных, у которых выявлен стабильный гемостаз. В этом случае крови в желудке нет, кровоточащий сосуд не выявлен, язва покрыта фибрином, показатели гемодинамики стабильные, степень кровопотери легкая или показатели в пределах нормы. У этих лиц выполнялась в дальнейшем отсроченная или плановая операция или они лечились консервативно. Но необходимо помнить, что и у этих больных иногда может возникнуть рецидив кровотечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. В клинике по поводу кровотечения оперировано 162 больных. Умерло после операций 22 человека (13,5%). Из них в первые 6 часов с момента поступления на высоте кровотечения подвергнуты вмешательству 87 лиц, из которых умерло 10 (11,5%), при срочной операции через 6-24 часа оперировано 22 человека с летальностью - 4 (18,2%) и через 24-48 часов - 17, из которых умерло 5 (29,4%). Таким образом, прослеживается тенденция, что при активной тактике у экстренно оперированных больных летальность ниже, чем при удлинении предоперационного периода. Нужно при этом отметить, что выжидательная тактика была обусловлена отказом больных и родственников от операции при поступлении, тяжелой сопутствующей патологией. В ранний период при остановившемся кровотечении, примерно, через 2 недели подвергнуты вмешательству 29 больных, в одном случае с летальным исходом. Остальные пациенты оперированы в плановом порядке без летальных исходов.

Результаты оперативного вмешательства зависели и от способа вмешательства, что представлено в таблице 1.

Таблица 1. Зависимость исходов оперативного вмешательства от их характера

Характер операции	Оперировано	Умерло
Резекция желудка по Б1	20	1 (5,0%)
Резекция желудка по БII	38	5 (13,1%)
СВ или СТВ с резекцией желудка Б1	2	-
СВ или СТВ с резекцией желудка БII	3	1 (33,3%)
Ваготомия (СПВ, СВ, СТВ) с иссечением язвы и дренированием	46	4 (8,7%)
Ваготомия (СПВ, СВ, СТВ) с ушиванием язвы и дренированием	33	5 (15,1%)

Изолированная СПВ	3	-
Прошивание язвы без ваготомии	16	5 (31,2%)
Лапаротомия	1	1 (100,0%)
ВСЕГО	162	22 (13,5%)

Из приведенных данных видно, что наибольшая летальность была после прошивания язвы без ваготомии (31,2%), которые выполнены вынуждено на высоте кровотечения и при рецидиве кровотечения у лиц пожилого и старческого возраста с тяжелой сердечно-сосудистой патологией и тяжелой кровопотерей. Это так называемые "операции отчаяния". У одного из этих лиц произведена только лапаротомия и наступила остановка сердца.

У больных с ваготомией и ушиванием язвы летальность достигает 15,1% и одним из моментов является рецидив кровотечения у 2 наблюдаемых. Поэтому в настоящее время мы стремимся иссекать язву, приносящую лучший результат (летальность 8,7%). У умерших этой группы был панкреонекроз (1) и острая сердечно-сосудистая недостаточность (3).

Резекция желудка выполнялась, в основном, в прошлые годы и если по БИ сопровождалась небольшой летальностью, то по способу БП- составила 13,1%. Летальность после неё чаще всего связана с несостоятельностью культи двенадцатиперстной кишки. Выполнение её в старческом возрасте, с сопутствующими заболеваниями и при массивной кровопотере представляет определенную опасность. Поэтому сейчас мы стремимся шире использовать ваготомию с иссечением язвы и дренирующей операцией. СПВ выполнена после заживления язвы у 3 пациентов.

Среди неоперированных 405 больных умерло 16 (3,9%). Причина летального исхода у 2 связана с диагностической ошибкой, когда кровотечение не было распознано; у 3 - при поступлении было агонирующее состояние и у 11 - обусловлено крайне тяжелым состоянием, возрастом (80-90 лет) с тяжелой сопутствующей патологией, отказом от оперативного лечения из-за неоперабельности, поздней обращаемостью за медпомощью, которая нередко обусловлена материальным положением.

ВЫВОДЫ.

1. Язвенные гастродуоденальные кровотечения представляют одну из актуальнейших проблем.
2. Для улучшения исходов кровотечений язвенного генеза необходимо полноценное диспансерное наблюдение, своевременное поступление в стационар и активная хирургическая тактика.
3. У лиц с продолжающимся кровотечением, тяжелой кровопотерей, в преклонном возрасте предпочтительно применять органосохраняющие операции с иссечением язвы.

ЛИТЕРАТУРА. 1. Бабалич А.К. Заболеваемость язвенной болезнью в Крыму // Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения. Тр.Крыммедуниверситета им.С.И.Георгиевского. - 1998. - Т.134, Ч.П. - С.298-305. 2. Гринберг А.А.,Нестеренко Ю.А.,Лахтина В.И. Неотложная хирургия дуоденальной язвы // В кн.: Всерос. съезд хирургов, 8-й. Тезисы.- Краснодар,1995. - С.63-65. 3. Демидов В.М.,Демидов С.М.,Торбинський А.А.,Кадочников В.С. Застосування корекції нейропептидів в лікуванні виразкової хвороби //Матер. V Респ. учбово.-метод. та наукової конф. завідуючих кафедр. загальної хір. медвузів України (м.Тернопіль 25-26 квітня 1996 р.).- Вінниця-Тернопіль,1996. - С.100. 4. Панцырев Ю.М.,Михалев А.И.,Федоров Е.Д.,Кузеев Е.А. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений // Хирургия. - 2000.- № 3. - С.21-25. 5. Саенко В.Ф.,Гомоляко И.В.,Тывончук А.С.,Бурый А.Н.,Рыжий Л.М. Опыт выявления Helicobacter pylori при хирургическом лечении язвы двенадцатиперстной кишки // Акт. вопр. неот. хир. орг. бр. полости (Сб. работ научн. практ. конф., посвященной 15 летию кафедры хир. болезней, Харьков,1998). - Харьков. - С.133-134. 6. Чикин А.Е.,Цатурян Б.А.,Целик А.А. Опыт лечения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, осложненной кровотечением // Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения. Тр.Крыммедуниверситета им.С.И.Георгиевского. - 1999. - Т.135, Ч.П. - С.61-68. 7. Шапкин Ю.Г.,Климашевич В.Ю.,Потахин С.Н.,Матвеева Е.Н. Возможности совершенствования хирургической тактики при кровоточащей гастродуоденальной язве // Вестник хирургии им.И.И.Грекова. - 2000. - Т.159,№ 2. - С.24-26. 8. Шепулин А.А. Язвенная болезнь с локализацией в желудке - консервативная терапия или хирургическое лечение // Хирургия. -1995. -№ 2. - С.9-12. 9. Шорох Г.П.,Климович В.В. Лечение кардиальных язв желудка, осложненных кровотечением // Хирургия. – 2000. - № 1. – С.30-34.

Хирургическая тактика при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода и кардии

Бабенков Г.Д., Ольшанецкий А.А., Усов С.Н., Кравченко А.В., Глазунов В.К., Румянцев Г.В.

Луганский государственный медицинский университет

За десятилетний период изучено 274 больных с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и кардии (ВРВ), причиной которого был цирроз печени (ЦП). Мужчин было 177, женщин 97. Наиболее частыми причинами ЦП явились ранее перенесенный вирусный гепатит у 67 больных, алкоголизм у 75, у 16 больных в анамнезе имела место малярия, у остальных больных причины ЦП не установлены.

Пищеводно-желудочные кровотечения (ПЖК) значительно осложняют течение ЦП. При определении тяжести состояния больных ЦП, осложненным кровотечением из ВРВ, необходимо учитывать не только объем кровопотери, но и степень компенсации функционального состояния печени. Согласно классификации А.С.Логинова (1987) ЦП у 18 больных был в стадии компенсации, у 84 в стадии субкомпенсации, и у172 больных имела место конечная стадия патологического процесса (при чем сосудистая декомпенсация отмечена у 53 пациентов, паренхиматозная декомпенсация печени – у 119).

У 36,7% больных с ПЖК отмечалась желтушность кожных покровов и склер, у 60,0% пациентов имело место увеличение, а у 10,6% уменьшение размеров печени. Увеличение селезенки констатировано у 44,9% больных, асцит у 43,4%, проявления гиперспленизма отмечены у 35,2% больных, частые носовые и геморроидальные кровотечения у 9,2%.

У 164 (59,8%) больных с ПЖК выполнена фиброгастроскопия, при которой в 14 случаях выявлена I степень ВРВ, в 67 – II степень, и в 83 – III степень ВРВ. У 15 больных с кровотечением ВРВ диагностировано рентгенологически. У 19 больных ЦП ранее подтвержден при сканировании печени, а у 14 при ее скинтиграфии. УЗТ выполнена 127 больным, что позволило в 85 случаях определить наличие асцита, увеличение печени, в 45 – изменения размеров селезенки, диаметр воротной и селезеночной вен. Реогепатография в связи с тяжестью больных и по техническим причинам выполнена только у 22 больных, при этом в 19 случаях отмечено резкое снижение пульсового наполнения печени, в 9 случаях, наряду со снижением артериального кровенаполнения органа, выявлено нарушение оттока в системе воротной вены. Кровотечения из ВРВ в анамнезе имели место у 83(30,3%) больных, причем у половины из них оно было многократным. Из 83 больных с рецидивным кровотечением 25 были ранее оперированы по поводу ПЖК, причем 8 из них дважды, а 3 больных трижды. Это дает основание считать необходимым проведение плановых повторных эзофагогастроскопий не реже 1 раза в 6 месяцев больным, перенесшим кровотечения из ВРВ, и на этом основании решать вопрос о необходимости операции не при рецидиве кровотечения, а в период ремиссии.

Хирургическая тактика у больных с ЦП, осложненным кровотечением, зависит от локализации источника кровотечения, стадии ЦП и состояния источника кровотечения (гемостаза). Операцию считаем показанной при наличии профузного ПЖК, а также торпидного кровотечения из ВРВ, если гемостатическая терапия не эффективна в течение 6-12 часов, у больных с компенсированной и субкомпенсированной стадией ЦП. При локализации аррозированных вен в нижней трети пищевода предпочтение отдавали 2-х этапным вмешательствам, всегда начиная операцию с абдоминального этапа. Это было вызвано двумя обстоятельствами. Во первых перевязка экстра- и интраорганных вен кардии, параэзофагеальных вен существенно снижает давление в венах пищевода, что способствует организации тромба и, как правило, достаточно для предупреждения выталкивания его из вены. По этой схеме нами оперировано 65(24,4%) больных. Им выполнена: перевязка экстра – и интраорганных вен абдоминального отдела пищевода и кардии, диафрагмальных, параэзофагеальных вен, идущих через пищеводное отверстие диафрагмы, с обязательным циркулярным трансмуральным прошиванием вен свода желудка (по А.А.Шалимову) в 52 случаях. Перевязка левой желудочной артерии дополнительно проведена в 5 случаях. Спленэктомия, прошивание ВРВ в 6 случаях. Прошивание ВРВ в сочетании с перевязкой левой желудочной артерии и эмболизацией селезеночной артерии в 2 случаях. Когда состояние больного стабилизируется в течение 2-3 недель после повторной эзофагоскопии можно выполнить второй (трансторакальный) этап лечения. Такой тактики мы стали придерживаться после того, как после первичного трансторакального прошивания вен пищевода у 4 больных в раннем послеоперационном периоде наблюдали кровотечения из варикозных вен желудка.

У 5 больных после выполнения абдоминального этапа в раннем послеоперационном периоде развился рецидив острого кровотечения из вышерасположенных вен грудного отдела пищевода. Перевязку-прошивание вен пищевода производили следующим образом. После левосторонней передне-боковой торакотомии в VII межреберье выполняем перевязку параэзофагеальных вен с сохранением стволов блуждающих нервов. Прошивание вен производим через небольшие (около 1,5 см) разрезы его мышечного слоя (до подслизистого), расположенные по спирали вокруг пищевода. После мобилизации подслизисто-слизистого слоя пищевода (без вскрытия его просвета) прошиваем, обнаруженные ВРВ капроновыми лигатурами на протяжении, после чего мышечную стенку пищевода ушивали однорядным швом. Указанная методика уменьшает риск некроза стенки пищевода и развития недостаточности швов. Если торакальный этап выполнялся первично то производим диафрагмокуротомию, мобилизуем абдоминальный отдел пищевода и кардию и осуществляем перевязку экстра – и интраорганных вен. При сохранившихся отдельных ВРВ пищевода в отдаленном периоде у 5 больных выполнено эндоскопическое склерозирование вен.

К спленэктомии мы подходим дифференцировано, с учетом показателя давления в портальной системе, т.к. данная операция приводит к существенному снижению портального давления, что с одной стороны уменьшает риск рецидива ПЖК, а с другой – значительно ухудшает портальную перфузию печени, вызывает у больных с сосудистой декомпенсацией ЦП не корригируемое прогрессирование печеночной недостаточности. Спленэктомию считаем показанной при градиенте давления в воротной вене не менее 300 мм.вод.ст.. Летальность в группе оперированных больных составила 26,3%, осложнения возникли в 29,4% случаев.

У 10 больных, поступивших с ПЖК, ранее неоднократно оперированных по поводу портальной гипертензии, в связи с наличием массивного спаечного процесса, а также развитием мощных коллатералей в верхнем этаже брюшной полости, и крайней травматичностью повторного абдоминального вмешательства, была проведена рентгенэндоваскулярная окклюзия ветвей чревного ствола. В 5 случаях выполнена эмболизация селезеночной и в 5 левой желудочной артерий.

На основании анализа послеоперационной летальности и осложнений мы считаем, что абсолютными противопоказаниями к оперативным вмешательствам при ПЖК у больных ЦП являются: наличие клинически выраженной энцефалопатии, асцита, желтушности кожи, явлений гиперспленизма, геморрагического синдрома – т.е. признаков печеночной недостаточности. Особенно высокий риск возникает у больных с массивным кровотечением из ВРВ, развивающимся на

фоне даже относительно компенсированной печеночной недостаточности. Любое оперативное вмешательство на портальной системе сопровождается нарушением гемодинамики печени, что в свою очередь усугубляет печеночную недостаточность. Поэтому больным этой группы необходимо максимально возможное применение консервативных методов лечения. Совершенно очевидно, что эти больные оказались фактически безнадежными по той причине, что показания к операции у них своевременно не выставлялись. Такая ситуация сложилась из-за того, что больные с ЦП курируются, как правило, терапевтами, а хирурги, которые привлекаются к их консультации, опыта в хирургическом лечении портальной гипертензии, возникшей на фоне ЦП, не имеют, и прогнозировать вероятность развития кровотечения не могут.

У 209(75,6%) больных ПЖК с паренхиматозной декомпенсацией ЦП, а также тяжелой сопутствующей патологией использовали консервативное лечение. Оно включало проведение коррекции кровопотери, местную и общую гемостатическую терапию, локальную гипотермию, внутрипросветную компрессию вен пищевода зондом Блекмора. У 18 больных с ПЖК получен хороший гемостатический эффект при использовании в комплексе лечения сандостатина. Летальность при консервативной тактике лечения составила 35,6%. Причиной смерти в 51,9% случаев явилось продолжающееся ПЖК, в 25,3% случаев острая печеночная недостаточность, а в 22,8% их сочетание.

Выводы:

1. Операции при ПЖК целесообразны только в стадии компенсации или субкомпенсации цирроза печени.
2. Оперативные вмешательства при ПЖК следует начинать с абдоминального этапа.
3. При кровотечениях из варикозно расширенных вен грудного отдела пищевода, как первичных так и вторичных, необходима торакотомия, прошивание параэзофагеальных и интраорганных вен пищевода. При сохранившихся отдельных ВРВ пищевода, как дополнение, возможно эндоскопическое склерозирование вен через 2-3 месяца.
4. У больных, ранее неоднократно оперированных по поводу портальной гипертензии, при рецидивах ПЖК целесообразно использовать рентгенэндоваскулярную окклюзию ветвей чревного ствола и склерозирование вен пищевода.
5. У больных в стадии сосудистой декомпенсации предпочтение следует отдавать щадящим, малоинвазивным методам лечения (эндоскопическое склерозирование и эндоскопическое клипирование вен, рентгенэндоваскулярная окклюзия ветвей чревного ствола). При паренхиматозной декомпенсации печени показано только консервативное лечение.

Выбор хирургической тактики и лечение больных с кровоточащими язвами желудка в сочетании с дисплазией слизистой оболочки периульцерозной зоны.

Бойко В.В., Криворучко И.А., Донец Н.П., Гончарова Л.С., Буткевич А.Ю., Пархоменко К.Ю.
Институт общей и неотложной хирургии Академии медицинских наук Украины

Хирургическое лечение язвенной болезни желудка осложненной кровотечением продолжает оставаться актуальной проблемой неотложной хирургии [4,6]. Значительное количество таких пациентов требуют хирургических вмешательств по жизненным показаниям на высоте кровотечения, при рецидиве профузного кровотечения в клинике или при сочетании кровотечения и перфорации [7,8].

Внедрение органосохраняющих операций в сочетании с ваготомией у больных с язвой желудка, в том числе осложненной, явилось значительной вехой в хирургической гастроэнтерологии. Их малая травматичность и быстрота выполнения позволили значительно снизить летальность и частоту послеоперационных осложнений [1,5]. Вместе с тем, чрезмерное увлечение такого рода операциями, при язвах желудка, повлекло за собой ряд характерных осложнений.

Известно, что язвенная болезнь желудка, осложненная кровотечением, в 85-95% наблюдений протекает на фоне хронического гастрита различной выраженности и качественных проявлений. Хронический гастрит в свою очередь является предшествующим звеном в развитии дисплазии и рака желудка. Степень выраженности морфологических изменений слизистой оболочки желудка коррелирует с давностью существования язвы, величиной язвенного кратера и степенью тяжести кровотечения. Наличие очагов патологической регенерации слизистой оболочки желудка вокруг кровоточащей язвы создают морфологические предпосылки для малигнизации язвы и может быть дополнительным критерием необходимости выполнения хирургического вмешательства [2,3,6,10].

Наиболее объективным методом, позволяющим достоверно судить о наличии дисплазии, её локализации и распространенности является гистологическое исследование. Однако, при сложной ургентной хирургической ситуации или по другим объективным причинам выполнение гистологического исследования в полном объеме не всегда представляется возможным. При плановом обследовании пациента врач-эндоскопист, руководствуясь личным опытом, визуально определяет наличие дисплазии в периульцерозной зоне во время эндоскопического исследования и гастробиопсии. Возможен так же секторальный забор гастробиопсии по периметру периульцерозной зоны, но в данном случае нельзя исключить, что дисплазированный эпителий не попадет в материал для исследования. Для решения данной проблемы необходим поиск достаточно простых, доступных и эффективных методик, позволяющих с высокой долей уверенности судить о количественных критериях дисплазии слизистой оболочки желудка.

Способность дисплазированного эпителия окрашиваться метиленовой синью позволяет определить степень распространенности процесса [10]. Исходя из этого, в клинике института, нами предложен и внедрен метод дооперационного и интраоперационного выявления дисплазии. В плановом порядке больному натошак через назогастральный зонд в желу-

док вводиться 10 мл. 1% метиленового синього, спустя 20-30 минут, через этот же зонд, проводится отмывание желудка двумя литрами чистой воды. После удаления назогастрального зонда проводится эндоскопическое исследование, при котором из наиболее прокрашенных участков желудочного эпителия берется прицельная биопсия.

В ургентной ситуации, без предварительного обследования пациента, интраоперационная методика выявления дисплазии несколько отличается от предыдущей. После гастротомии, марлевым тампоном, смоченным 1% метиленовым синим, обрабатывается периульцерозная зона на ширину 2-3 см. от края язвенного кратера, после чего, марлевыми тампонами смоченными теплым физиологическим раствором проводится отмывание метиленовой сини. Субъективным количественным критерием дисплазии слизистой оболочки желудка в периульцерозной зоне считаем степень прокрашенности.

При незначительной интенсивности окраски или островковых пятнах не более 1 квадратного сантиметра в периульцерозной зоне выполняются органосохраняющие операции. Причем при иссечении язвенного субстрата и периульцерозной зоны обязательно удаляется слизистая оболочка желудка на 1-2 см шире зоны удаления серозно-мышечного слоя. При секторальном или сливном окрашивании слизистой периульцерозной зоны считаем целесообразным расширить зону иссечения язвы по всему периметру на 1,5-2 см с иссечением всех слоев стенки желудка. При тотальном прокрашивании периульцерозной зоны выполнение органосохраняющей операции возможно лишь при достоверном гистологическом определении границ и степени дисплазии с максимальным объемом зоны иссечения.

Нами проанализирован опыт применения данной методики у 64 больных, оперированных по поводу язвенной болезни желудка осложненной кровотечением с наличием дисплазии в периульцерозной зоне. Всем больным в обязательном порядке проводилось гистологическое исследование биоптатов слизистой оболочки и тканей желудка, удаленных во время операции. У 52 пациентов, при использовании вышеописанных методик, была достоверно выявлена дисплазия и её распространение, что подтверждено гистологическим исследованием.

Таким образом, выявление дисплазии слизистой оболочки желудка перед хирургическим вмешательством позволит судить о радикальности предстоящей операции. Распространение дисплазии вне периульцерозной зоны не позволяет однозначно прогнозировать течение отдаленного периода и соответственно выполнение более радикальных органосберегающих операций и резекций желудка в данном случае предпочтительнее.

Дисплазия слизистой оболочки желудка является динамическим процессом и требует постоянного диспансерного наблюдения пациентов с гастрофиброскопическим контролем.

ЛИТЕРАТУРА. 1 Богданов-Березовский А.Г., Калиш Ю.И. Диагностика и хирургическое лечение язв пилорического отдела желудка // Вестн. хирургии им. Грекова. –1990. -№8. –С.121-122. 2. Гончар М.Г. Кучірка Я.М., Дельцова О.І. Морфологічні зміни шлунка і дванадцятипалої кишки при виразковій хворобі з хелікобактеріозом // Клини. хирургия. –1999. -№1. –С.5-6. 3. Зайцев В.Т., Гончарова Л.С., Проценко Е.С., Тищенко А.М., Бойко В.В., Пеев Б.И., Тарабан И.А. Морфологические изменения слизистой оболочки желудка при язвенном кровотечении // Клини. хирургия. –1995. -№4. –С.3-5. 4. Зайцев В.Т., Алексеенко В.Е., Белый И.С. и др. Неотложная хирургия брюшной полости. –К.: Здоровья, 1989. –272с. 5. Зайцев В.Т., Бойко В.В., Тарабан И.А. Язвенная болезнь желудка: хирургический аспект проблемы // Международный медицинский журнал. –1999. -№3. –С.73-77. 6. Садчиков В.Д. Дисплазии эпителия слизистой оболочки желудка при язвенной болезни и раке. // Материалы XXI научно-практической конференции «Актуальные проблемы патологической анатомии». ХГМУ. –1993. –С.14-15. 7. Саенко В.Ф., Спивак В.П. Березницкий Я.С. и др. Выбор метода и особенности хирургического лечения язвенной болезни желудка: Метод. рекоменд. –Киев, 1985. –167с. 8. Тищенко А.М. Хирургическое лечение больных язвенной болезнью желудка, осложненной кровотечением: Автореф. дис. ...докт.мед.наук. –Харьков, 1991. –38с. 9. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта. –К.: Здоров'я, 1987. –568с. 10. Montanaro F., Caserta L., Ponticelli R., Fabbrocini V. La metaplasia intestinale dello stomaco // Rif. Med. –1984. -№5. –P.179-186.

Отдельные аспекты хирургического лечения больных с острыми гастродуоденальными кровотечениями (огдк) язвенной этиологии.

Бондаренко Н.М., Новиков А.И.

Днепропетровская государственная медицинская академия. Кафедра хирургических болезней.

Пересмотр хирургической тактики и повышение хирургической активности у больных с ОГДК язвенной этиологии стали возможными благодаря эндоскопическим методам оценки местного гемостаза, дифференцированному подходу к выбору объема и метода оперативного вмешательства, комплексному послеоперационному лечению больных. Однако, несмотря на внедрение рационально-индивидуальной хирургической тактики и органосохраняющих с ваготомией операций при лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений, уровень послеоперационных осложнений остается высоким (Саенко В.Ф. и соавт., 1997). Поэтому в последние годы в хирургическом лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений особое место отводится вопросам коррекции нарушений гомеостаза, прогнозу и профилактике послеоперационных осложнений (Фомін П.Д. і співавт., 1999; Бондаренко Н.М., і співавт., 1999; Козлов С.М., Лісов О.І., 1999).

Анализ результатов хирургического лечения больных в клинике с ОГДК язвенной этиологии в 1993-1996 годах показал, что стандартные подходы в решении этой проблемы, в основу которых положена активно-выжидательная тактика позволили добиться снижения уровня послеоперационной летальности до 9,3%. При этом в случаях выполнения операции на высоте

кровопотери (продолжающееся кровотечение, рецидив кровотечения в стационаре), уровень послеоперационной летальности превышал 14,8%. Негативное влияние на результаты хирургического лечения данного контингента больных оказывали гнойно-септические осложнения, которые были отмечены в 61,0% случаев.

Причинами послеоперационных гнойно-септических осложнений у больных с ОГДК язвенной этиологии являлись постгеморрагический синдром, операционная травма. Основными проявлениями которых были иммунологическая депрессия, тканевая гипоксия, нарушения микроциркуляции в области анастомоза, культы 12-перстной кишки.

Используя статистический метод нормирования интенсивных показателей по Байесу в клинике были определены группы больных с ОГДК язвенной этиологии с различным уровнем риска: минимальный риск – послеоперационные гнойно-септические осложнения отмечены у 17,3% больных ($p < 0.05$); умеренный риск – 51,7%; высокий риск – 79,1% ($p < 0.05$).

Приведенные данные подтвердили необходимость дальнейшего совершенствования хирургической тактики, проведения дополнительного комплекса мероприятий, направленных на устранение негативных факторов, влияющих на течение послеоперационного периода. В связи с чем в клинике внедряется следующая концепция хирургического лечения больных с ОГДК язвенной этиологии:

1. Дооперационное определение категории риска послеоперационных гнойно-септических осложнений.
2. При низком риске послеоперационных гнойно-септических осложнений проведение стандартной схемы интенсивной терапии (ИТ) в зависимости от степени кровопотери. Выполнение радикальных операций, в том числе резекций желудка в этой группе больных, при условии дифференцированного подхода в выборе объема операции.
3. Умеренный риск развития послеоперационных гнойно-септических осложнений диктует необходимость выполнения органосохраняющих операций или АЭ с одним из видов ваготомии, дополнение стандартной схемы ИТ, перфтораном в дозе 5-6 мл/кг массы.
4. При высоком риске послеоперационных гнойно-септических осложнений операциями выбора являются минимальные по объему органосохраняющие операции, основной целью которых является хирургический гемостаз, а также обязательное включение в комплекс ИТ перфторана в дозе 5-20 мл/кг.

Вместе с этим независимо от группы риска, всем больным перед операцией или интраоперационно должна быть проведена антибиотикопрофилактика. В основу принципа определения сроков выполнения оперативного вмешательства должна быть положена рационально-индивидуальная хирургическая тактика.

Такой подход в решении проблемы хирургического лечения больных с ОГДК язвенной этиологии в клинике позволил снизить послеоперационную летальность до 7,6%. При этом за счет снижения до 16,6% ($p < 0.05$) числа послеоперационных гнойно-септических осложнений повысилось качество лечения больных с высокой степенью риска.

ЛІТЕРАТУРА. 1. Диагностика и лечение острого кровотечения в просвет пищеварительного канала (Саенко В.С., Кондратенко П.Г., Семенюк Ю.С. и др. – Ровно: Б. и., 1997. – 384 с. 2. Козлов С.М., Лиссов О.І. Фактори ризику виникнення ранніх післяопераційних ускладнень при хірургічному лікуванні хворих з гостро кровоточивими пілородуоденальними виразками // Укр. мед. часопис. – 1999. – №6. – С.115-117. 3. Новиков А.И., Бондаренко Н.М. Прогнозирование и профилактика послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений у больных с острыми гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии // Клініч. хірургія. – 1999. - №8. – С. 7-9. 4. Порівняльна оцінка результатів хірургічного лікування хворих із профузними гастродуоденальними кровотечениями виразкової етіології при стандартній схемі ведення післяопераційного періоду і при включенні до неї перфторану / Бондаренко М.М., Новіков О.І., Клігуненко О.М. та ін. // Медичні перспективи. – 1999. – Т. IV, №3. – С. 35-38. 5. Фомін П.Д., Козлов С.М., Лиссов О.І. Прогнозування гострого післяопераційного панкреатиту та нездатностей кукси дванадцятипалої кишки та анастомозів в хірургії гастродуоденальних виразок // Науковий вісник Ужгородського університету. – 1999. - №10. – С.205-207.

**Лікування хворих з гострими шлунково-кишковими кровотечениями пухлинного походження
Братусь В.Д., Фомін П.Д., Біляков-Бельський О.Б., Сидоренко В.М., Заплавський, Переш Є.Є.
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця. Кафедра факультетської хірургії №2**

Хворі із гострими шлунково-кишковими кровотечениями (ГШКК) пухлинного походження складають постійну частку (9-11%) від усіх, хто лікується з приводу ГШКК і цей відсоток не має тенденції до зниження.

За 1982-2000 рр у центр поступило 2346 хворих із ГШКК пухлинного генезу, що склало 10,7% від усіх хворих, лікованих з приводу шлунково-кишкових кровотеч за час роботи центру. Доброякісні пухлини були причинами кровотеч у 302 пацієнтів, злоякісні – у 2044(87,1%).

Серед хворих із злоякісними пухлинами (рак – 2031, саркома – 13) розподіл за статтю і віком відбувався таким чином (таблиця 1):

Таблиця 1. Розподіл хворих за віком та статтю

	<40	41-50	51-60	61-70	71-80	>80	Усього
Чол.	8	210	412	304	93	59	1086
Жін.	7	171	201	318	197	64	958
Усього	15	381	613	622	290	123	2044

Тільки у 307 хворих (15,0%) діагноз злоякісної пухлини був встановленим раніше, 1737 – вперше діагностований у нашій клініці.

У хворих з уперше виявленим раком розподіл по стадіях мав такий вигляд: 1 ст.- 122; 11 ст.- 207; 111 ст.- 749, 1У ст.-659 (37,9%). Із 307 хворих з відомим діагнозом 260 віднесені до 1У клінічної групи, а 47 – до 11.

По локалізаціях злоякісні пухлини розподілились таким чином:

Шлунок – 1213 (59,3%); ободова кишка – 369 (18,0%); пряма кишка – 288 (14,1%); панкреатобіліарна зона – 98 (4,8%); стравохід - 9. Ще у 67 хворих виявлено пухлини інших локалізацій (матка, легені, молочна залоза, та ін.), а кровотеча була викликана проростанням пухлин або метастазів у кишки.

Екстрена діагностика забезпечувалась ендоскопічними дослідженнями, які доповнювались рентгенологічними, ультразвуковими, лабораторними методами. Діагноз, що обіймав локалізацію пухлини і ступінь гемостази у більшості хворих (1372– 67,1%) встановлений протягом до 12 годин після госпіталізації, у інших 656– до 2-х діб і у 16, які були доставлені у клініку в агональному стані і померли протягом кількох годин, діагноз було верифіковано на розтині.

Лікувальна тактика визначалася у залежності від локалізації пухлини і стадії процесу, ступеню важкості кровотрати, стану гемостази. Так, профузні кровотечі із швидким розвитком крововтрати середнього і важкого ступеню зустрічались виключно у хворих із злоякісним ураженням шлунку та стравоходу, що вимагало більш активних лікувальних дій.

Ендоскопічні засоби гемостази використовувались при продовженні кровотечі або високому ризику рецидиву її (нестабільний гемостаз) 687 пацієнтам на рак шлунку. Завдяки ефективності ендоскопічного гемостази, необхідність операції при продовженні або рецидиві кровотечі виникла лише у 62 хворих. Так званий стабільний гемостаз не може являти гарантію безпеки щодо можливого рецидиву кровотечі і тому ми вважаємо за необхідне оперативне втручання протягом 3-6 діб після госпіталізації, якщо до нього немає протипоказань, пов'язаних із запущеністю пухлинного процесу або важкою супутньою патологією.

Хірургічна лікувальна тактика відображена у таблиці 2

Таблиця 2. Результати лікування з пухлинами ШКТ

Локалізація	Оперовано			Консервативно	Усього
	Радикально	Нерадикально	Усього		
Шлунок/померло	414/29	167/30	581/59	632/61	1213/120
Товста кишка	124/12	92/30	216/42	153/24	369/66
Панкреато-біліарна зона		14/6	14/6	84/41	98/47
Пряма кишка	55/11	8/3	63/14	225/74	288/88
Інші		5/3	5/3	71/21	76/24
Усього	593/52	286/72	879/124	1165/221	2044/345

Загалом із 2044 хворих оперовано 879(43,0%), а у групі із вперше виявленим раком оперативна активність складала 48,6% (845 із 1737). Радикальні операції виконано 593 (29,0%). Загальна післяопераційна летальність складала 14,1% (124 хворих), а після радикальних операцій – 8,7% (52).

1165 хворих не оперовано внаслідок запущеності процесу (727), важкої супутньої патології (356), ще 82 відмовились від операції. Летальність у цій групі складала 18,96% (221 хворий), причому 69 померли при явищах продовження кровотечі, а 152 – внаслідок прогресування пухлинного процесу.

Загальна летальність складала 16,9% (345 із 2044), 1699 хворих після зупинки кровотечі направлені для подальшого лікування до онкологічних закладів.

У 302 пацієнтів джерелом кровотечі виявилися доброякісні новоутворення – лейоміоми, ангіоми, поліпи різних ділянок шлунково-кишкового тракту. Оперовано 204 хворих, у тому числі 107 - ендоскопічно. Усі хворі у задовільному стані виписані під нагляд онкологів.

Висновки: Вважаємо, що активна і адекватна хірургічна тактика у поєднанні із заходами ендоскопічного гемостази і сучасної консервативної терапії дозволяє не тільки врятувати життя більш як 80% хворих із ГШКК пухлинного походження, але і виконати радикальні оперативні втручання майже третині з них.

Хирургическая тактика, прогноз и модификации органосохраняющих операций при язвенных кровотечениях.

Велигоцкий Н.Н., Комарчук В.В., Трушин А.С., Велигоцкий А.Н.

Реферат: Проанализирован опыт 1300 оперативных вмешательств при гастродуоденальных кровотечениях. Показания к оперативному лечению и его сочетание с консервативной терапией. Применение различных органосохраняющих операций. Их преимущества над резекционными методами.

К настоящему времени наш опыт в хирургии язвенных гастродуоденальных кровотечений превышает 1300 оперативных вмешательств. Подавляющее большинство из них (более 80%) составили органосохраняющие операции с обязательным иссечением или экстерриторизацией язвы и ваготомией по методикам, основные из которых разработаны в 1980-1985 г.г. В те же годы нами была предложена и внедрена в практику индивидуально-активная хирургическая тактика, применяемая под различными наименованиями («индивидуально-рациональная» и др.) до настоящего времени. В основу индивидуально-активной тактики положен принцип не шаблонно-активных действий хирурга с выполнением urgentных операций при всех кровотечениях средней и тяжелой степени, как это рекомендуют сторонники активной тактики, и не сугубо выжидательный подход с выполнением только экстренных операций «на высоте» кровотечения.

Индивидуально-активная хирургическая тактика предусматривает: 1 – эндоскопическую оценку источника кровотечения, локализации и размеров язвы и кровоточащего сосуда, сгустка, тромба; 2 – оценку тяжести кровотечения, темпа кровопотери, повторяемости; 3 – возраст и сопутствующую патологию; 4 – оценку риска urgentной операции. При этом нами выделена, наряду с традиционными двумя группами оперативных вмешательств (экстренными и ранними плановыми), группа отсроченных операций, выполняемых несмотря на временную остановку кровотечения в сроки до 2-3 суток с момента поступления. Основные показания для отсроченных операций: неустойчивый гемостаз, угроза рецидива кровотечения на фоне грубых патоморфологических изменений в зоне язвы (массивная пенетрация, большие размеры и глубина язвы, каллезные края и деформация, крупный кровеносный сосуд, рыхлый сгусток) и массивная кровопотеря. В таких случаях остается высокой угроза рецидива профузного кровотечения, после которого выполнялись операции «отчаяния». Введение отсроченных операций в арсенал хирургической тактики позволило сократить число операций «отчаяния» и улучшить показатели послеоперационной летальности.

Следует отметить, что в последние годы современная консервативная терапия язвенной болезни еще больше ослабила позиции сторонников сугубо активной тактики. Успешное внедрение в клиническую практику эффективных ингибиторов желудочной секреции (ранитидины, фамотидины, омепразолы, соматостатин) в сочетании с гемостатиками, вазопрессинами и эндоскопическим гемостазом существенно повысило эффективность консервативной терапии и дало возможность, по данным ряда зарубежных клиник, достаточно эффективно заниматься лечением язвенных кровотечений гастроэнтерологам-терапевтам. С нашей точки зрения, такой вариант возможен в гастроэнтерологических центрах, имеющих в своем составе хирургические отделения (3). Эффективность современной комплексной консервативной терапии язвенных кровотечений не превышает 85-87%, то есть 13-15% пациентов все равно требуют оказания хирургической помощи, чаще всего по экстренным и жизненным показаниям.

Важными критериями в установлении показаний и сроков операции является определения истинного объема кровопотери и прогноз дальнейшего течения заболевания. Оценка объемов кровопотери проводится на практике чаще всего по лабораторным и гематологическим показателям (эритроциты, гемоглобин, гематокрит, вязкость, удельный вес). Основным недостатком этих методов является их прямая зависимость от гидремической реакции и времени восполнения объема циркулирующей плазмы (ОЦП), которые восстанавливаются при кровопотери средней тяжести к исходу первых суток. В связи с этим считаем необходимыми вводить в расчетные формулы кровопотери (ДЦК) поправочные коэффициенты (от 2,5-в первые 6 часов, 2,0 – через 12 часов, 1,5 – через 18 часов, до 1,0 – через 24 часа) и умножать их на полученные расчетные объемы. Следует учитывать и возникающую спустя сутки плазменную гиперволемию и получаемые по расчетным формулам завышенные показатели ДЦК.

Прогностически наиболее опасным следует считать следующие ситуации: 1 – когда во время эндоскопии наблюдается струйное кровотечение; 2 – когда эндоскопически наблюдается сгусток с подтеканием крови; 3 – когда на дне хронической язвы наблюдается видимый кровеносный сосуд.

В первых двух случаях следует применять эндоскопический гемостаз (обкалывание, криообработку и электрокоагуляцию), а при неэффективности решать вопрос об экстренной операции. В третьем случае из-за высокой угрозы рецидива кровотечения (до 40-50%), не смотря на его остановку, следует решать вопрос об операции в течение 2-3 суток (отсроченная операция).

Варианты органосохраняющих операций с иссечением и экстерриторизацией кровоточащих язв были разработаны в Харькове (НИИ общей и неотложной хирургии, кафедра торакоабдоминальной хирургии ХМАПО), защищены рационализаторскими и авторскими свидетельствами и опубликованы в журналах «Клиническая хирургия» и «Хирургия» в 1980-1987 г.г. Основными из них являются методики субциркулярной (а не «мостовидной») пилородуоденопластики с иссечением и экстерриторизацией язвы и ваготомией, а также методика циркулярного иссечения пилоробульбарной зоны с последующим пилородуодено- или пилорозентероанастомозом и ваготомией (рац. предложение № 24, 34. 1979-81г.г.; А.С. № 1009432, 1982 г. и №3617451, 1983 г.). В дальнейшем добавились разработки методов расширяющей дуоденопластики с иссечением язвы в I и II вариантах и ваготомией. В настоящее время при стенозирующих язвах мы применяем три варианта расширяющей дуоденопластики (1, 2).

При низких постбульбарных кровоточащих язвах был разработан метод тампонады кратера язвы передней стенкой двенадцатиперстной кишки с последующей ваготомией и гастроэнтероанастомозом (А.С. № 474637, 1993 г.)

При язвах задней стенки двенадцатиперстной кишки с пенетрацией в головку поджелудочной железы в ряде случаев применяем методику экстерриторизации язвы, формирования задней стенки и наложения «перемещенного» пилоро- или

антродуоденоанастомоза с ваготомией (Патент Украины №24597, 1998 г.). В большинстве случаев стремимся использовать селективную или селективную проксимальную ваготомию, часто применяем КСПВ (комбинированную СПВ по Хиллу-Баркеру и по методике клиники (А.С. №4730153, 1991 г.)).

При язвах кардиального отдела желудка разработана методика мобилизации и овального иссечения язвы с расширяющим в зоне кардиоэзофагального перехода Г-образным швом. При язвах тела и антрального отдела желудка выполняем экономные клиновидные или циркулярные иссечения с ваготомией и интраоперационной экспресс-биопсией язвы. При подозрении на малигнизацию и невозможности биопсии применяем резекционные методики.

При гигантских пилоробульбарных язвах с массивным перипроцессом, двойной локализацией язв в двенадцатиперстной кишке и желудке, а также при рецидивных язвах применяем антрумэктомию с ваготомией и наложением «перемещенного» гастродуоденоанастомоза (4, 5). Редко выполняем восстановительный этап по Бильрот-П.

Применяемые методики сохраняют преимущества радикальных резекционных методов (частота рецидивов не более 5%), но при этом у пациентов значительно быстрее проходит реабилитационный период, восстановление трудоспособности и, вследствие сохраненного в ходе операции желудка, значительно выше качество дальнейшей жизни пациентов, перенесших операции, основанные на органосохраняющих принципах.

Литература. 1.Велигоцкий Н.Н., Саенко В.Ф., Кондратенко П.Г., Хохоля В.П. Органосохраняющие методы хирургического лечения острокровоточащих язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Метод. Рекомендации. МЗ СССР. 1985. 25 с. 2.Велигоцкий Н.Н., Зайцев В.Т. Расширяющая пилородуоденопластика в хирургическом лечении кровотокащих и стенозирующих язв двенадцатиперстной кишки. Хирургия. 1985. № 2. С.34-36. 3.Велигоцкий Н.Н. Современные проблемы хирургического лечения язвенной болезни. Харьковский медицинский журнал. 1996. №3. С. 35-39. 4.Велигоцкий Н.Н., Трушин А.С., Комарчук В.В., Кобылецкий Н.М. Особенности иссечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки, осложненной пенетрацией и стенозом. Клиническая хирургия. 1998. №8. С. 4-7. 5.Велигоцкий Н.Н., Комарчук В.В., Тимченко К.Г. и соавт. Перемещенный гастродуоденоанастомоз в хирургическом лечении пенетрирующих язв двенадцатиперстной кишки. Клиническая хирургия. 1998. №8. С. 14-16.

Хирургическое лечение язвенных кровотечений у больных с постгеморрагическим синдромом.

Десятерик В.И., Бондаренко Н.М.

Днепропетровская медицинская академия.

До настоящего времени остаются спорными вопросами хирургической и лечебной тактики, выбора сроков и метода операции у больных язвенными кровотечениями. Известно, что при рецидивных кровотечениях смертность в 2-5 раза выше, чем при операциях отсроченных. У пациентов с упорными рецидивами послеоперационная летальность колебалась от 20 до 44% [1,2].

С развитием эндоскопической техники и широким внедрением в практику эндоскопической диагностики гастродуоденальных кровотечений вопросы клинико-эндоскопической трактовки хирургической тактики в значительной степени были решены [3, 6].

В настоящее время отмечается тенденция выработки индивидуализированной тактики лечения больных с острыми язвенными гастродуоденальными кровотечениями, при которой сроки выполнения оперативного вмешательства ставятся в зависимости от тяжести кровопотери, наличия продолжающегося кровотечения, эффективности гемостаза и угрозы его рецидива при эндоскопическом контроле, длительности язвенного анамнеза, возраста больного, наличия сопутствующих заболеваний [1, 4].

Среди неблагоприятных прогностических факторов R.Kirschner и соавт. (1990) на первом месте выделяют шок и органную недостаточность. Возраст больного старше 50 лет, крупные и глубокие язвы с подрывными краями, локализирующиеся по малой кривизне желудка и по задней стенке двенадцатиперстной кишки - важный повод для проведения оперативного лечения в плановом порядке [7].

Попытки многих авторов выполнять минимальное оперативное вмешательство у крайне тяжелых больных мало оправдали себя из-за высокого процента рецидивов кровотечения при простом прошивании кровоточащего сосуда [2, 6].

Летальность при активно-выжидательной тактике 8-20,8%, а у пожилых людей 28-40%. Затягивание сроков при язвенном кровотечении ведет к развитию необратимых изменений в важных системах жизнеобеспечения организма [2, 4].

Все вышеперечисленное и наши клинические наблюдения послужили поводом для обоснования хирургической тактики при язвенных гастродуоденальных кровотечениях в условиях постгеморрагического синдрома (ПГС).

Всего оперировано 201 больной; радикальные оперативные вмешательства выполнены у 148 больных (73,6%), в 53 случаях (26,4%) выполнены паллиативные вмешательства, направленные только на остановку кровотечения.

При анализе зависимости характера оперативного вмешательства от возраста больных обращает на себя внимание увеличение частоты паллиативных вмешательств в группе больных пожилого и старческого возраста. 35 паллиативных вмешательств выполнено у больных старше 60 лет

Резекционные способы лечения преобладали в группе больных до 60 лет. У больных старше 60 лет был высоким процент паллиативных оперативных вмешательств, направленных только на остановку кровотечения.

В трактовке сроков оперативного вмешательства пользовались общеизвестной терминологией: экстренные, отсроченные и ранние плановые оперативные вмешательства. В ургентном порядке по экстренным показаниям были опери-

рованы 79 больных - 39,3% всех больных с язвенными кровотечениями, осложненными ПГС; у 29 (14,4%) случаев были выполнены операции в отсроченном периоде в первые 48-72 часа с момента поступления.

Показанием к вынужденной операции у этих больных послужили повторные (22 случая) и продолжающиеся кровотечения (7 человек). 83 больных (41,3%) были оперированы в плановом порядке, через 18-24 дня после поступления в стационар, после полной ликвидации проявлений ПГС.

Характер оперативных вмешательств в зависимости от локализации язвы представлен в табл. 1.

Таблица 1 Виды операции в зависимости от локализации язвы

№	Вид операций	Желудок	ДПК	Сочетанные язвы желудка и ДПК	Пептическая язва ГЭА	Всего
1.	Резекция жел. по Бильрот-1	12	5	-	-	17
2.	Резекция жел. по Бильрот-2	30	17	2	-	49
3.	Реконструктивная резекция	-	-	-	8	88
4.	Клиновидная резекция желудка	12	-	1	-	13
5.	Проксимальная резекция желудка	1	-	-	-	1
6.	СПВ с поперечн. дуоденотомией и иссечением язвы	-	8	-	-	8
7.	СтПВ с иссечением язвы и пилоропластикой	7	40	2	-	44
8.	Иссечение язвы с пилоропластикой	6	5	-	-	11
9.	СтПВ, прошивание кровоточащей язвы с пилоропластикой	-	18	-	-	18
10.	Прошивание кровоточащей язвы с пилоропластикой	1	9	-	-	10
11.	СтПВ, экстериоризация язвы с пилоропластикой	-	3	-	-	3
12.	Прошивание кровоточ. язвы с ГЭА и соустьем по Брауну	-	5	-	-	5
13.	Ушивание перфоративной кровоточащей язвы	1	4	-	-	5
14.	Гастро- или дуоденотомия, прошив. кров.язвы	6	3	-	-	9
	Итого	71 (35,3%)	117 (58,2%)	5 (2,5%)	8 (4,0%)	201 100%

Среди оперированных больных в условиях ПГС желудочная локализация язвы имела место у 71 больного (35,3%); у 117 больных были дуоденальные язвы (58,2%); у 5 больных имела место сочетанная локализация в желудке и двенадцатиперстной кишке; 8 больных были оперированы по поводу пептических язв гастроэнтероанастомоза после ранее перенесенных оперативных вмешательств.

У больных с дуоденальными язвами основным видом оперативного вмешательства были органосберегательные операции (69 больных – 59,0%); резекция желудка была выполнена у 22 больных (18,8%); у 26 (22,2%) больных, оперированных по экстренным показаниям, были выполнены оперативные вмешательства, направленные только на остановку кровотечения. Тяжесть общего состояния этих больных не позволила выполнить радикальные вмешательства. У больных с локализацией язвы в желудке резекция выполнена у 43 больных (62,3%); в остальных случаях - 26 больных (37,7%) - выполнены паллиативные вмешательства; среди которых у 12 случаях была выполнена клиновидная резекция желудка.

Среди осложнений, послуживших причиной смерти, наиболее частой была постгеморрагическая анемия - 20 случаев (58,8%).

У 11 больных грозным послеоперационным осложнением было развитие перитонита (32,4%). Самые плохие результаты были получены после ушивания перфоративной кровоточащей язвы (летальный исход в 4 из 5 случаев). По нашим данным, неудачным тактическим решением является ушивание кровоточащей язвы, как с ваготомией, так и без нее. Из 18 операций прошивания кровоточащей язвы, дополненных двусторонней стволовой ваготомией, у 4 больных послеоперационный период осложнился рецидивом кровотечения, что и послужило причиной смерти.

После резекционных способов оперативного вмешательства умерло 9 больных на 74 операции (12,2%). Из 73 больных, которым выполнены органосберегательные операции в условиях ПГС, умерло 8 больных (10,9%). Паллиативные вмешательства, направленные на остановку кровотечения, были выполнены у 53 больных - умерло 17 больных (32,1%). Летальность в группе оперированных больных в условиях ПГС составила 16,9%.

Внедрение разработанной нами тактики позволило снизить послеоперационную летальность у больных с язвенными кровотечениями на 4,9%.

Література. 1.Баранчук В.Н., Пичуев А.В., Скрыбин О.Н. Лечение острых желудочно-кишечных кровотечений в специализированном стационаре. //Вестн.хирургии им.Грекова. – 1992. - №7-12, С.102-108. 2.Братусь В.Д. Дифференциальная диагностика и лечение острых желудочно-кишечных кровотечений. – К.: Здоров'я, 1991. – 268 с. 3.Грубник В.В. Эндоскопический гемостаз и органосохраняющие операции при лечении острых язвенных кровотечений: Автореф.дис... докт.мед.наук. – Киев, 1988. – 42 с. 4.Тищенко А.М. Хирургическое лечение больных язвенной болезнью желудка, осложненной кровотечением: Автореф.дис... докт.мед.наук. – Харьков, 1991. – 44 с. 5.Фомин П.Д., Никишаев В.И. Желудочно-кишечные кровотечения: хирургическое лечение сегодня. //Медицина Украины. – 1995. - №4., С.24-27. 6.Хараберюш В.А., Кондратенко П.Г., Яловецкий В.Д. Пути улучшения результатов лечения больных с острым желудочно-кишечным кровотечением язвенной этиологии //Клинич.хирургия. – 1989. - №4., С.1-4. 7.Kirchner R., Salur R., Schalte-Monting J. Prognostic factor in gastroduodenal ulcer bleeding: A retrospective study to identify independent variables. //Theor.Surg. – 1990. – V.5, N3 – P.149-152.

**Прогнозування ризику розвитку кровотечі при хірургічному лікуванні виразок дванадцятипалої кишки
Ковальчук Л.Я., Беденюк А.Д., Ковальчук О.Л., Гнатів В.В., Басистюк І.І., Господарський А.Я.
Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського**

Анотація. На матеріалах мультипараметричних досліджень 288 хворих з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки, ускладненою кровотечами, автори сформували уніфіковану базу даних (на основі міжнародного медичного електронного стандарту HL7) і розробили на її основі двохетапну математичну модель визначення ризику розвитку кровотечі та показань до хірургічного лікування виразки. Виділено ступені ризику кровотечі та запропоновано диференційований підхід до вибору оптимального методу оперативного втручання, що сприяє запобіганню рецидиву кровотечі, зменшенню післяопераційної летальності та покращанню найближчих та віддалених результатів.

Актуальність проблеми лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки зумовлена її значною поширеністю, а також відкриттям в останні роки нових ланок патогенетичного механізму виразкоутворення.

На сьогодні не визначені чіткі критерії, коли консервативне лікування безперспективне і необхідне застосування хірургічного лікування [2].

Проведені дослідження щодо можливості прогнозування розвитку кровотечі з виразки дванадцятипалої кишки дають похибки до 25 %. Разом з тим, у великій кількості робіт по прогнозуванню кровотечі акцент робиться на оцінці тяжкого стану хворого, що розвинувся після профузної кровотечі, а отже на критеріях, що не є визначальними в патогенезі розвитку первинної кровотечі [1]. У зв'язку з цим, першочерговим є питання прогнозування і профілактики виникнення первинних гострих кровотеч, що до теперішнього часу є не повністю вирішене.

Матеріали і методи. Проаналізовано медичні карти 288 хворих, прооперованих з приводу виразкової хвороби дванадцятипалої кишки в клініці шпитальної хірургії ТДМА в період з 1991 по 1999 рр.

Серед них жінок було 78 (27,08 %), чоловіків - 210 (72,92 %). Вік пацієнтів був від 20 до 69 років. У 97 (33,7 %) хворих захворювання ускладнилося кровотечею, у 191 (66,3 %) кровотечі не було. Крім традиційного обстеження, хворим виконували ендоскопічне обстеження, рН-метрію, визначали швидкість локального кровотоку, стан загального та місцевого імунітету та ступінь інфікування Н. рулогі. За результатами до- та післяопераційних обстежень створена комп'ютерна база даних, в яку було введено найінформативніші для прогнозування ознаки.

Результати досліджень та їх обговорення. Клінічні прояви гострої кровотечі у обстежуваних хворих характеризувалися тріадою симптомів: блюванням кров'ю (48 %), меленою (77 %), судинним колапсом (65 %) різного ступеня. Частота ознак була різною. Блювання кров'ю як єдиний симптом кровотечі зустрічалося відносно рідко (10 %). Мелена, навпаки, спостерігалася в 4 рази частіше від блювання. Поєднання мелени і блювання було у 38% хворих.

Для вирішення проблеми прогнозування дуоденальної кровотечі нами був використаний метод *послідовної діагностичної процедури* на основі запропонованого А. Вальдом методу послідовного (секвенціального) аналізу.

Таблиця 1. Порівняльна характеристика частот ознак у хворих з неускладненими та кровоточивими дуоденальними виразками.

№ п/п	Ознака	Апріорна частота ознаки у хворих з виразкою ДПК	Частота ознаки у хворих з кровоточивою виразкою ДПК
1.	Вік		
	від 20 до 40 років	36,9 %	29,3 %
	від 41 до 60 років	51,2 %	63,2 %
	більше 60 років	11,9 %	7,5 %
2.	Стать		
	чол.	60,9 %	64,3 %
	жін.	39,1%	35,7 %
3.	Група крові		

	Група О (I)	49,6 %	63,2 %
4.	Тривалість анамнезу		
	1 – 5 років	41,9 %	49,0 %
	6 – 10 років	37,0 %	42,9 %
	більше 10 років	11,1 %	14,1 %
5.	Ускладнення в анамнезі		
	Кровотеча	21,2 %	37,6 %
	Пенетрація	6,25 %	22,92 %
	Пілоростеноз	10,4 %	6,25 %
6.	Локалізація:		
	Передня стінка цибулини	68,6 %	12,6 %
	Задня стінка	14,3 %	67,3 %
7.	Розмір виразки		
	до 15 мм	91,32%	54,3 %
	більше 15 мм	8,68 %	53,7 %

Вивчення особливостей ендоскопічної картини показало, що кровотечі можуть виникати із виразок будь-яких розмірів, діаметр котрих був до 2,5 см, що статистично не відрізняється від даних, отриманих в загальній групі. Проте, при виразці, діаметром більшим 15 мм, спостерігався більший ризик розвитку кровотечі, хоча результати і не були достовірними.

Нами були відмічені суттєві відмінності в локалізації виразок в обох групах. Так, більшість (69 %) виразок, що ускладнились кровотечею, розташовувались на задній стінці дванадцятипалої кишки. На передній стінці кровоточиві виразки розташовувались у 12 % випадків. У загальній групі цей розподіл був таким: задня стінка – 14 %, передня – 68 %.

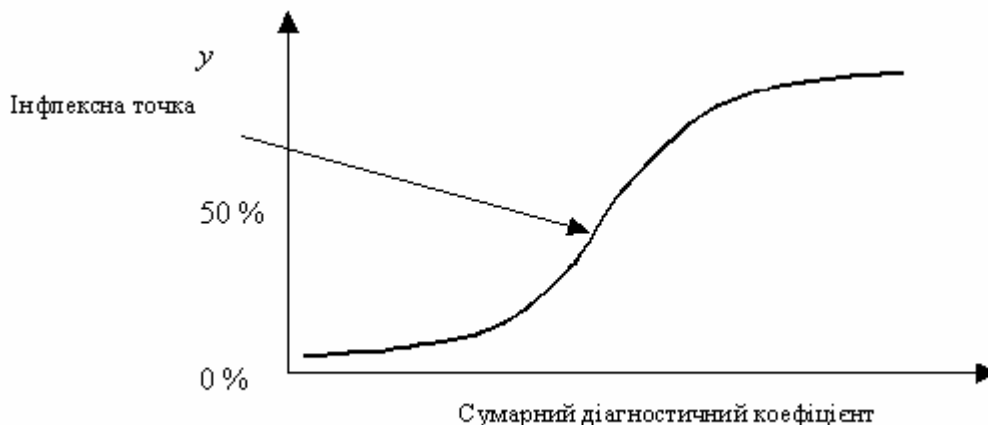
У той же час при аналізі кровоточивих виразок, розташованих на задній стінці дванадцятипалої кишки відмічено значне переважання (31 %) виразок діаметром 15 мм і більше проти 8,6 % в загальній групі, хоча самостійно великий діаметр виразки у статистичній групі не має достовірного впливу на ризик розвитку кровотечі. Цей вплив значно посилюється при збільшенні віку пацієнтів більше 50 років. Очевидно, саме такими особливостями поєднаного впливу різних ознак пояснюється суперечливі дані різних авторів щодо значення розміру виразки в прогнозі ризику розвитку кровотечі.

На перший погляд, кровотеча значно частіше поєднується із пенетрацією - 24,65 % проти 6,25 % при стенозі, проте якщо порівняти із апріорною частотою пенетрації у загальній групі обстежуваних (14,58 %), то вагомість цієї ознаки дещо послаблюється, хоча й залишається досить суттєвою. Щодо стенозу, то тут навпаки, спостерігається зменшення частоти стенозів при кровоточивих виразках від 10,42 % до 6,25 %. Отже, лише при порівнянні відповідних відношень частот можна зробити висновок про важливість того чи іншого ускладнення у ризику виникнення кровотечі.

Методика послідовної прогностичної процедури не дає змоги при оцінці багатьох прогностичних ознак врахувати потенціювання однієї ознаки іншою та якісно оцінити результати прогнозування. Тобто використання лише даної методики не дозволяє оцінити структуру прогнозу і визначити похибку прогнозування для кожного окремого пацієнта. Тому нами був додатково використаний альтернативний метод, який проявляється в альтернативному зв'язку наслідку з причинами (тобто: виникнуть ускладнення або не виникнуть при одночасній наявності певної кількості ознак).

У такому випадку ми можемо на основі клініко-анамнестичних та ендоскопічних даних зобразити математичну модель у вигляді стандартного графіка, S-подібна форма якого характеризує прогнозування розвитку кровотечі в залежності від величини діагностичного коефіцієнту. У відповідності до відсотків усі хворі розташувалися у вигляді "коридору", що має вигляд S-подібної кривої. Цю криву, згідно альтернативного методу, можна описати рівнянням, використовуючи пробіт-аналіз.

Згідно цієї функції можна побудувати прогностичну криву залежності ризику розвитку кровотечі від величини діагностичних коефіцієнтів. Для того, щоб якісно оцінити прогнозування для окремого пацієнта, необхідно порівняти його прогностичні ознаки з аналогічним розподілом хворих із бази даних. Оскільки останній описується знайденою функцією, то залишається знайти на скільки прогноз для даного пацієнта віддалений від даної функції.



Мал. 1. Сигмоподібна (характеристична) крива для прогнозування ризику розвитку ускладнення.

На графіку з прогностичною кривою ця відстань буде відповідати перпендикуляру від точки, що відповідає ймовірному відсотку розвитку кровотечі, до кривої, що описується функцією.

Якщо вона виходить за межі прогностичного коридору, то необхідно проводити більш глибокі дослідження стану пацієнта – визначати локальний кровобіг гастродуоденальної зони, місцевий та загальний імунітет, наявність інвазії *Helicobacter pylori*.

У хворих, які перенесли кровотечу, швидкість кровобігу в ділянці слизової оболонки бульбарного відділу дванадцятипалої кишки була на 37,4 % меншою від норми. При аналізі показників загального і місцевого імунітету, в інфікованих *H. pylori* пацієнтів виявлені значно глибші зміни показників клітинного імунітету, порівняно з неінфікованими – суттєве зниження рівня Т-лімфоцитів (54,3 %) на тлі наростання вмісту низькодіференційованих О- і "неповних" клітин. Все це свідчить про значно вищу інтенсивність запального процесу і глибшу реакцію імунної системи у пацієнтів, інфікованих *H. pylori*, порівняно з неінфікованими.

У хворих, інфікованих *H. pylori*, рівень циркулюючих імунних комплексів достовірно вищий, ніж у неінфікованих пацієнтів з виразковою хворобою (186,3 од проти 127,23 од).

Показники місцевого імунітету також свідчать про значно глибші зміни в слизовій інфікованих *Helicobacter pylori* пацієнтів, про що свідчить зниження вмісту імуноглобуліну класу А у хворих (1,2 г/л проти 1,6), що у значній мірі знижує можливість протибактерійного захисту на слизових оболонках.

Використання комплексної оцінки змін швидкості локального кровобігу, стану загального та місцевого імунітету та ступеня інфікованості *H. pylori* дозволило значно підвищити достовірність нашої прогностичної математичної моделі.

Як видно з графіка, є так званий інфлексний період, що відповідає різкому переходу від сумарної кількості ознак, які діють до достовірного прогнозу розвитку кровотечі. Саме в цьому періоді, чим вищий кут графіка, тим достовірніший буде прогноз. На першому етапі ми визначаємо три ступені і якщо не можемо дати достовірного прогнозу, то рекомендуємо провести додаткові методи дослідження – стан інвазії *Helicobacter pylori*, визначення локального кровобігу і стану загального та місцевого імунітету. При цьому на другому етапі ми бачимо більш достовірні дані і можемо судити про ризик розвитку кровотечі.

Для оцінки ефективності хірургічного лікування використовувався показник якості життя, введений експертами ВООЗ у 1992 році. Школою Троїдла у 1993 році операції у хворих з виразкою дванадцятипалої кишки були ранжировані у такому порядку: СПВ > СПВ з дренажною шлунок операцією > 2/3 Б-I > 2/3 Б-II.

Результати прогнозування дуоденальних кровотеч дозволяють забезпечити вибір оптимального виду операції.

Нами запропонований комп'ютерний алгоритм прийняття рішення, що базується на аналізі S-подібної кривої.

Виділені три ступені ризику дуоденальної кровотечі, що визначають тактику та вибір методу хірургічного лікування виразок дванадцятипалої кишки.

При I ступені прогнозується мінімальний ризик розвитку кровотечі, тому доцільно виконати ізольовану селективну проксимальну ваготомію при позитивному атропіновому тесті.

При II та III ступенях необхідним є видалення виразки як потенційного джерела кровотечі.

Відповідно, при II ступені, коли у пацієнтів більш виражені фактори агресії, при позитивному атропіновому тесті доцільно застосувати СПВ із дренажною шлунок операцією. У такому випадку ліквідується потенційне джерело кровотечі. У всіх випадках негативного атропінового тесту необхідно виконувати резекційні методи, оскільки ваготомія буде неефективною. При III ступені прогнозується максимальний ризик розвитку кровотечі і таким пацієнтам доцільно виконати резекцію шлунка за першим або другим способом Більрота.

Отже, застосування запропонованого методу прогнозування кровотечі при хірургічному лікуванні виразкової хвороби дванадцятипалої кишки дає можливість відмовитися від певного методу хірургічного лікування на користь іншого і таким чином підвищити якість життя хворого та попередити можливі ускладнення.

Висновки

1. Застосування створеної уніфікованої бази даних за міжнародними стандартами HL7 і розробленої на її основі двохетапної прогностичної математичної моделі підвищує достовірність визначення ризику розвитку кровотечі та показань до вибору методу хірургічного лікування.

2. Виділені ступені ризику кровотечі з виразки дванадцятипалої кишки дають можливість проводити диференційований вибір методу хірургічного лікування.

3. При виборі методу хірургічного лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки необхідно враховувати ступінь ризику виникнення кровотечі за запропонованою схемою для запобігання рецидиву кровотечі, зменшення післяопераційної летальності, покращання найближчих і віддалених результатів.

Література. 1. Денисенко А.И. Статистические методы, используемые для оценки тяжести состояния и прогнозирования исхода хирургических заболеваний // Клінічна хірургія. - 1999. - №3, - С.48-50. 2. Sheu B.S., Lin X.Z., Chi C.H. Bacterial density of *Helicobacter pylori* predicts the success of triple therapy in bleeding duodenal ulcer // *Gastrointest Endosc.* - 1996. - Vol.44, - P.683-8.

Лікувальна тактика при кривавлячій гастродуоденальній виразці

**Короткий В.М., Колосович І.В., Фурманенко М.Ф., Красовський В.О., Бутирін С.О., Спіцин Р.Ю., Пушкарьов В.В.
Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, м. Київ**

І дотепер шлунково-кишкова кровотеча (ШКК) залишається самим грізним ускладненням, яке спостерігається у 10-15% хворих на виразкову хворобу (ВХ). Кровотеча з гастродуоденальних виразок (ГДВ), як безпосередня причина смерті, займає перше місце у структурі летальності від ВХ та набагато перевищує за цим показником виразкові перфорації [3]. Впровадження у клінічну практику потужних антисекреторних препаратів розширило можливості консервативного лікування кривавлячих ГДВ. Удосконалення ендоскопічної техніки дозволяє широко використовувати фіброгастроуденоскопію (ФГДС) не тільки з діагностичною, а і з лікувальною метою (лазерна коагуляція, діатермо- та термічна коагуляція, місцева ін'єкційна терапія вазоконстрикторами або склерозуючими препаратами, кліпування) [5]. Однак при катастрофічному зменшенні числа планових операцій при ВХ кількість невідкладних втручань у зв'язку з кровотечею з виразки або її перфорацією стабільно залишається на одному рівні і навіть має тенденцію до зростання [1]. Показаннями до екстреного оперативного втручання при кривавлячій ГДВ вважають профузну кровотечу, рецидив профузної кровотечі після її зупинки у стаціонарі та поєднання ШКК з перфорацією (6,1-10%)[4]. Не до кінця визначеним залишається питання вибору способу хірургічного лікування виразкової ШКК [2]. В.Ф.Саєнко та співавт. (1997) при виразці шлунка, ускладненій ШКК, до операції вибору відносять резекцію шлунка за Більротом-І або пілорозберігаючу резекцію. При дуоденальній локалізації виразки найкращі результати спостерігались після висічення виразки з дуоденопластиком, доповнених ваготомією (переважно селективною проксимальною (СПВ), а в умовах швидкої допомоги – стовбуровою (СтВ)). Лікувальна тактика у хворих на ВХ, ускладненою ШКК, і сьогодні залишається однією з актуальних та важких для вирішення проблем сучасної хірургії [6].

Метою нашого дослідження був аналіз результатів лікування 294 хворих на ВХ, ускладнену ШКК, які знаходились у клініці у період з 1990 по 2000 роки. Серед них було 223 чоловіки (75,9%) та 71 жінка (24,1%), вік хворих коливався від 23 до 86 років. Пацієнти похилого віку склали 18%. Шлункова локалізація виразки спостерігалась у 68 пацієнтів (23,1%), причому виразки шлунка 2-го типу за Джонсоном (поєднані) виявлено у 19 хворих (27,9%), дуоденальна – у 226 (76,9%). У 268 хворих (91,1%) кровотеча була ізольованою, у 17 пацієнтів (5,8%) вона поєднувалась з пенетрацією виразки у сусідній орган (підшлункову залозу, гепатодуоденальну зв'язку, малий сальник), у 9 (3,1%) – з перфорацією. Виразковий анамнез виявлено у 59,9% хворих, однак у 20,1% взагалі не було не тільки прямих, але і побічних вказівок на виразку. Клінічними ознаками кровотечі були кривава блювота (у 85% хворих на шлункову виразку та у 44,8% - на дуоденальну), *melena* (100%) та стихання больового синдрому у животі на фоні чергового загострення ВХ (81,9%). У 20,1% хворих зареєстровано симптоми геморагічного шоку (різка блідість шкіри, прискорення частоти серцевих скорочень, холодний липкий піт, гіпотензія, короткочасна втрата свідомості). Ступінь важкості кровотечі визначався за змінами показників шокowego індексу, гематокриту, гемоглобіну, еритроцитів, частоти серцевих скорочень, даних артеріального та центрального венозного тиску. ШКК легкого ступеня (дефіцит об'єму циркулюючої крові (ОЦК) нижче 20%) виявлено у 83 хворих (28,2%), середнього ступеня (дефіцит ОЦК 20-30%) – у 182 (61,9%) та важкого (дефіцит ОЦК понад 30%) – у 29 хворих (9,9%). Хронічні ураження шлунка склали при ФГДС 64,9 %, гострі – 35,1%. Серед причин виникнення гострих ГДВ слід відзначити стресовий та медикаментозний фактор (прийом нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП), гормонів, антикоагулянтів, транквілізаторів), причому у патогенезі ерозивно-виразкових кровотеч провідна роль належала НПЗП (84,5%). Це, на нашу думку, пов'язано з збільшенням використання цієї групи лікарських засобів у профілактиці та лікуванні системних та серцево-судинних захворювань. Особливу тривогу викликали пацієнти з ШКК, які виникали на

фоні гострих захворювань печінки (інфекційний та неінфекційний гепатити), ускладнених печінковою недостатністю (5,2%), внаслідок важкості корекції гемостазу на фоні глибоких порушень системи коагуляції. Нами також зареєстровано 2 випадки ШКК з ятрогенних виразок шлунка (0,7%), які виникли в результаті неадекватної оперативної корекції іншої патології органів черевної порожнини (після накладання цистогastro- та цистодуоденоанастомозів з приводу псевдокіст підшлункової залози).

Вибір методу лікування кривавлячої ГДВ залежав від інтенсивності кровотечі, віку хворого, загального стану організму. Лікування кожного хворого починали з консервативних заходів, одночасно уточнюючи причину ШКК та її ступінь. Висока ефективність ФГДС у встановленні причини ШКК, місцевій зупинці кровотечі, а також у визначенні стабільності гемостазу під впливом лікування значно розширили можливості застосування цього методу в умовах невідкладної хірургії. Консервативні методи включали відновлення дефіциту ОЦК гемостатичну терапію та противиразкове лікування. Серед гемостатичних препаратів слід відзначити високу ефективність сандостатину. Противиразкове лікування включало використання сучасних антисекреторних препаратів (блокаторів протонної помпи, блокаторів H₂-гістамінорецепторів, антацидів) з послідовним переходом з парентерального їх введення на ентеральне, а для шлункових виразок – також цитопротекторів та репаративів. Використовуючи власні дані, отримані при обстеженні хворих на неускладнену ГДВ, а також на ускладнену перфорацію виразки за допомогою прямого уреазного тесту, нами встановлено, що супутній хелікобактеріоз виявляється у 90% хворих на дуоденальну локалізацію виразки та у 60% – на шлункову. У зв'язку з цим усім хворим на кривавлячу ГДВ у комплекс терапевтичних засобів включали антихелікобактерні препарати (хелікоцин, пілобакт, де-нол та ін.). Ефективність ерадикації мікроорганізму перевіряли за допомогою прямого уреазного або дихального (¹³C-сечовина) тесту через один місяць після закінчення протирецидивного курсу. Консервативне лікування ШКК, у тому числі і її ендоскопічна корекція, визначено ефективним у 212 хворого (72,1%) – під впливом терапії кровотеча була зупинена, а виразка загоїлась. Прооперовано 82 хворих (27,9%). З них в ургентному порядку – 56 пацієнтів (68,3%) екстрену операцію виконано 12 хворим, невідкладну – 44). Ранні відстрочені оперативні втручання виконано 26 пацієнтам (41,7%). Тактика оперативного лікування хворих на кривавлячу ГДВ залежала від її локалізації (шлунок, 12-пала кишка), перебігу (гостра, хронічна), ступеня важкості кровотечі, наявності інших ускладнень (пенетрація, перфорація), загального стану організму (вік, супутні захворювання). Радикальні оперативні втручання (резекція шлунка, ваготомія з висіченням виразки та дуоденопластиком) (61 особа (74,4%)) виконано у хворих з повторними (в анамнезі) ШКК, які внаслідок різних обставин не проходили курсів протирецидивного лікування. До цієї ж групи входили хворі, у яких ШКК розвилась повторно у стаціонарі на фоні адекватного консервативного лікування. При дуоденальній локалізації джерела ШКК операцією вибору вважаємо висічення виразки з дуоденопластиком, доповнені СПВ (СтВ) (42 хворих (82,4%)). Різні види резекції шлунка виконано 19 хворим (17,6%) на кривавлячу виразку шлунка. І дотепер класична резекція шлунка (КРШ) за Більротом 1 або 2 широко використовується у хірургічному лікуванні кривавлячих виразок шлунка, що пояснювалось також і онкологічною насторогою хірургів. Однак перегляд точки зору щодо частоти ракового переродження виразки шлунка на основі морфологічного вивчення матеріалу поліпозиційних множинних ендоскопічних біопсій та операційного матеріалу (за даними літератури та за власними даними вона не перевищує 1%) дозволив розширити можливості органозберігаючих оперативних втручань. Так при виразках шлунка 1-го та 2-го типів за Джонсоном нами широко використовувалась розроблена у клініці резекція малої кривини шлунка (8 хворих), а також інші варіанти пілорозберігаючих резекцій шлунка (5 хворих), при 2-му та 3-му типах виразок – СПВ (СтВ) з висіченням виразки та гастродуодено- або дуоденопластиком (15 хворих). У 15 хворих (18,2%) на кривавлячу ГДВ операція полягала у видаленні морфологічного субстрату виразки, а у 6 (7,3%) пацієнтів з гострою кривавлячою виразкою шлунка включала тільки просте прошивання виразки. Показаннями до зазначених втручань були профузні первинні ШКК без чітких даних про рівень шлункової кислотності або без вираженого виразкового анамнезу; гострі виразки (стресові, медикаментозні). У післяопераційному періоді таким хворим проводили комплексне обстеження з визначенням рівня шлункової кислотності, стану моторно-евакуаторної функції шлунка, наявності хелікобактеріозу та призначали курс протирецидивного лікування (антисекреторні препарати, прокінетики, антихелікобактерна терапія). Кратність проведення протирецидивних курсів медикаментозної терапії залежала від рівня шлункової кислотопродукції у весняно-осінньому періоді та ефективності ерадикуючого лікування. Загальна летальність склала 4,8% (померло 14 хворих), післяопераційна летальність склала 8,5% (померло 7 осіб). Усі померлі хворі відносились до осіб похилого та старечого віку, смерть наступила внаслідок ускладнень, які виникали з боку органів серцево-легеневої системи на фоні їх хронічної патології та розповсюдженого атеросклерозу.

Віддалені результати лікування хворих на кривавлячу ГДВ були вивчені через 1-10 років шляхом анкетування, стаціонарного та амбулаторного обстеження хворих. Рецидив виразки (РВ) серед неоперованих склав 10,8% (23 хворих), у 3-х з них була повторна кровотеча, у зв'язку з чим хворих прооперували (виконано радикальні оперативні втручання). Іншим хворим було кореговано схему протирецидивного лікування, внаслідок чого виразка загоїлась. Нами зареєстровано 2 випадки РВ у хворих на ШКК (3,2%), яким виконувались радикальні оперативні втручання (1 – після КРШ, та 1 – після СПВ). Хворому з 4-м РВ пілоричного відділу після СПВ була виконана третя за рахунком операція – антрумектомія, що і привело до повного одужання пацієнта (контроль – на протязі 5 років). РВ шлунка було усунуто за допомогою реконструктивної операції. Нами відмічено хороші результати після висічення кривавлячої ГДВ без використання кислото-

пригнічуючої процедури при умові проходження хворими курсів протирецидивного лікування (РВ склав 6,7%). Нами не зареєстровано жодного РВ після простого прошивання гострої кривавлячої ГДВ, що було досягнуто шляхом усунення чинників розвитку виразки (відміна НПЗП, а при необхідності їх постійного прийому – перехід на вживання менш шкідливих для шлунку препаратів (моваліс, месулід); суворо контролюваного призначення гормональних та антикоагулянтних препаратів при гострих гепатитах та їх відміні при розвитку явищ печінкової недостатності. Однак при кровотечі з хронічної ГДВ даний вид оперативного втручання взагалі не повинен виконуватись внаслідок високого ризику розвитку повторної ШКК та РВ (50%).

Таким чином, лікувальна тактика при кривавлячій ГДВ залежить від цілої низки причин. Наявність потужних противиражкових медикаментозних препаратів та сучасної ендоскопічної техніки значно розширили можливості застосування цих методів при зупинці ШКК та ліквідації виразкового дефекту, що дещо звузило показання до виконання відстрочених оперативних втручань. Серед хірургічних методик найбільш ефективними залишаються ваготомія та пілорозберігаюча резекція шлунка. Прийнятні результати також отримано після застосування оперативних втручань, які усувають морфологічний субстрат ВХ (висічення виразки та гастродуодено- або дуоденопластика), при умові обов'язкового проходження у післяопераційному періоді курсів протирецидивного медикаментозного лікування. Просте прошивання кривавлячої ГДВ повинно обмежуватись тільки випадками їх гострого перебігу.

Література. 1.Саенко В.Ф., Кондратенко П.Г., Семенюк Ю.С., Велигоцький Н.Н., Калита Н.Я. Диагностика и лечение острого кровотечения в просвет пищеварительного канала.- Ровно, 1997.- 384 с. 2.Чернов В.Н., Мизиев И.А., Скорляков В.В. Хирургическая тактика при кровотечениях из острых язв и эрозий гастродуоденальной зоны// Хирургия.- 1999.- №6.- С. 10-14. 3.Шорех Г.П., Климович В.В. Язвенные гастродуоденальные кровотечения (тактика и лечение).- Минск: ГИПП “Промпечать”, 1998.- 156 с. 4.Яворський М.І. Особливості хірургічної тактики лікування кривавлячої виразки шлунка та дванадцятипалої кишки// Галицький лікарський вісник.- 1999.- т.6.- №3.- С. 82-83. 5.Blasco C., Peterson R., Cristaldo C. Value of the emergency therapeutic endoscopy in gastrointestinal hemorrhae// Acta Gastroenterol. Latinoamer.- 1996.- V.26.- N4.- P. 215-22. 6.Fridman L.S., Martin P. The problem of gastrointestinal bleeding// Gastroenterol. Clin. Noth. Amer.- 1993.- V. 22.- N4.- P. 717-721.

Выбор метода операции при пенетрирующих и стенозирующих язвах желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненных кровотечением.

**Мамчиц В.И., Шуляренко В.А, Шуляренко О.В.
Кафедра хирургии КМАПО им. П.Л. Шупика**

Несмотря на внедрения новых методов хирургического лечения, использования современной активно-индивидуальной тактики, летальность при острых язвенных кровотечениях не имеет тенденции к снижению, особенно в случаях, когда удаление язвы связаны с техническими трудностями (при пенетрации и стенозировании), а также у лиц с тяжелой сопутствующей патологией (1, 2, 3).

Нами проанализированы результаты лечения у 168 больных с кровотокащими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненных пенетрацией и стенозированием. При этом установлено, что массивные кровотечения сопровождающиеся геморрагическим шоком, чаще наблюдают при больших каллезных язвах, пенетрации в поджелудочную железу, гепатодуоденальную связку, малый сальник.

У 46 больных отмечено сочетание кровотечения со стенозированием пилородуоденальной области. При этом у 14 больных язвы локализовались в пилорической части желудка, у 22 - в ампуле двенадцатиперстной кишки, 10 - в постбульбарном отделе. Наличие множества язв, частые обострения, продолжительное течение язвенной болезни, способствуют возникновению кровотечений на фоне стенозирования пилородуоденальной зоны.

При определении степени тяжести кровотечения использовали классификацию В.Д. Братуся.

Среди наших больных I степень тяжести кровопотери отмечено у 26, 5 %, II степени - у 54,6 %, III степени - у 18, 9 % больных.

Во всех наблюдениях диагноз установлен по данным клинических исследований и с помощью эндоскопа, подтвержден во время операции. При локализации источника кровотечения в постстенотическом отделе наблюдали в основном нарушения гемодинамики, анемию и дегтеобразный стул. Эндоскопическая диагностика трудна в связи с невозможностью проведения эндоскопа за зону сужения, или осуществлен осмотр края язвы через суженый участок. Вместе с тем наличие характерных признаков, типичных изменений, выявленных при эндоскопии, а также данных лабораторного исследования позволили установить диагноз язвенного кровотечения. Степень стеноза пилородуоденальной зоны определяли при эндоскопии, используя классификацию В.Т. Зайцева и соавт.: стеноз I степень (диаметр пилородуоденального канала до 0,8 см), выявлены у 24 больных, II степень (0,8 - 0.5 см) у 13 больных, III степень (менее 0,5 см) у 9 больных.

Компенсированные формы стеноза, наиболее часто сочетались со средней и легкой степенью кровопотери.

Лечение больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями начинали с проведения консервативной терапии (гемостатической и кровозаменяющей), постельный режим, при отсутствии рвоты назначалась диета Мейленграхта. Местная гемостатическая терапия включала локальную гипотермию, прием внутрь холодных растворов аминок-

проновой кислоты с норадренином, тромбином, кальцием хлоридом и др. Назначали также ингибиторы протеолитических ферментов, антацидные препараты. Желудок промывали холодной водой, в нем находился зонд для контроля за кровотечением. Интенсивная комплексная терапия была направлена на восполнение ОЦК, гипопроteinемии, при средней и тяжелой степени кровопотери проводились трансфузии эритроцитарной массы. По показаниям проводилась инфузия фибриногена, сандостатина. Принципиальным в проведении консервативных мероприятий является своевременное восполнения кровопотери, коррекция нарушений водно-электролитного, белкового и других видов обмена, а также улучшения реологических свойств крови и микроциркуляции в тканях, антицитокининовая и иммуномодулирующая терапия. При тяжелой кровопотери и декомпенсированном стенозе пилорoduodenального канала (3 больных), им необходимо было оказание комплексной реанимационной помощи и выполнения операции по жизненным показаниям. Экстренную операцию проводили у больных с продолжающимся кровотечением, рецидивом кровотечения в стационаре, сочетания кровотечения с перфорацией, неустойчивом гемостазе и тяжелой степени кровопотери. Срочные оперативные вмешательства выполнялись у больных с неустойчивым гемостазом и средней и легкой степени кровопотери, при наличии других осложнений язвы (пенетрация, стенозирование, малигнизация), при неэффективности консервативной терапии.

При проведении оперативного вмешательства считаем принципиальным: удаление язвы и рубцовых изменений тканей вокруг нее, как источника кровотечения; устранение стеноза пилорoduodenальной зоны с последующим восстановлением проходимости ее; проведение мероприятий по профилактике стенозирования пилорoduodenальной зоны и рецидива язвы.

При пенетрирующей кровоточащей язве малой кривизны, задней стенки желудка, без подозрения на малигнизацию, при кровотечении легкой и средней степени выполнялась лестничная резекция желудка, по возможности с сохранением привратника (9).

При больших кровотечениях из каллезных или пенетрирующих язв антрального отдела, при кровотечении легкой и средней степени тяжести выполняли антрумектомию с ваготомией (7).

При кровоточащих язвах двенадцатиперстной кишки, расположенных на передней, передне - верхней и передне - нижней стенках проводились операции с иссечением или экстратериторизацией язвы с дуодено - или пилоропластикой, ваготомией (27). При кровоточащих пенетрирующих язвах расположенных на задней стенке двенадцатиперстной кишки выполнялись следующие операции: ваготомия с экстратериторизацией язвы с мостовидной (19) или сегментарной (2) дуоденопластикой, или прошивание и тампонада кровоточащей язвы килем задней стенки пилоропластики по Финнею (8). При иссечении большого объема рубцово - измененных тканей и сужении пилорoduodenального канала II -III степени, вынуждены дополнительно иссекать лоскуты из передней полуокружности пилоруса и двенадцатиперстной кишки, что при восстановлении просвета кишки создавало расширяющий эффект, позволяло моделировать необходимую ширину просвета пищеварительного канала.

Удаление патологически измененных тканей вокруг язвы позволило предупредить возникновение перивисцерита, рестенозирования пилорoduodenального канала, так как устранялся источник воспалительного процесса.

На высоте кровотечения у лиц с тяжелой степенью кровопотери ($Hb < 60 \text{ г/л}$), а также у больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, с высокой степенью операционного риска выполняли иссечение язвы без ваготомии или ушивали язву (4). Однако и при кровоточащих пенетрирующих и стенозирующих язвах двенадцатиперстной кишки у 10 больных выполнялись резекции желудка (при сочетанных язвах, декомпенсированном стенозе, при дуоденостазе).

У двух больных при больших пенетрирующих язвах задней стенки двенадцатиперстной кишки с выраженной инфильтрацией тканей были вынуждены произвести нестандартную операцию, которая заключалась в продольном дуоденотомии, прошивании кровоточащих сосудов, закрытии язвы лоскутом круглой связки печени, ушивании двенадцатиперстной кишки с тампонадой язвы передней стенкой и перетонизацией швов. Операция дополнялась гастроэнтероанастомозом с ваготомией. Кровотечение было остановлено. Больные обследованы в отдаленном периоде состояние хорошее, рецидивов кровотечения нет, язвы зажили.

Из 21 оперированного больного на высоте кровотечения умерло 2 (9,5 %), из 66 оперированных в срочном и плановом порядке - 3 (4,5 %).

ЛИТЕРАТУРА. 1. Зайцев В.Т., Бойко В.В., Савви С.А. и др. Значение дуоденостаза в генезе нарушений химической фазы желудочной секреции при кровоточащей язве двенадцатиперстной кишки. Клиническая хирургия. 1999; 3; 5-67. 2. Кулачек Ф.Г., Иващук О.И., Харчук Л.М. Хірургічне лікування пенетруючих кровоточащих виразок дванадцятипалої кишки у хворих похилого і старечого віку. Клінічна хірургія. 1999; 6; 19-21. 3. Саенко В.Ф., Кондратенко Л.Г., Семенюк Ю.С. Диагностика и лечение острого кровотечения в просвет пищеварительного канала. Ровно, 1997, 384 с..

Стандарти диференційованої хірургічної тактики при гострих шлунково-кишкових кровотечениях

Русин В.І., Болдижар О.О., Логойда А.І., Ковач В.В.

Ужгородський Національний Університет, кафедра госпітальної хірургії

1. Екстрені операції виконуються у хворих з інтенсивною кровотечею, що продовжується, які знаходяться в стані декомпенсації або субкомпенсації основних життєвих функцій, безпосередньо після поступлення в операційну з прийма-

льного відділення після первинної орієнтовної діагностики. Усі діагностичні заходи і заходи, пов'язані з стабілізацією життєвих функцій, здійснюються під час короткої передопераційної підготовки і самої операції.

Невідкладні операції виконуються у хворих, які знаходяться в субкомпенсації або відносній компенсації з інтенсивною кровотечею, що продовжується, або при рецидивах кровотечі в стаціонарі після її зупинки. Невідкладні операції виконуються в будь-який час доби після встановлення факту кровотечі, в терміни до двох годин, необхідних для передопераційної підготовки хворих і організації операції.

Термінові операції виконуються при нестабільному гемостазі після відновлення крововтрати і стабілізації життєвих функцій протягом перших двох діб після поступлення в денні години. [1]

2. Вміст і обсяг оперативних втручань визначаються чотирма головними обставинами:

- характером патологічного процесу, обумовлюючого кровотечу;
- функціональним станом хворого;
- кваліфікацією хірургічної бригади;
- матеріальним забезпеченням оперативного втручання.

Із врахуванням даних обставин принципова різниця за обсягом між екстремими, невідкладними та терміновими операціями неправомірна: диференційований підхід до вибору методу і обсягу операції необхідний, але він визначається не термінами з моменту поступлення або часом доби, коли виконується операція, а вказаними вище обставинами.

3. При кровотечах із хронічних або гострих виразок дванадцятипалої кишки, а також при ерозивно-геморагічному гастриті у людей молодшого та середнього віку виконується гастродуоденотомія з прошиванням виразок і ерозій, які є джерелом кровотечі. Операція закінчується стовбуровою субдіафрагмальною ваготомією – за показаннями. Альтернативна операція – резекція шлунка.
4. За цих же обставин у людей похилого та старечого віку, стан яких ускладнений супутніми захворюваннями, операція обмежується першим, гемостатичним заходом і виконанням одного з варіантів дренуючих шлунок операцій згідно з п.3. Доцільність ваготомії сумнівна.
5. Резекція шлунка при виразках дванадцятипалої кишки і ерозивно-виразковому гастриті вважається патогенетично обґрунтованою але більшою за обсягом і більш травматичною операцією. Її виконання у хворих з гострою крововтратою потребує відповідних умов, перерахованих в п.2.
6. При кровотечі із хронічних виразок або нестановленого характеру виразки шлунка адекватним за обсягом втручанням є резекція шлунка з видаленням виразки і гастринпродукуючої зони, однак, рішення про виконання даної операції повинно співпадати з вимогами, визначеними в п.2. Сумнів у доброякісному характері виразки служить показанням до виконання резекції шлунка за онкологічними принципами. У випадку неможливості забезпечити усі умови для виконання типової резекції шлунка проводиться сегментарна резекція з висіченням виразки або гастротомія з прошиванням виразки, що кровоточить, і позаорганного перев'язування лівої шлункової артерії, якщо виразка розташована в межах її басейна. При сумнівах в доброякісному характері виразки виконується її біопсія.
7. При синдромі Меллорі–Вейса проводиться гастротомія з прошиванням лінійного розриву слизової кардіального відділу і антирефлюксною операцією у разі необхідності.
8. Кровотечі, обумовлені деструкцією доброякісних або злоякісних пухлин стінки шлунка, є показанням до резекції шлунка в обсязі, який відповідає характеру і локалізації пухлини. У випадку неоперабельності або нерезектабельності пухлини, а також при відсутності умов для виконання операції в адекватному обсязі виконується перев'язування позаорганних кровоносних судин, які постачають ділянку розташування геморагічного вогнища а також додаткова гастротомія і гемостатичне втручання безпосередньо на джерелі кровотечі.
9. При кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу і шлунка застосовується операція Таннера-Паціори – гастротомія з прошиванням варикозно розширених вен кардіального відділу шлунка і стравоходу.

Застосовується також трансекція стравоходу з одномоментним накладанням апаратного езофаго-езофаго або езофаго-гастроанастомозів з використанням циркулярних зшивачів типу ПКС-25. Виконується судинно-шунтуюча операція з перев'язуванням лівої шлункової вени, або операція Hassab-Paquet

Стандарти інфузійно-трансфузійної терапії

- початок інфузійно-трансфузійної терапії якомога швидше з моменту встановлення діагнозу;
- по закінченні виконання інфузійно-трансфузійної терапії обов'язковий контроль вмісту еритроцитів і концентрації гемоглобіну;
- обов'язкова катетеризація центральної вени, періодичний контроль ЦВТ.

Вміст еритроцитів (10 ¹² /л), концентрація гемоглобіну (г/л)	Інфузійно- трансфузійна терапія	
	Трансфузії	Інфузії (співвідношення кристалолідів/ колоїдів 2:1)

Більше 3,0 більше 100	Не показані	Не показані
В межах 3,0 більше 100	Плазма нативна або свіжозаморожена – 500мл	20 мл/кг
3,0 і менше, 100 і менше	Еритроконцентрат або свіжостабілізована кров – не менше 6 мл/кг, плазма нативна або свіжозаморожена – не менше 500 мл	Не менше 30 мл/кг
2,7– 2,9 75-99	Плазма нативна або свіжозаморожена – 500 мл. Кров 500-700 мл.	30 мл/кг
Менше 2,7 менше 75	Еритроконцентрат або свіжостабілізована кров – 6 мл/кг. Плазма нативна або свіжозаморожена.	30 мл/кг

Стандарти закінчення лікувального циклу при неускладненому протіканні післяопераційного (постгеморагічного) періоду

- 1 Хворі, які перенесли кровотечу з гострих або хронічних виразок шлунка і дванадцятипалої кишки, а також – із поліпів або інших доброякісних джерел, з крововтратою важкого і середнього ступеня, які перенесли радикальне хірургічне лікування (таке, що поєднує гемостатичний ефект і патогенетичну дію на основне захворювання), і виписуються на 12-14-й день після операції під спостереження районного гастроентеролога з рекомендацією проведення реабілітаційного курсу санаторно-курортного лікування (в санаторії “Поляна” або “Шаян”).
- 2 Хворим, які перенесли кровотечу з доброякісних джерел з крововтратою важкого або середнього ступеня і які перенесли паліативне, тобто тільки гемостатичне хірургічне лікування, проводиться контрольне ендоскопічне дослідження перед випискою через 12-14 днів для вирішення питання про показання до планової радикальної операції в стаціонарі і про терміни госпіталізації для операції.
- 3 Хворі, які перенесли радикальні або паліативні операції, в зв'язку з кровотечею із злоякісних джерел (рак шлунка, виразка-рак, малігнізований поліп), виписуються на 12-14-й день з направленням для спостереження в онкологічний диспансер.
- 4 Хворим, які перенесли гостру шлунково-кишкову кровотечу з будь-яких джерел з крововтратою середнього або легкого ступеня, яка зупинилась самостійно або зупинена ендоскопічними методами, проводиться контрольна ендоскопія на 12-14-й день для вирішення питання про показання до радикальної операції в плановому порядку без виписки із стаціонару або про направлення під нагляд в гастроентерологічний або онкологічний диспансер (залежно від діагнозу).
- 5 Хворі, які перенесли кровотечу з варикозно розширених вен стравоходу при синдромі ПГ, виписуються на 12-14 день під нагляд гастроентеролога або переводяться в терапевтичний стаціонар для продовження лікування з приводу постгеморагічної гепатоцелюлярної дисфункції, після консультації хірурга ОКЛ

Література. 1. Русин В.І. Хірургічна тактика при виразковій хворобі, ускладненій кровотечею // Науковий вісник УжДУ. Серія “Медицина”. – 2000. - Випуск 12. – С. 155-156.

Організація діагностики та лікування гострих шлунково-кишкових кровотеч в Київській клінічній лікарні швидкої медичної допомоги

Тутченко М.І., Бабій В.П., Нікішасв В.І., Слонєцький Б.І., Лисенко В.М., Щур І.В.

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, Київська мклінічна лікарня швидкої медичної допомоги

Синдромом гострої шлунково-кишкової кровотечі проявляє себе ціла низка патологічних станів. Сюди входять перш за все кровотечі з гострих та хронічних гастродуоденальних виразок, кровотечі з вен стравоходу та шлунку при синдромі портальної гіпертензії, синдромі Маллорі-Вейсса, Делафуа, доброякісних та злоякісних пухлинах. Починаючи з перших проявів захворювання перед лікарем виникає ціла низка діагностичних та лікувальних питань від адекватного вирішення яких залежить збереження життя хворого. На догоспітальному етапі це зупинка кровотечі, нерідко без верифікації його джерела. В умовах стаціонару це встановлення джерела кровотечі з послідуною її зупинкою, визначення об'єму крововтрати з відповідною корекцією та патогенетично обґрунтоване лікування чинника кровотечі (1,4,6,7).

Надання першої лікувально-діагностичної допомоги при надходженні хворого в приймальне відділення виконується в слідуючому порядку. В залежності від ступеню важкості хворого лікування і обстеження проводяться в протишоковій палаті, відділенні реанімації або оглядовій приймального відділення. При відсутності блювоти і стільця з достовірними ознаками кровотечі у вигляді мелени або незміненої крові обов'язковим є пальцеве дослідження прямої кишки. В умовах протишової палати виконується катетеризація центральної вени, визначається група крові, резус фактор та стабілізуються гемодинамічні показники, що дозволяє транспортувати хворого у відділення реанімації. В подальшому стратегія і тактика лікування хворого вирішується на підставі даних ендоскопічного дослідження.

Шлунково-кишкову кровотечу можна вважати абсолютним показом до проведення ендоскопічного дослідження, а протипоказом може бути лише агональний стан хворого. Таким чином, при наявності даних за шлунково-кишкову кро-

вотечу або навіть при підозрі на неї виконується невідкладне ендоскопічне дослідження. При шоці, комі, інфаркті міокарду, порушенні мозкового кровообігу, декомпенсації серцевої діяльності і відсутності активної шлунково-кишкової кровотечі потрібно утриматися від проведення ендоскопії і продовжити консервативне лікування. Однак при неефективності останнього кровотеча, що продовжується вимагає ендоскопічного обстеження за життєвими показами (1,2,3,5).

Ендоскопія вирішує наступні завдання :

1. Верифікацію джерела кровотечі і її активності з визначенням локалізації, розмірів та важкості деструкції;
2. Зупинка кровотечі, а при зупиненій кровотечі і наявності стигмати (ендоскопічні ознаки недавньої кровотечі) проведення ендоскопічної профілактики її рецидиву;
3. Визначення ступеня надійності гемостазу та прогнозування ризику рецидиву кровотечі.

В залежності від ендоскопічних даних, гемодинамічних показників, важкості супутньої патології та віку хворих з шлунково-кишковою кровотечею поділяєм на наступні групи.

До першої групи відносяться хворі з продовжуючою кровотечею при неефективному ендоскопічному гемостазі (F1), нестабільними гемодинамічними показниками, супутніми захворюваннями.

Друга група це хворі з зупиненою ендоскопічно кровотечею але нестабільним гемостазом (F1), стабільними гемодинамічними показниками без вираженої супутньої патології.

Третю групу складають хворі з відносно стабільним гемостазом верифікованим ендоскопічно (F2), стабільними гемодинамічними показниками, але з явищами післягеморагічної анемії.

В четвертій групі знаходяться хворі з стабільним гемостазом (F3) і гемодинамічними показниками, у яких анамнестично і об'єктивно мав місце факт перенесеної кровотечі.

Оперативні втручання розподіляємо на 4 групи: екстрені при неефективному ендоскопічному гемостазі, екстрені після ендоскопічної зупинки кровотечі, відстроковані і планові.

1. Екстрені операції виконувались хворим першої групи при неефективності ендоскопічного гемостазу.
2. Екстрені операції хворим другої групи виконувались в перші 4-6 годин з моменту ендоскопічної зупинки кровотечі при наявності у них інших ускладнень виразкової хвороби.
3. Відстроковані операції виконувались хворим третьої групи на протязі першої - третьої доби з моменту ендоскопічної верифікації джерела кровотечі.
4. Планові оперативні втручання хворим четвертої групи виконувались при неефективності сучасної противиразкової терапії після ліквідації явищ післягеморагічної анемії.

Об'єм та характер оперативного втручання визначається характером патологічного процесу, що обумовив кровотечу та функціональним станом хворого. При кровотечах з хронічних виразок дванадцятипалої кишки у людей молодого та середнього віку виконується висічення виразки з послідуною селективною проксимальною ваготомією. За цих же обставин у людей після 60 років, стан у яких ускладнений супутніми захворюваннями, або у осіб молодого віку з нестабільною гемодинамікою під час операції виконується висічення виразки чи її екстериторизація та дуоденопластика, або дренажна операція.

При кровотечі з хронічних виразок шлунка адекватним за обсягом втручанням є резекція шлунка. При умові нестабільної гемодинаміки під час оперативного втручання, віці хворого, що перевищує 60 років і важкій супутній патології доцільним є висічення виразки з джерелом кровотечі з послідуною дуодено-, пілоропластикою, або гастрорафією.

Протягом 13 років нами проліковано 4087 хворих. Оперовано 1320 (32,3%) хворих з летальністю 4,8%, неоперовано 2767 з летальністю 3,9%. Екстрені операції в умовах кровотечі, що продовжувалась виконані 116 (8,8%) хворим. Післяопераційна летальність склала 25,8 % при 30 померлих. Екстрені операції в перші 4-6 годин після ендоскопічної зупинки кровотечі виконані 254 (19,2%) хворим, післяопераційна летальність 7,8%. У відстрокованому порядку оперовано 531 (40,3%) хворих, післяопераційна летальність 2,07%. Планово оперовано 419 (31,7%) хворих з мінімальною летальністю, яка склала 0,72%.

Впровадження активних ендоскопічних втручань, направлених на зупинку кровотечі і профілактику та рецидиву і ендоскопічного моніторингу в комплексі з диференційованою хірургічною тактикою, дозволило нам за останні 3 роки достовірно скоротити кількість екстрених операцій, знизити загальну та післяопераційну летальність відповідно до 1,27 і 1,6 %.

Таким чином координація дій на рівні протишокової палати з ендоскопічною верифікацією і зупинкою кровотечі та послідуною патогенетично обґрунтованою консервативною або хірургічною корекцією патологічного вогнища дозволяють отримати добрі результати.

Література. 1. Братусь В.Д. Дифференціальна діагностика и лечение острых желудочно-кишечных кровотечений. Киев. „Здоров'я”. – 1991. - 268 с. 2. Королев М.П., Федотов Л.Е., Иванова Н.В., Ореховская С.В. и др. Эндоскопия в диагностике и лечении гастродуоденальных кровотечений. // Вестник хирургии.- 1999.- № 3.- С.16 – 20. 3. Ратнер Г.Л., Корытцев В.К., Катков С.А., Афанасенко В.П.. Кровоточащая язва двенадцатиперстной кишки: тактика при ненадежном гемостазе. - Хирургия. - 1999. - С.23 – 24. 4. Фомін П.Д., Братусь В.Д. Проблемы острых шлунково-кишечных кровотеч. // Проблемы ме-

дицини. - 1998. - №2. - С.12 - 15. 5. Fletcher DR. Peptic disease: can we afford current management?. New Zealand Journal of Surgery. 1997. - N 2-3. – P. 75 - 80. 6. Legrand MJ. Jacquet N. Surgical approach in severe bleeding peptic ulcer. Acta Gastroenterologica Belgica. 1996. - N 4. - P. 240 -244. 7. Jost C. Marbet UA. Audit of the change of outcome of peptic ulcer disease following treatment of Helicobacter pylori. Schweizerische Medizinische Wochenschrift. Journal Suisse de Medecine. 1998. –P.64–71.

Прогнозування раннього рецидиву кровотечі та вибір хірургічної тактики в хворих з гострокровоточивими пілородуоденальними виразками

Фомін П.Д., Козлов С.М., Сидоренко В.М., Нікішаєв В.І., Ліссов О.І., Карасьова О.В., Федорів С.Б.

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця. Кафедра факультетської хірургії №2

Вступ. Згідно з даними літератури, однією з особливостей клінічного перебігу кровоточивих гастродуоденальних виразок є схильність до рецидиву кровотечі. Особливо небезпечними вважаються ранні рецидиви виразкової кровотечі (РРВК), що виникають у термін від кількох годин до 3–4 діб з моменту появи первинної кровотечі.

Частота РРВК коливається, за даними різних авторів [4,7] від 10 до 38%, і кожний наступний рецидив в умовах порушень гомеостазу спричинених первинною крововтратою, призводить до їх поглиблення, зламу механізмів регуляції та компенсації, погіршує стан пацієнта, збільшує необхідний для відновлення ОЦК обсяг інфузійно-трансфузійної терапії. Виконання екстреного хірургічного втручання в таких умовах супроводжується в декілька разів вищими показниками післяопераційних ускладнень та летальності.

Покращання результатів хірургічного лікування хворих з гострокровоточивими пілородуоденальними виразками (ГКПДВ) може бути досягнуто шляхом зменшення впливу такого фактору ризику як ранній рецидив виразкової кровотечі.

В міському центрі надання допомоги хворим з гострими шлунково-кишковими кровотечами (ГШКК), на протязі останніх 5 років проаналізовано результати лікування 1189 пацієнтів з ГКПДВ. Дані кожного хворого заносилися до спеціалізованої бази даних з подальшою математичною обробкою клінічних, ендоскопічних, лабораторних показників. В результаті побудовано математичну модель розвитку (РРВК) при ГКПДВ. З 1998 року в клініці впроваджено алгоритм вибору термінів хірургічного втручання з урахуванням клінічної групи ризику. Віднесення пацієнта до певної групи ризику проводилося за результатами обчислення ризику РРВК в балах за формулою:

$$\text{Ризик РРВК (} \Delta F) = 3 \times X1 + 2 \times X2 + X3 + X4 \text{ (1)}$$

де X1–X4 змінні, значення яких виставляється в залежності від клініко-ендоскопічних даних, одержаних при попередньому дослідженні (таб.1).

Стан гемостазу визначали згідно класифікації Forrest [6]), ступінь кровотечі - за класифікацією В.Д.Братуся [1].

Таблиця 1

Характеристика дискримінантних змінних.

Дискримінантна змінна	Значення дискримінантної змінної
Розмір виразки (X1)	X1=1, якщо діаметр виразки не перевищує 1 см
	X1=2, якщо діаметр виразки знаходиться в межах 1,1–2 см
	X1=3, якщо діаметр виразки перевищує 2 см
Стан гемостазу у виразці (X2)	X2=1, якщо дно виразки вкрито фібрином (Forrest III)
	X2=2, якщо на дні виразки видно малу тромбовану судину (до 0,1см) (Forrest IIc)
	X2=3, якщо на дні виразки видно велику тромбовану судину (більше 0,1см) (Forrest IIa)
	X2=4, якщо на дні виразки видно згусток крові (Forrest IIb)
Ступінь кровотечі (X3)	X3=1, якщо кровотеча помірного ступеня
	X3=2, якщо кровотеча середнього ступеня
	X3=3, якщо кровотеча важкого ступеня
Вік (X4)	X4=1, якщо вік пацієнта до 60 років
	X4=2, якщо вік пацієнта перевищує 60 років

При обчисленні кількості балів за рівнянням (1) для хворих з малим ризиком виникнення РРВК вона складала <10, середнім – від 10 до 16, високим – більше 16.

Наводимо приклади обчислення ризику виникнення РРВК.

Хворий Н., 35 років. з приводу виразкової кровотечі. АТ = 150/100 мм рт. ст., рs – 116 за 1 хв., Нb – 86 г/л, Нt – 0,26, лейкоцити – 7,5 x 10⁹/л. При екстреній ФГДС –дванадцятипала кишка деформована, на задній стінці виразка до 1,5

см, яка прикрита згустком крові. Для стабілізації гемостазу виразку оброблено "Ліфузолом". Від операції хворий категорично відмовився. Для даного пацієнта

X1 – (розмір виразки) – виразка до 1,5 см, тобто $X1 = 2$;

X2 – (стан гемостазу) – згусток крові – $X2 = 4$;

X3 – (ступінь крововтрати) – за гемодинамічними та гематологічними показниками $X3 = 2$;

X4 – (вік хворого) – 35 років – $X4 = 1$.

Кількість балів згідно з формулою дорівнює 17. (високий ризик РРВК)

У даного хворого на тлі консервативних заходів, через 12 годин виникла рецидивна кровотеча і пацієнт був прооперований екстрено та виписаний в задовільному стані.

Частота РРВК в групі високого ризику складала 89,1%, середнього – 34,%, малого – 5,6% (у всіх випадках $p < 0,001$).

При подальшому аналізі виявлено розбіжність в термінах розвитку РРВК у пацієнтів різних груп ризику. Найбільш небезпечною (85% випадків РРВК) для розвитку рецидиву в групі високого ризику є перша доба, а в групі середнього – термін від 12 до 36 годин (2/3 усіх випадків). В подальшому (36–60 год), частота виникнення рецидиву в зазначених групах знижувалася до 5–15%. Виявлені залежності були використані нами при розробці алгоритму оптимізації хірургічної тактики для обґрунтування термінів оперативного лікування.

Розроблений метод прогнозування РРВК відрізняється від аналогічних прогностичних систем Затевахина І.І., Щеголева А.А. [3], А.Ф.Еліна [2], скорингових систем Baylor (1995) та Rockall [5], тим що він був розроблений безпосередньо для гострокровоточивих пілородуоденальних виразок.

Розроблена система має задовільну чутливість (83,3%) і переважає аналогічні системи за специфічністю прогнозу, є простою у використанні, не потребує великих витрат та тривалих лабораторних досліджень і дозволяє у стислі строки (менше 1 хвилини) скласти прогноз перебігу захворювання, визначити імовірність розвитку такого небезпечного ускладнення як РРВК. Визначення груп ризику виникнення РРВК за допомогою розробленого методу прогнозування, дані про найбільш ймовірний термін його виникнення в залежності від групи ризику дозволило обґрунтувати алгоритм хірургічної тактики у хворих з ГКПДВ, а саме визначити оптимальні терміни хірургічного втручання.

Згідно з розробленим алгоритмом усі оперативні втручання були поділені на 3 види:

ЕКСТРЕНІ ОПЕРАЦІЇ (ЕО), які виконують у перші 1–2 години у хворих з клінічними та ендоскопічними ознаками кровотечі, що продовжується за неефективності засобів ендоскопічного гемостазу. Серед них виділені ЕО на висоті первинної ВК, що продовжується (ЕО I), та ЕО на висоті РРВК (ЕО II).

НЕВІДКЛАДНІ ОПЕРАЦІЇ (НО), які пропонуються хворим з високим ризиком РРВК у перші 6–12 годин (НО I), та хворим із середнім ризиком РРВК протягом 12–24 годин (НО II) з моменту госпіталізації.

РАННІ ВІДСТРОЧЕНІ ОПЕРАЦІЇ (РВО), які рекомендовано виконувати через 2–4 доби у хворих з малим ризиком РРВК.

Ми вважаємо невідкладні втручання попереджувальними, по відношенню до РРВК. Так, в групі середнього ризику це невідкладні оперативні втручання (НО II), які виконуються в термін 12–24 години. В групі високого ризику, з огляду на те, що РРВК найбільш імовірний в перші 12 годин доцільним є виконання НО I в перші 6–12 годин при відсутності життєвих протипоказань (декомпенсація соматичної патології, явища декомпенсованого геморагічного шоку).

Додержання закладених в алгоритмі принципів протягом 1999–2000 років дозволило в 2,6 рази зменшити частку ЕО (з 44 до 17%, $p < 0,001$) за рахунок зменшення в 2,7 рази ЕО на висоті РРВК (з 35,5 до 13,1%, $p < 0,001$). Проведення НО у разі загрози розвитку РРВК дозволило в 2,6 рази зменшити кількість хворих, оперованих в умовах більш важкого ступеня знекровлення за рахунок зниження частки втручань, що виконували на висоті рецидиву кровотечі (з 70,8 до 26,9%, $p < 0,001$). За результатами двох останніх років це привело до зниження післяопераційної летальності у хворих з ГКПДВ з 6 до 1,5%.

ЛІТЕРАТУРА. 1.Братусь В.Д., Шерман Д.М. Геморрагический шок: патологические и клинические аспекты–К.: Наук. думка, 1989.–304 с. 2.Елін А.Ф. Хірургічне лікування хворих з ненадійним гемостазом при гострих кровотечах виразок шлунка і дванадцятипалої кишки: Автореф. дис. ... канд. мед.наук.–Харків, 1997.–24 с. 3.Затевахин І.І., Щеголев А.А., Титков Б.Е. Современные подходы к лечению язвенных гастродуоденальных кровотечений.– *Анналы хирургии.* – 1997.– №1.– С.40–45. 4.Хараберюш В.А., Кондратенко П.Г., Соболев А.А. и др. Хирургическое лечение язвенной болезни, осложненное тяжелой кровопотерей // *Клин. хирургия.*–1994.–№8.–С.18–22. 5.Vreeburg E.M., Terwee C.B., Snel P., Validation of the Rockall risk scoring system in upper gastrointestinal bleeding// *Gut.*– 1999.–Vol.44.–P331–335. 6.Forrest J.,Finlayson N.,Scheerman D. Endoscopy in gastrointestinal bleeding // *Lancet.*–1974.–Vol.36.–N2.–P.394–397. 7.Ell C., Hagenmuller F., Schmitt W., Hahn EG., Hohenberger W. Multizentrische prospektive Untersuchung zum aktuellen Stand der Therapie der Ulcusblutung in Deutschland// *Deutsche Medizinische Wochenschrift.*–1995.–N1–2.–Bd.120.–P.3–9.

Шляхи профілактики ранніх післяопераційних ускладнень в хірургії кровоточивих гастродуоденальних виразок на основі прогнозування ризику їх виникнення.

Фомін П.Д., Лісов О.І., Козлов С.М., Ананко О.А., Карасьова О.В., Федорів С.Б.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця. Кафедра факультетської хірургії №2

Ранні післяопераційні ускладнення (РПУ) при хірургічному лікуванні кровоточивих гастродуоденальних виразок всіма дослідниками вважаються істотним фактором, що впливає на несприятливі наслідки. Деякі автори [2,6,7] оцінюють вплив на післяопераційну летальність РПУ поряд з віком оперованих, супутньою патологією, тяжкістю та рецидивуванням виразкової кровотечі. На нашу думку летальність, в основному, обумовлена перш за все РПУ, що розвинулись, а вказані фактори поряд з іншими служать причинами або сприяючими обставинами для розвитку РПУ.

Дані про частоту розвитку РПУ надзвичайно різноманітні і коливаються від 11% [8] до 40% [5], що обумовлено різним контингентом оперованих, почасти невеликим числом спостережень, різними тактичними підходами, виділенням деякими авторами тільки окремих видів РПУ. В зв'язку з цим ми вважаємо дискусійним не стільки загальне число РПУ, а виявлення причин їх виникнення.

Існують декілька спроб створити класифікацію РПУ, починаючи з найпростішої, що поділяє їх на летальні і доброякісні [4] і до повного переліку окремих видів ускладнень [1]. Недоліком цих класифікацій ми вважаємо групування РПУ за їх ознаками та протіканням, але без означення причин виникнення. Тому нами запроваджена спроба створити класифікацію, яка хоча й не претендує на повний перелік можливих РПУ, але групує їх за ймовірними причинами розвитку, що дає змогу розробити шляхи їх передбачення і профілактики. Ця класифікація визначає три основні групи РПУ з поділом другої групи на три підрозділи і має такий вигляд:

I. РПУ пов'язані з обширністю виразкової деструкції та вимушеною травматичністю втручання на виразці.

II. РПУ, пов'язані з видом оперативного втручання на шлунку та тяжкістю крововтрати.

IIА. Функціональні порушення

IIБ. Органічні ускладнення

IIВ. Ускладнення, обумовлені тяжкістю виразкової кровотечі

III. РПУ, пов'язані з прогресуванням супутньої патології.

Основним завданням нашого дослідження було виявлення причин розвитку окремих видів РПУ, з метою пошуку шляхів їх профілактики. Цей пошук проведений в три етапи. На першому на основі спостережень 1201 пацієнта створена «навчальна» вибірка із спостереженням 232 РПУ у 187 оперованих (15,6%). Для виявлення впливу кровотечі в цій виборці використані дані про 259 оперованих з приводу некровоточивих виразок. В даній групі проведені моно- та багатофакторний аналізи причин розвитку РПУ. Щодо причин РПУ і несприятливих наслідків в хірургії кровоточивих гастродуоденальних виразок ми згодні з більшістю авторів про вплив тяжкості та рецидивування виразкової кровотечі, віку хворих та супутніх захворювань. Але ми виявили істотний вплив на розвиток РПУ особливостей виразкової деструкції, про що в доступній нам літературі ми не знайшли спеціальних досліджень з цього приводу. Монофакторний аналіз виявив вплив тяжкості виразкової кровотечі, ускладнень виразкової хвороби, локалізації виразок, строку та характеру оперативного втручання, віку та статі оперованих, характеру та тяжкості супутньої патології на загальне число РПУ та на окремі їх види.

Простежений вплив тяжкості виразкової кровотечі на виникнення РПУ. Якщо при помірній та середній крововтраті частота РПУ в порівнянні з операціями при некровоточивих виразках зростає неістотно, то при тяжкій крововтраті – втриє, причому основний вплив простежується на IIВ групу. Аналіз впливу обширності виразкової деструкції (від 1см до циркулярного ураження) та поєднання виразкової кровотечі з іншими ускладненнями виразкової хвороби (стеноз, пенетрація, стеноз та пенетрація) показав, що в цілому частота РПУ під впливом названих факторів зростає в 2,5 рази – з 9.1% до 22,3% ($p<0,01$). Це зростання йде, в основному, за рахунок РПУ I групи – з 1,6% при тільки кровоточивих виразках до 10,7% при поєднанні кровотечі з стенозом та пенетрацією та до 20,0% при велетенських кровоточивих виразках ($p<0,01$).

Таким чином, проведений монофакторний аналіз дає можливість орієнтуватись в вірогідності частоти та структури РПУ, в залежності від кожного окремого з досліджуваних факторів. Однак важливим виявляється оцінка взаємодії факторів впливу аналогічно синдрому взаємного потягнення, для чого запроваджений багатофакторний покроковий дискримінаційний аналіз. На його основі розроблена система прогнозування з виявленням статистично достовірних факторів ймовірності розвитку РПУ та їх коефіцієнтів значимості. Для загального числа РПУ такими виявились вік хворих, тяжкість виразкової кровотечі, локалізація виразок, ускладнення виразкової хвороби та супутні захворювання. Слід відзначити, що вплив характеру оперативного втручання не виявився достовірним. Це пояснюється тим, що оперативні втручання залежать від характеру виразкового ураження, виконуються вони за єдиною доктриною, прийнятою в клініці, та їх вплив простежується в основному на РПУ IIА групи. Відзначені деякими авторами помилки хірургів, як фактор впливу на РПУ, в наших спостереженнях не мали значення в зв'язку з малим їх числом.

На основі виявлених факторів ймовірності розвитку РПУ створені комп'ютерні програми передбачення вірогідності загального їх числа. Виділені градації високої та малої ймовірності розвитку РПУ.

На другому етапі з метою оцінки адекватності і чутливості прогностичної системи проведена її експертна оцінка в рандомізованій “екзаменаційній” вибірці з 274 хворих, оперованих в 1996 році з 48 РПУ у 39 (14,2%) з них. Ця перевірка показала достовірність прогностичної системи в 91%.

Для практичного використання на основі цієї програми створений спрощений варіант прогнозування в вигляді бальної системи. Для загального числа РПУ вона має такий вигляд:

$$\text{Ймовірність РПУ (в балах)} = 3 \times X1 + 3 \times X2 + X3 + X4 + 2 \times X5.$$

Значення градацій X приведені в таблиці 1.

Таблиця 1. Характеристика дискримінантних змінних, що впливають на РПУ.

Дискримінантна змінна	Значення дискримінантної змінної
1. Вік хворих (X1)	X1=1 - вік менше 40 років X1=2 - вік 41 - 60 років X1=3 - вік понад 60 років
2. Локалізація виразки (X2)	X2=1 - шлункові виразки X2=2 - пілородуоденальні виразки
3. Тяжкість виразкової кровотечі (X3)	X3=1 - кровотечі немає X3=2 - помірна кровотеча X3=3 - кровотеча середнього ступеню X3=4 - тяжка кровотеча
4. Ускладнення кровоточивих виразок (X4)	X4=1 - тільки кровоточиві виразки X4=2 - стеноз X4=3 - пенетрація X4=4 - стеноз + пенетрація X4=5 - рецидивні виразки X4=6 - велетенські виразки
5. Супутні захворювання (X5)	X5=1 - немає X5=2 - "соматичні" захворювання X5=3 - захворювання серцево - судинної та дихальної систем

Якщо кількість балів не перевищує 22, це свідчить про малу ймовірність РПУ, перевищення - про високу. При виявленні високої ймовірності розвитку РПУ ми рекомендуємо користуватись розробленим алгоритмом профілактики.

Вважаємо за доцільне застосовувати при наявності тяжкої супутньої патології у вікових пацієнтів передопераційну корекцію виявлених порушень, викликаних ними, та виконання найменш травматичних і короткочасних оперативних втручань. При виразковій кровотечі - компенсація крововтрати перед-, інтра - та післяопераційно в залежності від стану гемостазу в виразці та ступеню крововтрати, виконання екстреної операції при Forrest I та невідкладної при Forrest II, передопераційне застосування антибіотиків. При виявленні високої ймовірності розвитку РПУ I групи рекомендуємо передопераційне лікування хронічного панкреатиту та введення антибіотиків, інтра- та післяопераційне застосування інгібіторів протеолітичних ферментів, навіть при відсутності клінічних проявів панкреатиту, та уникання, по можливості, виконання резекції шлунку в лікуванні дуоденальних виразок, віддаючи перевагу органозберігаючим та органозоощаджуючим втручанням.

На третьому етапі проведена перевірка ефективності створеного алгоритму профілактики на даних “контрольної” вибірки, для якої використані спостереження 484 оперованих, у яких цей алгоритм впроваджувався. В цій групі виникло 51 РПУ у 44 пацієнтів. Порівняння цих даних з “навчальною” вибіркою виявило, що застосування запропонованого алгоритму профілактики призвело до зменшення загального числа РПУ з 15,6% до 9,1% і, відповідно, післяопераційної летальності з 4,4% до 2,8%.

Як свідчать наші спостереження, найістотнішими причинами несприятливих наслідків в лікуванні гастродуоденальних виразок є ускладнення виразкової хвороби, в тому числі виразкова кровотеча, супутні захворювання та похилий і, особливо, старечий вік оперованих. В зв'язку з переважаючою в останній час тенденцією до широкого застосування консервативного лікування гастродуоденальних виразок за існуючими схемами виникає ситуація, коли з приводу ускладнень, що розвинулися, хворих доводиться оперувати в гірших умовах внаслідок розвинутих ускладнень гастродуоденальних виразок та ще й при похилому вікові пацієнтів. На цю обставину вказують також Zorri S. з співавторами, 1995 [9] та Мамчич В.І. з співавторами, 1994 [2], які сповіщають, що продовжене безуспішне консервативне лікування виразок не запобігає розвитку ускладнень виразкової хвороби, а відсуває їх на більш пізній строк. Тому ми вважаємо, що до хірургічних методів лікування гастродуоденальних виразок слід запобігати не пізніше, ніж після 3 - 5 років безуспішного консервативного лікування, не дочекуючись розвитку ускладнень виразкової хвороби.

Література. 1. Березницький Я.С., Кириченко В.Ч., Спивак В.П. и др. Диагностика и лечение постваготомических нарушений // Хирургия. - 1992. - N2. - С.21 - 25. 2. Мамчич В.И., Гвоздяк Н.Н., Парацин З.З. и др. Повторные операции после за-

шивання перфоративної гастродуоденальної язви // Клин. хірургія. - 1994. - N8. - С.12 - 15. 3.Полинкевич Б.С. Влияние ваготомии на интрамуральные нервные сплетения желудка - проблема реиннервации желудка после ваготомии // Клин. хірургія. - 1990. - N8. - С.24 - 26. 4.Di Mario F., Battaglia G., Leandro G. Risk factors of duodenal ulcer bleeding: the role of smoking and nicotine // Italian J. Gastroenterol. - 1994. - V26. - N8. - P.385 - 391. 5.Hunt J.L. Postoperative gastric atony in obstructing peptic ulcers inadequate preoperative decompression or vagotomy? // Ann. Surg. - 1979. - V138. - P.835 - 839. 6.Miller A.R., Farnell M.B., Kelly K.A. et al. Impact of therapeutic endoscopy on the treatment of bleeding peptic ulcer // Am. J. Gastroenterol. - 1994. - V89. - N1. - P.72 - 80. 7.Sacheda A.K., Zaren H.A., Sigel B. Surgical treatment of peptic ulcer disease // Medical Clinics of North America. - 1991. - V75. - N4. - P.999 - 1012. 8.Schoenberg M.H., Birk D., Beckh K. et al. Endoskopische und chirurgische Therapie blutender Ulcera Duodeni et Ventriculi // Chirurg. - 1995. - Bd.66. - N4. - S.326 - 333. 9.Zoppi S., Moritato F., Corradi A. et al. Kuolo de chirurgia nel trattamento dell'ulcere gastroduodenale // Giornale de Chirurgia. - 1995. - V16. - N10. - P.442-444.

Віддалені результати лікування гострокровоточивих гастродуоденальних виразок у осіб похилого та старечого віку.

**Фомін П.Д., Переш Є.Є., Сидоренко В.М., Біляков - Бельський О.Б.
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ.**

Оцінка віддалених результатів оперативного та консервативного лікування хворих є важливою інформацією, що дає змогу оцінити ефективність тих, чи інших лікувальних методик та вплив результату їх застосування на якість життя пацієнтів /1-3/.

З метою оцінки ефективності лікування нами були вивчені у строк від 6 місяців до 4 років віддалені результати у 289 (70,8%) з 461 хворого похилого та старечого віку, що лікувалися протягом 1994 - 1997 років у Київському міському центрі невідкладної допомоги хворим з шлунково - кишковими кровотечами.

Вивчення віддалених результатів здійснювали за даними анкетного опитування (173), амбулаторного (76) та стаціонарного (29) обстеження. При амбулаторному та стаціонарному обстеженні виконували фіброгастроскопію (241) та рентгеноскопії шлунку (56), у 22 хворих вивчали показники шлункової секреції. Крім того, всім хворим, що обстежувалися амбулаторно та стаціонарно виконували загальноприйняті клінічні обстеження (загальний аналіз крові, сечі, цукор крові, біохімічний аналіз крові, коагулограму, ЕКГ, тощо).

Згідно з прийнятою у даній віковій групі класифікацією виразкової хвороби виділяли „застарілі”, з давнім виразковим анамнезом та „старечі”, що виникли після 60 років, виразки.

У досліджуваній групі померло 11 хворих (від кровотечі 1, супутніх хвороб -10). Між іншими 278 (68,9%) пацієнтами 79 були після оперативного та 199 - консервативного лікування (табл. 1).

Таблиця 1. Строки спостереження хворих у віддаленому періоді

Строки спостереження	Оперовані		Неоперовані		Всього (%)
	„стареча” виразка	„застаріла” виразка	„стареча” виразка	„застаріла” виразка	
6 -12 місяців	4	24	32	41	101(36,3%)
1 - 2 роки	5	23	27	46	101(36,3%)
3 - 5 років	4	19	25	28	76(27,4%)
Всього (%)	13 (4,7)	66 (23,7%)	84 (30,2%)	115 (41,4%)	278(100) (100)

Віддалені результати оцінювали за системою Visick (1948) , модифікованою Goligher J.C. (1968). Остання має наступний вигляд:

Visick 1 (відмінний результат) - абсолютно немає симптомів виразкової хвороби як при клінічному, так і при лабораторно - інструментальному обстеженні хворого.

Visick 2 (добрий результат) - хворий суб'єктивно оцінює результат як бездоганий, але при ретельному розпитуванні вдається виявити незначні порушення (симптоми), які легко корегуються незначним регулюванням дієти.

Visick 3 (задовільний результат) - слабкі або помірні симптоми, що корегуються обережністю, обачністю, лікуванням, викликають певний дискомфорт, але хворий та хірург задоволені результатом, що серйозно не заважає жити та працювати.

Visick 4 (незадовільний результат) - помірні та важкі симптоми, або ускладнення, які значно заважають роботі та життєвому насолодженню. Хворий або лікар незадоволені результатом. В цю групу включалися всі випадки рецидиву виразки та хворі, котрим виконано повторне оперативне втручання, навіть якщо останнє й покращило симптоми.

Результати лікування хворих згідно використаної системи оцінки представлені у табл. 2.

Таблиця 2. Віддалені результати лікування хворих

Кількість хворих	Результати лікування за системою Visick:	Всього
-------------------------	---	---------------

					(%)
	відмінні (%)	добрі (%)	задовільні (%)	незадовільні (%)	
Оперованих	2 (2,5)	35 (44,3)	37 (46,8)	5 (6,4)	79 (28,4)
Неоперованих	6 (3)	48 (24,1)	110 (55,3)	35 (17,6)	199 (71,6)
Всього (%)	8 (2,9)	83 (29,8)	147 (52,9)	40 (14,4)	278 (100)

За даними таблиці, серед оперованих майже вдвічі частіше спостерігаються добрі і майже втричі рідше незадовільні результати при майже однаковій з неоперованими частоті відмінних та задовільних.

Серед оперованих було 13 осіб із „старечими” гострокровоточивими виразками. У них спостерігалися такі результати за системою Visick: добрі - у 5 (38,5%), задовільні - у 6 (46,2%), незадовільні - у 2 (15,3%) хворих. Із 66 оперованих із „застарілими” виразками, відмінні результати мали 2 (3%) пацієнти, добрі - 20 (45,5%), задовільні - 31 (47%), незадовільні - 3 (4,5%). Отже, у жодного з прооперованих пацієнтів із „старечою” гострокровоточивою виразкою не спостерігалось відмінних віддалених результатів, в той час, як вони спостерігалися у 2 (3%) хворих із „застарілою”. Крім того, незадовільні віддалені результати спостерігалися втричі частіше серед оперованих з „старечою”, ніж із „застарілою” гострокровоточивою виразкою (відповідно 2 (15,3%) та 3 (4,5%) осіб), ($p < 0,05$).

Віддалені результати серед неоперованих були гірші у пацієнтів із „застарілими” виразками у порівнянні з „старечими”. Так, при „старечих” гострокровоточивих виразках відмінні результати були у 4 (4,7%), добрі - у 27 (33,5%), задовільні - у 47 (56%), незадовільні - у 6 (19%); а у осіб із „застарілими” - відповідно становили 2 (1,7%), 21 (18,3%), 63 (54,8%), 29 (35,2%). Отже, серед тих, що мали „застарілі” кровоточиві виразки, у 2,8 разів рідше зустрічалися відмінні результати, у 1,8 разів рідше - добрі та у 1,85 разів частіше - незадовільні результати у порівнянні із „старечими” ($p < 0,05$).

Основними причинами незадовільних результатів були рецидиви виразки (36), пострезекційний та постваготомний синдроми (4).

Серед тих, що померли 1 хворий загинув від кровотечі, що повторилася через 1 рік, а інші 10 - від прогресування супутніх захворювань чи їх ускладнень.

Отже, отримані нами результати подібні до тих, що приводяться більшістю авторів та вказують на те, що більшість смертей у даній віковій групі пацієнтів є наслідком супутніх хвороб, а не рецидивів кровотечі.

Література. 1.Затевахин И.И., Щеголев А.А., Титков Б.Е. Современные подходы к лечению гастродуоденальных кровотечений// Анналы хирургии,- 1997.-№1.-С. 40 - 46. 2.Kubba A.K., Chouderi C., Rajgopal C., Ghosh S., Palmer K.R. Remote results of severe ulcer bleeding// Brit. J. Surg.,-1997.-V84,№2.-P. 265-268. 3. Peura D.A., Lanzd F.L., Gostout C.J., Foutch P.G. American gastroenterology school: bleeding ulcer registration// Amer. J. Gastroenter.,-1997.-V92,№6.-P.924-928.

Діагностика та лікування хворих із гострокровоточивими перфоративними гастродуоденальними виразками Фомін П.Д., Повч О.А., Заплавський О.В., Сідоренко В.М.

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця. Кафедра факультетської хірургії №2

Поєднанням виразкових кровотеч із перфорацією одночасно, в сучасній вітчизняній та зарубіжній літературі майже не приділяється належної уваги, хоча частота виникнення перфоративних гострокровоточивих гастродуоденальних виразок (ПГГДВ) складає 0,9 - 20% по відношенню до загальної кількості хворих із перфоративними (К.С.Дасмахаратра et al., 1988; П.Д. Фомин и др., 1996; А.А.Курыгин и др., 1997) та 0,05-9,9% - із гострокровоточивими гастродуоденальними виразками (ГГДВ) (К.С.Дасмахаратра et al., 1988; В.Н.Пермяков, Д.А.Милованкин, 1989). Існуючі небагаточисленні публікації по проблемі ПГГДВ базуються, як правило, на невеликій кількості клінічних спостережень і свідчать про значні труднощі в своєчасній діагностиці даної патології, що є причиною великої, до у 100% оперованих, кількості післяопераційних (п/о) ускладнень (А.П.Подоненко-Богданова, Н.П.Лиховид, 1985) та високої, від 34,4 до 80%, п/о летальності (В.И.Лапинкас, 1985; К.С.Дасмахаратра et al., 1988; В.Н.Пермяков, Д.А.Милованкин, 1989).

Звідси, проблема ПГГДВ вимагає подальшого вивчення для покращення як своєчасної діагностики, так і вибору оптимальних методів оперативних втручань. Саме цим питанням і присвячена наша робота.

Матеріал та методи досліджень. В основу роботи покладені дані всестороннього дослідження та аналізу результатів діагностики та хірургічного лікування 163 хворих із ПГГДВ, що перебували з 1982 по 2000 роки на лікуванні в Київському міському Центрі по наданню невідкладної допомоги пацієнтам із гострими шлунково-кишковими кровотечами. Для зіп'ясування і порівняння особливостей клінічного перебігу, діагностики та лікування у хворих основної групи було виділено контрольну групу, яку склали 764 пацієнти з перфоративними гастродуоденальними виразками (ПГДВ) без кровотечі.

Результати досліджень. Протягом 19-річного періоду спостережень у клініці відмічено тенденцію до збільшення кількості хворих із ПГГДВ. Якщо за перші 15 років (1982-1996 рр.) ми мали 122 пацієнтів із даною патологією (в середньому - 8,1 на рік), то за останні 4 роки (1997-2000 рр.) - в клініці лікувалось 41 хворий із одночасним виникненням перфорації та кровотечі при виразковій хворобі (в середньому - 10,3 на рік).

При аналізі вікових особливостей у хворих із різними варіантами поєднання перфорації та кровотечі при виразковій хворобі встановлено, що 71 (43,6%) пацієнтів із 163 були похилого та старечого віку, що в 3,7 рази більше, порівняно з пацієнтами контрольної групи з ПГДВ ($p < 0,05$).

При дослідженні особливостей локалізації ПГГДВ виявлено, що 27 (16,7%) із 163 хворих основної групи мали шлункове розміщення перфоративної гострокровоточивої виразки, причому у 24 із них спостерігалась перфорація і кровотеча з однієї і тієї ж виразки шлунку; в 2 пацієнтів - перфорувала одна, а кровоточила інша виразка шлунку, а ще в 1 хворого діагностовано перфорацію виразки шлунку, а кровотечу з виразки пілородуоденальної зони (ПДЗ) (Jonson I I).

Середній розмір перфоративної гострокровоточивої виразки шлунку (ПГВШ) склав $2,7 \pm 0,09$ см, що статистично достовірно ($p < 0,05$) більше, ніж у пацієнтів із шлунковою локалізацією виразки в контрольній групі (середній розмір - $1,9 \pm 0,1$ см). У цілому, 16 із 27 хворих з ПГВШ мали розміри виразкового субстрату більше 3,0 см (гігантські виразки шлунку).

У решти 136 (83,3%) пацієнтів основної групи, виявлене розміщення перфоративної гострокровоточивої виразки в ПДЗ, причому в 105 із них мала місце перфорація та кровотеча з однієї і тієї ж виразки, у 27 хворих встановлено наявність перфорації однієї, а кровотечі - з другої виразки ПДЗ ("дзеркальні виразки"), а ще в 5 - діагностовано перфорацію виразки ПДЗ, а кровотечу з виразки шлунку (Jonson I I).

Середній розмір перфоративної гострокровоточивої виразки ПДЗ (ПГВПДЗ) був $1,9 \pm 0,08$ см, що статистично достовірно ($p < 0,05$) більше, порівняно з розміщенням виразки в ПДЗ серед пацієнтів контрольної групи (середній розмір - $1,3 \pm 0,07$ см). Більше як у половині (у 78 із 136) хворих із ПГВПДЗ встановлено наявність гігантських виразок (займають більше 1/2 периметру ПДЗ).

У цілому, в 129 (79,1%) із 163 пацієнтів основної групи спостерігалась перфорація і кровотеча з однієї і тієї ж виразки шлунку чи ПДЗ, а в решти 34 (20,9%) - мала місце перфорація однієї, а кровотеча - з другої виразки шлунку чи ПДЗ.

При аналізі ступені важкості крововтрати в хворих основної групи, помірну ступінь мали 43(26,4%), середню - 50(30,7%) і важку - 70(42,9%) пацієнтів. Звертає увагу наявність у 120 (73,6%) осіб із ПГГДВ середньої та важкої ступенів важкості крововтрати. Помірна ступінь важкості крововтрати виявлялась у 2,6 рази рідше, а середня та важка ступені крововтрати - в 1,5 та 1,3 рази частіше, відповідно, при ПГВШ, ніж при ПГВПДЗ.

При ретельному аналізі особливостей виникнення та клінічного перебігу ПГГДВ нами встановлено та виділено два варіанти поєднання перфорації та кровотечі:

1. Одночасний розвиток кровотечі та перфорації гастродуоденальних виразок - у 47(28,8%) пацієнтів;

2. Перфорація виразки настає в ранньому відстроченому періоді після зупинки кровотечі - у 116(71,2%) хворих.

При цьому в 69(59,5%) пацієнтів перфорація виразки супроводжується рецидивом кровотечі (РК), а в 47(40,5%) - без РК.

На підставі вивчення особливостей локалізації, розвитку та перебігу ПГГДВ, нами запропонована і застосована в клінічній практиці класифікація даної патології.

Класифікація ПГГДВ.

А. По локалізації:

1. Перфорація і кровотеча з однієї і тієї ж виразки: а) шлунку; б) ПДЗ.

2. Перфорація однієї, а кровотеча - з іншої виразки:

а) перфорація виразки на передній стінці, а кровотеча - з виразки задньої стінки ПДЗ;

б) перфорація виразки ПДЗ, кровотеча з виразки шлунку (Jonson II);

в) перфорація виразки шлунку, кровотеча з виразки ПДЗ (Jonson II);

г) перфорація однієї, а кровотеча - з іншої виразки шлунку.

Б. По розвитку та клінічному перебігу:

1. Майже одночасний розвиток кровотечі та перфорації;

2. Перфорація виразки в ранньому, після зупинки кровотечі, періоді:

а) перфорація виразки супроводжується РК;

б) перфорація виразки без РК.

Згідно наших даних, для ПГВШ було характерним у 1,5 рази частіше виникнення перфорації у відстроченому періоді після зупинки кровотечі, порівняно з ПГВПДЗ, для яких спостерігалась приблизно однакова частота розвитку обидвох варіантів ускладнень.

Відносно терміну виникнення перфорації гострокровоточивих виразок (ГВ) у відстроченому періоді встановлено, що перфорація ГВ шлунку в 93,8% випадків наступала на 2-5 добу, а перфорація ГВ ПДЗ у 75% осіб розвивалась у перші три доби з моменту зупинки кровотечі. РК при розвитку перфорації виразки у відстроченому періоді після зупинки кровотечі періоді спостерігався в 56,3% хворих із ПГВШ та 54,2% - з ПГВПДЗ.

Різноманітність варіантів розвитку та поєднань перфорації та кровотечі при ВХ обумовлюють атиповість клінічного перебігу ПГГДВ, порівняно з ПГДВ. Порівняльний аналіз виявлених симптомів ПГГДВ та ПГДВ представлений у таблиці 1.

Частота основних ознак ПГГДВ наближалась до типової ПГДВ тільки при розвитку перфорації виразки у ранньому відстроченому періоді без РК. При інших варіантах розвитку перфорації та кровотечі типові ознаки перфоративної виразки зустрічались значно рідше ($p < 0,05$). Це обумовлено попаданням у черевну порожнину шлункового вмісту, нейтралізованого кров'ю, який не спричинює вираженої подразнюючої дії на очеревину. Крім того, перевага осіб похилого та старечого віку із зниженою реактивністю організму, також обумовлюють стертість клінічної картини у вищевказаних групах. Саме це спричинює пізні терміни діагностики поєднань перфорації та кровотечі.

Таблиця 1 Частота ознак при ПГГДВ та ПГДВ

Ознаки	Варіанти П Г Г Д В			ПГДВ (n=764)
	Б 1 (n=47)	Б 2а (n=69)	Б 2б (n=47)	
Раптовий різкий біль	23,4%	18,8%	63,8%	89%
"Френікус"-симптом	12,8%	7,2%	36,1%	41,4%
"Дошкоподібний" живіт	19,1%	18,8%	68,1%	92,6%
Відсутність печінкової тупості	40,4%	33,3%	59,5%	61,4%
Симптоми подразнення очеревини	21,2%	18,8%	68,1%	92,4%
Пульс за 1 хвилину	106+/-13,1	110+/-15,6	96+/-11,6	80+/-10,1
7.Кількість лейкоцитів у крові $\times 10^9$	13,3+/-4,7	15,1+/-4,2	11,1+/-3,6	10,6+/-3,1

З метою вивчення можливостей ранньої діагностики ПГГДВ нами був проведений ретельний аналіз всіх клінічних симптомів і на підставі цього - виділений синдром "малих" ознак при поєднанні перфорації та кровотечі. До нього відносимо: збереження чи виникнення різної інтенсивності болей у животі, наявність при пальпації навіть незначної болючості і напруження м'язів передньої черевної стінки, сумнівних ознак подразнення очеревини, почашення пульсу та підвищення кількості лейкоцитів у хворих із виразковими кровотечами. Виявлення вказаного симптомокомплексу потребує проведення додаткових методів дослідження: оглядової рентгенографії черевної порожнини, ФЕГДС, ендоскопічної пневмогастрографії, лапароцентезу.

Впровадження в клінічну практику діагностичного алгоритму при наявності синдрому "малих" ознак ПГГДВ дозволило збільшити ранню, в перші 6 годин, діагностику даної патології в 2,9 рази: з 34,5% (I-ий період - 1982-1993 рр.) до 100% (II-ий період - 1997-2000 рр.) і розширило можливості для виконання радикальних оперативних втручань.

Оперативні втручання є основним методом лікування ПГГДВ. Із 163 хворих - нами оперовано 150 (92%). Решта 13 (8%) - не оперовані і померли: 6 пацієнтів - доставлені в агональному стані і померли в перші 2-4 години; у 4 хворих, старше 70 років, була діагностована ПГГДВ, однак важка крововтрата, виражена супутня патологія, інтоксикація не дозволяли виконати оперативне втручання, а застосування метода Тейлора не принесло успіху; ще в 3 пацієнтів старечого віку, із-за важких супутніх захворювань, не можливо було застосувати додаткові методи дослідження і діагноз ПГГДВ був установлений тільки на аутопсії.

Із 150 оперованих, радикальні оперативні втручання виконані 108 (72%) хворим: резекції шлунку - 27 (25%), ваготомії - 81 (75%), а 42 (28%) пацієнтам - були здійснені не радикальні (ушивання, висічення виразки) операції. Серед 22 оперованих із ПГВШ, резекційні методи застосовані у 13 (пілорозберігаючі резекції - у 5) і паліативні - у 9 осіб. Серед 128 оперованих із ПГВПДЗ, резекції шлунку виконані в 14 (11%), різні види ваготомій із радикальним втручанням на виразці - у 81 (63,3%) (селективна проксимальна ваготомія - у 24, селективна ваготомія - у 15, комбінована ваготомія - у 15, трункулярна ваготомія - у 27) і паліативні операції - у 33 (25,7%) хворих. Радикальними втручаннями на виразковому субстраті були висічення або виведення виразки за межі просвіту шлунково-кишкового тракту з обов'язковою ревізією задньої стінки цибулини 12-палої кишки і, при виявленні виразкового субстрату, втручання на ньому.

При виконанні операцій, явища місцевого перитоніту були в 60 (40%), дифузного - в 44 (29,3%) і розлитого - в 46 (30,7%) пацієнтів. Дифузний та розлитий форми перитоніту зустрічались у 1,3 рази частіше ($p < 0,05$) при ПГГДВ, ніж при ПГДВ.

При виконанні оперативного втручання у 29 (19,3%) хворих, переважно з явищами розлитого перитоніту та РК, здійснювали назогастральну інтубацію кишківника з метою зменшення ендогенної інтоксикації, зумовленої перитонітом та наявністю зміненої крові в просвіті шлунково-кишкового тракту. Операцію закінчували ретельною санацією черевної порожнини та дренажуванням її, а в 17-х пацієнтів - цілеспрямовано використовували методику програмованої лапаростомії із виконанням повторних санацій черевної порожнини на 3-4-у добу після операції.

Безумовно, результат кожного з виду оперативних втручань обумовлюється раціонально побудованою програмою інтенсивної терапії. Особливо це має значення у пацієнтів із поєднанням двох важких ускладнень ВХ - перфорації та кровотечі. Розроблений алгоритм ведення хворих із ПГГДВ включає:

- а) поповнення крововтрати;
- б) боротьба з інфекцією та явищами перитоніту раціональним призначенням антибіотиків широкого спектру дії, починаючи з моменту постановки діагнозу ПГГДВ;

- в) епідуральна анестезія в ранньому п/о періоді;
- г) сорбційні методи детоксикації організму (гемосорбція, плазмасорбція, плазмафорез);
- д) застосування внутрішньовенного лазерного опромінення крові.

Із впровадженням у клінічну практику додаткових методів досліджень при наявності синдрому "малих" ознак дозволило покращити діагностику, зменшити в 1,5 рази кількість паліативних операцій за рахунок збільшення з 69,6% (I-ий період) до 78,9% (II-ий період) числа радикальних оперативних втручань. Види операцій та показники п/о летальності по періодам спостережень представлені в таблиці 2.

Таблиця 2 Види операцій та летальність при ПГГДВ

О п е р а ц і ї	Періоди спостережень				В с ь о г о	
	I-ий (1982-1996)		II-ий (1997-2000)		Кількість Хворих	Померли (%)
	Кількість хворих	Померли (%)	Кількість хворих	Померли (%)		
1. Резекції шлунку	24	6(25%)	3	0	27	6(22,2%)
2.Ваготомії	54	-	27	-	81	-
3. Паліативні	34	19(55,9%)	8	2(25%)	42	21(50%)
Всього:	112	25(22,3%)	38	2(5,3%)	150	27(18%)

Покращення діагностики, зменшення кількості паліативних втручань, розробка та впровадження засобів інтенсивної терапії в п/о періоді дозволили протягом II-го терміну клінічних спостережень знизити п/о летальність: загальну - з 22,3% до 5,3% (в 4,2 рази), при паліативних втручаннях - з 55,9% до 25,% (в 2,2 рази), при радикальних операціях - з 7,7% до 0%, в тому числі при резекціях шлунку - з 25% до 0%.

Таким чином, покращення результатів хірургічного лікування залежить від ранньої діагностики, своєчасного виконання, переважно, радикальних оперативних втручань та раціонального проведення інтенсивної терапії в п/о періоді.

Література. 1.Курьгін А.А., Перегудов С.И., Есютин И.Н. и др. Хирургическое лечение гастродуоденальных язв, осложненных перфорацией и кровотечением // Вестник хирургии. - 1997. - №1. - С. 20-23. 2.Лапинкас В.И. Прободные язвы с гастродуоденальными кровотечениями // Актуальные вопросы хирургии : Тез.докл. 5-ой научн. конф. 5-6 декабря 1985г. - Таллин. - 1985. - С. 20-22. 3.Пермяков В.Н., Милованкин Д.А. Диагностика и лечение кровоточащих перфоративных язв // Диагностика и лечение неотложных состояний: Тез. докл. научн.-практ. конф. - Свердловск. - 1989. - С. 13-15. 4.Подоненко-Богданова, Лиховид Н.П. Прободные гастродуоденальные язвы, сочетающиеся с другими заболеваниями. - К.: Здоров'я, 1985. - 72 с. 5.Фомин П.Д., Переш Е.Е., Пацкань Б.М. Особенности хирургической тактики при кровоточащих гастродуоденальных язвах у лиц пожилого и старческого возраста // Диагностика и хирургическое лечение заболеваний и поврежденный внепеченочных желчных протоков: Мат. респ. научн.- практ. конф. 22-23 ноября 1996 г. - Киев. - 1996. - С. 140-141. 6.Dasmahapatra K.S., Suwal W., Machiedo G.W. Unsuspected perforation in bleeding duodenal ulcers // Am. Surg. - 1988. - V.54, №1. - P. 19-21.

**Досвід лікування шлункових кровотеч виразкового генезу
Черенько М.П., Ігнатівський Ю.В., Фелештинський Я.П., Філімонюк І.В.,
Піотрович С.М., Мамонов О.В., Терешенко Ю.В.
Кафедра хірургії стоматологічного факультету НМУ**

Шлункові кровотечі мають гетерогенне походження (причин його - десятки), проте найбільш часто вони обумовлюються виразковою хворобою шлунка та 12-палої кишки, пухлинами шлунка та 12-палої кишки (рак, поліп, лейоміома), синдромом Мелорі-Вейса, стресовими виразками та ерозіями, флебектазіями при портальній гіпертензії.

До недавнього часу діагностика кровотечі і, особливо, діагностика її джерела, складала величезну трудність для хірургів через відсутність методу прямого візуального дослідження джерела кровотечі з верхнього відрізка травного каналу. Лише з впровадженням гнучких ендоскопів проблема діагностики кровотечі з шлунка та 12 палої кишки практично вирішена. Хірурги старшого покоління дуже добре пам'ятають ті тривожні години, коли вони лише на основі клінічних ознак обмірковували та формулювали вірогідний діагноз джерела кровотечі та вирішували питання тактики лікування: оперувати, чи лікувати консервативно чергового хворого з кровотечею, і якщо оперувати – то коли: зразу, чи після деякого часу спостереження та консервативного лікування. Ця невизначеність та вагання були обумовлені частою невпевненістю в правильності передбачуваного джерела кровотечі та її характеру – чи вона механічна, арозивна, чи нейротрофічна. Ці вагання посилювались всякий раз після кожної попередньої помилки в діагнозі джерела кровотечі. Звичайно труднощі в лікуванні кровотечі збереглися і після того, як хірурги отримали в свої руки ендоскопічну технологію визначення джерела кровотеч у переважній більшості хворих. Проблему складає вибір правильної лікувальної тактики зупинки кровотечі, прогностична оцінка можливості зупинки кровотечі консервативним шляхом та побудови правильного прогнозу стосовно рецидиву кровотечі в близькому майбутньому – через години чи дні після першого крововиливу. Остання трудність, мабуть, поки що може бути подалана лише організаційними мірами, а не конструюванням прогнозів на основі

клініко-патологічних показників. Організаційний шлях – це створення, існування лікувальних хірургічних центрів, в яких повсякчас і повсякденно є можливості (кадри висококваліфікованих хірургів та постійно діюча, подібно домі, операційна) надання допомоги, зокрема проведення операції хворим, яким вона необхідна або негайно, або після спроби консервативного лікування, яке знезацька унеможлиблюється виникненням рецидиву кровотечі. В лікувальних закладах, які не мають наготові всього необхідного для надання хворим з кровотечею хірургічної допомоги, на протязі всієї доби, виникають великі організаційно-технічні труднощі в лікуванні таких хворих.

Не складають тактичних труднощів в лікуванні лише механічні кровотечі, що супроводжуються важкими формами геморагічного шоку. В цих випадках лише негайне втручання з одночасними протишоковими заходами є єдиним, безальтернативним шляхом спасіння хворого.

Сучасні технології звичайно розширили наші можливості не тільки в сфері діагностики, але також і в сфері лікування кровотеч різного походження. Поряд з хірургічними механічними способами зупинки кровотечі, які нерідко самі по собі є небезпечними для знекровленого хворого, існує ряд неінвазивних консервативно-інструментальних лікувальних методів, таких, як електрокоагуляційний, кріохірургічний, хіміотерапевтичний, спосіб клейових композицій, тощо. Всі вони мають свої доволі чітко окреслені покази.

На протязі останніх 15 років в клініці серед хворих з різними ускладненнями захворювань травного каналу (переважно хворих з ускладненнями виразкової хвороби та цирозу печінки, рідше – інших хвороб) з діагнозом шлункової кровотечі поступили 107 хворих. При дослідженні в клініці цей діагноз був підтверджений лише у 93 чол., в тому числі у 60 чол. кровотеча була обумовлена хронічною виразкою шлунка та 12 палोї кишки, у 5 чол. - ерозивним гастритом., у 2 - поліпом шлунка, у 10 - пухлинами шлунка та кишечника (в тому числі у 2 – лейоміомою) у 3 чол. – гіпертонічною хворобою, та у 13 – розривом флектазій циротичного генезу.

У всіх цих людей кровотеча була гострою, але масивність її з розвитком геморагічного шоку різного ступеню тяжкості була у 53 чол.

Більшість кровотеч невиразкового генезу лікувались консервативно, окрім хворих з пухлинами травного каналу, які після їх дослідження лікувались в відстроченому порядку хірургічним шляхом. Серед хворих з кровотечею з флектазій вмерло 3 чол.

З числа хворих шлунковою кровотечею 19 чол. лікували консервативним шляхом і вони виписані без операцій. 41 хворий - оперований. У 12 з них кровотеча була з виразки шлунка та у 29 хворих – з виразки 12-палої кишки.

При ендоскопічному дослідженні ознаки свіжої кровотечі з виразки були зафіксовані в вигляді наявності згортка крові (тромба) в області виразки, чи наявності кровоточивої поверхні та крові в шлунку у 50 хворих, у всіх інших прямих ознак кровотечі виразки не було, але виразка та присутність крові в вигляді чорного калу чи мелени були виявлені.

Всім хворим розпочинали лікування з протишовкових та гемостатичних консервативних заходів, які були ефективними і дефінітивними у 19 хворого. Ще у 20 хворих вдалося кровотечу спинити, але недостатньо надійно і їх прийшлося оперувати через 1-3 дні після виведення з стану шоку, 21 чол. оперували на висоті кровотечі. Серед оперованих було 4 жінки та 37 чоловіків. У 19 хворих (46%) були гігантські виразки.

Хворим виконані такі оперативні втручання:

- резекція шлунка по Більрот I – 2 чол.;
- резекція шлунка по Більрот II в модифікації Гофмейстера-Фінстерера – 15 хворих;
- гастродуоденотомія, прошивання виразки шлунка чи 12-палої кишки зі стоволовою ваготомією – 8 чол.;
- дуоденотомія, прошивання виразки 12-палої кишки та пластика дуоденум – 6 чол.;
- екстериторизація виразки дванадцятипалої кишки з прошиванням виразки та дуоденопластиком і СПВ – 7 чол.;
- гастректомія – 1 (хворий з підозрою на малігнізовану виразку малої кривизни шлунка);
- гастротомія і прошивання виразки – 2 чол.

Летальності серед оперованих не було. Одного хворого перед оперативним втручанням з успіхом вивели з стану клінічної смерті. Наводим історію цього хворого.

Хворий Я.А.А., 30 років, інвалід війни в Афганістані – травматична ампутація передпліччя і втрата одного ока, наркоманія в анамнезі. Вступив в клініку 16.01.95 року в 7 годин ранку в стані важкого геморагічного шоку (IV ступінь) і зразу ж був взятий на операційний стіл для виведення із шоку і оперативного втручання. Під час інтубації наступила клінічна смерть. Здійснена легенево-серцева реанімація. Масивною інфузійною терапією досягнуто тиску 80 мм. рт. ст. і здійснена негайна лапаротомія. Шлунок і кишечник переповнені кров'ю. Гастродуоденотомія. Виявлена гігантська пенетруюча в підшлункову залозу виразка на задній стінці бульбарної частини 12-палої кишки діаметром 4 см, на дні якої видніється артерія діаметром 0,4 см з фонтануючою з неї кров'ю. Кров дуже розведена зниженої вязкості. Пальцеве притискання кровоточащої судини в виразковій ніші і в період тимчасової зупинки кровотечі - інтенсивне вливання крові і протишовкових розчинів. Зміщуючи з судини палець руки зроблено глибоке прошивання дна виразки і зупинка кровотечі. Оскільки стінка 12-палої кишки (задня) зруйнована на півпериметра, а передня склерозована і розсічена, резекція шлунка була безальтернативним варіантом надійного, з точки зору гемостазу, втручання. Виконана дистальна резекція біля половини шлунка з одночасною стоволовою ваготомією. Виразкова ніша з прошитою в ній гастродуоденальною артерією

тампована хоботкоподібною куксою 12-палої кишки. Операція була швидкою, закінчена при артеріальному тиску 100/60 мм рт ст. Післяопераційний період проходив гладко. Виздоровлення без ускладнень, хоч було побоювання стосовно життєздатності кори мозку, оскільки реанімація здавалась дуже довгою.

Аналізуючи з погляду сьогодення нашу тактику минулого в лікуванні хворих з гострими кровотечами можна сказати, що вона здається дещо застарілою. Сьогодні в більшості випадків можна було б обмежитися екстериторізацією виразки та прошиванням кровоточащих в ній судин, гастро- чи дуоденопластикою з наступною консервативною терапією виразкової хвороби. Але це тепер, коли є високоєфективні засоби консервативної терапії виразкової хвороби. В минулому ж після зупинки кровотечі довговіддалена мета – ліквідація виразкової хвороби – здійснювалась, або шляхом резекції, або ваготомії, якщо дозволяли стан хворого і можливості хірургів. Проте тяжкий стан у хворих часто диктував вибір для хворого більш скромної програми – найближчої мети – збереження життя хворому паліативним втручанням.

Наш досвід засвідчує, що проблему гострих шлункових кровотеч найбільш успішно можливо вирішувати в тих хірургічних установах, де є всі умови для діагностики кровотечі та оперативного лікування цих хворих всіма доступними методами на протязі всього часу доби. Такі умови, звичайно, є головним чином в спеціалізованих центрах хірургії. Але і ті хірургічні установи, що формально не мають такого призначення, можуть ефективно надавати при необхідності допомогу хворим з шлунковими кровотечами, якщо організаційно і кадрово будуть до цього завчасно підготовлені.

Місце антрумектомії з ваготомією в хірургічному лікуванні гострокровоточивої виразки дванадцятипалої кишки.

**Шепетько Є.М., Щербина М.В., Леськів Б.Б., Іванчов П.В., Мельник І.Г.
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця.
Кафедра факультетської хірургії №2**

Вступ. Кількість ускладненого перебігу виразкової хвороби ДПК, не дивлячись на успіхи комплексної консервативної антихелікобактерної терапії, має неухильну тенденцію до зростання. Найбільш загрозливим ускладненням цієї патології є кровотеча з виразки, яка спостерігається у 25% хворих [5, 7].

До теперішнього часу проводиться пошук оптимальних хірургічних втручань, які б, з одного боку, мали надійний гемостатичний ефект, а з іншого – були б радикальними по відношенню до розвитку рецидиву виразки [1, 6].

Досить добре розроблені органозберігаючі операції (ОЗО) на основі ваготомії дають гарні результати у хворих з неускладненим перебігом виразки ДПК, коли нема грубих змін в пілородуоденальній зоні – важкого стенозу, глибокої пенетрації, велетенської виразки. Вважається небезпечним застосування ОЗО у хворих з надто високою шлунковою секрецією. Кількість рецидиву виразки дванадцятипалої кишки після застосування ваготомій з дренажними операціями коливається в межах від 6 до 22% [2].

В цьому відношенні антрумектомія з ваготомією є більш надійною операцією, при якій рецидив виразки виникає в межах 0,5-1% випадків [3, 4].

Разом з тим детально не розроблені показання та умови застосування її при кровотечі з виразки ДПК, поєднанням її з іншими ускладненнями (стеноз, пенетрація) та при наявності змін в зоні дуодено-суюнального переходу.

Мета роботи полягала в okreśленні місця ваготомії з антрумектомією в спектрі хірургічних втручань при гострокровоточивих виразках дванадцятипалої кишки, з'ясування її переваг та недоліків, okreśлення функціональних результатів цього виду втручання у найближчому та віддаленому післяопераційному періоді.

Матеріали та методи. Проведений ретроспективний аналіз 516 історій хвороб пацієнтів, оперованих в клініці з 1992 по 1999 рік. За анкетними даними та результатами амбулаторних обстежень хворих проведений порівняльний аналіз післяопераційних ускладнень та стану здоров'я осіб, що перенесли антрумектомію з ваготомією.

До основної групи було віднесено 249 хворих, яким в період часу з 1992 по 1999 р.р. було виконано антрумектомію з ваготомією з приводу гострокровоточивої виразки ДПК. До контрольної групи № 1 віднесено 122 випадка виконання резекції шлунку, а до контрольної групи № 2 – 145 хворих, яким зроблено СПВ з пілоро- або дуоденопластикою.

Основна та контрольна групи рандомізовані за статтю, віком, ступенем важкості кровотечі. За анкетними даними та результатами амбулаторного обстеження оцінений стан здоров'я пацієнтів за шкалою Visick, а також післяопераційні ускладнення в найближчому та віддаленому періодах після операції.

Результати та їх обговорення. Максимальна кількість хворих, оперованих із застосуванням антрумектомії з ваготомією, припадає на вік 31-40 та 51-60 років, що пов'язано в першому випадку з високою кислотопродукцією, яка виявляється в цьому віковому періоді, а в другому – з грубими змінами ДПК на тлі тривалого консервативного лікування вже ускладненої виразкової хвороби. Кількість післяопераційних ускладнень та летальність при виконанні антрумектомії з ваготомією достовірно менша ніж при резекції шлунку (відповідно — 2,8% і 9%; $p < 0,05$).

В найближчому та віддаленому періодах ступінь диспептичних проявів та проявів постгастрорезекційних синдромів достовірно менша ($p < 0,05$), ніж у хворих, яким було виконано резекцію шлунку.

Антрумектомія з ваготомією застосовується переважно при грубих змінах пілородуоденальної зони – стенозі (116 або 53,2 % пацієнтів оперовано з застосуванням антрумектомії з ваготомією), комбінацією стенозу та пенетрації (65

або 29,8 % хворих) або велетенських виразках (7 або 3,2% хворих), рецидивній виразці ДПК після паліативних, або органозберігаючих операцій, у надмірних гіперсекреторів.

Антрумектомію з ваготомією доцільно використовувати у хворих з помірним та середнім ступенем важкості кровотечі, у відстроченому періоді.

Кращі безпосередні та віддалені результати отримані при застосуванні у вказаних випадках антрумектомії з селективною ваготомією та формуванням клапанного гастродуодено або гастроеюноанастомозу за розробленими в клініці методиками. Самопочуття хворих, яким виконана така операція, наближується до групи осіб, яким зроблено СПВ з пілоропластиком, але помітно відстає від результатів СПВ з дуоденопластиком. Оцінка за шкалою Visick стану здоров'я пацієнтів в післяопераційному періоді показала, що до групи Visick I (відмінні результати) було віднесено 30% пацієнтів, яким виконано антрумектомію з селективною ваготомією, 30% пацієнтів, яким зроблено СПВ з дренируючими операціями, 10% прооперованих із застосуванням резекції шлунку. До групи Visick II (гарні результати) віднесено відповідно 20%, 30%, 25% прооперованих. Оцінку Visick III (задовільні результати) дістали 50%, 40% та 45% хворих з вказаних груп.

Висновки. Таким чином антрумектомія з ваготомією має свої показання та певне місце в спектрі хірургічного лікування гострокровоточивої виразки пілородуоденальної зони. Вважаємо доцільним її застосування у осіб молодого та середнього віку у випадках супутнього субкомпенсованого стенозу, комбінації стенозу та важкої пенетрації, велетенській виразці, надто високій шлунковій секретії, при рецидиві виразки після інших оперативних втручань.

Перевагами методу є видалення самої виразки, збереження резервуарної та більшої частини ферментотворюючої функцій шлунку, стійке зниження кислотовиробляючої функції шлунку за рахунок гальмування нервно-рефлекторної та гуморальної фаз секретії, видалення місця культивування *Helicobacter pylori*, низька частота розвитку рецидивів виразки (менше 1%).

Література. 1. Оноприев В.И. Позиция хирурга в лечении осложненных дуоденальных язв и новые технологии // Росс. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.- 1998.- № 6.-С.27-34. 2. Витебский Я.Д. Основы клапанной гастроэнтерологии. Курган,1991.-204 с. 3.Курыгин А. А. , Румянцев В. В. Ваготомия в хирургической гастроэнтерологии. Л., Гиппократ”, 1992.- 324 с. 4. Братусь В. Д. , Фомин П. Д. , Шепетько Е. Н. Лечение больных с острым ЖКК в специализированном центре // Вестн. хирургии.- 1985.- № 4.- С. 126-129. 5. Панцырев Ю. М. , Гринберг А. А. Ваготомия при осложненных дуоденальных язвах. М., ”Медицина”.- 1988.-348 с. 6. Нестеренко Ю. А. Экстренные оперативные вмешательства при кровоточащих язвах желудка и ДПК // Клини. хирургия. – 1998.- № 8.-С. 16-18.7. Саенко В. Ф. , Кондратенко П. Г. Диагностика и лечение острых кровотечений в просвет пищеварительного канала. Рівно, 1997.-268 с.

Пилоросохраняющие и пилорускорректирующие органосберегающие операции при острокровоточащих дуоденальных язвах

Шепетько Е.Н., Заплавский А.В., Леськив Б.Б., Борисов Б.В.

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца. Кафедра факультетской хирургии №2

Введение. Ваготомия в сочетании с дренирующими операциями в настоящее время широко применяется в хирургическом лечении острокровоточащих дуоденальных язв. Вместе с тем, изучение отдаленных функциональных результатов этих вмешательств указывает на необходимость их дальнейшего совершенствования [2,5,6,7,8].

Основным недостатком органосохраняющих операций, заканчивающихся пилоропластикой, является разрушение пилорического жома, обеспечивающего порционное опорожнение желудка. Мнения о выборе рационального оперативного вмешательства разделились: одни хирурги возвратились к антрумэктомии [9,10], другие исследователи стали разрабатывать функционально выгодные операции с сохранением пилорического жома – различные виды дуоденопластики (ДП) в сочетании с ваготомией [3,4,11]. Дискутабельным остается и на сегодняшний день вопрос о возможности выполнения дуоденопластики в тех ситуациях, когда язва локализуется в непосредственной близости от привратника [1,3,4,6,10]. В связи с этим показания и технические особенности выполнения радикальных пилоросохраняющих операций у больных с разными вариантами деструктивных изменений в язве и за ее пределами при острокровоточащих дуоденальных язвах продолжает оставаться актуальной проблемой, особенно при экстренных оперативных вмешательствах [3,4,10,11].

Материал и методы. Объектом исследований послужили 1579 пациентов, оперированных в клинике по поводу острокровоточащей дуоденальной язвы за период с 1983 по 1995 год с применением органосохраняющих операций(ОСО).

Все органосохраняющие операции принципиально были разделены на два типа: пилоросохраняющие (ПСОСО - различные виды ваготомий в сочетании с пилоросохраняющей дуоденопластикой) и пилорускорректирующие (ПКОСОСО - ваготомии с пилоропластикой, с арелфлюксной клапанной пилоропластикой, с гемипилорэктомией).

Разработан алгоритм тактики и выбора способа органосберегающей операции при хирургическом лечении острокровоточащих дуоденальных язв. Последовательный анализ четырех уровней исходных и интраоперационных данных позволяет избрать в наибольшей степени функционально выгодное оперативное вмешательство.

Основной акцент сделан на применение пилоросохраняющих операций (различных видов дуоденопластики) в сочетании с СПВ или комбинированной ваготомией (КВ). Всего таких операций по поводу дуоденального язвенного кро-

вотечения выполнено 249. На высоте кровотечения – 79(31,7 %), на высоте рецидивного кровотечения лишь 29 (11,7%), а в раннем отсроченном периоде – 141(56,6%).

Предложенная классификация пилоруссохраняющих дуоденопластик включает тип (поперечная, продольная), вид (мостовидная, сегментарная) и вариант (передняя, верхняя, нижняя, на 2/3 периметра, комбинированная расширяющая, клапанная). Удельный вес этих операций возрастал от периода к периоду и в последние два года составил 19,4% при острых язвенных кровотечениях.

Разработана классификация пилорускорректирующих операций, включающая стандартные виды пилоропластик (Джадда, Финнея, Гейнеке-Микулича), нестандартные виды ее (с выведением язвы, тампонадой «килем», клапанная), гемипилорэктомия (передняя, верхняя, нижняя, с сохранением правой желудочной артерии). При ПКОРОСО стремились к созданию клапанного механизма в зоне пилоропластики, применяя разработанную в клинике клапанную пилоропластику (КЛПП), обладающую антирефлюксными и, как позднее выяснилось, и антидемпинговыми свойствами.

Результаты и их обсуждение. Отдаленные результаты операций оказались лучшими, когда КЛПП дополняли СПВ или КВ, несколько хуже, когда вынужденно прибегали к тункулярной ваготомии(ТВ). Выполнено 64 арефлюксных клапанных пилоропластики. КЛПП вместе с клапанной ДП по своим функциональным характеристикам можно отнести к пилорусмоделирующим вмешательствам (ПМОСО).

При острокровоточащих дуоденальных язвах радикальное вмешательство на язве удалось осуществить у 972(61,6%) из 1579 пациентов.

Увеличение количества оперированных в первые 24-48 часов с момента поступления при степени стабильности гемостаза Forrest IIb (тромбированные сосуды в язве) позволило уменьшить число операций на высоте рецидивного кровотечения с 16% до 12,8 %.

Отдаленные результаты прослежены в сроки от 1 до 14 лет с момента операции у 488 пациентов. Следует отметить нарастание количества отличных и хороших результатов в отдаленном послеоперационном периоде (90,7%)

После пилоруссохраняющих операций с ваготомией наблюдалось значительно меньше патологических синдромов в отдаленном послеоперационном периоде по сравнению с пилорускорректирующими. Демпинг-синдром встретился у 5,6% после ПСОСО и 13,5% после ПКОРОСО. После ПСОСО при дуоденальных язвенных кровотечениях отмечен рецидив язвы у 1,4% пациентов, по сравнению с частотой в 4,6% при ПКОРОСО.

Функциональные результаты в послеоперационном периоде оказались наилучшими после СПВ+ДП. Затем по своим функциональным характеристикам идет СПВ или КВ с КЛПП. Почти не уступает им СПВ с ГПЭ. Худшие результаты получены после ТВ с пилорускорректирующими вмешательствами. с учетом этого обстоятельства считаем тункулярную ваготомию операцией в функциональном отношении невыгодной, вынужденно применяемой лишь при крайней необходимости у лиц пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией при операциях на высоте кровотечения. сопровождающегося геморрагическим шоком.

На основании разработанных дифференцированных показаний к выбору рациональных видов органосохраняющих операций с сохранением и коррекцией пилорического жома при осложненных дуоденальных язвах нам удалось достичь снижения послеоперационной летальности при острокровоточащих язвах до 2,5%, улучшить функциональные результаты после ОСО при острокровоточащих язвах (90,6 % отличных и хороших результатов) в отдаленном послеоперационном периоде.

Таким образом, функциональное направление в неотложной хирургии язвенных кровотечений является главенствующим, хотя и очень трудным для разработки и внедрения в практическую хирургию.

Выводы. 1. Основным направлением в неотложной хирургии дуоденальных язв является функциональное органосохраняющее направление. Хирургическая тактика при острых язвенных кровотечениях должна быть активно индивидуализированной. Применение такой тактики и увеличение числа оперированных на высоте кровотечения обеспечивает снижение послеоперационной летальности при ОСО до 2,5 %.

2. Пилоруссохраняющие операции являются функционально выгодными. Применение по разработанным показаниям различных вариантов пилоруссохраняющей дуоденопластики позволяет произвести функционально выгодное вмешательство на осложненной дуоденальной язве при различной ее локализации, интактном пилорическом жоме и расположении язвенного субстрата хотя бы на 0,3 см от него.

3. Сравнительная оценка пилоруссохраняющих и пилорускорректирующих неотложных операций с ваготомией показала преимущества первых по отношению к развитию демпинг-синдрома, дуодено-гастрального рефлюкса. По степени антидемпинговых и антирефлюксных характеристик они расположены следующим образом: ПСОСО - КЛПП - ГПЭ.

4. При нарушенной функции пилорического жома, вовлечении его в язвенный инфильтрат либо рубцовом перерождении, рациональным является использование арефлюксных пилоруссохраняющих и пилорускорректирующих вмешательств.

5. Выбор рациональных функционально выгодных пилоруссохраняющих и пилорускорректирующих операций приводит к увеличению количества отличных и хороших результатов до 90,6% в отдаленном послеоперационном периоде и

сниженню числа рецидивів язви при пилорускорригуючих втручаннях до 4,6 %, а при пилоруссохраняючих – до 1,4 %.

Література. 1. велігоцький м.м., трушин о.с., комарчук в.в. нові методи хірургічного лікування шлунково-кишкових кровотеч виразкового генезу // шляхи оптимізації лікування хворих з шлунково-кишковими кровотечами .-львів, 2000.- с.34. 2.король я.а. частота рецидивів виразки після хірургічного лікування виразкових гастродуоденальних кровотеч // шляхи оптимізації лікування хворих з шлунково-кишковими кровотечами.-львів, 2000.- с.27-32. 3.короткий в.н., спицын р.ю., колосович и.в.органосохраняющие операции при язвенной болезни, осложнённой стенозом // матеріали хіж з'їзду хірургів україни - харків, 2000.- с.84-85. 4.кутяков м.г., хребтов в.а., аймагашбетов м.ж.селективная проксимальная ваготомия с иссечением язвы двенадцатиперстной кишки // хирургия.-1999.-№4.-с.-9-11. 5.панцырев ю.м., михалев а.и., федоров е.д. лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений // хирургия.-2000.-№3.-с.-21-25. 6.полинкевич б.с., бекмурадов а.р. хирургическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // гастроентерологія, вип.30. -дніпропетровськ, 2000.-с. 494-498. 7.саенко в.ф., пустовит а.а., диброва ю.а., щитов а.в. о патогенезе рецидивов дуоденальной язвы после органо-сохраняющих операций // гастроентерологія, вип.31.-дніпропетровськ, 2000.- с. 103-107. 8.шевченко б.ф. диагностика и лечение пострезекционных синдромов // гастроентерологія, вип.31.-дніпропетровськ, 2000.- с. 247-252. 9.donahue p.e. parietal cell vagotomy versus vagotomy-antrectomy: ulcer surgery in the modern era // world j.surg. - 2000. - N.3, Vol.24. - P. 264-269. 10.Horzic M, Bunoza D, Maric K. Surgical resection in the treatment of bulbostenosis // Chirurgie.- 1996.-V.121, № 6.- P. 406-414. 11.Morais E.N., Andrade J.I., Hsien C.T., Barbieri Neto J., Vicente W.V., Ceneviva R. The effect of proximal gastric vagotomy plus duodenoplasty on duodenogastric reflux // Am. Surg.- 1992.- V. 58, №10.-P. 647-650.