

ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ ВИРАЗКОВІЙ ХВОРОБІ УСКЛАДНЕНІЙ КРОВОТЕЧЕЮ

Русин В.І.

Ужгородський державний університет, м.Ужгород

Вступ. Значний прогрес досягнутий за останнє десятиліття в нашій уяві про причини виникнення, патогенезі виразкової хвороби, розробці нових, високоефективних медикаментозних засобів в терапії пептичних гастродуоденальних виразок, значно змінив відношення і підхід до хірургічних методів лікування. Сьогодні можна рахувати загальноприйнятий тезис про те, що оперативне лікування показане хворим тільки з розвинутими ускладненнями виразки, коли виникає загроза життю пацієнта. Серед таких ускладнень найбільш частим і важким для обґрунтування і вибора хірургічної тактики являються виразкові кровотечі. В теперішній час сформувалися три основних напрямлення в лікувальній тактиці при виразкових кровотечах: а) вичікувальна, консервативна; б) активна хірургічна; в) активно-вичікувальна. Прихильники кожного напрямлення достатньо аргументовано обґрунтовують свій підхід показниками летальності. Без сумніву, хірургічні втручання в відстроченому періоді супроводжуються меншою післяопераційною летальністю, ніж операції на висоті кровотечі [1].

Виходячи із цього, багато хірургів стали досить успішно використовувати ендоскопічні засоби зупинки кровотечі або закріплення гемостаза в виразці і назначенню новітніх противиразкових засобів для лікування. Чи завжди виправданий такий підхід навіть на сучасному рівні наших знань про етіопатогенез виразки і при наявності великого арсенала медикаментозних противиразкових засобів?

Матеріали і методи. На основі 20 річного досвіду лікування 967 хворих з кровоточивими гастродуоденальними виразками в хірургічній клініці ОКЛ, (враховуючи виклики в райони по санітарній авіації), ми рахуємо можливим висловити деякі припущення з приводу обґрунтування хірургічної тактики на сучасному етапі.

За вказаний час нами прооперовано 562 хворих, хірургічна активність склала 58,1%.

Ваготомію як компонент хірургічного втручання виконали у 170 (30,2%) серед них у 165 хворих на виразку дванадцятипалої кишки. Резекцію шлунка у 305 (54,3%) хворих, ушивання кровоточивої виразки у 12 (2,1%), висічення виразки у 15 (2,7%), ендоскопічні способи лікування використані у 60 (10,7%).

Нами використовувались різні методи ендоскопічної зупинки кровотечі і закріплення гемостаза в виразці, застосовувались антагоністи H₂-гістамінових рецепторів різного покоління, блокатори протонної помпи, антихолінергічні засоби, антациди і різні їх комбінації.

Результати досліджень. Наш досвід показав, що такий комплекс лікувальних заходів виявляється ефективним при невеликих і не пенетруючих виразках, коли виразкова деструкція не виходить за межі всіх шарів стінки і в подальшому уже на фоні залишеної кровотечі питання про оперативне лікування повинно вирішуватись індивідуально з урахуванням анамнестичних даних і результатів всестороннього дослідження.

У хворих з кровоточивими хронічними великими і гігантськими гастродуоденальними виразками лікувальна тактика повинна базуватись на основі оцінки локалізації поширеності виразкової деструкції, стану гемостаза, ступеня важкості кровотечі віку пацієнта. Наші спостереження показали високу ступінь ризику розвитку раннього, в протязі 1-5 діб, рецидива кровотечі у хворих з нестабільним гемостазом не дивлячись на проведення комплексу ендоскопічних і медикаментозних лікувальних міроприємств. В більш ранні терміни рецидиви кровотечі розвивались при шлунковій локалізації виразки і виразки задньої стінки пілородуоденальної зони, у пацієнтів із середньою і важкою ступенями геморагії, особливо у пацієнтів похилого і старечого віку, при виникненні кровотечі на фоні інших ускладнень виразки, як пенетрація, стенозування і їх поєднання. Тому ми не розділяємо точку зору тих авторів, які рахують, що оперативне лікування при важкому ступеню виразкової кровотечі можливе тільки після відновлення кровотрати, так як рецидив кровотечі, який виник значно знижує шанс на благоприємний наслідок екстренного оперативного втручання. По даним відомих авторів [1] операції на висоті першого рецидива кровотечі супроводжуються збільшенням післяопераційної летальності в 4, а другого- в 8 разів, досягаючи 8-20%. На основі клінічних, лабораторних, ендоскопічних даних в клініці розроблений алгоритм вибору виду оперативних втручань і термінів їх проведення.

По екстренності виконання виділяємо ранні екстренні операції, в перші 2 години з моменту госпіталізації, основна мета яких – зупинка кровотечі.

Невідкладні операції – на протязі 12-24 годин, основна ціль яких – зупинка кровотечі.

Ранні відстрочені – через 2-6 діб, оперативні втручання, основна мета яких – попередження рецидиву кровотечі. Не дивлячись на приведені три типи оперативних втручань, в залежності від стану хворого, локалізації і величини виразки, наявності пенетрації стенозування, ступеня

кровотрати, супутньої патології поряд з основною метою – зупинка кровотечі хворому одночасно можна провести лікування виразкової хвороби. А це можливо досягти тільки у випадку, якщо хірургічне лікування радикальне. Якщо хірургічне втручання носить паліативний характер і направлене тільки на зупинку кровотечі (ушивання кровоточивої виразки, висічення виразки, ендоскопічні способи лікування) питання лікування виразкової хвороби рахується не вирішеним.

Подібний підхід до лікування виразкової

хвороби дозволив нам у 84,5% випадків виконати радикальні резекції шлунка на висоті кровотечі і органозберігаючі види втручань.

Загальна летальність склала 5,3%, післяопераційна – на 562 операції – 4,3%, а серед 405 неоперованих хворих 6,6%.

Висновки. Не дивлячись на ускладнення гастродуоденальних виразок кровотечею, безпосередні кращі результати отримані при використанні активної хірургічної тактики-направленої на зупинку кровотечі і лікування виразкової хвороби.

ЛІТЕРАТУРА

1. Братусь В.Д., Фомин П.Д., Шелетько Е.Н., Козлов С.Н., Повч О.А., Федоров С.Б., Заплавский А.В. «Спорные вопросы хирургической тактики при острокровоточащих гастродуоденальных пептических язвах». В кн. Новые технологии в хирургии. Киев, 1997, с.17.

SUMMARY

SURGICAL TACTICS AT A PEPTIC ULCER COMPLICATED BY A BLEEDING

V.I Rusin

Based on 20 years expertise of treatment of 967 patients with bleeding from gastroduodenal ulcers in surgical clinic in Uzhgorod Regional hospital, including calls overv sanitarian aircraft, we consider possible to disclose some thoughts concerning the substantiation of surgical tactics at the present stage.

Despite of complications of gastroduodenal ulcers by a bleeding, best results are gained at usage of surgical tactics - which is directed on a stop of bleeding and treatment of a peptic ulcer.

