

УДК 619.33-002.44-005.1-089

І.А. Криворучко, А.В. Сивожелезов, М.О. Сикал

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА МЕДІАГАСТРАЛЬНУ ВИРАЗКУ ШЛУНКА, УСКЛАДНЕНУ КРОВОТЕЧЕЮ

Харківський національний медичний університет

Прооперовано 179 хворих на виразкову хворобу шлунка, ускладнену кровотечею. Разом із загальноприйнятими діагностичними і лікувальними методами, представлені методики, розроблені в клініці. Впровадження запропонованого лікувально-діагностичного комплексу дозволить поліпшити результати хірургічного лікування хворих з виразковою хворобою. У ранньому післяопераційному періоді спостерігається підвищення активності вільнорадикальних процесів, вмісту гострофазних білків на тлі зниження антиоксидантних ресурсів, що передбачають депресію клітин лімфоцитарної і фагоцитарної систем, ушкодження органів-мішенів та розвиток у даної категорії хворих поліорганної недостатності.

Ключові слова: виразка шлунка, кровотеча, лікування

Шлунково-кишкова кровотеча (ШКК) залишається самим грізним ускладненням, яке спостерігається у 10-15% хворих на виразкову хворобу. Кровотеча з гастродуоденальних виразок, як безпосередня причина смерті, займає перше місце у структурі летальності від виразкової хвороби та набагато перевищує за цим показником виразкові перфорації [6]. Застосування у клінічну практику потужних антисекреторних препаратів розширило можливості консервативного лікування, кількість невідкладних втручань у зв'язку з кровотечею з виразки або її перфорацією стабільно залишається на одному рівні і навіть має тенденцію до зростання [3, 7].

Виразка шлунка, ускладнена кровотечею, в 85-95% спостережень протікає на тлі хронічного гастриту різної вираженості і якісних проявів. Хронічний гастрит у свою чергу є попередньою ланкою в розвитку метаплазії, дисплазії і раку шлунку [1, 5]. Найбільш об'єктивним методом, що дозволяє достовірно судити про наявність морфологічних змін в слизовій оболонки шлунку, її локалізації і поширеності є гістологічне дослідження. Проте, при складній ургентній хірургічній ситуації або по інших об'єктивних причинах виконання гістологічного дослідження в повному об'ємі не завжди представляється можливим.

В організмі хворих на виразку шлунка, ускладнену кровотечею, виникає напруга функціонування окисидантно-антиоксидантної системи, що супроводжується посиленням окислювального метаболізму, збільшенням продукції активних форм кисню, активації

єю процесів перекисного окислення ліпідів й окислювальних модифікацій білків, здатних перебороти бар'єр антиоксидантного захисту особливо при тяжкому ступені крововтрати. Крім того, хвороба супроводжується активацією гострофазних білків та накопиченням токсичних продуктів обміну, які можуть брати участь у розвитку патологічного процесу [2, 4, 8].

Мета роботи — вивчення стану деяких показників окислювального гомеостазу, гострофазових білків у сироватці крові хворих на виразкову хворобу шлунка, ускладнену кровотечею.

Матеріал та методи

За період з 2000 по 2010 рр. прооперовано 179 хворих з медіагастральними виразками шлунку (І тип, по класифікації Johnson), ускладненими кровотечею, різного ступеню тяжкості. Чоловіків було 135, жінок 44. У віці до 60 років було 126 хворих, старше 60 років 53 хворих, тобто більшість оперованих були працездатного віку, що свідчить про соціальну значущість даної проблеми.

Під час вступу всім хворим визначали дефіцит циркулюючої крові, виконували екстрену езофагогастроскопію з оцінкою ступеня надійності місцевого гемостазу по Forrest (1974).

З метою виявлення морфологічних змін слизової оболонки шлунку в до- і інтраопераційний період хворі обстежені по запропонованій методиці (декларативний патент № 36009).

У своїй роботі дотримувалися тріступінчатої класифікації ступеня тяжкості крововтрати, яку оцінювали на сукупності клінічних і лабораторних даних.

Результати та обговорення

З 179 хворих оперованих з приводу виразкової хвороби шлунку, ускладненої гострою шлунково-кишковою кровотечею, у 32 хворих під час вступу ендоскопічно встановлено кровотеча, що продовжується, з виразки. 38 пацієнтів було прооперовано в першу добу з моменту госпіталізації в стаціонар. У відстроченому порядку, при високому ризику рецидиву кровотечі, а також при маніфестації ГШКК оперовані 55 хворих. 76 хворих прооперовані в плановому порядку після досягнення стабільного гемостазу, повного детального обстеження. Ендоскопічний гемостаз був ефективний у 6 хворих з Ia типом кровотечі по Forrest і у 12 хворих з Ib типом з 32 хворих. 18 хворим в передопераційному періоді з метою забезпечення гемостазу була виконана рентгенендоваскулярна емболізація лівої шлункової артерії. У 5 хворих досягнут остаточний гемостаз.

Вибір оперативного втручання залежав від локалізації виразки, тяжкості крововтрати, супутньої патології, віку пацієнта, змін слизової оболонки шлунку, а також чинників ризику – шоку під час вступу; вік хворого старше 60 років; наявність двох і більш супутніх захворювань; масивна крововтрата (більше 40% ОЦК); рецидив кровотечі протягом 72 годин.

Супутня патологія виявлена у 54 хворих (33,7%). Найчастіше наголошувалися захворювання серцево-судинної системи.

Найчастіше у оперованих хворих (56,8%) виразковий субстрат локалізувався в тілі шлунку. У 6 випадках спостерігалось поєднання кровотечі і перфорації виразки, у 6 пацієнтів кровотеча поєднувалася із стенозом вихідного відділу шлунку. У 10 пацієнтів спостерігалось пенетрація виразки: у 4 випадках в підшлункову залозу, у 3 хворих в мезоколон і у 3 в селезінку і ліву нирку.

При гістологічному дослідженні операційного матеріалу наголошувалися наступні тенденції у виявленні кишкової метаплазії. У періульцерозній зоні кишкова метаплазія була виявлена в 73,28% випадків. У зоні, віддаленій від виразкового дефекту на 1-1,5 см (зоні 1), кишкова метаплазія виявлялася в 71,67% ви-

падків. У зоні, віддаленій від виразкового дефекту на 2-2,5 см (зоні 2), кишкова метаплазія виявлялася в 72,9 % випадків.

32 хворим проведена резекція шлунку по Більрот I, у 15 виконана резекція шлунку по Більрот II, проксимальна резекція шлунку виконана – 5 хворим. 17 хворим виконана схова резекція шлунку по Більрот I або II. Економічні резекції шлунку з ваготомією виконані 13 хворим. 81 хворим проведено вирізання виразки шлунку з різними видами ваготомії і пілоропластиком, 12 – гастротомія, прошивка виразки шлунку, що кровоточить, гастропластика у зв'язку з крайньою тяжкістю стану хворого. У післяопераційному періоді помер 21 хворий.

З а к л ю ч е н н я

Таким чином узагальнюючи результати даного дослідження можна зробити висновок про те, кровоточиві медіагастральні виразки шлунку, в основному зустрічаються у осіб літнього віку з високим ризиком радикального оперативного втручання, підвищеним ризиком виникнення ускладнень, у таких хворих раціональною операцією в ургентній ситуації, є органозберігаючий метод лікування, з урахуванням морфологічних змін слизової оболонки шлунку. Необхідність виконання методів резекцій лікування у даної групи хворих виникає при неможливості повністю виключити малігнізацію виразки. У хворих з середнім та тяжким ступенем перебігу виразкової хвороби, ускладненої кровотечею, у ранньому післяопераційному періоді спостерігається підвищення активності вільнорадикальних процесів, вмісту гострофазних белків на тлі зниження антиоксидантних ресурсів.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕДИОГАСТРАЛЬНОЙ ЯЗВОЙ ЖЕЛУДКА, ОСЛОЖНЁННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

И.А. Криворучко, А.В. Сивожезов, Н.А. Сыкал

Прооперировано 179 больных язвенной болезнью желудка, осложнённой кровотечением. Наряду с общепринятыми диагностическими и лечебными методами, представлены методики, разработанные в клинике. Внедрение предложенного лечебно-диагностического комплекса позволят улучшить результаты хирургического лечения больных с язвенной болезнью. В раннем послеоперационном периоде отмечено повышение активности свободнорадикальных процессов на фоне снижения антиоксидантных ресурсов, что предусматривает депрессию клеток лимфоцитарной и фагоцитарной

систем, повреждение органов-мишеней и развитие у данной категории больных полиорганной недостаточности.

Ключевые слова: язва желудка, кровотечение, лечение

PECULIARITIES OF TREATMENT THE PATIENTS WITH MEDIOGASTRIC ULCER OF STOMACH, COMPLICATED BLEEDING

I.A. Kryvoruchko, A.V. Syvozhelezov, M.O. Sykal

179 patients is operated by peptic ulcer of stomach, complicated by bleeding. Original procedures, elaborated in the clinic, are presented side by side with conventional and proved themselves diagnostic and medical treatment methods. Introduction of the proposed curative-diagnostic complex would permit to improve result of surgery treatment in gastric ulcer disease. Activity of free-radical processes is increased in an early postoperative period and decrease antioxidant system. The arising depression of the lymphocytosis and phagocytosis system and develop polyorganic insufficiency.

Keywords: ulcer of stomach, bleeding, treatment

ЛІТЕРАТУРА

1. Гончар М.Г. Морфологічні зміни шлунка і дванадцятипалої кишки при виразковій хворобі з хелікобактеріозом / М.Г. Гончар, Я.М. Кучірка, О.І. Дельцова // *Клин. хирургия*. – 1999. – №1. – С. 5-6.
2. Іоффе І.Ф. Показники перекисного окиснення ліпідів у хворих з численними пептичними виразками шлунка та дванадцятипалої кишки / І.В. Іоффе // *Клінічна хірургія*. – 2004. – № 8. – С. 11-12.
3. Диагностика и лечение острого кровотечения в просвет пищеварительного канала. / В.Ф. Саенко, П.Г. Кондратенко, Ю.С. Семенюк [и др.]. – Ровно, 1997. – 384 с.
4. Сикал М.О. Вміст гострофазних білків та середньомолекулярних пептидів у хворих виразковою хворобою шлунка, ускладнену кровотечею / М.О. Сикал // *Харківська хірургічна школа*. – 2006. – № 4. – С. 13-15.
5. Чиссов В.И. Хроническая язва и рак желудка. / В.И. Чиссов, Т.А. Белоус, Г.А. Франк // *Российский онкологический журнал*. – 1997. – № 1. – С. 7-9.
6. Ширинов З.Т. Диагностика и хирургическое лечение язв проксимального отдела желудка. / З.Т. Ширинов, Я.С. Салихов, Ф.С. Курбанов // *Хирургия*. – 2004. – № 10. – С. 20-23.
7. Шорох Г.П. Язвенные гастродуоденальные кровотечения (тактика и лечение) / Г.П. Шорох, В.В. Климович. – Минск: ГИПП “Промпечать”, 1998. – 156 с.
8. Зайцев В.Т. Язвенная болезнь желудка, осложненная кровотечением / В.Т. Зайцев, А.М. Тищенко, В.В. Бойко, И.А. Тарабан. – Х., 1994. – 224 с.

Стаття надійшла 23.02.2011