



М. Д. Василюк,
С. М. Василюк, А. Г. Шевчук,
Т. П. Василик, В. М. Галюк

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ВИРАЗКОВОЇ КРОВОТЕЧІ ЗАЛЕЖНО ВІД ЛОКАЛІЗАЦІЇ ДЖЕРЕЛА

Івано-Франківський
національний медичний
університет

© Колектив авторів

Резюме. Проведене комплексне хірургічне лікування 181 хворого з виразковою хворобою шлунка і дванадцятипалої кишки, ускладненою кровотечею. Оптимальними методами невідкладної операції у хворих на кровоточиву гастродуоденальну виразку є резекція шлунка, висікання чи екстеріоризація виразки, доповнені пілоропластиком і селективною проксимальною ваготомією. Активну хірургічну тактику слід доповнювати комплексною консервативною терапією. У післяопераційному періоді необхідно застосовувати ентеральне зондове харчування.

Ключові слова: гастродуоденальна виразкова кровотеча, лікування, ентеральне харчування.

Вступ

У структурі гастроентерологічної патології виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки посідає перше місце. Так, за даними О. Хих [1], близько 2% дорослого населення Німеччини хворіє на гастродуоденальну виразку, а у Франції її частота становить 2—4%. Серед захворювань органів травлення виразкова хвороба шлунка і ДПК в Японії становить 12,2%, у Великій Британії — 15%, у США — 17—20%, у країнах Західної Європи — до 8,2% [2]. Найбільш частим ускладненням цієї патології є кровотеча, яка виникає майже в кожного 4—5 хворого і має схильність до рецидивування в 7,5—25,4% пацієнтів [3, 4].

Незважаючи на значні досягнення діагностики, методів комплексного хірургічного лікування, анестезіологічного забезпечення та трансфузіології, летальність при кровоточивій виразці сягає 10%. Це пов'язане зі зростанням захворюваності в осіб, старших 60 років (10—25%), у яких у 8,5—12,8% випадках виникають гастродуоденальні кровотечі. Якщо загальна летальність при цій патології коливається від 5 до 11%, то у хворих похилого і старечого віку у зв'язку з наявністю тяжкої супровідної патології та розвитку незворотних гемодинамічних і метаболічних змін у життєвоважливих органах і системах, сягає 40%, а у віці понад 80 років — 57% [5, 6]. У 30% пацієнтів упродовж найближчих 5 років настає рецидив кровотечі, а при повторних кровотечах його ризик підвищується до 60%.

Матеріал і методи

Нами проведено комплексне хірургічне лікування 181 хворого з виразковою хворобою шлунка і дванадцятипалої кишки, ускладненою кровотечею. У 86 з них було виявлено активну кровотечу, а у 95 — на момент обстеження кровотеча зупинилася самостійно чи під дією ендоскопічної і консервативної терапії. Серед хворих першої групи гемостатичний ефект у найближчі години

був отриманий у 33 (38,4%) випадках. На висоті кровотечі були виконані екстрені й термінові операції у 36 (41,9%) хворих. У 17 (19,8%) пацієнтів, незважаючи на високий ризик продовження кровотечі чи високий ризик нестабільної її зупинки, оперативні втручання не проводилися через категоричну відмову хворих. В 11 з них спостерігалися тяжкі супровідні захворювання. Серед 95 хворих другої групи рецидив кровотечі настав у 26 (27,4%) випадках. У 4 (4,2%) з них були виконані екстрені операції, а у 22 (23,1%) — термінові. Планові операції були зроблені у 38 (20,9%) хворих.

На нашу думку, активну хірургічну тактику недоцільно протиставляти комплексній консервативній терапії. Ці методи повинні доповнювати один одного і виконуватися згідно із чітко визначеними показаннями.

Показаннями до виконання невідкладної операції були: вік хворого більше 60 років; 3—6-та доба після ендоскопічного кліпування кровоточивої судини на дні виразки; кровотеча з екстраорганної чи інтрамуральної судини; кровотеча з виразки кута шлунка; кровотеча з виразки, яка локалізується на великій чи малій кривизні шлунка; кровоточива виразка кардіального відділу шлунка; кровотеча з виразки верхньозадньої чи нижньозадньої поверхонь ДПК; інтенсивна кровотеча на момент ендоскопічного огляду; рецидив кровотечі; поєднання кровотечі з виразки та інших ускладнень.

Хворих із тяжкою супровідною патологією лікували консервативно з неодноразовим застосуванням заходів загального і ендоскопічного гемостазу. Питання про необхідність операції вирішувалося залежно від ефекту проведеної гемостатичної терапії. Серед цих хворих у 3—4 рази частіше траплялися рецидиви кровотечі, які вимагали екстренного оперативного втручання. Хворих із коротким або відсутнім виразковим анамнезом і неглибокими дуоденальними виразками розміром до 0,8 см, які не кровоточили на



момент клінічного обстеження, лікували консервативно з наступною реабілітацією в гастроентерологічному відділенні.

Висікання виразки проводили при тяжкому загальному стані пацієнта або наявності супровідної патології, що ускладнювала перебіг післяопераційного періоду, екстеріоризацію кровоточивої виразки виконували при локалізації джерела на задній та верхньозадній стінках ДПК. Резекція шлунка була операцією вибору при його кровоточивих виразках, великих і гігантських виразках, при поєднанні кровотечі з іншими ускладненнями. Прошивання судини в дні виразки не проводили через низьку ефективність цієї операції і високу ймовірність рецидиву кровотечі в післяопераційній періоді. Ендоскопічне кліпування кровоточивої судини застосовували тільки з метою підготовки до оперативного втручання, оскільки цей метод не дозволяв провести кінцевої зупинки кровотечі.

Результати дослідження та їх обговорення

Серед 40 пацієнтів, прооперованих в екстремому порядку, померли 3 (7,5%). Серед 22 хворих, яким були виконані термінові операції, помер 1 (4,5%). Серед 38 хворих, прооперованих у плановому порядку, післяопераційної летальності не спостерігалось. Після оперативних втручань, виконаних у плановому порядку, зафіксовано мінімальну кількість ускладнень. Загальна післяопераційна летальність становила 5,7%. Серед 4 померлих хворих, у двох летальний кінець настав через гіповолемічний шок та тяжку супровідну серцеву патологію, у двох — від рецидиву кровотечі.

При виборі тактики комплексного хірургічного лікування хворих із кровоточивою виразкою враховували насамперед їх загальний стан, показники гемодинаміки, інтенсивність кровотечі, наявність супровідної патології, вік хворих, результати ЕГДФС.

Паралельно були визначені критерії прогнозу рецидиву кровотечі, важливими показниками яких були: інтенсивність крововтрати; біохімічні та імунологічні показники (в'язкість крові, коагулограма, ОЦК, зміни загального білка та білкових фракцій диск-електрофореграми в ПААГ); наявність інтенсивної кровотечі на момент обстеження, або травмованих судин в дні виразки з незначною кровотечею або її відсутністю; локалізація, розмір і глибина виразки та можлива ерозія анатомічно розміщеної великої судини на дні виразки, пенетрація виразки та прикриття судини пухким тромбом.

Із урахуванням вище перелічених критеріїв лікування розпочинали з комплексної консервативної терапії. Хворим проводили термінову ЕГДФС для виявлення локалізації джерела й інтенсивності кровотечі та застосування місце-

вої гемостатичної терапії. При цьому проводили зрошення кровоточивої виразки 5% розчином ϵ -амінокапронової кислоти, введення 0,5—1,0 мл 0,1% розчину адреналіну на 15—20 мл 0,25% розчину новокаїну. У 10 хворих виконували діатермокоагуляцію і накладали плівкоутворюючі аерозолі (ліфузол, гастрозоль та інші). У 26 пацієнтів для зупинки кровотечі проводили ендоскопічне кліпування кровоточивої судини в дні виразки з наступним оперативним втручанням.

Паралельно призначали гемостатичні препарати. При середньому і тяжкому ступенях крововтрати застосовували інгібітори протеаз. При легкому ступені крововтрати проводили переливання 500—1000 мл сольових розчинів. При зупинці кровотечі та задовільних гемодинамічних показниках, як правило, проводили тільки гемостатичну терапію та активне спостереження за хворими.

При дуоденальних кровотечах у хворих із середнім ступенем крововтрати при Форест I—II (при відмові від оперативного лікування) з першого дня призначали H_2 -гістаміноблокатори — фамотидин внутрішньовенно по 40 мг за добу, при кровотечі Форест-II і Форест-III, разом із застосуванням фамотидину, перорально призначали антациди: альмагель, маалокс та інші в загальноприйнятій дозах.

Усім хворим із кровотечею постійно проводили місцеву гіпотермію надчеревної ділянки та промивання шлунка холодною водою чи фурациліном (1:5000) через назогастральний зонд.

У плановому порядку виконувалися оперативні втручання з приводу виразкової хвороби дванадцятипалої кишки. Оперативні втручання проводили, коли компенсаторні механізми ще не були вичерпані, а гемодинамічні показники були задовільними, що дозволяло уникнути післяопераційних ускладнень та знизити післяопераційну летальність. У більшості пацієнтів з виразкою ДПК, ускладненою кровотечею, проводилися органозберігаючі операції: висічення виразки з пілоропластикою або екстеріоризація її з пілоропластикою.

У післяопераційному періоді корекція показників гомеостазу у хворих із виразковою кровотечею, які були оперовані в невідкладному порядку, мала свої особливості. Передопераційна підготовка та замісна інфузійна терапія у цих хворих неспроможні адекватно відкоригувати водно-електролітний, білковий баланс, порушення кислотно-лужного стану, відновити крововтрату та киснево-транспортну функцію крові. Тому в ранньому післяопераційному періоді ми продовжували інтенсивну терапію, спрямовану на ліквідацію гіповолемії та наслідків гіпоксії життєво важливих органів та систем. Максимальна компенсація крововтрати під час операції та в післяопераційному періоді дозволяла уникнути ускладнень і виникнення кровотечі зі стресових



виразок. Із метою покращення білкового обміну, моторно-евакуаторної функції, корекції метаболічних розладів, покращення репаративних можливостей організму та запобігання арозивним кровотечам у 38 хворих застосовували ентеральне харчування за розробленою схемою через назоінтестинальний зонд, який вводили в тонку кишку під час оперативного втручання. З цією метою застосовували вже в першу добу введення 200—400 мл ізотонічного розчину натрію хлориду, а з другої доби крапельно вводили протеїни, білкові гідролізати, м'ясні відвари та харчові суміші, з 3—4 доби — бульйони, протерті супи, дитячі суміші, яйця, молоко тощо.

Таким чином, тільки комплексний підхід до лікування хворих на виразкову хворобу, ускладненою кровотечею, з урахуванням білкового обміну, функціонального стану печінки дозволяло досягти значного зниження післяопераційної летальності — до 5,7%.

Висновки

1. Найбільш оптимальними методами невідкладної операції у хворих на кровоточиву гастродуоденальну виразку є резекція шлунка, висікання чи екстеріоризація виразки, доповнені пілоропластиком і селективною проксимальною ваготомією. Активну хірургічну тактику слід доповнювати комплексною консервативною терапією.

2. При профузній кровотечі і наявності в дні виразки кровоточивої судини методом вибору є кліпування судини з наступним відтермінованим хірургічним оздоровленням, а в разі неможливості його виконання — невідкладна операція.

3. Вибір методу оперативного втручання в кожному випадку є індивідуальним і залежить від локалізації джерела кровотечі, тяжкості крововтрати та супровідної патології. Після кінцевої зупинки кровотечі з метою лікування постгеморагічної анемії, покращення білкового спектра крові та репаративних можливостей організму необхідно застосовувати ентеральне зондове харчування.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Кровотеча з хронічної виразки дванадцятипалої кишки у хворих похилого та старечого віку* / Ф.Г. Кулачек, О.І. Івашук, В.Д. Фундюк, Л.Д. Гаєвський // *Клінічна хірургія*. — 2000. — №1. — С. 57—59.

2. *Мамчич В.И.* Лечение острых гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии / В.И. Мамчич, Н.Н. Гвоздяк, З.З. Паразий // *Хирургия*. — 1997. — №9. — С. 12.

3. *Хірургічна тактика при гастродуоденальних виразкових кровотечах та лікування постгеморагічних анемії* / М.Д. Василюк, А.Г. Шевчук, М.І. Яворський [та ін.] // *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія «Медицина»*. — 2001. — Вип. 14. — С. 124—126.

4. *Jonson D.* Peptic ulcer disease: causes, risk factors and recurrence / D. Jonson, G. Morrelli, G. Wild // *Canadian J. of Diagnostic*. — 1991. — Vol. 8, № 12. — P. 129—133.

5. *Kubba A.K.* Reduced long-term survival following major peptic ulcers haemorrhage / A.K. Kubba, C. Choudhary, C. Rajgopal // *Brit. J. Surg.* — 1997. — Vol. 84, №2. — P. 265—268.

6. *Lux J.* Peptisches Ulkus — new Tendenzen / J. Lux // *Fortsehr. Med.* — 1986. — 104, N. Jonderheft III. — P. 891—892.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОГО ЯЗВЕННОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ИСТОЧНИКА

*М. Д. Васильюк,
С. М. Васильюк, А. Г. Шевчук,
Т. П. Василик, В. М. Галюк*

FEATURES OF TREATMENT OF GASTRODUODENAL ULCER BLEEDING, DEPENDING ON THE LOCATION OF THE SOURCE

*M. D. Vasylyuk, S. M. Vasylyuk,
A. G. Shevchuk, T. P. Vasylik,
V. M. Galyuk*

Резюме. Проведено комплексное хирургическое лечение 181 больного с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением. Оптимальный метод неотложной операции у этих больных — резекция желудка, иссечение или экстеріоризация язвы, дополненные пилоропластиком и селективной проксимальной ваготомией. Активную хирургическую тактику следует дополнять комплексной консервативной терапией. В послеоперационном периоде необходимо использовать энтеральное зондовое питание.

Ключевые слова: *гастродуоденальное язвенное кровотечение, лечение, энтеральное питание.*

Summary. The complexes surgical treatment of 181 patients with ulcer diseases of stomach and duodenum which complicated of bleeding was performed. The optimal method of urgent operation in this patients are resection of stomach, excision of ulcer or exteriorization of ulcer with pyloroplasty and selective proximal vagotomy. The active surgical tactic have to be complement of complexes conservative therapy. In postoperative period have be use enteral food taking.

Key words: *gastroduodenal ulcers bleeding, treatment, enteral food taking.*