



В.А. Шуляренко,
Я.П. Фелештинський,
М.Д. Бондаренко,
Л.В. Шуляренко, Ю.Б. Минин

ДЕЯКІ ПИТАННЯ СТАНДАРТИЗАЦІЇ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКОВИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ КРОВОТЕЧ

Національна медична академія
післядипломної освіти
імені П.Л.Шупика,
м. Київ,

Резюме. Проведено аналіз лікування 253 хворих з виразковими шлунково-кишковими кровотечами, розглянуті питання стандартизації діагностики і лікування виразкових шлунково-кишкових кровотеч. Післяопераційна летальність складала 2,7 %.

Національний медичний
університет імені
акад. О.О.Богомольця, м. Київ

Ключові слова: шлунково-кишкові кровотечі, консервативне і хірургічне лікування.

© Колектив авторів

Вступ

Проблема виразкових шлунково-кишкових кровотеч (ВШКК) вже на протязі десятиріч залишається однією із самих актуальних. Лікування хворих з гастродуоденальними кровотечами виразкового генезу, незважаючи на впровадження в практику нових хірургічних, ендоскопічних і медикаментозних методів лікування, є однією з найбільш складних проблем сучасної хірургії, особливо у хворих з тяжким ступенем крововтрати і вираженими супутніми захворюваннями життєво важливих органів і систем, для яких ризик операції часом суттєво перевищує ризик кровотечі, що вже була.

Виконані в таких випадках «операції відчаю» супроводжуються післяопераційною летальністю до 30-50 %. За даними С.Ф. Багненка, В.Г. Вербицького [1] летальність при рецидиві кровотечі в стаціонарі досягає 11 %, при тяжкому ступені крововтрати – 37 %, в групі з високим ризиком операції – 28 %.

На сьогоднішній день очевидно, що подальше зростання оперативної активності у хворих з виразковою кровотечею не дозволить суттєво покращити результати лікування. На жаль, кількість хворих з гастродуоденальними кровотечами невинно зростає, що пов'язано зі зростанням в країні людей старших вікових груп, нерегулярними консервативним лікуванням або його неефективністю [3, 10]. В резолюції Всеросійської конференції хірургів «Сучасні проблеми невідкладного і планового хірургічного лікування хворих на виразкову хворобу шлунку і дванадцятипалої кишки» (2003) визнано, що захворюваність на виразкову хворобу не має тенденції до зменшення, а частота ускладнених форм в останні роки зросла [2, 11]. За останні 10-15 років намітилась стійка тенденція до зниження кількості планових операцій в 2-2,5 рази. В спеціалізованих хірургічних відділеннях ця динаміка ще більш виражена – в 6-12 разів, а кількість хворих, що

потребують госпіталізації в зв'язку з кровотечею, продовжує зростати, і летальність в цій групі в 10-12 разів вища, ніж при плановому лікуванні виразкової хвороби [5, 7-9, 12, 13].

Незважаючи на успіхи медикаментозного лікування, тяжкий перебіг виразкової хвороби, кількість рецидивуючих кровотеч, що супроводжуються ускладненнями захворювання, часто не дозволяють прийняти однозначне рішення щодо тактики лікування.

Найефективнішим визнано комплексний підхід до проблеми лікування хворих з ВШКК: 1) лікування в реанімаційному відділенні; 2) цілодобова ендоскопічна діагностика для раннього виявлення джерела кровотечі; 3) застосування комбінованих методів закінченого ендоскопічного гемостазу; 4) проведення медикаментозного лікування відразу після зупинки кровотечі [2, 6, 9].

Мета роботи

Поліпшення результатів хірургічного лікування хворих на ускладнені післяопераційні гастродуоденальні виразки шляхом розроблення раціональної хірургічної тактики з вибором оптимальних методів оперативного лікування, яка базується на діагностиці патофізіологічних змін в оперованому шлунку і дванадцятипалої кишки.

Матеріали та методи досліджень

Проаналізовано результати лікування 253 хворих, які госпіталізовані в клініку з ВШКК. Чоловіків було 172 особи, жінок – 81. Середній вік хворих – $56,8 \pm 3,1$ роки. У 169 (66,7 %) хворих кровоточива виразка локалізувалась в дванадцятипалій кишці (ДПК), у 74 (29,4 %) – у шлунку, поєднання виразок мало 6 осіб (2,3 %), виразка гастроентероанастомозу чи пілоропластики – у 4 (1,5 %).

Діагностика ВШКК, окрім клінічного огляду, у всіх хворих за виключенням терміналь-

ного стану, передбачала проведення езофагогастроуденоскопії (ЕФГДС) і лабораторних досліджень.

ЕФГДС при тяжкій виразковій кровотечі повинна бути виконана в екстремий термін відповідно тяжкості стану хворого на протязі 2 годин після поступлення в стаціонар.

Критерії віднесення хворих з ВШКК до групи «тяжка» наступні:

- 1) вік старше за 60 років;
- 2) не однократне блювання малозміненою кров'ю, «кофейною гушею» чи мелена;
- 3) колапс, втрата свідомості;
- 4) тахікардія – частота серцевих скорочень більше 100 ударів за хвилину;
- 5) гіпотензія – систолічний тиск менше 100 мм. рт. ст.;
- 6) концентрація гемоглобіну крові менше 100 г/л;
- 7) поступлення мало зміненої крові («кофейна гуша») по шлунковому зонду;
- 8) наявність супутніх захворювань в суб- і декомпенсації, що потребують невідкладних лікувальних заходів, чи безпосередньо загрожуючи життю хворого;
- 9) наявність 4 і більше із перерахованих ознак дозволяє діагностувати у хворого тяжку ВШКК і направити його у відділення реанімації та інтенсивної терапії (ВРІТ) для подальшого обстеження і лікування;
- 10) хворі, що знаходяться в критичному стані з нестабільними показниками гемодинаміки, направляються у ВРІТ чи операційну, де на тлі інтенсивної терапії проводиться комплекс діагностичних заходів, в тому числі – невідкладна лікувально-діагностична ЕФГДС чи операція;
- 11) хворі з тяжкою ВШКК переміщуються по стаціонару тільки на каталці;
- 12) інші пацієнти відносяться до групи «нетяжка ВШКК» і підлягають обстеженню в умовах невідкладної медичної допомоги і кабінету ФГДС, а в подальшому більшості з них показано лікування в профільному хірургічному відділенні.

Тяжкість стану хворих оцінювали за шкалою SAPS (Simplefied Acute Physiological Score) [4].

У 76 (30 %) виявлено супутні захворювання (серцево-судинні, неврологічні, цукровий діабет, гепатит, цироз, гігантська післяопераційна грижа з ожирінням III ступеня). Визначено, що кількість хворих на цукровий діабет 2 типу з віком збільшується, максимальна кількість оперативних втручань з приводу виразкової кровотечі у них припадає на середню вікову категорію.

Вкрай важливим є визначення ступеня крововтрати: легка, середня, важка. Якщо від початку крововтрати минуло 12 і більше годин, об'єм крововтрати доцільно розраховувати за формулою Мура:

$$V = P \times q \times (Ht_1 - Ht_2) / Ht_1$$

Примітка: V – об'єм крововтрати (мл/кг); q – емпіричне число, яке показує середню кількість крові в 1 кг маси тіла людини (для чоловіків – 70 мл/кг, для жінок – 65 мл/кг); Ht₁ – гематокритне число в нормі (для чоловіків – 45, для жінок – 40); Ht₂ – гематокритне число хворого.

Визначення ступеня тяжкості крововтрати та об'єму інфузійно-трансфузійної терапії, а також вибір хірургічної тактики ґрунтувався на клінічних і лабораторних даних (кількість еритроцитів, рівень гемоглобіну, гематокрит, показники загортальної системи крові, рівень глюкози крові, загальний білок, загальний білірубін, група крові і резус – приналежність, артеріальний тиск, пульс, об'єм циркулюючої крові, ЕКГ).

Нами в групі із 48 хворих (18,9 %) крім базисної консервативної терапії застосовували «Транексам» як антисекреторний і гемостатичний препарат. Використання транексамової кислоти у хворих з виразковими кровотечами обумовлено порушенням тромбоембологенезу і підвищенням фібринолізу в умовах підвищення кислотності шлункового вмісту. Соляна кислота порушує формування тромбів шляхом інгібування агрегації тромбоцитів і посилення їх дезагрегації, а також прискорює тромболізіс за рахунок кислотоутворюваного пепсинового механізму [1]. Постгеморагічні порушення в системі гемостазу при тяжкому ступеню крововтрати характеризуються не лише гіпокоагуляцією, а й зниженою активацією фібринолізу в 40 % хворих з виразковими кровотечами [1]. Препарат вводимо внутрішньовенно по 750 мг (10 мг/кг маси тіла) на 200 мл фізіологічного розчину 3 рази на добу протягом 1-3 доби через шлунковий зонд 750 мг препарату на 50 мл фізіологічного розчину 3 рази на добу. Розчин для зондового введення готується із таблетованої форми препарату транексамової кислоти безпосередньо перед введенням.

Для визначення джерела кровотечі проводили діагностичну і лікувальну ендоскопію. Ендоскопічна діагностика джерела кровотечі дає змогу встановити, крім клініко-лабораторних ознак тяжкості кровотечі, ступінь ризику рецидиву кровотечі.

Результати досліджень та їх обговорення

Консервативне лікування. Згідно статистики, близько 70 %, а центрах ШКК 90-93,5 % хворих з кровотечею із стравоходу шлунку і ДПК, лікуються консервативним методом із застосуванням ендоскопічного гемостазу. Методика показана у всіх випадках легкого ступеня кровотечі, у хворих з хронічною виразкою шлунку і ДПК, а також у багатьох пацієнтів, які перенесли кровотечу середнього



ступеня важкості за умови стабільного гемостазу. Усі можливості неоперативних методів зупинки кровотечі необхідно використовувати у хворих IV, V груп ризику за класифікацією АСА незалежно від причин кровотечі. Консервативне лікування включає в себе ендоскопічні методики, застосування зонда Блекмора (при кровотечі із варикозно розширених вен стравоходу), інфузійну і трансфузійну терапію, прокоагулянти, препарати, що діють на центральну і периферійну гемодинаміку, речовини, що знижують шлункову секрецію, антигіпоксанти та інше. У разі тяжких кровотеч доцільно використовувати «Перфторан», «Ронколейкін» для корекції постгеморагічної імуносупресії, а також як імунomodulatory цитокінового ряду, інфузійні антигіпоксанти («Реамберін», «Мафусол»). Досвід свідчить, що місцевий плазмово – тромбоцитарний гемостаз можливий лише за рівня рН шлунка 6,0 і вище, що запобігає лізису тромба у виразковому дефекті та рецидиву кровотечі. Найбільшого анти секреторного ефекту досягали завдяки застосуванню комбінації інгібіторів протонної помпи («Лосек», омепразол), блокаторів H_2 – гістамінових рецепторів («Квамател», нізатидин) і сандостатину чи окреотиду. Мінімальна тривалість застосування такої схеми внутрішньовенно становила 3 доби. Незалежно від схеми, з якої було розпочато лікування, з 4-ї доби пацієнтам призначали *per os* омепразол в добовій дозі 80-120 мг.

При виявленні інфікування *Helicobacter pylori* (цитологічним або уреазним тестом) хворим додатково до омепразолу призначали кларитроміцин в дозі 500 мг 2 рази на добу та амоксицилін у дозі 1000 мг 2 рази на добу. Проводили корекцію коагуляційних змін залежно від зміни показників коагулограми.

За даними ендоскопічного дослідження ступінь кровотечі у виразці встановлено: Форест I – у 35 (14,8 %) хворих, Форест II – у 151 (64,2 %), Форест III – у 67 (28,5 %).

Ендоскопічні методи гемостазу (аргоново-плазмозна коагуляція, інжекційні, кліпування або поєднання цих методик) застосовували для тимчасової, а в окремих випадках, для остаточної зупинки кровотечі. Безпосередня ефективність лікувальної ендоскопії при кровотечі становила 94,7 %.

Застосування транексамової кислоти в комплексному консервативному лікуванні масивних виразкових кровотеч дало змогу знизити частоту рецидивів з 20 % до 10 % в дослідній групі й, відповідно, оперативна активність знизилась з 18 до 10 %. Відзначено тенденцію до зниження загальної летальності з 12 до 5 %. Під час дослідження побічних ефектів і тромбоемболічних ускладнень при використанні транексамової кислоти не було.

Протокол лікувальної тактики при неефективності ендоскопічного гемостазу.

Показами до оперативного лікування є:

а) кровотеча, що триває, і неможливість ендоскопічного гемостазу по різних причинах (відсутність технічної можливості, неможливість локалізувати джерело);

б) рецидивуюча кровотеча в стаціонарі після ендоскопічної зупинки.

Основна задача оперативного втручання при ВШКК полягає в спасінні життя хворого шляхом виконання адекватного стану хворого об'єкту операції, що дозволяє відсторонити джерело кровотечі, забезпечити надійний гемостаз і, по можливості, вилікувати від виразки шлунку, ДПК чи гастроентероанастомозу.

Необхідно надавати перевагу органоощадним операціям. Невідкладну операцію (до 2 годин) провели 14 хворим з профузною кровотечею, а також з масивною кровотечею, при якій консервативна терапія у комбінації з ендоскопічним гемостазом виявилась неефективною, у разі рецидиву кровотечі в стаціонарі, у разі поєднання кровотечі з перфорацією. Хворим, які перебувають у вкрай тяжкому стані, можливо проведення паліативних операцій – висічення або прошивання виразки (6 хворих). У 8 пацієнтів виконано резекцію шлунку за Більрот II у різних модифікаціях. Летальність у групі становила 26,6 % (померло 5 хворих). Основною причиною смерті була гостра кровотеча, геморагічний інсульт.

Невідкладну операцію (до 12-24-48 годин) виконали 25 хворим при нестійкому гемостазі FII A, FII B і тяжкій і середньо тяжкій крововтраті після попередньої інтенсивної підготовки; при тяжкому стані хворих (від 1 до 13 балів за шкалою SAPS); локалізації виразки діаметром понад 2 см на малій кривизні і задній стінці ДПК. При кровоточивій виразці шлунку виконували радикальну операцію – резекцію шлунку, у хворих, які перебували у вкрай тяжкому стані – паліативну операцію: висічення чи прошивання виразки. При кровоточивій виразці ДПК на висоті кровотечі по можливості виконували органзберігаючу операцію – дуоденопластику з висіченням або екстатериторизацією (у фазі пенетрації) виразки, доповненою ваготомією [3]. У відстроченому періоді або планово – класична резекція 2/3 шлунку за Більрот II у модифікації Гофмейстера-Фінстерера, а при низькій дуоденальній виразці – в модифікації Бальфура [3].

Операцією вибора при кальозній виразці шлунка є резекція шлунка. При кальозних виразках ДПК з явищами стенозу можлива ваготомія з дренуючими шлунок втручаннями [2], альтернативна операція – резекція шлунка [6]. При залуковичних виразках ДПК, ускладнених кровотечею, необхідно застосовувати



дренуючу шлунок операцію з прошиванням кровоточивої виразки. Можливе застосування ваготомії з пілоропластиком при кровоточивій дуоденальній виразці, поєднаній з неускладненою виразкою шлунка. При пептичній виразці шлунок-кишкових з'єднань бажано виконувати ствову ваготомію з прошиванням виразки [6]. В плановому випадку операція повинна виконуватись з урахуванням стану і характеру шлункової секреції. Паліативні втручання у вигляді прошивання та висічення виразки допустимі у хворих, які знаходяться по різних причинах у вкрай тяжкому стані [10].

Після радикальних органозберігаючих операцій з прошиванням кровоточивої виразки і паліативних операцій з приводу ВШКК показана інфузійна антисекреторна терапія.

Враховуючи розвиток постгеморагічного і післяопераційного імунодефіциту при тяжкій крововтраті і рецидиву виразкової хвороби, доцільне проведення в ході оперативного втручання антибіотикопрофілактики цефалоспорином II покоління або фторхінолоном і метронідазолом.

Питання про планові операції (у 32 хворих) при ВШКК вирішували індивідуально після корекції післяопераційної гіпоксії, компенсації порушень органів і систем (на 12-14-у добу після зупинки кровотечі, за наявності додаткових ускладнень виразки пілородуоденальним стенозом, малігнізації виразки шлунка, множинних виразок, поєднаних виразок). Після планових операцій зафіксовано мінімальну кількість ускладнень – 0,8 %.

Для поліпшення репаративних можливостей організму, запобігання ерозивних кровотеч, покращення моторно-евакуаторної функції, корекції метаболічних розладів у післяопераційний період у 47 хворих застосовували ентеральне череззондове харчування за допомогою запропонованого зонду [6]. Вже у першу добу після операції проводили череззондове крапельне введення 200-400 мл ізотонічного розчину натрія хлориду, починаючи з 2-ї доби вводили протеїни, м'ясні відвари та харчові суміші, а з 3-4-ї доби – бульйони, дитячі суміші, яйця, молоко, протерті супи тощо.

Найвищий рівень летальності спостерігався при операціях на висоті кровотечі – 26, 6 %, при невідкладних операціях – 15,2 %, при планових операціях – 3,9 %. Загальна летальність становила 2,4 %.

Висновки

1. У хворих на виразкову хворобу, ускладнену кровотечею, найбільш ефективною тактикою лікування є активна індивідуально-раціональна тактика.

2. Важливе місце у лікуванні гострої виразкової кровотечі займає лікувальна ендоскопія, однак вона не є альтернативою оперативному втручання. Вона може розглядатись як спосіб тимчасової зупинки кровотечі перед відстроченою операцією або як спосіб підтримки стійкого гемостазу при комплексній консервативній терапії у пацієнтів групи високого ризику операції.

ЛІТЕРАТУРА

1. Багненко С.Ф. Антифибринолитическая терапия в комплексном лечении массивных язвенных желудочно-кишечных кровотечений / С.Ф. Багненко, В.Г. Вербицкий // Хирургия. – 2011. – № 4. – С. 42-45.
2. Березницький Я.С. Стандарти організації та професійно орієнтовані протоколи надання медичної допомоги хворим з невідкладною хірургічною патологією органів живота : [довідник лікаря] / Я.С. Березницький, П.Д. Фомін Київ, 2010. – 470 с.
3. Гринев М.В. Конференція «Состояние экстренной хирургической помощи в Санкт – Петербурге» / М.В. Гринев, Ю.В. Плотников // Вести Хирургии. – 2012. – Том 121, № 3. – С. 102-105.
4. Лебедев Н.В., Язвенные гастродуоденальные кровотечения. / Н.В. Лебедев, А.Е. Климов // – М. : Бином, 2010. – 175 с.
5. Лебедев Н.В., Лечение больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями / Н.В. Лебедев, А.Е. Климов // Хирургия. – 2009. – № 11. – С. 10-13.
6. Особливості лікування гастродуоденальної виразкової кровотечі залежно від локалізації джерела / М.Д. Василюк, С.М. Василюк, А.Г. Шевчук, Т.П. Василюк, В.М. Галюк // Харківська хірургічна школа. – 2010. – № 6 (44). – С. 108-110.
7. Пат. на корисну модель України № 23106. Зонд для ентерального харчування при захворюваннях шлунок-кишкового тракту. / Шуляренко В.А., Негря Є.В., Журавський В.К., Шуляренко О.В. опубл. 10.05.2007, Бюл. № 6, с. 61.
8. Протоколы организации лечебно-диагностической помощи при неварикозных желудочно-кишечных кровотечениях (из хронических язв желудка, двенадцатиперстной кишки и пептических язв гастроэзофагальных анастомозов) (проект) / М.П. Королев // Вестник хирургии. – 2012. – Том 171, № 5. – С.94-101.
9. Резолюция всероссийской конференции хирургов. Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. (Саратов, 25-26 сентября, 2003)/ Хирургия. – 2004. – № 3. – С. 86-87.
10. Синенченко Г.И., Хирургические проблемы неотложной гастроэнтерологии. / Г.И. Синенченко, С.Ф. Багненко, А.А. Курьгин. – М.: Тис., 2009. – 520 с.
11. Тактика і перспективи лікування хворих з виразковими гастродуоденальними кровотечениями / В.А. Шуляренко, Я.П. Фелештинський [та ін.] // Хірургія України. – 2012. – № 2. – С. 30-34.
12. Cluod I.L., Systematis infraanexamic aid for upper gastrointestinal bleeding / I.L. Cluod, S.I. Klingenberg, S.E. Langholz // Dng. Aliment.Pharm.Ther. – 2008. – Vol. 27, № 9. – P. 752-758.
13. Steigmann G.V. Endoscopic approaches to upper gastrointestinal bleeding // Ann.Surg. – 2006. – Vol. 72., № 2. – P. 111-115.



НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ
СТАНДАРТИЗАЦИИ
ХИРУРГИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННЫХ
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ
КРОВОТЕЧЕНИЙ

*В.А. Шуляренко,
Я.П. Фелештинський,
М.Д. Бондаренко,
Л.В. Шуляренко,
Ю.Б. Минин*

SOME QUESTIONS OF
STANDARTIZATION
OF ULCERAL
GASTROINTESTINAL
BLEEDING SURGERY

*V.A. Shuliarenko,
Y.P. Feleshtinskiy,
M.D. Bondarenko,
L.V. Shuliarenko, Y.B. Minin*

Резюме. Приведен анализ лечения 253 больных с язвенными желудочно-кишечными кровотечениями. Рассмотрены вопросы стандартизации диагностики и лечения язвенных желудочно-кишечных кровотечений. Послеоперационная летальность – 2,4 %.

Ключевые слова: *язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, желудочно-кишечные кровотечения, консервативное и хирургическое лечение.*

Summary. This article has an analysis of treatment of 253 patients with ulceral gastrointestinal bleeding. The questions of diagnostic standartization and treatment of gastrointestinal bleeding were discussed. Postoperative death rate was 2,4 %.

Key words: *gastric ulcer and duodenal ulcers, gastrointestinal hemorrhage, conservative and surgical treatment.*