



Н. А. Сыкал

Харьковский национальный
медицинский университет

© Сыкал Н. А.

ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Резюме. Прооперировано 188 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.

Ключевые слова: язва желудка, кровотечение, морфология, лечение.

Введение

В развитых странах, в значительной мере благодаря новым лекарственным препаратам, проблема хирургического лечения желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) несколько потеряла свою актуальность. Однако ЖКК остается самым грозным осложнением, которое наблюдается у 10-15 % больных язвенной болезнью. Кровотечение из гастродуоденальных язв, как непосредственная причина смерти, занимает первое место в структуре летальности от язвенной болезни и намного превосходит по этому показателю язвенные перфорации [5]. Количество неотложных вмешательств в связи с кровотечением из язвы или ее перфорацией стабильно остается на одном уровне и даже имеет тенденцию к росту [1].

Язва желудка, осложненная кровотечением, в 85-95 % наблюдений протекает на фоне хронического гастрита различной выраженности и качественных проявлений. Хронический гастрит в свою очередь является предварительным звеном в развитии метаплазии, дисплазии и рака желудка [2, 3, 4, 5]. Наиболее объективным методом, что позволяет достоверно судить о наличии морфологических изменений слизистой оболочки желудка, ее локализации и распространенности, является гистологическое исследование. Однако при сложной urgentной хирургической ситуации или по другим объективным причинам исполнение гистологического исследования в полном объеме не всегда представляется возможным.

Цель исследований

Изучение характера мета- и диспластических изменений слизистой оболочки желудка в периульцерозной зоне больных язвой желудка, осложненной кровотечением.

Материалы и методы исследований

За 10 лет в ХОКБ прооперировано 188 больных с язвами желудка (I тип, по классификации Johnson), осложненных кровотечением, разной степени тяжести. Мужчин было 143,

женщин 45. В возрасте до 60 лет было 126 больных старше 60 лет – 53.

Во время госпитализации всем больным определяли дефицит циркулирующей крови, выполняли экстренную эзофагогастроскопию с оценкой степени надежности местного гемостаза по Forrest (1974 г.).

С целью выявления морфологических изменений слизистой оболочки желудка в до- и интраоперационный период больные обследованы по предложенной в клинике методике.

В своей работе придерживались трехступенчатой классификации степени тяжести кровопотери (Шалимов А. А., Саенко В. Ф. 1987), которую оценивали по совокупности клинических и лабораторных данных.

Результаты исследований и их обсуждение

Со 188 больных оперированных по поводу язвенной болезни желудка, осложненной острой желудочно-кишечным кровотечением, у 32 при госпитализации эндоскопически установлено продолжающееся кровотечение из язвы. В первые сутки, с момента госпитализации в стационар, 38 пациентов были оперированы. В отсроченном порядке, при высоком риске рецидива кровотечения, а также при манифестации ЖКК оперированы 55 больных. В плановом порядке после достижения стабильного гемостаза, полного детального обследования прооперировано 84 больных. Эндоскопический гемостаз был эффективен у 6 больных с Ia типом кровотечения по Forrest и у 12 больных с Ib типом из 32. В предоперационном периоде с целью обеспечения гемостаза 18 больным была выполнена рентгенендоваскулярная эмболизация левой желудочной артерии. У 8 больных достигнут окончательный гемостаз.

Выбор оперативного вмешательства зависел от локализации язвы, тяжести кровопотери, сопутствующей патологии, возраста пациента, изменений слизистой оболочки желудка, а также факторов риска – шока при поступлении; возраст больного старше 60 лет; наличие двух и более сопутствующих заболеваний;



массивная кровопотеря (более 40 % ОЦК); рецидив кровотечения в течение 72 часов.

Сопутствующая патология выявлена у 58 пациентов (30,8 %). Чаще всего отмечались заболевания сердечно-сосудистой системы.

Наиболее часто у оперированных больных (56,8 %) язвенный субстрат локализовался в теле желудка. В 6 случаях наблюдалось сочетание кровотечения и перфорации язвы, у 6 пациентов кровотечение сочеталась со стенозом выходного отдела желудка. У 10 пациентов наблюдалось пенетрация язвы: в 4 случаях в поджелудочную железу, у 3 больных в мезоколон и в 3 в селезенку и левую почку.

При гистологическом исследовании операционного материала отмечались следующие тенденции в выявлении кишечной метаплазии. В периульцерозной зоне кишечная метаплазия была обнаружена в 73,28 % случаев. В зоне, удаленной от язвенного дефекта на 1–1,5 см (зона 1), кишечная метаплазия оказывалась в 71,67 % случаев. В зоне, удаленной от язвенного дефекта на 2–2,5 см (зона 2), кишечная метаплазия оказывалась в 72,9 % случаев.

Резекция желудка по Бильрот II, произведена 32 больным, в 15 – выполнена резекция

желудка по Бильрот II, проксимальная резекция желудка выполнена – 5 больным. Лестничная резекция желудка по Бильрот I или II выполнена 17 больным. Экономные резекции желудка с ваготомией выполнены 13 больным. Иссечение язвы желудка с различными видами ваготомии и пилоропластикой проведено 89 больным, 12 – гастротомия, прошивка кровоточащей язвы желудка, гастропластика в связи с крайней тяжестью состояния больного. В послеоперационном периоде умер 21 больной.

Выводы

Таким образом, кровоточащие медиастральные язвы желудка, в основном встречаются у лиц пожилого возраста с высоким риском радикального оперативного вмешательства и возникновения осложнений. У таких больных рациональной операцией в ургентной ситуации, является органосохраняющий метод лечения, с учетом морфологических изменений слизистой оболочки желудка. При невозможности полностью исключить малигнизацию язвы, выполняют резекцию желудка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алгоритм ведения больных при язвенных гастродуоденальных кровотечениях / В. И. Мидленко, Н. И. Белоногов, П. Н. Ванюшин [и др.] // Казанский медицинский журнал. – 2008. – № 3. – С. 238-241.

2. Выбор хирургической тактики и лечение больных с кровоточащими язвами желудка в сочетании с дисплазией слизистой оболочки периульцерозной зоны / В. В. Бойко, И. А. Криворучко, Н. П. Донец [и др.] // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2001. – Vol. 5, № 1. – С. 47.

3. Ганжий В. В. Морфологическое обоснование выбора оперативного пособия у пациентов с осложнённой язвой желудка / В. В. Ганжий, С. А. Новак // Клінічна хірургія. – 2007. – № 5-6. – С. 67-68.

4. Роль хронической язвы желудка в канцерогенезе / А. Ф. Черноусов, Т. В. Хоробрых, А. А. Жаров [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. – 2006. – № 10. – С. 4-7.

5. Ширинов З. Т. Диагностика и хирургическое лечение язв проксимального отдела желудка / З. Т. Ширинов, Я. С. Салихов, Ф. С. Курбанов // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. – 2004. – № 10. – С. 20-23



ЛІКУВАННЯ ШЛУНКОВИХ
КРОВОТЕЧ ВИРАЗКОВОЇ
ЕТІОЛОГІЇ

М. О. Сикал

Резюме. Прооперовано 188 хворих на виразкову хворобу шлунка, яка ускладнена кровотечею. Разом із загальноприйнятими діагностичними та лікувальними методами, представлено методики, що розроблені в клініці. Впровадження запропонованого лікувально-діагностичного комплексу дозволить поліпшити результати хірургічного лікування хворих з виразковою хворобою.

Ключові слова: *виразка шлунка, кровотеча, морфологія, лікування.*

TREATMENT OF STOMACH
ULCER WITH BLEEDING

N. A. Sykal

Summary. 188 patients is operated by peptic ulcer of stomach, complicated by bleeding. Original procedures, elaborated in the clinic, 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.

Key words: *ulcer of stomach, bleeding, morphology, treatment.*