

ХІРУРГІЯ

С.Й. Запорожан, 2013

УДК 616.33/. 342/002.45/036/88

С.Й. ЗАПОРОЖАН

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського,
кафедра загальної хірургії, Тернопіль

ПРИЧИНИ НЕСПРИЯТЛИВИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ОПЕРАЦІЙНОГО ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ ІЗ ВИРАЗКОВИМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИМИ КРОВОТЕЧАМИ

В статті автор аналізує причини несприятливих результатів операційного лікування 399 пацієнтів з виразковими гастродуоденальними кровотечами в залежності від важкості некомпенсованого геморагічного шоку та поліорганної недостатності, супутньої декомпенсованої патології.

Ключові слова: виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, гастродуоденальна кровотеча, фіброгастродуоденоскопія

Вступ. Одним із найважливіших критеріїв оцінки ефективності операційного лікування хворих з виразковими гастродуоденальними кровотечами (ВГДК) є показники післяопераційної летальності. Пептичні виразки шлунка і дванадцятипалої кишки є найбільш поширеним джерелом кровотечі з верхнього відділу шлунково-кишкового тракту. Незважаючи на успіхи сучасної гастроентерології, кількість пацієнтів в Україні з ВГДК зростає з 4,23 % на 10000 населення у 2003 році до 4,72 % у 2009 році [3,4]. Небажано стабільним залишається рівень загальної та післяопераційної летальності при виразкових гастродуоденальних кровотечах, який складає 5–20 % і немає тенденції до зниження [1, 2, 5, 6].

Мета дослідження. Визначення основних причин несприятливих результатів післяопераційного

лікування у хворих з виразковими гастродуоденальними кровотечами.

Матеріали та методи. Дослідження проводили за результатами лікування хворих із виразковими гастродуоденальними кровотечами (ВГДК), які лікувалися в Київському міському центрі шлунково-кишкових кровотеч з 1999 по 2009 рр. Протягом 10 років у спеціалізованому хірургічному стаціонарі знаходилося на лікуванні 6376 пацієнтів з ВГДК. У 5977 пацієнтів (93,74 %) проведено консервативне лікування, а у 399 пацієнтів (6,26 %) – операційне лікування. У післяопераційному періоді померло 17 пацієнтів (4,26 %). Розподіл оперованих пацієнтів (померлих) за віком та локалізацією кровоточивої виразки представлений у таблиці 1.

Таблиця 1

Рівень післяопераційної летальності серед оперованих пацієнтів (померлих) в залежності від віку та локалізації виразок

Локалізація		Вік								Всього	
		20–59		60–74		75–89		>90			
		n=32 7	%	n=51	%	n=20	%	n=1	%	n=399	%
Шлунок	Всіх оперованих	52	15,9	21	41,18	7	35	-	-	80	20,05
	П/о летальність	1	1,92	1	4,76	1	14,29	-	-	3	3,75
ДПК	Всіх оперованих	275	84,1	30	58,82	13	65	1	100	319	79,95
	П/о летальність	10	3,64	2	6,67	1	7,69	1	100	14	4,39
Всього		327		51		20		1		399	

Результати досліджень та їх обговорення. Нами проаналізовано результати операційного лікування 399 пацієнтів з виразковими гастродуоденальними кровотечами. Серед оперованих пацієнтів у післяопераційному періоді померло 17 (4,26 %). Серед померлих пацієнтів із виразковими гастродуоденальними кровотечами чоловіки становлять 64,71 % (11), жінки – відповідно 35,29 % (6). У 14 померлих пацієнтів (82,36 %) в анамнезі було відзначено від 2 до 5 епізодів кровотеч. У 41 % померлих було діагностовано поєднані форми ускладнень виразкової хвороби (кровотеча, пенетрація, стеноз). Інтраопераційно у 85 % померлих були гігантські виразки шлунка та дванадцятипалої кишки – із них 35 % локалізувались у шлунку (діаметром до 5 см), у 30 % померлих – в дванадцятипалій кишці в діаметрі до 4 см.

У 80 пацієнтів з виразковими гастродуоденальними кровотечами операційні втручання проведені з приводу кровоточивої виразки шлунка, що становить 20,5 %. 319 пацієнтам (79,95 %) проведено

операційні втручання при кровоточивій виразці дванадцятипалої кишки. Післяопераційна летальність у лікуванні виразкових гастродуоденальних кровотеч становить 3,75 % при операціях на шлунку проти 4,39 % при операціях на дванадцятипалій кишці. Найвищий відсоток летальності відзначено при операціях на шлунку – 14,29 % серед пацієнтів у віці 75–89 років, що можна пояснити пізньою госпіталізацією, важкістю геморагічного шоку та супутньою патологією. Найнижчий відсоток летальності відмічено при операціях на шлунку – 1,92 % у віці пацієнтів 20–59 років та серед оперованих на дванадцятипалій кишці – 3,64 % у цій же групі.

Загалом 16 померлих пацієнтів із 17 оперованих з приводу виразкових гастродуоденальних кровотеч поступило в хірургічний стаціонар після 12 годин з моменту появи кровотеч. Характерно, що всі 17 померлих після операційного лікування пацієнтів мали різного ступеня важкості геморагічний шок (табл.2)

Таблиця 2

Важкість геморагічного шоку в оперованих пацієнтів при поступленні в хірургічний стаціонар (серед померлих)

Важкість геморагічного шоку	Вік							
	20 – 59		60 – 74		75 – 89		> 90	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Помірний	-	-	-	-	-	-	-	-
Середній	-	-	2	11,76	-	-	1	5,88
Важкий	11	64,71	1	5,88	2	11,76	-	-
Всього	11	64,71	3	17,65	2	11,76	1	5,88

У 11 померлих пацієнтів, у групі 20–59 років, при поступленні було констатовано важкий геморагічний шок, а у групі оперованих пацієнтів старших 60 років із середнім та важким геморагічним шоком було 6 пацієнтів, що становить 35,29 %.

Аналізуючи таблицю 3, слід відзначити, що у 13 пацієнтів (76,47 %) була важка супутня декомпенсована патологія, а у 8 померлих пацієнтів (47,06 %) – важкий геморагічний шок з поліорганною недостатністю.

Таблиця 3

Причини смерті серед оперованих хворих із ВГДК

Ускладнення	Вік				Всього
	20–59	60–74	75–89	> 90	
Геморагічний шок. Поліорганна недостатність	7	1	-	-	8
Інфаркт міокарда	-	1	-	-	1
ССН недостатність на тлі постінфарктного кардіосклерозу	-	1	1	1	3
Цироз печінки. Печінкова недостатність	1	-	-	-	1
Гостра ССН недостатність на тлі гем. шоку	-	-	1	-	1
ТЕЛА	2	-	-	-	2
Синдром ТВЗ	1	-	-	-	1
Всього	11	3	2	1	17

Слід зауважити, що із 17 оперованих пацієнтів з приводу виразкових гастроудоденальних кровотеч – 8 пацієнтів у віці 20–59 років (47,06 %) померло від некомпенсованого геморагічного шоку. У віці 60 років і старших у трьох пацієнтів причиною смерті була гостра серцево-судинна недостатність на тлі геморагічного шоку та постінфарктного кардіосклерозу.

Наводимо приклад з клінічної практики інфаркту міокарда в ранньому післяопераційному періоді.

Хворий Т. 66 років, історія хвороби № 6401 поступив у хірургічне відділення за направленням швидкої допомоги через 3 доби з моменту клінічних ознак кровотечі. Виразковий анамнез 7 років, третій епізод кровотечі. Клініко-лабораторні показники при поступленні: PS 126 уд/хв, слабого наповнення і напруження, аритмічний, АТ 60/40 мм рт.ст. Загальний аналіз крові: Ер. $2,0 \cdot 10^{12}$, Нб 65 г/л. Л. $14,3 \cdot 10^9$. На тлі інфузійно-трансфузійної терапії проведено ендоскопічний гемостаз, під час якого констатовано: виразка шлунка на задній стінці субкардіального відділу, діаметром 4–5 см – FIV. Виконано монополярну коагуляцію. Через 18 годин після поступлення в стаціонар констатовано рецидив кровотечі, що було підтверджено ендоскопічно. Повторний ендоскопічний гемостаз виявився неефективним. Проведено

операцію на висоті рецидиву кровотечі: субтотальна резекція 2/3 шлунка за Більрот II. В ранньому післяопераційному періоді на третю добу після операції у пацієнта з'явилися різкі болі за грудниною, падіння артеріального тиску – АТ 60/40 мм рт.ст., брадикардія. Діагностовано гострий обширний прогресуючий інфаркт міокарда. Незважаючи на інтенсивну терапію, пацієнт через чотири години помер. Під час патологоанатомічної секції у пацієнта підтверджено обширний трансмуральний інфаркт міокарда, який і став причиною безпосередньої смерті пацієнта.

Висновки.

1. Причиною незадовільних результатів лікування у хворих з виразковими гастроудоденальними кровотечами вважаємо:

а) некомпенсований геморагічний шок та поліорганну недостатність;

б) важку декомпенсовану супутню патологію: інфаркт міокарда, ССН недостатність на тлі постінфарктного кардіосклерозу, цироз печінки, печінкову недостатність, гостру ССН недостатність на тлі геморагічного шоку, ТЕЛА, синдром ТВЗ.

2. У лікуванні пацієнтів з виразковими гастроудоденальними кровотечами (при неефективності використаних сучасних мініінвазивних ендоскопічних методів гемостазу) перевагу в операційному лікуванні слід надавати органозберігаючим операціям.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Братусь В.Б. Возможности улучшения результатов лечения у больных с острыми язвенными кровотечениями / В.Б. Братусь // Хирургия. — 1992. — № 9. — С. 65—67.
2. Кондратенко П.Г. Организационные вопросы оказания специализированной помощи больным с острыми кровотечениями в просвет пищеварительного канала // П.Г. Кондратенко, М.В. Соколов, Н.Л. Смирнов // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. — 2007. — Т. 11, № 1. — С. 24—25.
3. Фомин П.Д. Организация специализированной неотложной помощи при острых желудочно-кишечных кровотечениях / П.Д. Фомин, В.И. Никишаев, А.М. Задорожний // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. — 2007. — Т. 11, № 1. — С. 27—28.
4. Фомин П.Д. Фактори ризику летальності у хворих з гастроудоденальними кровотечами виразкового ґенезу / П.Д. Фомин, С.І. Запорожан // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. — 2007. — Т. 11, № 1. — С. 25—26.
5. Шалимов А.А. Хирургия пищеварительного тракта / А.А. Шалимов, В.Ф. Саенко. — К.: Здоров'я, 1987. — 568 с.
6. Шапринський В.О. Тактика лікування хворих на виразкову хворобу ускладнену гострою рецидивною шлунково-кишковою кровотечею / В.О. Шапринський, І.В. Павлик, О.А. Камінський // Харківська хірургічна школа. — 2007. — № 4 (27). — С. 188—193.

S.Y. ZAPOROZHAN

*Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky,
Department of General Surgery, Ternopil.*

REASONS OF UNFORTUNATE OPERATING RESULTS OF TREATMENT IN PATIENTS WITH ULCERATIVE GASTRODUODENAL HEMORRHAGE

In the article an author analyzes the causes of unfortunate operating results of treatment 399 patients with ulcerative gastroduodenal bleeding, depending on the severity of uncompensated hemorrhagic shock and multiple organ failure, concomitant decompensated pathology.

Key words: ulcerative disease of gaster and duodenum, gastroduodenal hemorrhage, fibroastroduodenoskopiya

Стаття надійшла до редакції: 29.12.2012 р.