

performed in 59 (52,7 %) patients. In the rest of patients – 53 (47,3 %) patients there were performed laparoscopic cholecystectomy (LCE) – comparing group. CLT was performed in 72,8 % by laparoscopic way and in 27,2 % by combinative way.

During the early postoperative period there was bile leaking in 3 (5,1%) cases. The remote results were studied in 43 (72,8 %) patients during 4,5

years. Residual cholecystolithiasis was in 2 (3,4 %) cases.

Key words: *single cholecystolithiasis, cholecystolithotomy, prevention recurrence, remote results.*

Поступила 25.06.2012 года.

Шепетько Є.М., Заплавський А.В., Єфремов В.В., Лобода С.С., Остафійчук В.В.

Еволюція хірургічної тактики та методів лікування гострих виразкових гастроуденальних кровотеч

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Резюме. Розроблена і впроваджена концепція сучасного хірургічного лікування гострокровоточивих гастроуденальних виразок, з наступними положеннями: 1) ендоскопічний гемостаз (комбінований ін'єкційний + капрофер, аргоноплазменна коагуляція, лазерна фотокоагуляція) езомепразол 2) внутрішньовенні ІПП (омепразол, пантопразол, езомепразол) із рН-моніторингом, 3) активно-індивідуалізованої тактика з математичним прогнозуванням РПК; 4) ерадикаційна (антихеликобактерна) терапія згідно Маастрихтських консенсусів, 5) пілорозберігаючий напрямок в хірургії гостро кровоточивих гастроуденальних виразок; 6) апаратні методи, ультразвуковий скальпель, зварювальний апарат, гемопоетичні стовбурові клітини.

Ключові слова: *гострокровоточиві гастроуденальні виразки, сучасне хірургічне лікування.*

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Лікування гострих шлунково-кишкових кровотеч є актуальним питанням у зв'язку з тим, що їх частота із кожним роком зростає. За даними різних авторів, летальність при шлунково-кишкових кровотечах коливається від 8,1% до 30% [1,2,3,4,5,6,7]. Кількість пацієнтів з виразковими кровотечами в Україні з 1995 по 2007 р. виросло з 196,1 до 200,4 на 10000 хворих з гастроуденальними виразками [8,9]. Тому актуальним залишається вдосконалення тактики лікування хворих з гастроуденальними кровотечами на основі впровадження нових ендоскопічних технологій і сучасних схем медикаментозної терапії [2,5,9].

Матеріал і методи дослідження

За період з 1982 р. по 2011 р. проліковано 31831 хворих в Київському центрі шлунково-кишкових кровотеч, розподіл структури ГШКК із причин була таким: 1) виразкова хвороба - 53,1%, 2) ерозивний гастроуденіт - 14,3%, 3) пухлинні кровотечі - 10,1 %, 4) синдром Меллорі-Вейса - 7,5%, 5) цироз печінки - 7,2%, 6) інші захворювання - 7,8%.

Порівнюючи динаміку структури кровотеч за 1-й і 2-й періоди (1982-2006р. і 2007-2011р.), відносна кількість пацієнтів з виразковими кровотечами незначно зменшилася з 53,7% до 49,7%, разом з тим збільшилася кількість кровотеч із флєбектазій стравоходу при цирозі печінки в 2,2 рази (з 6,1% до 13,4%), а також збільшилася кількість випадків кровотеч при синдромі Меллорі-Вейса в 1,2 рази (з 7,3% до 8,7%), пухлинні кровотечі знизилися з 10,5% до 7,5%, а кількість випадків кровотеч при інших захворюваннях практично залишилися на одному рівні (6,8% і 6,5%). У дослідження включено два періоди спостережень за пацієнтами з ГШКК: І період (2006-2008р.) - 1696 пацієнтів (виразка шлунка - 646 (38,1%), виразка дванадцятипалої кишки - 1050 (61,9%)); ІІ період (2009-2011р.) - 1321 пацієнт (виразка шлунка - 425 (32,2%), виразка дванадцятипалої кишки - 896 (67,8%).

Результати дослідження та їх обговорення

При порівнянні вікової структури хворих за два періоди досліджень (2006-2008р.) і (2009-2011р.) Слід зазначити, що в другому періоді зменшилася в 1,55 рази кількість жінок у середній віковій групі (30-60 років), у той час у старшій віковій категорії (старше 60 років) відносна кількість жінок збільшилася в 1,64 рази (з 34,8% до 57,1%) (р < 0,05).

Ступінь важкості кровотрати характеризувалася збільшенням помірної кровотрати в ІІ періоді в 1,23 рази (або на 7,3%), при незначному зменшенні важкої кровотрати на 4,4% (р > 0,05). Статистично достовірної різниці між відносними по-

казниками кровотрати середньої важкості в І і ІІ періодах не виявлено.

Порівняльна характеристика ендоскопічної кровотечі в зазначені періоди характеризувалася зменшенням питомої ваги стабільного гемостазу (F-III) в 1,65 рази (з 30,6% по 18,6%), разом з тим відзначене збільшення відносної кількості нестабільного гемостазу F-II в 1,14 разів, або на 9,1% (з 64,4% до 73,5%), з більш вираженим ростом відносної кількості ендоскопічно нестабільного гемостазу F-III і F-IV (F-IV на 0,7%; (р > 0,05); F-III на 4,3%, (р > 0,05); F-IV на 4,1%, (р > 0,05)). Це свідчить про більшу загрозу рецидиву кровотечі серед пацієнтів з нестабільним ендоскопічним гемостазом в ІІ періоді спостережень. Привертає увагу виявлення триваючої кровотечі при ендоскопічному дослідженні, і цей факт у значній мірі характерний для ІІ періоду спостереження, де триваюча кровотеча F-IV зустрічалася в 2 рази частіше, а показник F-IV залишився попереднім. У три рази більше зареєстрована струминна артеріальна кровотеча з виразки (F-IA) в ІІ періоді спостережень стосовно І періоду. Все це свідчить про більш агресивне протікання гострих гастроуденальних виразок.

Розроблений алгоритм активно-індивідуальної тактики хірургічного лікування ГШКК, заснований на застосуванні невідкладних (превентивних) операцій у перші 6-12 год. (до 24 год.) при госпіталізації, нестабільному гемостазі і високому ризику РПК, з використанням системи прогнозування ризику РПК на основі покровового дискримінантного аналізу. Ризик РПК = (3x X1) + (2 x X2) + X3 + X4, де X1 - розмір виразки, X2 - ступінь гемостазу у виразці, X3 - ступінь важкості кровотечі, X4 - вік хворого [Фомін П. Д., Козлов С. Н., 1999]. При перерахуванні по бальній шкалі ризик РПК наступний: високий (89,1%) – сума балів 16, середній (34%) - сума балів 10-16, малий (5,6%) - сума балів < 10.

У хірургічному лікуванні гострокровоточивих (ГК) виразок ДПК розроблений і впроваджений пілорозберігаючий напрямок, як система заходів, заснованих на використанні всіх можливостей для збереження інтактного ворота. Порівнюючи дані за два періоди спостережень, не було виконано ні однієї резекції шлунка при ГК дуоденальних виразках, відсоток паліативних втручань зменшився в 2,7 рази (з 18,9% до 7,1%), а СВ + АЭ збільшилася в 1,3 рази (з 37,8% до 50%). При шлункових ГК виразках основною є резекція шлунка в різних модифікаціях. Впроваджуючи пілорозберігаючий напрямок у хірургічному лікуванні ГК виразок шлунка сегментарну резекцію зі збереженням ворота виконали в 19,5% пацієнтів.

Порівняння оперативних втручань за термінами їхнього виконання згідно із розробленим алгоритмом привело до позитивних результатів у вигляді значного росту кількості невідкладних (превентивних) операцій у перші 6-12 годин (до 24 годин) з моменту госпіталізації хворого при нестабільному гемостазі і високому ризику раннього рецидиву кровотечі в 3,6 рази (з 6,4% до 23,1%). Разом з тим, завдяки впровадженню активно-активно-індивідуалізованої тактики з акцентуванням уваги на невідкладні (превентивних операціях), кількість пацієнтів оперованих на висоті РПК зменшилася в 2,5 рази. Варто вважати це позитивним

досягненням у тактичних підходах щодо термінів оперативних втручань, оскільки операції на висоті РПК супроводжуються в 3-5 рази більш високою післяопераційною летальністю. Необхідно відзначити той факт, що кількість екстрених операцій на висоті кровотечі не змінилася.

Оперативна активність протягом тривалого часу перетерпіла значні зміни у зв'язку з розробкою і впровадженням науково обґрунтованої сучасної ерадикаційної (антихелікобактерної) терапії і ефективних способів ендоскопічного гемостазу.

За період з 1982 р. по 2006 р. серед 27171 пацієнта з ГШКК було 14572 (53,7%), з яких померло 567 (3,9%). Прооперовано 5405 (37% - оперативна активність) з післяопераційною летальністю 3,4% (померло 186). Не оперовано 9187 (63%), померло 381 (4,1%). Надалі оперативна активність знизилася, і якщо в 1986 р. вона становила 48,6%, то в 2000 р. - 20,1%, а в 2006 р. - 4,6% з наступним падінням до рівня 1,7% в 2011 році. Вважаємо, що подальше зниження оперативної активності неможливо, оскільки це пов'язане з тією ситуацією, коли ми будемо оперувати хворих на висоті РПК із катастрофічним ростом післяопераційної летальності. Оптимальним рівнем оперативної активності при ГВШКК у цей час варто вважати показник в 10-12%.

З активним впровадженням активно-активно-індивідуалізованої тактики за останній рік першого періоду (2008 р.) і за три роки другого періоду летальних наслідків після операцій із приводу ГШКК не було. За весь другий період загальна летальність була зумовлена наслідками після консервативного лікування і склала 4,1% (померли 54 з 1321 хворого).

Аналіз летальних наслідків по термінах госпіталізації в стаціонар свідчить про те, що 20,8% померлих у першому періоді і в 2,6 рази більше в другому періоді (55,6%) померли протягом перших 12 год. з моменту госпіталізації. У два рази менше в другому періоді (11,1%) померло хворих, які перебували в стаціонарі більше 3 днів, чим у першому періоді (22,6%). Серед померлих у першому періоді переважали чоловіки (62,3%) тоді, як у другому періоді розподіл був рівним (по 50%). Окрім того, важливим є те, що осіб старше 70 р., як у першому періоді (54,7%), так і в другому періоді (55,6%), було більше половини.

Розроблена і впроваджена концепція сучасного хірургічного лікування ГК гастродуоденальних виразок, з наступними положеннями: 1) впровадження ефективних заходів ендоскопічного гемостазу (комбінований ін'єкційний + капрофер, аргоноплазменна коагуляція, лазерна фотокоагуляція) езомепразол) 2) внутрішньовенні ППП (омепразол, пантопразол, езомепразол) із рН-моніторингом, 3) активно - активно - індивідуалізована тактика з математичним прогнозуванням РПК; 4) комплексна ерадикаційна (антихелікобактерна) терапія згідно із Маастрихтськими консенсусами, 5) впровадження пілорозберігаючого напрямку в хірургії ГК гастродуоденальних виразок (застосування функціонально вигідних операцій); 6) застосування сучасних технологій (апаратні методи, ультразвуковий скальпель, сварювальний апарат, гемопоетичні стовбурові клітини).

Висновок

Покращення результатів хірургічного лікування хворих з виразковими шлунково-кишковими кровотечами досягається шляхом вдосконалення та розробки тактики хірургічного лікування з урахуванням сучасних можливостей консервативної антихелікобактерної терапії, розробки нових способів ендоскопічного гемостазу, функціонально вигідних оперативних втручань, застосуванням сучасних інноваційних технологій.

Література

1. Братусь В.Д. Новые тенденции в лечении больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями // Украинский журнал малоинвазивной та эндоскопической хирургии.- 2001.- Vol.5, № 1.- С.5-6.
2. Васильев В.А., Кохно Ю.С. Ранняя диагностика и эффективность лечебной эндоскопии желудочно-кишечных (эрозивно-язвенных) кровотечений и комплексной консервативной терапии их последствий // Вісник морської медицини. - №2.- 2001. - С.58-60.
3. Винокуров М.М., Капитонова М.А. Тактика лечения больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением // Хирургия.-2008.- №2.-С. 33-36.
4. Гураєвський А.А., Патер Я.З., Павловський І.М. Вплив ерадикації *helicobacter pylori* на рецидив кровотечі виразкового генезу в стаціонарі // Шляхи оптимізації лікування хворих з шлунково-кишковими кровотечами.-Львів, 2000.- С.59.
5. Казымов И.Л., Курбанов Ф.С. Тактика лечения кровоточащих гастродуоденальных язв // Хирургия.- 2009.- №1.- С. 33-37.
6. Лебедев Н.В., Климов А.Е., Бархударова Т.В. Прогноз рецидива кровотечения из гастродуоденальных язв // Хирургия.- 2009.- №2.- С. 32-34.
7. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв // Хирургия.-2003.-№3.-С.43-49.
8. Фільц О.В., Рачкевич С.Л., Копистянський І.М., Палфій І.Ю., Король Я.А. Лікувальна тактика у хворих на виразкову хворобу, ускладнену кровотечею // Шляхи оптимізації лікування хворих з шлунково-кишковими кровотечами.-Львів, 2000.- С. 14-21.
9. Черноок А.И., Наумов Б.А., Герасимов А.Н., Яковченко А.В., Ерьско Ф.А. Прогнозирование вероятности летального исхода у больных язвенной болезнью, осложненной кровотечением // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2008. - т.XVIII, № 5. - С. 42.

Шенетько Е.М., Заплавская А.В., Ефремов В., Лобода С.С., Остафійчук В.В.

Еволюція хірургічної тактики і методів лікування острих язвенних кровотечень

Резюме. Розроблена і введена концепція сучасного хірургічного лікування острих язвенних кровотечень, со следующими положениями: 1) эндоскопический гемостаз (комбинированный инъекционный + капрофер, аргоноплазменная коагуляция, лазерная фотокоагуляция) эзомепразол) 2) внутривенные ИПП (омепразол, пантопразол, эзомепразол) с рН-мониторингом, 3) активно - активно-индивидуализированной тактика с математическим прогнозированием РПК, 4) эрадикационная (антихеликобактерна) терапия согласно Маастрихтским консенсусов, 5) пилорозберігаючий напрямку в хірургії остро кровоточащих гастродуоденальных язв, 6) аппаратные методы, ультразвуковой скальпель, сварочный аппарат, гемопоэтические стволовые клетки.

Ключевые слова: острые кровоточащие гастродуоденальные язвы, современное хирургическое лечение.

Shepet'ko E.M., Zaplavsky A.V., Efremov V.V., Loboda S.S., Ostafiy-chuk V.V.

Evolution of Therapy and Treatment of Acute Ulcerous Gastroduodenal Bleedings

Summary: Designed and implemented the concept of modern surgical treatment of gastroduodenal ulcers bleedings., with the following provisions: 1) endoscopic hemostasis (combined injection kaprofer, laser photo-coagulation) esomeprazole) 2) intravenous IPP (omeprazole, pantoprazole, esomeprazole) with pH monitoring, 3) active - active and individualized tactics of mathematical forecasting RRB, 4) eradication (antyhelykobakterna) therapy, 5) pylori sparing surgery direction in surgery acutely bleeding gastroduodenal ulcers, 6) hardware techniques, ultrasonic scalpel, welding machine, hematopoietic stem cells.

Key words: acute bleeding ulcer, advanced surgical treatment.

Надійшла 25.06.2012 року.