

регіонарної гемодинаміки. При першому типі оклюзії крово-постачання гомілки здійснюється через анастомози глибокої артерії стегна із гілками підколінної артерії. При другому типі кровообіг здійснюється через анастомози глибокої артерії стегна із гілками поверхневої артерії стегна нижче місця оклюзії а також із гілками підколінної артерії. При третьому і четвертому типах оклюзії колатеральний кровообіг здійснюється через анастомози глибокої артерії стегна з гілками підколінної артерії і проксимальними гілками артерій гомілки.

Найменш сприятливим, з точки зору компенсації регіонарної гемодинаміки, є п'ятий тип оклюзії. Саме в цьому випадку за рахунок дифузного ураження дистального артеріального русла страждає колатеральний кровообіг.

ВИСНОВКИ При реконструкції аортостегнового сегмента є необхідність відновлювати кровообіг по внутрішній клубовій артерії.

Для попередження виникнення симптомів обкрадання нижніх кінцівок необхідно проводити додаткову реконструкцію стегно-підколінно-гомілкового сегмента.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ващенко М.А. Хирургия окклюзий брюшной аорты и магистральных артерий нижних конечностей. – Киев, 1999. – с. 49.
2. Покровский А.В. Заболевания аорты и ее ветвей. – М.: Медицина, 1979. – С. 31.
3. Шалимов А.А., Дрюк Н.Ф. Хирургия аорты и магистральных артерий. – Киев: Здоров'я, 1979. – С. 54.

Василишин Р.Й.

ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ, УСКЛАДНЕНОЇ КРОВОТЕЧЕЮ

Дніпропетровська державна медична академія

ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ, УСКЛАДНЕНОЇ КРОВОТЕЧЕЮ – Розроблені графологічні схеми клініко-діагностичного і лікувального алгоритмів при виразковій хворобі шлунка й дванадцятипалої кишки, ускладнених кровотечею. В алгоритмах викладена діагностична тактика з урахуванням клінічних проявів захворювання, накреслені клінічні та лабораторні критерії, які визначають ступінь тяжкості крововтрати, ендоскопічні прояви активності кровотечі, необхідність відповідного втручання за допомогою ендоскопа та хірургічних операцій.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ, УСЛОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ – Разработаны графологические схемы клинико-диагностического и лечебного алгоритмов при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением. В алгоритмах изложена диагностическая тактика с учетом клинических проявлений заболевания, начерчены клинические и лабораторные критерии, позволяющие определить степень тяжести потери крови, эндоскопические проявления активности кровотечения, необходимость соответственного вмешательства при помощи эндоскопа и хирургических операций.

OPTIMISATION OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF PEPTIC ULCER OF THE STOMACH – Worked out graphological schemes of clinicodiagnostic and medical algorithms peptic ulcer of the stomach, complications of haemorrhage. In algorithms account hemmary diagnostic tactics of clinical manifestation of illness, draw clinical and laboratory criterions, with determine degree of difficulty of blood-flux, endoscopic manifestation activity of blood-flux, necessary interference with endoscope and surgical management.

Ключові слова: медичні протоколи (стандарты), виразкова хвороба шлунка й дванадцятипалої кишки, виразкова кровотеча, хірургічне лікування, діагностичні і лікувальні алгоритми.

Ключевые слова: медицинские протоколы (стандарты), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, язвенное кровотечение, хирургическое лечение, диагностические и лечебные алгоритмы.

Key words: peptic ulcer of the stomach, surgical treatment, medical protocols (standards).

ВСТУП Виразкова хвороба (ВХ) залишається однією з актуальних проблем сучасної медицини, оскільки ця патологія широко розповсюджена серед населення, суттєво впливає на його фізичне і соціальне "здоров'я" [4, 5]. На вирішення цієї проблеми направлені зусилля численних науковців, терапевтів, хірургів, гастроентерологів. В їх арсеналі мають місце самі різноманітні способи лікування. Однак деякі аспекти виразкової хвороби залишаються невіршеними. Відома велика кількість ускладнень із загрозою для життя [2, 3, 6-8, 16], що потребує застосування виключно хірургічних способів лікування [9-11, 14, 15], оскільки незважаючи на застосування високоєфективних противиразкових засобів, за останні 5 років мало місце збільшення майже у 2 рази числа невідкладних оперативних втручань з приводу ускладнень виразкової хвороби (ВХ). Одним із таких ускладнень, яке виникає у кожного 10 пацієнта є кровотеча із виразки. При цьому летальність складає до 10 % і не має тенденції до зниження [7, 14, 16].

Лікарю у практичній діяльності буває досить складно вибрати правильну діагностичну та лікувальну тактику, особливо це має місце в невідкладній хірургії, коли швидкі зміни стану хворого потребують прийняття рішень. Крім того, служба охорони здоров'я сьогодення йде шляхом реформування. Вона уже має ряд відмінних особливостей, які не вкладаються у відомі рамки і змушують шукати нові шляхи забезпечення якісної медичної допомоги населенню, оскільки уже існують державні і приватні лікувальні заклади, має місце ліцензування і сертифікація медико-фармацевтичної діяльності, спроби медичного страхування, подальший розвиток і вдосконалення законодавчої бази.

Для вирішення цих питань нами раніше були запропоновані графологічні схеми клініко-діагностичного і лікувального алгоритмів неускладненої виразкової хвороби шлунка й дванадцятипалої кишки [1]. У роботі, яка пропонується, представлені графологічні схеми клініко-діагностичного і лікувального алгоритмів ВХ, ускладненої кровотечею.

Мета дослідження – оптимізувати клініко-діагностичні і лікувальні алгоритми виразкової хвороби шлунка (ВХШ) й дванадцятипалої кишки (ВХДПК), ускладнених кровотечею.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Клінічні спостереження включали ретроспективний аналіз історій хвороб 143 хворих на ВХ шлунка й дванадцятипалої кишки, ускладнених кровотечею, чоловічої і жіночої статі, віком від 20 до 60 років. Обстеження були проведені в термін від 1 до 3 років. Вказаний термін дозволяв значною мірою рандомізувати групи хворих, а проведене стаціонарне обстеження та опитування пацієнтів за допомогою анкет дозволили оцінити результати лікування, розділити хворих згідно з шкалою Visic в модифікації Ю.М. Панцирева, А.А. Грінберга [12] та розробити уніфіковані графологічні схеми лікування цієї складної патології.

Хворі перебували в хірургічних відділеннях міських лікарень, де отримували лікування різними способами за термін 1996-2000 р.р. Серед резекційних способів були застосовані: резекція шлунка за Більротом-1 (20), Більротом-2 (43), секторальною резекцією (9). Серед органозберігальних були – антрумектомія з ваготомією (36), стинання виразки з ваготомією (12), прошивання виразки з ваготомією (7), гастротомія з прошиванням виразки та ваготомією (2). Серед показників, зазначених в анкетах, пріоритетне значення мали дані про безпосередні та віддалені результати післяопераційних втручань. Отримані дані були оброблені методами варіаційної статистики (13).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ Аналіз карт стану і скарг хворих та клінічні обстеження дозволили розробити графологічні схеми клініко-діагностичного і лікувального алгоритмів при ВХ шлунка й дванадцятипалої кишки, ускладненій кровотечами (рис. 1).

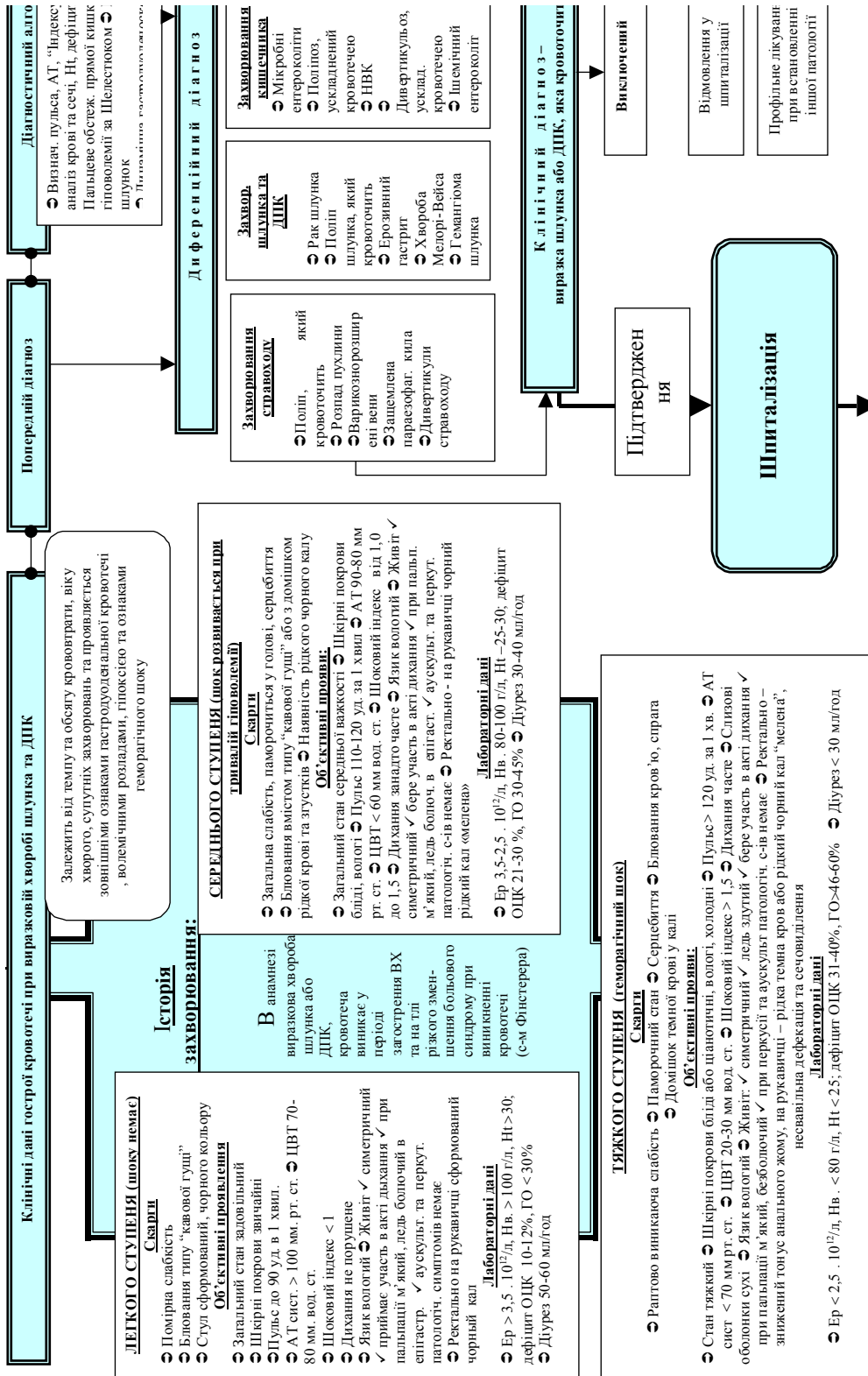


Рис. 1. Графлогічна схема клініко-діагностичного та лікувального алгоритмів при виразковій хворобі шлунка та ДПК, ускладненій гострою кровотечею.

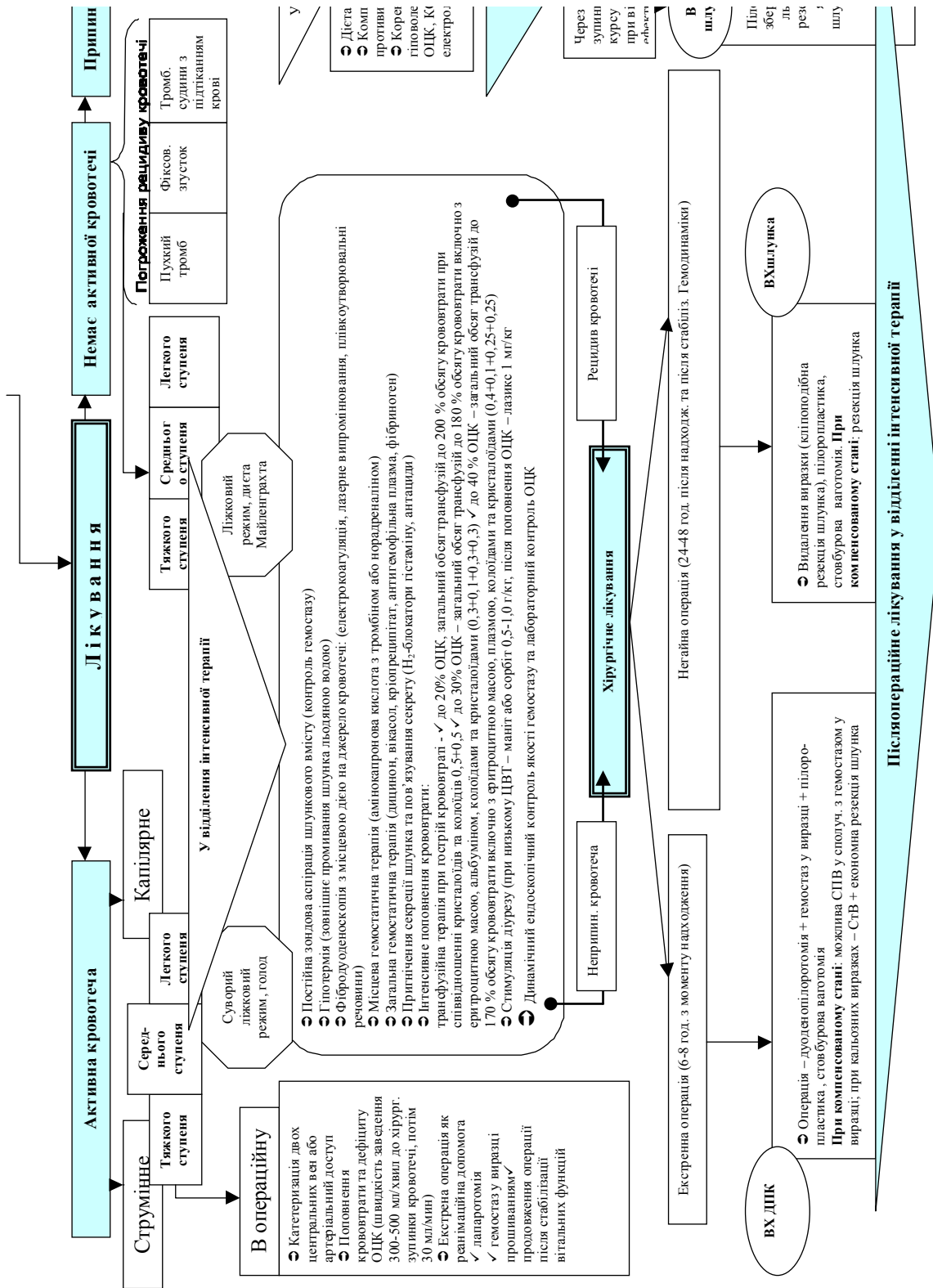


Рис. 1 (продовження). Графлогічна схема клініко-діагностичного та лікувального алгоритмів при виразковій хворобі шлунка та ДПК, ускладненій гострою кровотечею.

Алгоритми включали діагностичну тактику з урахуванням клінічних проявів захворювання, лабораторних показників і дозволяли визначити місце госпіталізації та намітити лікувальні дії. Клінічні ознаки гострої кровотечі при виразковій хворобі залежать від темпу та обсягу крововтрати, віку і супутніх захворювань хворого та проявів гастродуоденальної кровотечі, волемічних порушень та ознак геморрагічного шоку. За ступенем тяжкості пацієнтів з виразковими кровотечами розділяються на легку, середню (коли при тривалій волемії може розвинути геморрагічний шок) та тяжку форми, при яких у всіх хворих розвивається геморрагічний шок. Лікувальна тактика залежить від активності кровотечі, установленної ендоскопічно за класифікацією Forrest та обсягу крововтрати, яка підтверджується клінічними та лабораторними методами досліджень.

При активній струйній кровотечі хворого слід переводити до операційної, де йому необхідно проводити інтенсивну корекцію гіповолемії та екстренну операцію, націлену на зупинку кровотечі у виразці.

При капілярній кровотечі з крововтратою середнього і легкого ступенів тяжкості, відсутності кровотечі з ознаками її рецидиву (тромбоутворення судини з підтіканням крові, наявності пухлого тромба, фіксованого згортка) та крововтратою трьох ступенів, хворого слід госпіталізувати до відділення інтенсивної терапії для динамічного нагляду та проведення інтенсивної патогенетичної та симптоматичної терапії.

При наявності активної капілярної кровотечі хворому слід призначити строгий ліжковий режим і голод. При відсутності активної кровотечі, але із загрозою її розвитку – призначається ліжковий режим і дієта Магделенграхта (охолоджена їжа, збагачена білками).

Лікувальна тактика має включати заходи місцевого та загального гемостазу, медикаментозні засоби блокування шлункової секреції та диференційне заміщення крововтрати під динамічним наглядом гемостазу та лабораторному контролю об'єму циркулюючої крові (ОЦК).

Неефективність гемостатичної терапії протягом 6-8 годин з моменту госпіталізації є показанням до екстренного хірургічного втручання, а при рецидиві кровотечі протягом 24-48 годин необхідно проводити термінове оперативне втручання після стабілізації гемодинаміки.

Обсяг хірургічного втручання залежить від локалізації виразки, стану хворого, його віку та супутніх захворювань.

При локалізації виразки у дванадцятипалій кишці операцією вибору є гемостаз у виразці, пілоропластика та стовбурова ваготомія. Компенсований стан хворого дозволяють виконувати селективну проксимальну ваготомію (СПВ) сумісно з гемостазом у виразці, а при кальозних виразках – піддіафрагмальну стовбурову ваготомію з економною резекцією шлунка.

При шлунковій локалізації виразки і тяжкому стані хворого слід виконувати пілоропластику та стовбурову ваготомію, а при компенсованому стані – резекцію шлунка.

У пацієнтів із зупиненою кровотечею і виразковим дефектом під фібрином слід проводити комплексну противиразкову терапію, яка має включати антисекреторні і антихелікобактерні препарати. Корекція анемії і гіповолемії має

здійснюватися на основі показників червоної крові і проби за Шелестюком. Неефективність терапії дозволяє рекомендувати планове хірургічне лікування.

При ВХ шлунка операцією вибору є надпілорична резекція шлунка, а при дуоденальній виразці – органозберігальна операція або ваготомія з економною резекцією шлунка.

ВИСНОВОК Таким чином, розвиток кровотечі у хворих з виразковою хворобою шлунка й дванадцятипалої кишки потребує прийняття невідкладних рішень відносно її діагностики та лікування. З метою оптимізації та уніфікації цієї допомоги нами запропоновані графологічні схеми та протоколи. Їх використання дозволяє покращити рівень підготовки медичного персоналу при наданні медичної допомоги хворим з виразковими кровотечами, накреслити обсяг обстежень та лікувальних послуг в межах, гарантованих державою, а також провести розрахунки планових витрат залежно від ступеню тяжкості кровотечі.

ЛІТЕРАТУРА

1. Березницький Я.С., Гриценко І.І., Ратчик В.М. Стандарты диагностики и лечения язвенной болезни // Сучасна гастроентерологія і гепатологія. – 2000. – №2. – С. 16-20.
2. Бондаренко Н.М., Крышень В.П. Отдаленные результаты хирургического лечения язвенной болезни желудка // Клиническая хирургия. – 1993. – №3. – С. 10-12.
3. Братусь В.В., Фомин П.Д., Лисов И.Л. Возможности улучшения результатов лечения больных с острыми язвенными кровотечениями // Хирургия. – 1992. – №9-10. – С. 65-67.
4. Бурчинский Г.И. Современные направления фармакотерапии язвенной болезни // Врачебное дело. – 1990. – № 5. – С. 1-6.
5. Василюшин Р.И. Статистический анализ распространенности язвенной болезни желудка по данным анкетирования // Вісник проблем біології і медицини. – 1999. – № 2. – С. 42-44.
6. Галимов О.В. Хирургическое лечение гастродуоденальных язв, сочетанных с грижами пищевода и диафрагмы // Здоровье охранение Белоруссии. – 1992. – № 11. – С. 53-55.
7. Десятерик В.И. Постгеморрагический синдром в клинике осложненной язвенной болезни. - Дис. д-ра. мед. наук. – Днепропетровск, 1996. – 473 с.
8. Митин С.Е., Чистяков Д.В., Пешехонов С.И. Лапароскопическое ушивание перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки // Эндовидеохирургия. – 1997. – Т.3, №1. – С. 77.
9. Морфологические изменения слизистой оболочки желудка при язвенном кровотечении / Зайцев В.Т., Гончарова Л.С., Проценко Е.С. и др. // Клиническая хирургия. – 1995. – №4. – С. 3-5.
10. Мурыгин А.А., Асанов О.Н. Оперативное лечение кровотечения из острых язв и эрозий желудка // Клиническая хирургия. – 1991. – №4. – С. 45-47.
11. Ольшевский А.А., Кириченко Б.Б., Капустин А.Г. Радикальная операция – метод выбора при перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки // Клиническая хирургия. – 1991. – № 4. – С. 12-15.
12. Панцырев Ю.М., Гринберг А.А. Ваготомия при осложненных дуоденальных язвах. М.: Медицина, 1979. – 160 с.
13. Плохинский Н.А. Биометрия. – М.: Наука, 1970. – 368 с.
14. Сытник А.П., Наумов Б.А. Выбор метода операций при язвенной болезни желудка: Обзор // Хирургия. – 1995. – №3. – С. 59-63.
15. Слесаренко С.С., Лагун М.А., Китаев И.В. Выбор способа операции язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Эндовидеохирургия. – 1997. – Т.3. – №1. – С. 99-100.
16. Шейко В.Д. Оптимізація хірургічної профілактики неспроможності кукури дванадцятипалої кишки після резекції шлунка при ускладнених постбульбарних виразках: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Київ. держ. ін-т удосконалення лікарів. – К., 1996. – 24 с.