

Запорожан С.Й.

ШЛУНКОВО-КИШКОВІ КРОВОТЕЧІ В РАНЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ ПІСЛЯ УШИВАННЯ ПРОРИВНО ВИРАЗКИ (ПРИЧИНИ, ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ)

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

ШЛУНКОВО-КИШКОВІ КРОВОТЕЧІ В РАНЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ ПІСЛЯ УШИВАННЯ ПРОРИВНО ВИРАЗКИ (ПРИЧИНИ, ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ) – В статті розглянуто результати аналізу лікування 14 пацієнтів з приводу виразкових кровотеч, які лікувались в хірургічній клініці з приводу проривно виразки ДПК на тлі перитоніту. В результаті досліджень виявлено клінічні прояви ШКК, причини розвитку, діагностика та лікування ШКК на тлі перитоніту.

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНІ КРОВОТЕЧЕННЯ В РАНЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ ПІСЛЯ УШИВАННЯ ПРОРИВНО ВИРАЗКИ (ПРИЧИНИ, ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ) – В статті розглянуто результати аналізу лікування 14 пацієнтів з ЖКК в ранньому післяопераційному періоді після ушивання перфоративної язви ДПК. В результаті досліджень виявлені клінічні прояви ЖКК, причини розвитку, діагностика та лікування ЖКК на фоні перитоніту.

GASTRO-INTESTINAL BLEEDINGS IN EARLY POSTOPERATIVE PERIOD AFTER SEWING OF BREACH ULCER (REASONS, DIAGNOSTICS, MEDICAL TREATMENT) – In the given article the results of analysis of medical treatment are considered 14 patients concerning the ulcerous bleeding which were treated in a surgical clinics concerning breach ulcer on a background of peritonitis. As a result of researches the clinical displays of gastro-intestinal bleeding, reasons of development, diagnostics and medical treatment SHCC on a background the peritonitis were revealed.

Ключові слова: шлунково-кишкова кровотеча (ШКК), дванадцятипала кишка (ДПК).

Ключевые слова: желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК), двенадцатиперстная кишка (ДПК).

Key words: gastro-intestinal bleeding, duodenum.

ВСТУП Виразкова хвороба шлунка і ДПК зустрічається приблизно у 10 % населення і характеризується високою частотою загострень і ускладнень [3, 5].

Одним із ускладнень виразкової хвороби шлунка і ДПК є перфорація виразки, яка зустрічається у 2-4 жителів на 10 тис. населення [2, 5]. Більшість авторів відмічає збільшення відсотка цього ускладнення виразкової хвороби залежно від стресових ситуацій, війн, погіршення соціальних умов життя людей. За останні десятиріччя у світі кількість пацієнтів з проривною виразкою шлунка і ДПК збільшилась у 2,5 рази. При цьому невпинно зростає кількість хворих похилого віку, у яких перфорація виразки була першим проявом виразкової хвороби [1, 5].

В Україні кількість хворих з проривними виразками в 2006 році зменшилась порівняно з 2000 роком на 32,6 % (з 13,063 тис. до 8,799 тис. хворих). Оперативна активність в лікуванні проривних виразок складає 99 %. Летальність при лікуванні цієї патології в 2000 і в 2006 роках становить 3,44 % [2].

Шлунково-кишкові кровотечі як ускладнення виразкової хвороби шлунка і ДПК в більшості країн світу сягають 53-182 випадки на 100 тис. населення в рік і представляють собою дуже серйозну суспільну проблему [1, 4, 7, 8]. За останні десятиліття спостерігається ріст числа захворювань на виразкову хворобу шлунка і ДПК серед населення Європи і США. Так, кожного року у США відмічається більше 100 тис. госпіталізованих пацієнтів з цим захворюванням. Серед госпіталізованих хворих в цих країнах виразки ДПК зустрічаються в два рази частіше, ніж шлункові виразки [1, 4, 8].

В Україні відмічається збільшення кількості хворих з шлунково-кишковими кровотечами – на 14,6% (з 21 263 в 2000 році до 24 904 в 2006 році). Летальність зросла з 3,02% в 2005 році до 3,44% в 2006 році. Слід відмітити зниження післяопераційної летальності з 6,86% в 2005 році до 6,74% в 2006 році.

Мета дослідження: на матеріалах власного дослідження проаналізувати причини виникнення ШКК в ранньому

післяопераційному періоді після вшивання проривних виразок, особливості клінічних проявів і діагностики та лікування.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Нами проаналізовано результати лікування 14 хворих віком від 43 до 78 років, з них 10 пацієнтів (71,4%) – чоловіки, 4 (28,6%) – жінки, які лікувались в хірургічній клініці з приводу проривно виразки ДПК на тлі перитоніту. Усі 14 пацієнтів госпіталізовані в хірургічній стаціонар пізніше 24 годин з моменту захворювання. В 12 пацієнтів (85,7%) виразкова хвороба була діагностована вперше і проявилась перфорацією, у двох пацієнтів (14,3%) виразковий анамнез спостерігався на протязі 2-3 років. Усім 14-м пацієнтам виконано операцію ушивання проривно виразки за Опелем-Полікарповим, лаваж та дренивання черевно порожнини з 4-х точок по 3-4 поліхлорвінілових трубок в кожній. Діагностовано розлитий фібринозно-гнійний перитоніт.

Епізод шлунково-кишкової кровотечі в ранньому післяопераційному періоді було діагностовано у трьох пацієнтів (24,4%) на третю добу після операції; у шести пацієнтів (42,9%) – на четверту добу; у п'яти пацієнтів (35,7%) – на п'яту добу після операції.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ Для оцінки ступеня тяжкості інтоксикації та поширення перитоніту ми використовували деякі фізіологічні показники: температура тіла, частота серцевих скорочень, величина артеріального тиску, частота дихання; морфологічні показники крові: кількість лейкоцитів, вміст паличкоядерних нейтрофілів, гранулоцитів, лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ), гематокрит; показники біохімічного аналізу крові: білкові фракції, сечовина, креатинін, білірубін, АсТ, АлТ, вміст пептидів середньо молекулярної маси, визначили токсичність плазми; проводили поглиблене мікробіологічне дослідження порожнисто мікрофлори із різних ділянок ШКТ та мікрофлори перитонеального ексудату, визначили щільність розподілення сегментоядерних нейтрофілів гранулоцитів в парієтальній очеревині. Для оцінки тяжкості фізичного стану хворих на ПВ застосовували модифіковану шкалу операційного та анестезіологічного ризику (OAP) Larsen SF (1987) та Goldmon L (1995).

Клінічна діагностика виразкової гастродуоденальної кровотечі ґрунтувалась на ранньому виявленні симптомів екстраурізації крові в просвіт шлунково-кишкового тракту (блювання кров'ю або рідиною типу кавової гущі, мелени або дьогтеподібного стільця).

Блювання кров'ю діагностували, коли блювотні маси містили світлу, яскраво-червону кров або кров'яні згустки (кавову гущу – однорідний вміст коричнево-чорного кольору). Неоформлений рідкий стілець чорний або червоно-чорного кольору вважали меленою.

У загальній групі пацієнтів клінічні прояви кровотечі (блювання кавовою гущею) спостерігалась у 8 пацієнтів (57,14%), мелена у 3 пацієнтів (21,43%) (табл. 1).

Виділяли два клінічні типи рецидиву кровотеч: гемодинамічно вагомий, обумовлений зниженням артеріального тиску менше 100 мм Hg в поєднанні з більшою частотою пульсу та олігоурією (12 спостережень). Менш вагомий не супроводжувалась вираженими гемодинамічними розладами (2 спостереження).

Ендоскопічна характеристика виразкової поверхні є вирішальним фактором. Джерелом кровотечі у 14 пацієнтів (100%) слугували виразки ДПК. У 10 пацієнтів (71,4%) виразки локалізувались на задній стінці ДПК, а в 4 хворих (28,6%) – на задньо-верхній стінці ДПК. Розміри ви-

Таблиця 1. Клінічні симптоми кровотечі на тлі перитоніту

Симптоми	Кровотеча з виразки ДПК	
	абс.	%
Блювання кров'ю	1	7,14
Блювання кавовою гущею і згустками	8	57,14
Блювання кров'ю й мелена	1	7,14
Блювання кавовою гущею і мелена	1	7,14
Мелена	3	21,44

разкового дефекту сягав від від 0,5 до 1,2 мм в діаметрі з глибиною виразкового дефекту 0,2-0,3 см. В усіх 14 пацієнтів діагностовано прикрити виразку фіксованим кров'яним згустком (F2-Б). В усіх пацієнтів виразку оброблено капрофером.

У 10 пацієнтів (71,4%) констатовано крововтрату середнього ступеня тяжкості, у 4 хворих (28,6%) крововтрату легкого ступеня тяжкості.

В консервативну терапію ШКК включали гемостатичну терапію (децінон, хлористий кальцій-10%, вікасол; кристало ди: розчин Рінгера, ацесоль, лактосоль; коло ди: свіжозаморожену плазму; препарати желатину: желатиноль; препарати на основі декстрану: реополіглюкін, реоглюман). Для замісно терапі використовували свіжовідмиті еритроцити, Омез 40 мл в/в на 100мл фізіологічного розчину двічі на добу, препарати із захисною дією на слизову оболонку шлунка та ДПК (денол, антацидні препарати).

Комплексну антибактеріальну терапію, детоксикаційну, дезінтоксикаційну терапію використовували в лікуванні перитоніту.

ВИСНОВКИ 1. Причиною кровотечі у ранньому післяопераційному періоді у хворих після вшивання проривно виразки на тлі перитоніту є активізація запально-деструктивних процесів в стінці ДПК, що призводить до загострення виразково хвороби.

2. Під час проведення оперативного лікування проривно виразки ДПК чи шлунка необхідно проводити ревізію пальцем задньо і задньо-верхньо стінки ДПК, задньо стінки шлунка. При необхідності проводити фіброгастрокопію на операційному столі.

3. Для діагностики ШКК та для зупинки використову-

вати сучасні методи фіброгастрокопі та медикаментозні засоби.

4. Клінічними проявами кровотеч слід вважати блювання кров'ю, кавовою гущею із згустками та зниження артеріального тиску менше 100 Нq в поєднанні з підвищенням частоти пульсу та олігоурією.

5. Обов'язкове призначення в ранньому післяопераційному періоді пацієнтам противиразково терапі .

Література

1. Борисов А.Є. Федоров А.Э. Ошибки, осложнения и летальность у больных с острыми хирургическими заболеваниями органами брюшной полости. – Санкт-Петербург. – 162 с.
2. Братусь В.Д., Фомин П.Д., Никишаев В.И. Эволюция принципов лечебной тактики при кровоточащих гастродуоденальных язвах // Украинский журнал малоинвазивно та ендоскопічно хірургі – 2007. – № 1. – С. 22-23.
3. Братусь В.Д. Дифференциальная диагностика и лечение острых желудочно-кишечных кровотечений. – Киев: Здоровье, 1991. – 268 с.
4. Кондратенко П.Г., Смирнов Н.Л., Раденко Є.Є. Острое кровотечение в просвет органов пищеварительного канала: Практическое руководство. – Донецк, 2006. – 420 с.
5. Фомин П.Д., Нікішаєв В.І., Повч О.А. та ін. Перфоративні гостро кровоточиві гастродуоденальні виразки – сучасний стан дано проблеми // Експериментальна і клінічна медицина – 2004. – № 3. – С. 163-165.
6. Шалимов А.А., Картиш А.П., Братусь В.Д., Фомин П.Д., Никишаев В.И., Козлов С.Н., Лиссов А.И. Материалы XX съезда хирургов Украины. Хирургическое лечение язвенной болезни (1996 - 2001 гг.). – Киев, 2002. – 67 с.
7. Nagayama K, Tazawa J, Sakai Y et al. Efficacy of endoscopic clipping for bleeding gastroduodenal ulcer: comparison with topical ethanol injection. Am J Gastroenterol. 1999; 94(10):2897-2901.
8. Panos M.Z, Walt R.P. Current management of bleeding peptic ulcer. Drugs. 1993;46(2):269-280.