

УДК 616.33/. 342/002.45/036/88

© С. Й. ЗАПОРОЖАН

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського"

Резекційні методи лікування хворих з гастродуоденальними виразками, ускладненими кровотечею

S. Y. ZAPOROZHAN

SHEI "Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky"

RESECTION TREATMENT METHODS OF PATIENTS WITH GASTRODUODENAL ULCERS COMPLICATED BY BLEEDING

Проведено аналіз результатів операційного лікування 399 пацієнтів із приводу виразкових гастродуоденальних кровотеч (ВГДК), резекційні методи використовували у 108 пацієнтів (27,07 %), з них резекцію шлунка за Більрот-I – у 52 хворих (13,03 %), резекцію шлунка за Більрот-II зі шлунковою локалізацією виразки – у 36 пацієнтів (9,02 %), гастректомію – у 2 хворих (0,5 %), резекцію шлунка за Більрот-II при дуоденальній локалізації кровоточивої виразки – у 18 пацієнтів (4,51 %).

There was conducted the analysis of the operational treatment of 399 patients with gastroduodenal ulcer bleeding, (VHDK) resection methods were used in 108 patients (27.07 %), including resection of the stomach by Billroth-I – in 52 patients (13.03 %), resection of the stomach by Billroth-II with localized gastric ulcers in 36 patients (9.02 %), gastroectomy – in 2 patients (0.5 %), resection of the stomach by Billroth-II localization in the duodenal bleeding ulcers – in 18 patients (4.51 %).

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Минуло понад 130 років з того часу, коли Van Kleeff вперше успішно виконав резекцію пілоричного відділу шлунка з висіченням кровоточивої виразки у юнака 16 років [6]. Розвиток хірургічної тактики з роками переживав періоди піднесення та падіння. Так, у 1918–1931 рр. Finsterer відмітив зниження летальності серед пацієнтів із виразковими гастродуоденальними кровотечами, яких оперували у перші 24–48 год порівняно з пацієнтами, які отримували безуспішну консервативну терапію. Успіхи і невдачі в операційному лікуванні гастродуоденальних кровотеч можна співвіднести з періодом, коли ряд хірургів, серед яких В. Н. Шамов, Ю. Ю. Джанілідзе, Є. Л. Березов, пропагували використання переливання консервованої крові як з метою поповнення крововтрати, так і для зупинки кровотечі.

С. С. Юдін у 1955 р., Б. С. Розанов у 1960 р., В. Д. Братусь у 1970 р. показали, що зупинити профузну кровотечу шляхом гемотрансфузії не завжди вдається. Використання масивних гемотрансфузій з операційним втручанням дозволило С. С. Юдіну в період 1932–1937 рр. знизити післяопераційну летальність з 16,8 до 12,3 % [6].

Із 30-х років ХХ століття у визначенні терміну виконання операційного втручання сформувались три основні напрямки у виборі хірургічної тактики.

1. Активна тактика, представники якої Finsterer та С. С. Юдін (1931 р.) рекомендували проводити ранні операційні втручання при профузній кровотечі у перші 24–48 год.

2. Активно-очікувальна тактика, представники якої В. І. Стручков і Е. В. Луцевич (1961 р.), В. С. Маят, В. Д. Братусь (1971 р.) розпочинали лікувати профузні кровотечі медикаментозними засобами, включаючи переливання крові, а показаннями до операції вважали рецидив кровотечі.

3. Вичікувальна тактика – представники Є. Л. Березов (1935 р.), Б. К. Рабинович віддавали перевагу консервативній терапії, а операції виконували в "межуточном періоді".

У 1974 р. І. А. Н. Forrest вперше описав стигмати (ознаки) виразкової гастродуоденальної кровотечі, а також встановив їхнє значення у визначенні термінів і частоти виникнення рецидиву кровотечі. В наступних дослідженнях було доведено, що ризик виникнення рецидиву кровотечі залежить від розмірів виразкового дефекту, його локалізації, наявності супутньої патології, тяжкості крововтрати та виражен-

ня геморагічного шоку [5]. Розв'язання проблемних питань гастродуоденальних кровотеч, зокрема рання діагностика, встановлення та верифікація джерела кровотечі, проведення ендоскопічного гемостазу та профілактика рецидиву кровотечі стали можливими завдяки стрімкому розвитку ендоскопії. Завдяки ендоскопічній техніці можна проводити ендоскопічний гемостаз при наявності активної кровотечі та вжити заходи ендоскопічної профілактики рецидиву кровотечі в разі зупиненої кровотечі й наявності стигмат з наступним контролем ефективності ендоскопічного гемостазу [6, 9].

Активна очікувальна та активно-очікувальна тактика при виразково-гастродуоденальних кровотечениях існують давно, тільки кількість прихильників та критиків періодично змінюється, як змінюються прихильники різних хірургічних шкіл. Предметом обговорення щодо тактики лікування залишаються терміни проведення операційного лікування та вибір методу операцій. Революційний вплив щодо тактики операційного лікування в останні роки зробили досягнення та впровадження нових міні-інвазивних ендоскопічних методів у лікуванні виразкових гастродуоденальних кровотеч. Всі ці вищепераховані досягнення мали безпосередній вплив на формування і впровадження у життя нової тактики – активно-індивідуалізованої [8, 11]. Тактика включає ранню ЕГДС, ендоскопічну зупинку кровотечі та ендоскопічну профілактику рецидиву кровотечі, визначення конкретних термінів та об'єму операції залежно від результатів ендоскопічного гемостазу, загального стану хворого, ймовірності рецидиву кровотечі. Тактику про операційне лікування вирішують, виходячи з прогнозу рецидиву кровотечі й оцінки тяжкості стану пацієнта. Супутня патологія змушує стриманіше ставитись до операційних втручань із приводу рецидиву кровотечі. При рецидивних кровотечениях виконують повторні ЕГДС із наступним проведенням ендоскопічного гемостазу, при його успішності хворих оперують у відтермінованому періоді, а при неуспішному ендоскопічному гемостазі – в екстремому на висоті рецидивної кровотечі [4, 6, 12].

Метод динамічної ЕГДС дозволяє значною мірою індивідуалізувати активну хірургічну тактику, а нерідко уникнути вкрай небезпечних операцій “відчаю” [1, 6, 9].

На сьогодні проблема летальності при виразкових гастродуоденальних кровотечениях залежить від ступеня запущеності пацієнтів, причиною якої є пізні терміни госпіталізації з моменту перших клінічних проявів захворювання до госпіталізації в хірургічні стаціонари, особливо серед пацієнтів середнього та старечого віку на тлі тяжкого геморагічно-

го шоку [2]. Безпосередньою причиною смерті в цих пацієнтів була не триваюча кровотеча, а необоротні зміни у життєво важливих органах.

Операційне втручання повинно бути за часом виконання коротким, забезпечити кінцеву зупинку кровотечі й одночасно радикальним у лікуванні основного захворювання. На думку [10], при екстрених операціях стійкого гемостазу можна досягнути виконанням органозберігаючих та органощадних операцій, шляхом висічення виразки, виведення виразки за просвіт травного каналу, методом проведення дуоденопластики та пілоропластики. При шлункових локалізаціях виразки – проведення сегментарної резекції шлунка, доповнення цих операцій різного виду ваготоміями.

До останнього часу вибором хірургічного втручання при виразкових кровотечениях вважали резекцію шлунка [6]. Тільки деякі хірурги [7] публікують дані про низьку летальність після резекції шлунка. Однак ці дані стосуються тих клінік, в яких ставляться ширші показання до такої операції, в тому числі при виразкових кровотечениях легкого ступеня тяжкості.

Слід відмітити, що тяжкий стан хворих із масивною крововтратою часто змушує хірургів скоротити об'єм операції і виконувати такі паліативні втручання, як прошивання кровоточивої виразки, перев'язування магістральних судин шлунка, тампонада кровоточивої судини [3].

Як правило, після таких втручань зустрічається велика кількість ускладнень – рецидиви кровотечі в ранньому післяопераційному періоді і висока післяопераційна летальність [11].

Матеріали і методи. Ми проаналізували результати оперованих 399 пацієнтів із приводу ВГДК, резекційні методи використовували у 108 хворих (27,07 %), з них резекцію шлунка за Більрот-I – у 52 пацієнтів (13,03 %), резекцію шлунка за Більрот-II зі шлунковою локалізацією виразки – у 36 хворих (9,02 %), гастректомію – у 2 пацієнтів (0,5 %), резекцію шлунка за Більрот-II при дуоденальній локалізації кровоточивої виразки – у 18 хворих (4,51 %) (табл. 1).

Слід відмітити, що резекційні методи лікування в більшості випадків – у 74 пацієнтів (68,52 %) – використовували у ранньому та пізньому відтермінованому періоді, тоді як в екстремому порядку (на висоті тривалої кровотечі та на висоті рецидиву кровотечі) – відповідно, у 34 хворих (31,48 %).

При виразковій хворобі шлунка та дванадцятипалої кишки відмічали поєднані ускладнення кровотечі з пенетрацією та стенозуванням.

Серед 23 пацієнтів (7,93 %), прооперованих із приводу кровоточивої виразки з локалізацією ос-

Таблиця 1. Методи операційного лікування виразкових гастроуденальних кровотеч залежно від терміновості

Методи		Терміни виконання								Всього	
		висота кровотечі		висота рецидиву кровотечі		ранні відтерміновані		пізні відтерміновані			
		n=101	%	n=66	%	n=124	%	n=108	%		
Органошадні	СВ+АЕ	11	13,75	7	8,75	24	30	19	23,75	61	80
	Сегментарна резекція шлунка	1	1,25	4	5	8	10	5	6,25	18	
	Гастротомія з прошиванням судини	1	1,25	–	–	–	–	–	–	1	
Органозберігаючі	ТВ+ДШО	29	13,74	24	11,37	6	2,84	5	2,37	64	211
	СПВ+ДШО	29	13,74	12	5,69	45	21,33	34	16,11	120	
	СВ+ДШО	11	5,21	2	0,95	7	3,32	4	1,90	24	
	КВ+ДШО	–	–	3	1,42	–	–	–	–	3	
Резекційні	РШ Б–І	15	13,89	8	7,41	15	13,89	14	12,96	52	108
	РШ Б–ІІ	2	1,85	4	3,70	12	11,11	18	16,67	36	
	Гастректомія	–	–	–	–	1	0,93	1	0,93	2	
	РШ Б–ІІ (ДПК)	2	1,85	2	1,85	6	5,56	8	7,41	18	
Всього		101	25,31	66	16,54	124	31,08	108	27,07	399	

танньою на задній стінці тіла шлунка, відмічали пенетрацію виразки в тіло підшлункової залози.

У багатьох випадках резекція шлунка мала вимушений характер і була зумовлена великими або гігантськими розмірами кальозної виразки (у 77

пацієнтів – 26,55 %) задньої стінки ДПК із пенетрацією в підшлункову залозу (у 36 пацієнтів – 12,41 %), гепатодуоденальну зв'язку (у 12 пацієнтів – 4,14 %), жовчний міхур (у 7 пацієнтів – 2,41 %), поперечно-ободову кишку (у 5 пацієнтів – 1,72 %) (табл. 2).

Таблиця 2. Локалізація кровоточивих гастроуденальних виразок та вік оперованих хворих

Локалізація		Вік				Всього n=399	
		20–59 n=327	60–74 n=51	75–89 n=20	90 і старші n=1		
		Шлунок	Мала кривина	9	–		
Дно шлунка	1		2	–	–	3	
Субкардіальний відділ	3		3	5	1	12	
Тіло шлунка	47		6	4	–	57	
Антральний відділ	16		6	6	–	28	
ДПК	Передня стінка	85	19	1	–	105	
	Задня стінка	86	14	3	–	103	
	Верхня стінка	46	1	1	–	48	
	Нижня стінка	34	–	–	–	34	

У 17 прооперованих пацієнтів (5,86 %) із кровоточивими дуоденальними виразками відмічали поеднання стенозування з кровотечею.

Так, у 59 пацієнтів (54,13 %), оперованих із приводу виразкової хвороби шлунка, ускладненої кровотечею, розмір виразкового дефекту, за інтраопераційни-

ми даними, становив 2,1–3,0 см. Цим пацієнтам було проведено резекційні методи лікування (табл. 3).

При дуоденальній локалізації кровоточивих виразок гігантські розміри (більше 1,6 см) було виявлено у 77 пацієнтів (26,55 %), їм виконано резекційні та органозберігаючі операції.

Таблиця 3. Розміри виразкового дефекту серед оперованих хворих

Розміри виразкового дефекту		Вік				Всього
		20–59	60–74	75–89	90 і старші	
		n=327	n=51	n=20	n=1	n=399
Шлунок	до 1,0 см	12	3	–	–	15
	1,1–1,5 см	10	1	–	–	11
	1,6–2,0 см	11	2	1	–	14
	2,1–2,5 см	14	2	4	–	20
	2,6–3,0 см	10	–	3	–	13
	більше 3,0 см	19	9	7	1	36
ДПК	до 1,0 см	87	8	1	–	96
	1,1–1,5 см	103	13	1	–	117
	1,6–2,0 см	35	6	1	–	42
	більше 2,0 см	26	7	2	–	35

Значно кращі віддалені результати і мінімальна частота виникнення рецидивів після резекції шлунка порівняно з органозберігаючими операціями. Метою операційного втручання була не лише зупинка кровотечі, але й уникнення післяопераційних ускладнень і летальності, пов'язаних з використанням хірургічної методики.

Результати досліджень та їх обговорення.

Відновлення цілісності шлунково-кишкового тракту при виконанні резекції шлунка за Більрот-II при виразковій хворобі ДПК закінчували анастомозом за типом “кінець у бік” в модифікації Гофмейстера-Фінстерера. Операційні втручання виконували в пацієнтів із поєднаними ускладненнями виразкової хвороби: стенозування плюс кровоточива виразка у 14 пацієнтів (3,5 %) та пенетрувальна виразка плюс кровотеча у 22 пацієнтів (5,52 %). Висока травматичність операційного лікування, тривалість операції на тлі геморагічного шоку та тяжкої супутньої патології привели до 5 летальних випадків при дуоденальній локалізації виразки і одного летального випадку при шлунковій локалізації.

Резекцію шлунка за Більрот-I застосовували у 52 пацієнтів (13,03 %) із виразковими гастродуоденальними кровотечами, причому в 38 хворих (9,52 %) операцію проводили на тлі помірного та середнього геморагічного шоку ($p < 0,001$).

У 14 пацієнтів (3,51 %) резекція шлунка за Більрот-I стала операцією вибору при тяжкому геморагічному шоці при локалізації виразки на задній стінці шлунка з пенетрацією в тіло підшлункової залози.

Із 12 екстрено оперованих хворих (на висоті тривалої кровотечі та на висоті рецидиву кровотечі) після неефективного повторного ендоскопічного гемостазу та медикаментозної терапії у двох пацієнтів стійкість гемостазу відповідала FI A, у дев'яти хворих – FI B, а в одного пацієнта – FI X.

Слід відмітити, що серед операцій, виконаних у ранньому та пізньому відтермінованому періоді, переважали резекційні методи – у 75 хворих (69,4 %), тоді як в екстреному порядку було прооперовано 33 пацієнти (30,6 %), $p < 0,005$.

При аналізі 52 прооперованих пацієнтів із приводу ВГДК резекційним способом за Більрот-I у післяопераційному періоді несприятливих результатів не спостерігали.

Велику небезпеку і труднощі в хірургічному лікуванні кровоточивих шлункових виразок становлять субкардіальні виразки, розташовані, як правило, на задній стінці шлунка в проекції лівої шлункової артерії. Виразки цієї локалізації здебільшого викликають профузну, масивну кровотечу.

Операційний метод гастректомію використовували у двох пацієнтів із локалізацією кровоточивої виразки в субкардіальному та кардіальному відділі в поєднанні з геморагічним гастритом. Один з цих пацієнтів оперований у групі F II B з ознаками нестабільного гемостазу, на тлі хронічної серцевої патології – постінфарктний кардіосклероз, помер на другу добу після операції від наростаючої поліорганної недостатності. Інший пацієнт, якому була проведена гастректомія, в групі F III, був виписаний на дванадцять добу після операції на амбулаторне лікування за місцем проживання.

Висновки. 1. Активна виразкова кровотеча на момент госпіталізації резистентна до ендоскопічного гемостазу і консервативних заходів, безальтернативно диктує умови щодо застосування екстреної хірургічної операції – з метою виконання хірургічного гемостазу.

2. Резекційні методи лікування пацієнтів із ВГДК залишаються актуальними як в екстреному, так і у відтермінованому періоді, забезпечуючи адекватний гемостаз незалежно від анатомічної характеристики виразкового субстрату, що дозво-

ляє провести гістологічне дослідження тканин для визначення ймовірності малігнізації.

3. Показаннями до виконання резекційних методів лікування пацієнтів із виразковими гастро-

дуоденальними кровотечами вважаємо шлункову локалізацію виразкового субстрату, гігантські виразки, поєднані кровотечі із стенозуванням та петрацією.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Балалыкин А. С. Эндоскопическая классификация и принципы лечения желудочно-кишечных кровотечений / А. С. Балалыкин, А. Н. Алимов, В. В. Гвоздик // IV Международный конгресс по эндоскопической хирургии : сборник тезисов. – М., 2000. – С. 23–25.
2. Братусь В. Д. Геморрагический шок : патофизиологические и клинические аспекты / В. Д. Братусь, Д. М. Шерман. – К. : Наук. думка, 1989. – 304 с.
3. Вербицкий В. Г. Желудочно-кишечные кровотечения язвенной этиологии: патогенез, диагностика, лечение : руководство для врачей / В. Г. Вербицкий, С. Ф. Багненко, А. А. Курыгин. – СПб. : Политехника, 2004. – 242 с.
4. Дзюбановський І. Я. Рецидивні дуоденальні виразкові кровотечі: прогнозування і вибір лікувальної тактики / І. Я. Дзюбановський, І. І. Басистюк // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2007. – Т. 11, № 1. – С. 23–24.
5. Ефименко Н. А. Кровотечение из хронических гастродуоденальных язв: современные взгляды и перспективы лечения / Н. А. Ефименко, М. В. Лысенко, В. Л. Асташов // Хирургия. – 2004. – № 3. – С. 56–60.
6. Кондратенко П. Г. Методы эндоскопического гемостаза при кровотечении из хронических и острых язв желудка / П. Г. Кондратенко, Е. Е. Раденко // Університетська клініка. – 2007. – Т. 3, № 1. – С. 60–62.
7. Современные тенденции в хирургическом лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / И. П. Мавиди, С. В. Петров, И. М. Хохлова, К. Ч. Ли // Материалы первой международной конференции по торако-абдоминальной хирургии, Москва, 5–6 июня 2008 г. : сборник тезисов. – М., 2008. – С. 255–256.
8. Тактика хирурга при гастродуоденальных язвенных кровотечениях / Ю. Р. Маликов, А. А. Азимов, О. Саидов, Д. Э. Хосилов // Хирургия Узбекистана. – 2003. – № 3. – С. 50–51.
9. Ендоскопічна діагностика і мініінвазивна ендохірургія при неварикозних кровотечах з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту : методичні рекомендації / [В. І. Нікішаєв, Г. Г. Рошін, П. Д. Фомін та ін.]. – К. : Укр. наук.-практ. центр екстреної мед. допомоги та медицини катастроф, 2002. – 22 с.
10. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений / Ю. М. Панцырев, А. И. Михлев, Е. Д. Федоров, Е. А. Кузеев // Хирургия. – 2000. – № 6. – С. 23–24.
11. Еволюція тактичних підходів до вибору хірургічного лікування ускладнених форм виразкової хвороби / П. Д. Фомін, В. Д. Братусь, В. Л. Нікішаєв, С. Й. Запорожан // Шпитальна хірургія. – 2005. – № 1. – С. 189–193.
12. Деякі аспекти прогнозування виникнення рецидиву шлунково-кишкової кровотечі виразкової етіології / В. О. Шапринський, О. А. Камінський, В. Ф. Білошицький, І. В. Павлик // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2007. – Т. 11, № 1. – С. 29–30.

Отримано 09.04.13