

УДК 616.33+616.342]-002.44-06-005.1-089

Вибір тактики лікування гострих виразкових гастродуоденальних кровотеч

С. О. Мунтян, В. П. Кришень, М. М. Бондаренко, С. І. Баранник, С. М. Куриляк,
В. І. Мірошниченко, О. С. Мунтян, В. В. Шевельов

Дніпропетровська державна медична академія,
Дорожня клінічна лікарня на станції Дніпропетровськ Придніпровської залізниці

Ключові слова: вид кровотечі за Форестом, ступінь крововтрати, лікувальна тактика, виразкова хвороба, ускладнена кровотечею.

Гостра кровотеча у просвіт травного каналу на сьогодні залишається одним із частих, тяжких і небезпечних ускладнень виразкової хвороби, про що свідчать показники летальності: 10–12% [6]. Частота виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки, як причини шлунково-кишкової кровотечі, становить, за даними вітчизняних та іноземних дослідників, від 58 до 67% і стоїть на першому місці в структурі захворювань, що ускладнюються гострими кровотечами [2, 5].

Гастродуоденальна кровотеча виразкової етіології, за даними літератури, є причиною загальної і післяопераційної летальності 65–72% хворих на виразкову хворобу, що значно перевищує аналогічні показники в разі перфорації, пенетрації і стенозу пілоруса [3, 4]. Тактика лікування хворих на виразкову хворобу, ускладнену кровотечею, і дотепер залишається однією з актуальних проблем екстреної хірургії [1]. Ми вивчали залежність принципів лікувальної тактики від ступеня крововтрати, виду кровотечі за Форестом та інших критеріїв.

Матеріали і методи дослідження

Проаналізовано лікування 231 хворого з гастродуоденальною кровотечею виразкового генезу у відділеннях Дорожньої клінічної лікарні на ст. Дніпропетровськ Придніпровської залізниці у 1999–2003 рр. Вік хворих був від 17 до 78 років. Усім хворим виконано фіброгастродуоденоскопію (ФГДС). Виразковий дефект локалізувався у шлунку в 29,44% обстежених, у дванадцятипалій

кишці — у 70,56%. Оперативне лікування провели 26 особам (11,25%). Хворих згрупували відповідно до типу кровотечі за Форестом та ступеня крововтрати за Брюсовим.

Результати та обговорення

Добираючи метод лікування, ми звертали увагу на вид кровотечі та ступінь крововтрати. Ми об'єднали групи ІА і ІВ в одну (далі це група ІА), оскільки під час проведення ФГДС вид кровотечі не диференціювали. Хірургічна тактика за таких видів кровотечі була ідентичною і здебільшого агресивною.

Зв'язок виду шлунково-кишкової кровотечі і лікувальної тактики наведено в табл. 1.

Загалом лікувальна тактика є такою: за наявності кровотечі типів ІІ–ІІІ проводять переважно консервативне лікування, тоді як у разі активної кровотечі (І) хворі підлягають негайному оперативному лікуванню у 100% випадків.

Застосовуючи консервативний метод лікування, враховували об'єм крововтрати у відсотках до нормального рівня ОЦК і рівень кровозаміщення за схемою Брюсова. У разі активної кровотечі (ІА–ІС) методом вибору є екстрене оперативне втручання. За часом, що пройшов від госпіталізації хворого до оперативного втручання, розглядали такі групи:

1. Оперативне лікування в перші 24 години після госпіталізації — 13,45%.
2. Відкладене оперативне лікування в разі рецидиву кровотечі в стаціонарі — 18,21%.
3. Ранні планові оперативні втручання, що їх

Таблиця 1

Зв'язок виду кровотечі за Форестом і тактики лікування кровотеч виразкової етіології

Лікування	ІА	ІС	ІІА	ІІВ	ІІС	ІІІА	ІІІВ
Консервативне	5%	—	78%	81%	84%	91%	82%
Оперативне	95%	100%	22%	19%	16%	9%	18%

виконували хворим із нестійким гемостазом та загрозою кровотечі — 68,34 %.

Хворим із кровотечами виразкового генезу застосовували оперативне лікування таких видів:

1. Резекція шлунка за Більротом — I (5,8 %).
2. Резекція шлунка за Більротом — II (11,5 %).
3. Резекція шлунка за Гофмейстером — Фінстерером (4,25 %).
4. Субтотальна резекція шлунка (2,35 %).
5. Антрум-резекція (4,54 %).
6. Пілоропластика за Гейнеке — Мікуличем зі стовбурною ваготомією (9,25 %).
7. Пілоропластика за Джадом (13,74 %).
8. Гастротомія, дуоденотомія з прошиванням кровотоцивої судини (48,57 %).

У структурі оперативного лікування переважали операції із збереженням органа, коли здійснювали ваготомію та пілоропластику різного виду (27,53 %). Провідним був метод виконання пілоропластики за Джадом. Вважаємо за доцільне намагатися вирізати кровотоциву виразку, що підвищує радикальність втручання. З цією метою застосовуємо різні методи: циркулярне та крайове вирізання виразкового дефекту, екстериторизація виразки та ін.

Удвічі рідше (23,9 %) застосовували резекції, переважно за Більротом — II. Комбіновані операції виконували із застосуванням антрум-резекції, яку іноді доповнювали стовбурною ваготомією (СВ). Переважання кількості резекцій шлунка способом II за Більротом проти способу I зумовлене анатомічними й технічними особливостями створення гастродуоденального анастомозу, хоча в деяких випадках ми змогли створити термінолатеральний анастомоз навіть за значної рубцевої зміни стінки дванадцятипалої кишки.

Гастротомію або дуоденотомію з подальшим прошиванням кровотоцивої судини виконували майже кожному п'ятому хворому. Таке хірургічне рішення приймали з огляду на тяжкий загальний стан хворого, нестабільність показників гемодинаміки та неможливість виконати одну з зазначених вище радикальних операцій.

Вибір методу операції залежав переважно від виду кровотечі за Форестом (табл. 2).

У разі струминної активної кровотечі (IA) виконували стовбурну ваготомію з пілоропластикою (більш як третині хворих), застосовували гастротомію або дуоденотомію з прошиванням судини та антрум-резекцію. Отже, переважали втручання із збереженням органа, водночас залишалася значною кількістю паліативних операцій — через високий ступінь операційного ризику для хворих цієї групи. У разі активної кровотечі з-під тромбу (IC) лікувальна тактика була тією ж: втручання із збереженням органа із застосуванням СВ становили 47,2 %, тоді як резекція шлунка — 13,4 %.

У лікуванні зупинених кровотеч із тромбованою судиною (IIA) також переважали радикальні втручання із збереженням органа (36,2 проти 19,8 %). У разі зупинених кровотеч із тромбованим згустком в ділянці виразки (IIB) привертає увагу загальний незначний відсоток хворих, яким провели оперативне лікування з переважанням резекційних втручань над такими із збереженням органа майже в 1,5 разу (19,4 проти 32,1 %). Слід зазначити, що в цій групі хворих паліативні втручання виконували частіше, ніж у групі пацієнтів із кровотечами IIA, антрум-резекції становили 1/4 усіх резекцій шлунка.

Частка резекцій і втручань із збереженням органа, коли виконували ваготомію, у хворих із зупиненою кровотечею з дрібними тромбованими судинами (IIC) становила 54,3 і 45,7 % відповідно. Паліативних операцій у цій групі хворих взагалі не проводили, а відношення кількостей виконаних антрум-резекцій та класичних видів резекції становило 1:3,6.

У разі остаточно зупинених кровотеч (IIIA) співвідношення кількості резекцій шлунка та втручань із збереженням органа змінюється на користь останніх (27,8 і 35,8 % відповідно). Серед резекційних методів у 100 % випадків виконували резекцію 2/3 шлунка, антрум-резекцію не здійснювали. У 36,4 % хворих виникли пізні

Таблиця 2

Залежність оперативної тактики від виду кровотечі за Форестом

Операція	IA	IC	IIA	IIB	IIC	IIIA	IIIB
Резекція шлунка за Більротом — I	4,9 %	4,7 %	9,6 %	2,3 %	—	7,3 %	36,5 %
Резекція шлунка за Більротом — II	9,2 %	8,7 %	10,2 %	22,3 %	42,5 %	20,5 %	33,2 %
Субтотальна резекція	—	—	5,8 %	—	—	—	—
Антрум-резекція	5,3 %	5,2 %	—	7,5 %	11,8 %	—	30,3 %
Пілоропластика за Гейнеке — Мікуличем, зі СВ	10,4 %	36,4 %	26,8 %	7,9 %	—	35,8 %	—
за Джадом, зі СВ	27,3 %	12,6 %	9,4 %	11,5 %	45,7 %	—	—
Гастротомія, дуоденотомія з прошиванням судини	42,9 %	34,2 %	38,2 %	48,5 %	—	36,4 %	—

рецидивні кровотечі, у зв'язку з чим їм проведено гастротомії та дуоденотомії з прошиванням судини.

Незважаючи на високу значущість хірургічних методів лікування, за даними нашої клініки, у лікуванні хворих із кровотечею II–III переважали консервативні методи.

Результати консервативного лікування: без ускладнень — 92,73%; рецидив кровотечі в стаціонарі — 5,47%; летальність — 1,8%.

Результати оперативного лікування були такими: без ускладнень — 96,66%; повторні кровотечі — 2,14%; летальність — 1,2%.

Отже, загальна частота ускладнень у разі оперативного лікування є нижчою проти консервативного. Слабким місцем консервативного лікування вважаємо ранній рецидив кровотечі в стаціонарі (5,47%), тоді як після хірургічних втручань він був нижчим (2,14%).

На наш погляд, важливо простежити зв'язок методу лікування із ступенем крововтрати (табл. 3). Консервативні методи лікування застосовували частіше, ніж оперативні, особливо чітко це видно в разі крововтрати IV і III ступенів.

Що стосується оперативного лікування, то найчастіше його проводили хворим із крововтратою I та II ступенів, причому 32 відсоткам осіб виконали пілоропластику зі стовбурною ваготомією. Для цих хворих у 1,4 разу рідше застосовували резекційні методи операції (20%), з них понад 65% становили класичні резекції 2/3 шлунка і лише 34 відсоткам хворих виконали антрум-резекцію.

За крововтрати III і IV ступеня також виконували переважно втручання із збереженням органа (10,2 проти 6,45%), а серед хворих, яким проведено резекцію шлунка, питома вага антрум-резекцій була меншою (1:4), ніж серед хворих із легкою кровотечею (I і II ступеня).

Що ж до великих оперативних втручань (субтотальні резекції шлунка), то їх застосовували вкрай рідко, і за крововтрати I–II ступенів — удвічі частіше, ніж у разі III–IV ступенів.

Загальна частота паліативних втручань у цих групах хворих і частота застосування інших методів хірургічного лікування були приблизно однаковими: 9,75 і 8,23% відповідно.

Хворим із крововтратою V ступеня зрідка виконували резекцію шлунка і стовбурну ваготомію з пілоропластиком за Фінеєм. Викладені тенденції наведено в табл. 4.

Завдяки проведеному аналізу ми виявили взаємозв'язок ступеня крововтрати і виду кровотечі за Форестом, що багато в чому визначає лікувальну тактику щодо хворих із виразковою кровотечею, узагальнені дані відображено в табл. 5. Аналізуючи їх, ми дійшли висновку, що в разі кровотеч типів IA–IC консервативне лікування застосовано 5% хворих, решті проведено невідкладне оперативне лікування.

У групі хворих з активною кровотечею і крововтратою I ступеня був найбільшим відсоток тих, кому проведено оперативне лікування. За кровотечі типу IIA із крововтратою всіх ступенів виявлено значне переважання частоти застосування

Таблиця 3

Зв'язок методу лікування і ступеня крововтрати

Лікування	Ступінь крововтрати				
	I	II	III	IV	V
Консервативне	74,5 %	78,3 %	81,8 %	84,9 %	62,7 %
Оперативне	25,5 %	21,7 %	18,2 %	15,1 %	37,3 %

Таблиця 4

Розподіл операцій за ступенем крововтрати

Лікування	Ступінь крововтрати				
	I	II	III	IV	V
Резекція шлунка за Більротом — I	7,54 %	6,85 %	5,8 %	—	—
Резекція шлунка за Більротом — II	10,8 %	14,5 %	9,3 %	16,7 %	46,4 %
Субтотальна резекція шлунка	—	2,8 %	—	3,9 %	—
Антрум-резекція	8,5 %	4,29 %	3,2 %	8,6 %	—
Пілоропластика за Фінеєм, зі СВ	23,2 %	21,8 %	18,9 %	14,7 %	—
за Гейнеке — Мікуличем, зі СВ	12,4 %	11,6 %	9,4 %	8,4 %	—
за Джадом, зі СВ	12,35 %	7,8 %	11,7 %	14,6 %	53,6 %
Гастротомія, дуоденотомія	25,21 %	30,45 %	41,7 %	33,1 %	—

Таблиця 5

Залежність тактики лікування від ступеня крововтрати і виду кровотечі за Форестом

Ступінь крововтрати	IA	IC	IIA	IIB	IIC	IIIA	IIIB
I	Конс. 5 % Опер. 32 %	Конс. 0 % Опер. 35 %	Конс. 28 % Опер. 4 %	Конс. 24 % Опер. 7 %	Конс. 22 % Опер. 5 %	Конс. 27 % Опер. 3 %	Конс. 28 % Опер. 9 %
II	Конс. 0 % Опер. 20 %	Конс. 0 % Опер. 24 %	Конс. 25 % Опер. 4 %	Конс. 25 % Опер. 8 %	Конс. 15 % Опер. 3 %	Конс. 11 % Опер. 3 %	Конс. 20 % Опер. 0 %
III	Конс. 0 % Опер. 29 %	Конс. 0 % Опер. 24 %	Конс. 23 % Опер. 6 %	Конс. 32 % Опер. 0 %	Конс. 18 % Опер. 0 %	Конс. 30 % Опер. 2 %	Конс. 26 % Опер. 0 %
IV	Конс. 3 % Опер. 11 %	Конс. 0 % Опер. 17 %	Конс. 6 % Опер. 0 %	Конс. 3 % Опер. 1 %	Конс. 33 % Опер. 4 %	Конс. 22 % Опер. 2 %	Конс. 17 % Опер. 0 %
V	Конс. 0 % Опер. 0 %	— —	Конс. 4 % Опер. 0 %	— —	— —	— —	— —

консервативних методів лікування порівняно з оперативними.

У разі кровотечі ІІВ підвищується питома вага оперативних методів лікування, особливо за перших двох ступенів крововтрати. Відношення частоти застосованого консервативного методу лікування до оперативного становить 3:1. Зростання питомої ваги оперативних методів лікування в цій групі хворих ми пов'язуємо з нестійким гемостазом і реальною загрозою рецидиву кровотечі, тоді як у разі крововтрати третього-четвертого ступенів відношення частоти консервативного способу до оперативного помітно збільшується на користь першого.

Ми звернули увагу, що найчастіше рецидив крововтрати виникав за перших двох ступенів крововтрати у хворих з наявністю фіксованого згустку в ділянці виразки (тимчасово зупинена кровотеча). Це дає підставу для активної хірургічної тактики лікування цих пацієнтів.

Що стосується особливостей тактики лікування хворих із кровотечею типу ІІС, то переважно застосовували консервативні методи.

Хворим із кровотечею типів ІІІА – ІІІВ проводили консервативне лікування значно частіше, ніж оперативне (91 проти 9%).

Висновки

Найбільш активна хірургічна тактика є виправданою за будь-якої крововтрати у хворих з активною кровотечею (тип І). У лікуванні хворих із тимчасово зупиненою кровотечею (тип ІІ) переважає консервативна тактика, однак питома вага оперативних втручань закономерно зростає у групі хворих із кровотечею типу ІІВ, особливо за крововтрати першого-другого ступенів, що зумовлене компенсацією життєво важливих функцій і створенням сприятливих умов для видужання хворих після операції. За наявності дрібних тромбованих судин в ділянці виразки (ІІС) активну хірургічну тактику застосовували не так часто, з огляду на більш стійкий місцевий гемостаз. Отже, наявність фіксованого згустку є більш небезпечним станом через нестабільний гемостаз, що вимагає активної хірургічної тактики, яка є найоптимальнішою за відсутності виразного дефіциту ОЦК.

Хворим із цілком зупиненою кровотечею (тип ІІІ), особливо із крововтратою тяжких ступенів, оперативне лікування практично не застосовують, тоді як у разі крововтрати легких ступенів для частини хворих більш виправданим є відкладене оперативне втручання.

Цитована література

1. Бондаренко М. М. Оптимізація лікувальної програми у хворих з кровоточивими виразками / М. М. Бондаренко, О. І. Новиков // Галицький лікарський вісник. — 2002. — № 3. — С. 32–33.
2. Василенко В. Х. Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / В. Х. Василенко, А. Л. Гребенев. — М.: Медицина, 1981. — 342 с.
3. Ганжій В. В. Тактика хирурга при гастродуоденальном язвенном кровотечении // Клінічна хірургія. — 2002. — № 8. — С. 33–36.
4. Хараберюш В. А. Хирургическая тактика у больных с кровоточащими пенетрирующими гастродуоденальными язвами / В. А. Хараберюш, П. Г. Кондратенко, В. Д. Яловецкий // Клінічна медицина. — 1992. — № 11-12. — С. 43–45.
5. Черноусов А. Ф. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / А. Ф. Черноусов, П. М. Богопольский, Ф. С. Курбанов. — М.: Медицина, 1996. — 253 с.
6. Шалимов А. А. Хирургия пищеварительного тракта / А. А. Шалимов, В. Ф. Саенко. — К.: Здоров'я, 1987. — 567 с.

Выбор тактики лечения острых язвенных гастродуоденальных кровотечений

*С. А. Мунтян, В. П. Крышень, Н. М. Бондаренко, С. И. Баранник, С. М. Куриляк,
В. И. Мирошниченко, А. С. Мунтян, В. В. Шевелев*

Выбор лечебной тактики при язвенных кровотечениях должен основываться на анализе многих факторов, наиболее важными из которых являются вид кровотечения по Форресту и степень кровотечения. Клинико-статистические закономерности свидетельствуют о том, что наиболее активная хирургическая тактика применяется при кровотечениях I типа по Форресту. При кровотечениях II типа хирургическая тактика лечения гастродуоденальных кровотечений также существенна, но чаще применяется в отсроченный период. В случае кровотечения III типа на первый план выходит консервативная терапия.

Таким образом, оперативное лечение при острых язвенных гастродуоденальных кровотечениях играет важную роль в общем комплексе лечебных мероприятий. Совершенствование методики и техники операций является приоритетным при этой патологии.

Choice of medical strategy for acute ulcerous gastroduodenal bleedings

*S. O. Muntian, V. P. Kryshen', M. M. Bondarenko, S. I. Barannyk, S. M. Kuryliak,
V. I. Miroshnychenko, O. S. Muntian, V. V. Sheveliov*

The choice of medical strategy at ulcerous bleedings should be based on the total analysis of many factors, most important of which are Forrest type and degree of bleeding. The clinical and statistical patterns testify that the most aggressive surgical tactics is applied at I Forrest type of bleeding. In the case of the II type bleeding surgical intervention for gastroduodenal bleedings treatment is also considerable, but more often it is carried out in the delayed period. At the III type bleeding the conservative therapy is the first-line method.

Thus, the operative treatment of acute ulcerous gastroduodenal bleedings plays the important role in a general complex of medical measures. The improvement of surgery technique is of priority at this pathology.