

ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ ШЛУНКОВИХ КРОВОТЕЧАХ ВИРАЗКОВОГО ГЕНЕЗУ

Карпенко Б. М.

Науковий керівник – доц. П'ятиков Г. І.

Сумський державний університет, кафедра загальної хірургії

Гострі шлунково-кишкові кровотечі (ГШКК) залишаються актуальною проблемою невідкладної абдомінальної хірургії. В структурі гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини їх частка становить 7,4 % і більше. Збільшується кількість хворих із кровотечами з гострих виразок (стресові, особливо медикаментозні, частіше при вживанні нестероїдних протизапальних засобів), при синдромі Маллорі-Вейса, з варикозно розширених вен стравоходу. Згідно даних літератури, загальна летальність при ШКК досягає 16–17 % (в осіб похилого та старечого віку вища у 1,5–2 рази), післяопераційна – 10–12 %, при рецидивах кровотечі до 30 % і більше.

Мета роботи. Метою роботи було визначитися з тактикою хірургічного лікування хворих на виразку шлунка, ускладнену гострою шлунково-кишковою кровотечею, визначити фактори ризику та раціональні шляхи зниження летальності й ускладнень у цієї категорії хворих.

Матеріали та методи. За період з 2005 по 2012 рр. прооперовано 128 хворих з медіагастральними виразками шлунка (I тип за класифікацією Johnson), ускладненими кровотечею різного ступеню тяжкості. Чоловіків було 96, жінок – 32. У віці до 60 років було 90 хворих, старше 60 років – 38 хворих, тобто більшість оперованих були працездатного віку, що свідчить про соціальну значимість проблеми.

При поступленні усім хворим визначали клінічні та гематологічні показники, дефіцит циркулюючої крові, виконували екстрену езофагогастроскопію з оцінкою ступеню надійності місцевого гемостазу за Forrest.

Результати. У своїй роботі ми дотримувалися трьохступеневої класифікації ступеню тяжкості крововтрати, яку оцінювали за сукупністю клінічних та лабораторних даних.

I ступінь тяжкості крововтрати був у 16, II – у 21, III – у 91 хворого. Ендоскопічний гемостаз був ефективним у 4 хворих з Ia типом кровотечі за Forrest й у 9 хворих з Ib типом з 23 хворих.

Вибір оперативного втручання залежав від локалізації виразки, тяжкості крововтрати, супутньої патології, віку пацієнта, змін слизової оболонки шлунка, а також факторів ризику – шок при поступленні; вік хворого – більше 60 років; наявність двох і більше супутніх захворювань; масивна крововтрата (більше 40 % ОЦК); рецидив кровотечі впродовж 72 годин. Найбільш часто спостерігалися захворювання серцево-судинної системи.

Частіше за все виразковий субстрат у хворих, яких оперували, знаходився у тілі шлунка.

23 хворим виконано резекцію шлунка за Більрот I, у 11 виконано резекцію шлунка за Більрот II, проксимальну резекцію шлунка виконано 4 хворим. 12 хворим проведено секторальну резекцію. Економні резекції шлунка з ваготомією застосовані у 9 хворих. 58 хворим виконано висічення виразки шлунка з різними видами ваготомії і пілоропластиком, 9 – гастротомія, вшивання кровоточивої виразки шлунка, гастропластика у зв'язку з вкрай тяжким станом хворого. В післяопераційному періоді померло 8 хворих.

Висновки. Кровоточиві медіагастральні виразки шлунка в основному зустрічаються в осіб похилого віку з високим ризиком радикального оперативного втручання, підвищеним ризиком виникнення ускладнень. У таких хворих раціональною операцією в ургентній ситуації є органозберігаючий метод лікування. Необхідність виконання резекційних методів лікування в даній групі хворих виникає при неможливості повністю виключити малігнізацію виразки. У хворих зі стійким гемостазом у віддалений період можливим є виконання більш радикальних методів оперативного втручання.

Актуальні питання теоретичної та практичної медицини : збірник тез доповідей II Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених, м. Суми, 16-18 квітня 2014 р. / М.В. Погорелов. - Суми : СумДУ, 2014. - С. 253-254.