

**АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ  
ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ**

**ГАНЖИЙ ВОЛОДИМИР ВАЛЕНТИНОВИЧ**

**УДК 616.33+616.342] -002.44-005.1-089:[612.4:577.175.5**

**ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗКАХ, УСКЛАДНЕНИХ  
ШЛУНКОВО–КИШКОВОЮ КРОВОТЕЧЕЮ**

**14.01.03 – хірургія**

**Автореферат  
дисертації на здобуття наукового ступеня  
доктора медичних наук**

**Київ – 2005**

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Запорізькому державному медичному університеті МОЗ України

**Науковий консультант:** доктор медичних наук професор член–кореспондент  
НАН та АМН України  
**САЄНКО Валерій Феодосійович,**  
Інститут хірургії та трансплантології АМН України,  
директор Інституту

**Офіційні опоненти:** доктор медичних наук професор  
**ПОЛІНКЕВИЧ Броніслав Станіславович,**  
професор кафедри хірургії та трансплантології  
Київської медичної академії післядипломної освіти  
ім. П. Л. Шупика МОЗ України

доктор медичних наук професор  
**СКИБА Володимир Вікторович,**  
завідувач кафедри хірургічних хвороб  
Київського медичного інституту  
Української асоціації народної медицини

доктор медичних наук професор  
**БОНДАРЕНКО Микола Матвійович,**  
професор кафедри загальної хірургії  
Дніпропетровської державної медичної академії  
МОЗ України.

**Провідна установа:** Інститут загальної та невідкладної хірургії  
АМН України, м. Харків

Захист відбудеться 23.12.2005 р. о \_\_\_13-30\_\_\_\_\_ годині на засіданні спеціалізованої  
вченої ради Д. 26.561.01 при Інституті хірургії та трансплантології АМН України (03680, м.  
Київ, вул. Героїв Севастополя, 30).

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Інституту хірургії та трансплантології  
АМН України (03680, м. Київ, вул. Героїв Севастополя, 30).

Автореферат розісланий 22.11.2005 р.

Вчений секретар

спеціалізованої вченої ради

Д 26.561.01 д. м. н.

О. М. Литвиненко

### ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

**Актуальність теми.** За останнє десятиліття частота виразки шлунка і дванадцятипалої кишки (ДПК) у нашій країні зросла. Поряд з цим збільшилася кількість хворих з ускладненою виразкою цієї локалізації. Так, за період з 1996 по 2002 р. в Україні частота виявлення виразки, ускладненої кровотечею, збільшилася з 196,2 до 246,7 на 10.000 хворих (В. Ф. Саенко і співавт., 2000, 2003, 2004; М. П. Брусниціна і співавт., 2002; А. С. Никоненко і співавт., 2002; В. Н. Старосек і співавт., 2002; П. Д. Фомін і співавт., 2002; В. Д. Братусь і співавт., 2004).

Якщо після планових органозберігальних операцій летальність становить 0,1–0,7%, після резекції шлунка – 1,0–1,5%, то при хірургічному лікуванні виразок, ускладнених кровотечею, “на висоті кровотечі” вона досягає 13–15% (Ю. М. Панцырев, 2000, 2003; П. Д. Фомін, 2001, 2002; В. Ф. Саенко, 2002, 2004).

Активну, активно–вичікувальну і вичікувальну тактику при гострій гастродуоденальній кровотечі використовують протягом багатьох років, разом з тим кількість прихильників і супротивників кожної з них періодично змінюється.

Впровадження в широку клінічну практику сучасних ендоскопічних технологій, які дозволяють зупиняти кровотечу з арозованих судин на дні виразки, поява нових поколінь противиразкових і гемостатичних засобів, схиляють хірургів до застосування активно–вичікувальної тактики. Проте, основною причиною смерті хворих при гострій шлунково–кишковій кровотечі (ГШКК) є запізніле рішення про необхідність виконання операції (О. А. Соловійова і співавт., 2000; В. Ф. Саенко і співавт., 2000, 2002, 2003), втрата “золотої години”. Після виконання “операції розпачу” на тлі рецидиву тяжкої кровотечі вмирають до 45% хворих (В. В. Климович, 2001; П. Д. Фомін і співавт., 2002; В. Ф. Саенко і співавт., 2000, 2002). Після термінової операції (наступного дня після госпіталізації хворого) летальність становить 5% (П. Д. Фомін і співавт., 1997, 2001; Ю. М. Панцырев і співавт., 2000, 2003; В. Ф. Саенко і співавт., 2000, 2002; И. А. Тарабан і співавт., 2002).

Деякі хірурги вважають, що єдино радикальним способом зупинки кровотечі за наявності гастродуоденальної виразки є резекція шлунка (Г. К. Жерлов і співавт., 1997, 2001, 2003). Проте останнім часом відзначають збільшення кількості прихильників органозберігальних операцій (В. Д. Братусь і співавт., 2002; Я. С. Березницький і співавт., 2003, 2004; М. М. Бондаренко і співавт., 2003; В. В. Бойко і співавт., 2004).

Несприятливі результати лікування хворих з гастродуоденальною виразкою,

ускладненою кровотечею, багато в чому пов'язані з відсутністю алгоритму діагностики й лікування, раціональної, аргументованої тактики післяопераційного ведення таких хворих (В. В. Климович, 2001; Е. К. Баранская і співавт., 2002; В. Ф. Саенко і співавт., 2002, 2003; Я. С. Березницький і співавт., 2004; П. Г. Кондратенко, 2004).

Певні успіхи хірургічного лікування гастродуоденальної виразки визначаються не тільки одужанням пацієнта, а й “ціною” цього одужання. Значна кількість методів органозберігальних операцій з приводу виразкової хвороби (ВХ) зумовлена бажанням хірургів не просто домогтися мінімальної частоти ускладнень і рецидивів, а й максимального поліпшення якості життя хворих після операції (В. Ф. Саенко і співавт., 2003; П. Д. Фомін і співавт., 2004; О. Л. Нестеренко і співавт., 2004).

З огляду на викладене, надзвичайно актуальним є створення й вдосконалення комплексних програм і технологій лікування виразки шлунка і ДПК, ускладненої кровотечею.

**Зв'язок роботи з науковими програмами планами, темами.** Дисертаційна робота виконана відповідно до плану науково–дослідної роботи кафедри загальної хірургії Запорізького державного медичного університету і є фрагментом комплексної теми “Рання діагностика і лікування невідкладної абдомінальної хірургічної патології” (номер державної реєстрації 0100U002400).

**Мета і задачі дослідження.** Мета дослідження – поліпшити безпосередні, найближчі і віддалені результати комплексного хірургічного лікування пацієнтів з ВХ шлунка і ДПК, а також хронічних медикаментозних виразок шлунка і ДПК, ускладнених кровотечею, шляхом розробки тактики активного хірургічного втручання й індивідуального вибору оптимального хірургічного методу з корекцією розладів імунної системи.

Відповідно до поставленої мети сформульовані наступні задачі дослідження.

1. Вивчити частоту, структуру і причини незадовільних результатів комплексного лікування хворих з виразковою ГШКК кровотечею залежно від генезу виразки.

2. Визначити особливості клінічного перебігу ВХ і хронічних медикаментозних виразок, ускладнених ГШКК за матеріалами Запорізького центру з надання допомоги хворим з ГШКК за 4 роки (1998–2001 рр.).

3. На підставі результатів багатофакторного аналізу даних, отриманих з використанням сучасних методів діагностики й лікування виразок шлунка і ДПК, ускладнених кровотечею, а також хронічних медикаментозних виразок гастродуоденальної зони, виділити клінічні групи хворих і обґрунтувати показання, строки виконання і характер оперативних втручань у кожній з них.

4. Визначити критерії, що підвищують вірогідність прогнозування рецидиву кровотечі і розробити ефективну тактику лікування, беручи до уваги оцінку факторів імовірності виникнення раннього рецидиву кровотечі з виразки.

5. Визначити роль методу ендоскопічного гемостазу, його надійність щодо запобігання можливості виникнення раннього рецидиву ГШКК у пацієнтів з ВХ і хронічними медикаментозними виразками шлунка і ДПК.

6. Розробити і впровадити в практику охорони здоров'я диференційовану систему оперативних втручань, з приводу виразок шлунка і ДПК, ускладнених кровотечею, а також

хронічних медикаментозних виразок гастродуоденальної зони залежно від локалізації виразкового субстрату і його морфологічних особливостей.

7. Вдосконалити існуючі методи лікування виразок гастродуоденальної зони, ускладнених кровотечею, і розробити нові технології оперативних втручань на кардіальному відділі шлунка і з приводу виразок юкстапапілярної ділянки.

8. Розробити нові технології оперативних втручань на пілороантральному відділі шлунка; обґрунтувати й опрацювати новий спосіб виконання органозберігального втручання з приводу виразки кардіального відділу, ускладненої кровотечею, і хронічної медикаментозної виразки тієї ж локалізації.

9. Вивчити закономірності відновлення гомеостазу з метою визначення оптимальної тривалості медичної реабілітації пацієнтів з ВХ і хронічними медикаментозними виразками, ускладненими ГШКК, опрацювати новий варіант корекції розладів імунної і гемопоетичної системи у хворих за тяжкої та вкрай тяжкої крововтрати з застосуванням клітинно–тканинної терапії.

10. На підставі аналізу результатів порівняльної оцінки різних варіантів ендоскопічного гемостазу й органозберігальних операцій з використанням принципів індивідуалізації хірургічного лікування і медичної реабілітації хворих створити оптимальний діагностичний і лікувальний алгоритм, що включає всі етапи лікування ВХ і медикаментозних виразок, ускладнених ГШКК.

*Об'єкт дослідження* – 1491 хворий з ГШКК виразкового генезу (1224 – з пептичною виразкою шлунка і ДПК, 267 – з хронічними медикаментозними виразками гастродуоденальної зони), якого лікували у Запорізькому міському центрі з надання допомоги хворим з ГШКК.

*Предмет дослідження* – методи діагностики і технології хірургічного лікування хворих з ГШКК виразкового походження.

*Методи дослідження.* загальноклінічні, лабораторні, інструментальні, імунологічні, статистичні.

**Наукова новизна отриманих результатів.** У роботі вперше розроблено концепцію тактики швидкого адекватного реагування у пацієнтів з різними клінічними варіантами ВХ і хронічними медикаментозними виразками гастродуоденальної зони, ускладненими ГШКК, основу на моделюванні прогнозу імовірності виникнення рецидиву кровотечі, що визначає вибір способу лікування й обсяг оперативного втручання.

Розроблений й обґрунтований алгоритм лікування хворих з хронічними медикаментозними виразками і виразковою гастродуоденальною кровотечею на основі широкого застосування сучасних методів ендоскопічного гемостазу, що включають коагуляцію, ін'єкційно–коагуляційну терапію, застосування поляризованих засобів, кріовплив, а також методу ендоскопічного кліпірування судини, що кровоточить.

Вперше вивчено ефективність і проведено порівняльну оцінку лікувальних можливостей різних методів ендоскопічного гемостазу за різної інтенсивності кровотечі.

Запропоновано робочу класифікацію оперативних втручань у пацієнтів з ВХ і хронічними медикаментозними виразками, ускладненими ГШКК; такі, що загрожують життю: субтотальна резекція шлунка, проксимальна резекція шлунка (кардіектомія), гастректомія; такі, що важко перенести: способи резекції шлунка за Білрот–II, поперечна (секторальна) резекція за типом Риделя,

включаючи поєднання з селективною проксимальною ваготомією (СПВ); середньо стерпна: способи резекції шлунка за Більрот–I, включаючи ступінчасту, трубчасту, економну (антрум–резекція) резекцію і СПВ; легко стерпні: а) під час роботи модифіковані способи клиноподібної резекції малої або великої кривини шлунка в поєднанні з СПВ або стовбуровою ваготомією (СтВ); б) висічення виразки передньої стінки ДПК з пілоропластикою і СтВ; в) висічення виразки бічної або задньо–бічної стінки ДПК з використанням поперечного розрізу її передньої стінки; г) нові способи – висічення виразки будь–якої локалізації пілородуоденальної ділянки, включаючи виразку воротаря шлунка і заампульну виразку ДПК. Доведена доцільність виконання у виняткових ситуаціях паліативних операцій: термокоагуляції або кріовпливу на джерело кровотечі під час ендоскопії; зашивання виразки без висічення її країв або з висіченням їх; тампонада виразки стінкою органа; перев'язування позаорганих судин у ділянці кровотечі; а також здійснення ваготомії без висічення виразки.

Вперше визначені показання і принципи вибору різних варіантів органозберігальних втручань і дренажних операцій у пацієнтів з ВХ шлунка і ДПК, а також з хронічними медикаментозними виразками гастродуоденальної зони.

Виділені три різновиди джерела ГШКК (справжній, такий, що дійсно конкурує і потенційно конкурує), що дозволило визначити алгоритм виконання оперативного втручання на висоті кровотечі й уникнути її рецидивів в ранньому післяопераційному періоді.

Вперше вивчені особливості загоєння по лінії анастомозу залежно від технічних особливостей хірургічного шва у хворих з хронічними медикаментозними виразками шлунка і ДПК.

Розроблений і впроваджений метод клітинно–тканинної терапії з метою корекції розладів імунної і гемопоетичної систем у хворих з виразковою ГШКК тяжкого і вкрай тяжкого ступеня.

Визначені показання і розроблено систему медичної реабілітації пацієнтів після виконання різних видів органозберігальних операцій і резекції шлунка з обґрунтуванням тривалості її стаціонарного етапу за даними відновлення основних показників гомеостазу, включаючи імунні аспекти, і функціонального стану оперованого шлунка і ДПК у пацієнтів з ВХ, а також з хронічними медикаментозними виразками гастродуоденальної зони.

Вперше вивчені результати цілеспрямованої медичної реабілітації і доведена її ефективність після застосування різних варіантів органозберігальних операцій і резекції шлунка у пацієнтів з ВХ і хронічними медикаментозними виразками. Проведено порівняльну оцінку найближчих і віддалених результатів органозберігальних операцій з приводу ВХ шлунка і ДПК, а також хронічних медикаментозних виразок з використанням принципів індивідуального хірургічного лікування і цілеспрямованої медичної реабілітації.

За матеріалами дисертаційної роботи оформлені 5 заявок на винахід, отримано 2 деклараційні патенти України, на 3 – отримане позитивне рішення державної патентної експертизи України.

**Практичне значення отриманих результатів.** Реалізація в практичній діяльності розробленого підходу до хірургічного лікування пацієнтів з ВХ шлунка і ДПК, а також з хронічними медикаментозними виразками, ускладненими тяжкою кровотечею, забезпечує поліпшення результатів комплексного лікування хворих.

Використання розробленої та впровадженої тактики швидкого адекватного реагування в лікуванні хворих з гастродуоденальною кровотечею дозволяє виділити групи хворих, яким показане виконання невідкладного, термінового або відстроченого оперативного втручання, проведення консервативної терапії.

Встановлено, що при ідентифікації справжнього джерела кровотечі під час виконання операції варто не тільки орієнтуватися на наявність тромбованої судини, а й оцінити, чи відповідає її діаметр інтенсивності кровотечі, а забарвлення тромбу – давності останнього епізоду геморагії.

Впровадження системи виконання оперативних втручань на шлунку з огляду на локалізацію виразкового дефекту та його морфологічну характеристику дає лікареві чітку орієнтацію щодо вибору методу операції в кожній конкретній ситуації.

Впровадження розроблених технологій виконання оперативних втручань з приводу виразки кардіальної локалізації, ускладненої кровотечею, дозволить вирішити проблему оперативного лікування високих виразок і досягти зниження післяопераційної летальності до 2,7%.

Застосування розроблених способів оперативних втручань з приводу юктапапілярних виразок, ускладнених ГШКК сприяло зниженню післяопераційної летальності до 1,9%.

Використання розробленого методу клітинно–тканинної терапії з метою корекції розладів імунної та гемопоетичної систем у хворих з тяжкою і вкрай тяжкою крововтратою дозволило знизити післяопераційну летальність до 3,1%.

Впровадження розроблені системи індивідуалізації хірургічного лікування, медичної реабілітації і диспансерного спостереження за участю терапевтів–гастроентерологів і хірургів, які здійснювали операцію, дозволило поліпшити як безпосередні, так і віддалені результати лікування, що сприяло поліпшенню якості життя пацієнтів.

**Особистий внесок здобувача.** Дисертаційна робота є завершеним самостійним дослідженням.

Автором самостійно проведений науково–патентний пошук за розробленою темою, узагальнені дані літератури, розроблені мета і задачі дослідження, методологічно сплановані клінічні дослідження. Автором особисто відібраний клінічний матеріал, проведений аналіз історій хвороби, статистична обробка отриманих результатів лікування.

Здобувачем самостійно проаналізовані й узагальнені результати, основні теоретичні і практичні положення клінічних розділів досліджень, які оформлені у вигляді дисертаційної роботи. Викладені в дисертації наукові положення, ідеї і висновки автор сформулював самостійно.

У наукових статтях, опублікованих у співавторстві, здобувачеві належить фактичний матеріал, його участь є основою і включає бібліографічний пошук, клінічні й інструментальні дослідження, хірургічні втручання, статистичні обчислення, аналіз отриманих результатів, формування висновків. Співавторство інших науковців і практичних лікарів у роботах опублікованих за матеріалами дисертації, включає співучасть в лікувально–діагностичному процесі, консультативну допомогу, технічно–матеріальне забезпечення. Під час роботи над обраною темою автор розробив і впровадив у клінічну практику 5 нових способів лікування, 2 з них – захищені патентами, на 3 – отримане позитивне рішення про видачу патенту.

**Апробація результатів дисертації.** Основні матеріали і положення дисертаційної роботи викладені й обговорені на: Всеукраїнській науково–практичній конференції “Екстренна медична допомога: сучасні проблеми організації” (Київ, 2001); Всеукраїнській конференції з міжнародною участю “Актуальні проблеми відновної хірургії” (Запоріжжя, 2001); Міжнародній конференції “Современные технологии в общей хирургии” (Москва, 2001); науково–практичній школі–семінарі “Гнійно–септичні ускладнення у невідкладній хірургії. Профілактика, діагностика і лікування” (Харків, 2002); XX з’їзді хірургів України (Тернопіль, 2002); 2–й Всеукраїнській конференції “Актуальні питання невідкладної і відновної медицини” (Ялта, 2002); науково–практичній конференції “Сучасні тенденції в хірургії XXI століття” до 80–річчя кафедри хірургії Київської медичної академії післядипломної освіти ім П.Л. Шупика (Київ, 2002); науковій конференції “Нові технології в хірургії” (Київ, 2002); науково–практичній конференції “Лікування хірургічних ран” (Київ, 2002); IX Всеукраїнській науково–методичній конференції “Викладання та сучасні проблеми хірургії” (Запоріжжя, 2003); 2–й науково–практичній конференції з міжнародною участю “Нове в хірургії та трансплантології. Проблеми профілактики, діагностики та лікування післяопераційних ускладнень. Клінічні аспекти трансплантації органів” (Київ, 2003); Міжнародній науково–практичній конференції “Невирішені і спірні питання хірургії гепатопанкреатобіліарної зони” (Одеса, 2003); Всеукраїнській науково–практичній конференції з міжнародною участю “Сучасні аспекти хірургічного сепсису” (Запоріжжя, 2003); науково–практичній конференції “Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки” (терапевтичні, хірургічні та онкологічні аспекти) (Київ, 2004); науково–практичній конференції “Актуальні питання хірургії XXI століття”, присвяченій 100–річчю з дня народження професора І. І. Кальченка (Київ, 2005); засіданнях Запорізького обласного товариства хірургів (Запоріжжя, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004).

**Обсяг і структура дисертації.** Дисертаційна робота викладена на 464 сторінках машинописного тексту. Складається з вступу, огляду літератури, власних досліджень (7 розділів), заключення, висновків, списку використаних джерел. Робота ілюстрована 105 рисунками, 104 таблицями, 3 схемами. Список використаних джерел містить 703 посилань, в тому числі 499 кирилицею і 204 – латиною.

**Публікації за темою дисертації.** За темою дисертації опубліковані 40 робіт, у тому числі 31 – у вигляді статей у профільних наукових журналах, включених до переліку видань, рекомендованих ВАК України (30 з них – самостійні), 4 – у збірниках наукових праць, 3 – у вигляді тез доповідей у матеріалах з’їздів, конференцій. Отримані 2 патенти України на винахід і позитивні рішення на 3 заявки на винахід.

## **ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ**

**Матеріали та методи дослідження.** Робота виконана на підставі аналізу результатів хірургічного лікування 1491 хворого з ГШКК виразкової етіології (у 1224 – діагностована пептична виразка шлунка і ДПК, у 267 – хронічні медикаментозні виразки гастродуоденальної зони у Запорізькому міському центрі з надання допомоги хворим з ГШКК).

У клініці всім пацієнтам проведено обстеження, яке включало загальклінічне, біохімічне й імунне дослідження крові, рентгеноскопію органів грудної і черевної порожнин, дослідження функції зовнішнього дихання, електрокардіографію, визначення центрального венозного тиску, парціального напруження кисню в артеріальній, венозній крові і тканинах. Поряд з цим проводили



гастроуденофіброскопію (ГДФС), визначали наявність гелікобактерної інфекції, здійснювали гістологічне дослідження біопсійного матеріалу, отриманого як під час ендоскопії, так і інтраопераційно, рентгенологічне дослідження шлунка і ДПК. За основними клінічними показниками, включаючи стать, вік, дані анамнезу пацієнти обох груп (з пептичною виразкою гастродуоденальної зони і хронічними медикаментозними виразками шлунка і ДПК) були співставні, що свідчило про репрезентативність груп хворих і проведених у них досліджень.

Відповідно до прийнятої в клініці класифікації хворі з пептичними і хронічними медикаментозними виразками гастродуоденальної зони розподілені на групи залежно від тяжкості крововтрати: I група – 516 (34,61%) хворих з крововтратою легкого ступеня (дефіцит не перевищував 1000 мл – 20% об'єму циркулюючої крові, (ОЦК) – в тому числі 466 (38,07%) – з пептичною виразкою і 50 (18,73%) – з хронічними медикаментозними виразками; II група – 386 (25,89%) пацієнтів з крововтратою середньої тяжкості (дефіцит у межах від 1000 до 1500 мл – 20–30% ОЦК), в тому числі 292 (23,86%) – з пептичною виразкою і 94 (35,21%) – з хронічними медикаментозними виразками; III група – 485 (32,53%) хворих з крововтратою тяжкого ступеня (дефіцит у межах від 1500 до 2000 мл – 30–40% ОЦК), в тому числі 418 (34,15%) – з пептичною виразкою і 67 (25,09%) – з хронічними медикаментозними виразками; IV група – 104 (6,97%) пацієнтів з крововтратою вкрай тяжкого ступеня (дефіцит понад 2000 мл – понад 40% ОЦК), в тому числі 48 (3,92%) – з пептичною виразкою і 56 (20,97%) – з хронічними медикаментозними виразками.

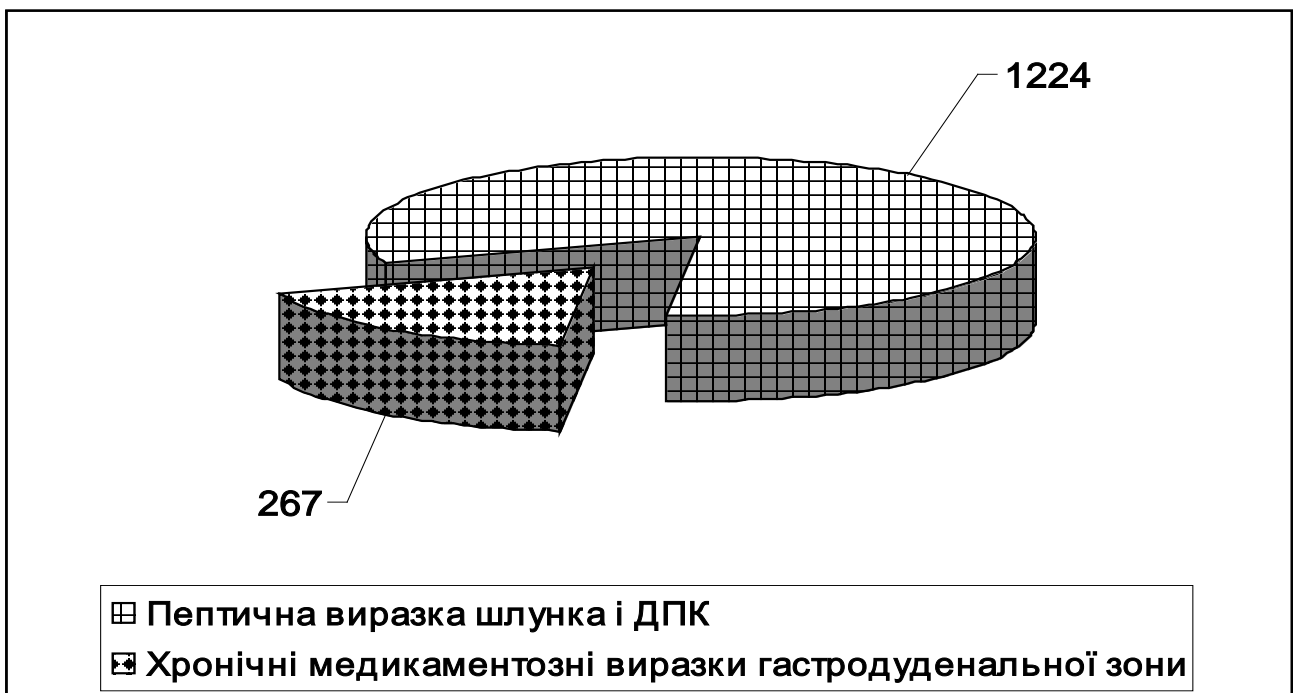


Рис. 1 Діаграма причин виникнення ГШКК

Нами розроблена і впроваджена в клінічну практику робоча класифікація хронічних медикаментозних виразок гастродуоденальної зони, ускладнених ГШКК: 1-й клас – виразки, зумовлені застосуванням нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ); 2-й клас – виразки, зумовлені застосуванням уросептиків; 3-й клас – виразки, зумовлені застосуванням кардіотропних препаратів; 4-й клас – виразки, зумовлені застосуванням інших ульцерогенних засобів. У дослідженні основну

групу склали пацієнти, у яких утворення виразки було зумовлене застосування НПЗЗ з приводу ревматологічних захворювань – 193 (72,29%), уросептиків – 36 (13,79%), кардіотропних препаратів – 38 (14,23%).

Під час лікування пацієнтів використовували апробовану нами протягом останніх років тактику швидкого адекватного реагування, основу на прогнозуванні раннього рецидиву кровотечі і впровадження методів оперативного втручання, спрямованих на збереження життя. Ця тактика включає два основних компоненти: 1) діагностичний (насамперед, ендоскопічний); 2) лікувальний, оснований на оцінці ризику виникнення повторної кровотечі і впровадженні розроблених методів операцій, спрямованих на збереження життя. У групу хворих, у яких застосовували тактику швидкого адекватного реагування, включені 1125 (75,45%) пацієнтів, в тому числі 899 (79,91%) – з пептичною виразкою і 226 (20,09%) – з хронічними медикаментозними виразками.



Рис. 2 Схема алгоритму прийняття рішення за тактикою швидкого адекватного реагування в лікуванні ГШКК ВЕ.

Запропонована хірургічна тактика швидкого адекватного реагування дозволяє раціонально перегрупувати хворих щодо виконання невідкладних хірургічних втручань, чого неможливо здійснити при використанні загальноприйнятого активного, активно–вичікувального та активно індивідуального підходу.

Під час госпіталізації пацієнта необхідне й обов'язкове насамперед визначення тяжкості стану, внаслідок ГШКК або тяжких супутніх захворювань. Встановлювали показання до транспортування хворого до операційної, відділення інтенсивної терапії або палати спеціалізованого відділення. Після катетеризації центральної вени або вени й артерії, доведення показників гемодинаміки до рівня таких у стадії субкомпенсації виконували ендоскопічне дослідження у невідкладному порядку з метою визначення основного і конкуруючого джерел кровотечі, а також здійснення лікувального впливу на джерело кровотечі.

За компенсованого стану хворих при гострій крововтраті легкого ступеня і середньої тяжкості дослідження проводили в ендоскопічному відділенні. У хворих з тяжкою і вкрай тяжкою крововтратою, нестабільними показниками гемодинаміки ГДФС проводили у невідкладному порядку в операційній під прикриттям інфузійної терапії через центральну вену за обов'язкового контролю анестезіолога. Хворих з нестабільними показниками гемодинаміки, у стані геморагічного шоку з приймального відділення відразу транспортували до операційної, а не до відділення інтенсивної терапії. Невідкладну ГДФС здійснювали під місцевою анестезією розчином дикаїну або лідокаїну. За вираженого збудження хворого дослідження на операційному столі проводили в умовах внутрішньовенної анестезії.

Абсолютними протипоказаннями до проведення невідкладної ГДФС при госпіталізації хворих з ГШКК вважаємо термінальний стан пацієнта, наявність захворювань стравоходу, які унеможливають проведення ендоскопа (стеноз, рубцеве звуження, пухлиноподібне утворення), виражену деформацію шийного відділу хребта; відносними – тяжкий загальний стан пацієнта внаслідок захворювання серцево–судинної системи: гострого інфаркту міокарда, гострого порушення мозкового кровообігу, гострої дихальної недостатності. Наш досвід підтверджує, що ризик проведення ГДФС навіть у таких хворих виправданий, оскільки необхідно не тільки з'ясувати причину ГШКК, а й спробувати зупинити її за допомогою невідкладної лікувальної ендоскопії. Труднощі невідкладної ГДФС пов'язані з тим, що джерело кровотечі в просвіт травного каналу може бути повністю прикриті згортком крові або тромбом, який не вдалося видалити під час промивання шлунка або ДПК. У деяких хворих не вдалося оглянути шлунок і ДПК через велику кількість згортків і свіжої крові, “кавової гущі”, що займає весь просвіт органів. За допомогою ГДФС не тільки можна виявити виразку шлунка або ДПК, ускладнену кровотечею, диференціювати доброякісну виразку від малігнізованої, а й на підставі визначення розмірів виразкового субстрату, наявності тромбованих судин у його дні, їх діаметра оцінити надійність гемостазу. На підставі аналізу даних ендоскопічного дослідження нами розроблена і застосовується в практиці робоча класифікація ГШКК: 1. кровотеча, що триває; 2. кровотеча, що відбулася, яку, в свою чергу, поділямо на кровотечу з нестабільним і стабільним гемостазом. Для врача–ендоскопіста розроблений протокол дослідження, за яким послідовно оглядають, а потім описують стан слизової

оболонки стравоходу, стравохідно–шлункового переходу, шлунка, воратарного каналу, ДПК (складчастість, деформація, інші патологічні зміни). Характеризують вміст шлунка і ДПК, встановлюють джерело кровотечі, розміри і глибину виразки, її локалізацію щодо орієнтирів (стінка, відстань від стравоходу, м'яз–замикач воратаря); судину у виразці, що кровоточить або тромбована. З виразки шлунка обов'язково беруть біопсію (з 6–8 ділянок) для гістологічного дослідження і з антрального відділу – для виявлення *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). Після встановлення джерела кровотечі та оцінки надійності місцевого гемостазу у 819 (54,93%) хворих здійснений ендоскопічний гемостаз, який застосовували у двох ситуаціях: а) для зупинки триваючої кровотечі – у 327 (39,93%) пацієнтів; б) для попередження раннього рецидиву ГШКК за наявності ознак ГШКК, що відбулась, на нестабільного гемостазу – у 492 (60,07%). За допомогою ендоскопічних методів триваючу кровотечу з виразкового субстрату вдалося зупинити у 297 (90,83%) хворих. Ендоскопічний вплив на джерело кровотечі здійснений у 643 (78,51%) хворих з пептичною виразкою, в тому числі у 266 (41,37%) – з метою зупинки триваючої ГШКК, у 377 (58,63%) – для попередження раннього рецидиву ГШКК при ознаках кровотечі, що відбулась, за нестабільного гемостазу), а також у 176 (65,92%) – з хронічними медикаментозними виразками гастродуоденальної зони, у 61 (34,66%) – з метою зупинки триваючої кровотечі, у 115 (65,34%) – з метою профілактики раннього рецидиву кровотечі. Використовувалися наступні методи місцевого впливу на джерело кровотечі: діатермокоагуляцію, кріокоагуляцію, обколвання виразки судинозвужувальними препаратами, оброблення джерела кровотечі лікарськими препаратами, аплікацію плівкоутворювальних полімерів, ендокліпування, комбіновані методи. У пацієнтів з пептичною виразкою шлунка і ДПК застосовані наступні види ендоскопічної зупинки кровотечі: у 48 (7,47%) пацієнтів за наявності помірної кровотечі і неглибоких пептичних виразок – аплікацію на джерело кровотечі плівкоутворювальних полімерів. З цією метою використовували ліфузол, клей МК–6, розчинений у 96% етиловому спирті, клей МИРК–10 і МИРК–15. Рецидив кровотечі виник у 6 (12,50%) пацієнтів. У 26 пацієнтів джерело кровотечі зрощували препаратом капрофер (аміфер), досягнутий хороший лікувальний ефект. У 31 хворого для досягнення тимчасового гемостазу застосовано зрошення джерела ГШКК з переважним використанням розчинів амінокапронової кислоти, 10% розчину  $\text{CaCl}_2$ , тромбіну, контрикалу, гордоксу. Ефективність методу 73,2%. У 153 хворих ми застосовували метод склеротерапії виразки, для цього використовували 70% розчин етилового спирту. Склеротерапія щільних хронічних виразок виявилася мало ефективною, оскільки інфільтрувати препаратом таку виразку неможливо, не можна забезпечити компресію судини, що кровоточить. Для обколвання виразки використовували судинозвужувальні препарати: норадреналін, адреналін, мезатон або масляні препарати: майодил, аевіт, йодоліпол. Невеликий досвід застосування цього способу (у 28 хворих, у 5 – виник рецидив ГШКК) не переконав нас у необхідності розширення показань до його застосування. Діатермокоагуляція здійснена у 254 (39,50%) пацієнтів з приводу кровотечі з пептичної виразки шлунка і ДПК. Ефективність гемостазу становила 92,3%. Лазерна коагуляція через відсутність необхідної апаратури проведена тільки у 19 (2,96%) хворих, метод кріокоагуляції використаний у 16 (2,49%). За допомогою хлоретила і рідкого азоту, завдяки його гемостатичному ефекту гемостаз досягнутий в усіх спостереженнях. У 12 (1,87%) пацієнтів для ендоскопічної зупинки ГШКК нами використано методику ендокліпування. З

метою підвищення гемостатичного ефекту у 56 (8,70%) хворих застосовані комбіновані методи ендоскопічного гемостазу (обколювання судини та ендокліпування, медикаментозне зрощення виразки та діатермокоагуляція, діатермокоагуляція та аплікація плівкоутворювальних препаратів тощо). У 7 пацієнтів за масивної кровотечі, зумовленої ураженням великої судини, ми не розпочинали ендокліпування без попереднього введення розчинів з метою гідравлічного стискання судини. Це вважаємо попереднім етапом ендокліпування. У 6 спостереженнях застосоване поєднання ендокліпування і діатермокоагуляції, що передбачало коагуляцію самих кліпс після ендокліпування. Застосування комбінованих методів ендоскопічного гемостазу дозволило досягти гемостазу у 92,1% хворих.

Особливістю триваючої кровотечі за даними ендоскопічного дослідження у пацієнтів з хронічними медикаментозними виразками є те, що в усіх вона була паренхіматозною: паренхіматозна кровотеча з поодиноких джерел виявлена у 23 (37,71%) хворих, з кількох джерел у кратері виразкового субстрату – у 31 (50,81%), артеріальна кровотеча – у 7 (11,48%). Загроза виникнення раннього рецидиву кровотечі з поодиноких джерел відзначена у 39 (33,91%) хворих, з кількох джерел у дні виразки – у 68 (59,13%), з тромбованих судин – у 8 (6,96%). У зв'язку з особливістю кровотечі з хронічних медикаментозних виразок стандартні методи ендоскопічного гемостазу недостатньо ефективні, ми застосовувалися їх рідко, зокрема, діатермокоагуляція здійснена 6 (4,54%) хворим, оброблення джерела кровотечі лікарськими препаратами – 8 (4,54%), обколювання виразки судиннозвужувальними препаратами – 14 (7,95%), лазерна коагуляція – 2 (1,14%), ендокліпування – 3 (1,70%), аплікація плівкоутворювальних полімерів – 8 (4,55%), ізольована кріокоагуляція – 14 (7,95%). Ефективність цих методів ендоскопічного гемостазу різна і недостатня у пацієнтів з хронічними медикаментозними виразками. Ранній рецидив ГШКК виник у 19 хворих. З метою остаточної зупинки кровотечі у хворих з хронічними медикаментозними виразками нами опрацьований і впроваджений метод комбінованого ендоскопічного гемостазу (кріокоагуляція, діатермокоагуляція та аплікація плівкоутворювальних полімерів). Метод успішно застосований у 121 (68,75%) хворого. Ускладнень не спостерігали. Аплікацію проводили щодня (протягом 5 діб), оскільки плівка полімерів фрагментувалася протягом доби, після чого дефект оголювався. Ендоскопічний гемостаз з використанням зазначених засобів був остаточним або дозволяв отримати час, щоб краще підготувати пацієнта до операції. Майже у 40% пацієнтів через 4–24 год контролювали ефективність місцевого гемостазу або проводили повторні ендоскопічні маніпуляції. Так само протягом 2–4 діб здійснювали динамічну ГДФС. За наявності умов уже під час першого ендоскопічного дослідження виконували біопсію країв виразки. Проведення динамічної ГДФС показане: 1) якщо під час ендоскопії джерело кровотечі не виявлене; 2) за невідповідності даних анамнезу, клінічних ознак і результатів ендоскопічного дослідження; 3) якщо ендоскопічне дослідження не проводили перед операцією; 4) якщо джерелом кровотечі є поверхневі дефекти слизової оболонки.

Поряд з ГДФС у невідкладному порядку застосовували інструментальне і лабораторне дослідження хворих (біопсію виразкового субстрату для виявлення *H. pylori* і проведення морфологічного дослідження, клінічні, біохімічні й імунологічні дослідження крові). Дослідження для виявлення *H. pylori* проведене у 1276 (85,58%) пацієнтів з ВХ, ускладненою ГШКК, в тому числі

у 1009 (79,08%) – з пептичною виразкою шлунка і ДПК, ускладненою ГШКК та – 267 (20,92%) – з хронічними медикаментозними виразками гастродуоденальної зони, ускладненими ГШКК. Швидкий тест з уреазою проведений у 177 (58,80%) хворих з пептичною виразкою, гістологічний метод застосований у 832 (85,33%), Н. pylori виявлений у 702 (69,57%) пацієнтів з пептичною виразкою шлунка і ДПК, зокрема, у 119 (58,91%) з 202 з виразкою шлунка і 583 (72,24%) з 807 – з виразкою ДПК. За даними швидкого тесту з уреазою Н. pylori виявлений у 170 (96,05%) хворих з пептичною виразкою шлунка і ДПК, за даними гістологічного дослідження – у 532 (63,94%). Обсіменіння Н. pylori у хворих з пептичною виразкою, ускладненою ГШКК була в основному середнього (++) і високого (+++) ступеня, причому, за тяжкої та вкрай тяжкої крововтрати воно було більш виражене, ніж за ГШКК легкої і середньої тяжкості.

Швидкий тест з уреазою проведений у 124 (46,44%), гістологічне дослідження – у 143 (53,56%) хворих з хронічними медикаментозними виразками. Н. pylori виявлений у 81 (30,34%) хворих, в тому числі у 22 (20,18%) – з виразками шлунка і 59 (37,34%) – з виразками ДПК виразками. За даними швидкого тесту з уреазою гелікобактеріоз діагностований у 64 (51,61%) хворих, за даними гістологічного дослідження – у 17 (11,89%). Обсіменіння Н. pylori у хворих з медикаментозними виразками гастродуоденальної зони, ускладненими ГШКК, була в основному слабого (+) і середнього (++) ступеня. Відзначено, що за відсутності гелікобактерної інфекції перебіг хронічних медикаментозних виразок більш тяжкий, ніж за її наявності.

Нами вивчені основні показники гуморального і клітинного імунітету у 272 (54,62%) хворих з пептичною виразкою та у 226 (84,64%) – з хронічними медикаментозними виразками. До контрольної групи включені 45 добровольців. Отримані дані свідчили про значне зниження всіх показників імунного захисту організму після кровотечі. Виявлені зміни клітинної ланки імунітету свідчили про формування синдрому вторинної імунної недостатності у хворих з пептичною виразкою та хронічними медикаментозними виразками, ускладненими тяжкою і вкрай тяжкою кровотечею, що проявлялося зменшенням кількості Т-лімфоцитів (CD3) переважно Т-хелперів (CD4), Т-супресорів (CD8) і натуральних кіллерів (CD16) у периферійній крові.

Проведене морфологічне дослідження інтраопераційного біопсійного матеріалу у 538 (71,07%) хворих з пептичною виразкою та у 219 (82,02%) – з хронічними медикаментозними виразками. Матеріалом для дослідження були ділянки резектованого шлунка або локально висіченої виразки шлунка у 87 (45,08%) хворих з пептичною виразкою та у 106 (48,40%) – з хронічними медикаментозними виразками і ДПК у 451 (79,96%) хворого з пептичною виразкою та у 113 (51,60%) – з хронічними медикаментозними виразками. В усіх хворих з хронічними медикаментозними виразками, інтраопераційно виявлені ознаки “заднього” перигастриту і перидуоденіту як прояв перивісцериту. Особливістю хронічних медикаментозних виразок за даними гістологічного дослідження вважаємо відсутність регенераторних процесів у крайових відділах і дні, а також виражений набряк підслизового прошарку, що поширюється більш ніж на 2 см. Під час формування пенетруючих виразок запально-рубцева тканина мов би “захоплює” судини, розташовані у зоні penetрації. Вони є тими колекторами, за допомогою яких здійснюється регіонарний кровообіг у цій зоні.

За неефективності заходів щодо забезпечення місцевого гемостазу встановлювали

показання до виконання невідкладного втручання. Нами розроблено і впроваджено робочу класифікацію операцій.

Класифікація включає п'ять груп. 1. Втручання, що загрожують життю: субтотальна резекція шлунка, проксимальна резекція шлунка (кардіектомія), гастректомія. 2. Втручання, що важко перенести: способи резекції шлунка за Більрот–II, поперечна (секторальна) резекція за типом Риделя, включаючи поєднання з СПВ. 3. Втручання середньо стерпні: способи резекції шлунка за Більрот–I, включаючи ступінчасту, трубчасту, економну (антрум–резекцію) резекцію та СПВ. 4. Втручання легко стерпні, або такі, що зберігають життя: модифікована нами клиноподібна резекція малої або великої кривини шлунка в поєднанні з СПВ або СтВ; висічення виразки передньої стінки ДПК одночасно з пілоропластиком за Гейнеке–Микулічем, Джаддом–Хорслі з доповненням СтВ; висічення виразки бічної або задньо–бічної стінок ДПК з використанням поперечного розрізу її передньої стінки; нові способи – висічення виразки будь–якої локалізації пілородуоденальної зони, включаючи виразку воратаря шлунка і заампульну виразку ДПК. 5. Паліативні (абсолютно не радикальні) втручання: термокоагуляція або кровоплив на джерело ГШКК під час виконання ендоскопії; зашивання виразки без висічення її країв або з висіченням їх; тампонада виразки стінкою органа; перев'язування позаорганних судин до ділянки кровотечі; всі види ваготомії без висічення виразки.



Рис. 3 Хронічний гастрит з ділянками гіперплазії та атрофії залозного епітелію. Значна лімфогістоцитарна інфільтрація всієї товщі стінки з набряком підслизуватого шару, склерозом навкруги лімфоїдних фолікулів. Фарбування “гематоксиліном-еозіном”

Строки виконання оперативних втручань визначали за комп'ютерним алгоритмом прогнозування раннього рецидиву кровотечі. При застосуванні тактики швидкого адекватного реагування невідкладні операції виконані у 139 (23,01%) хворих (у 68 – з пептичною виразкою та у 71 – з хронічними медикаментозними виразками), термінові – у 361 (59,77%) хворого (у 270 – з пептичною виразкою та у 91 – з хронічними медикаментозними виразками), відстрочені – у 104 (17,22%) хворих (у 56 – з пептичною виразкою та у 48 – хронічними медикаментозними виразками). Найважливішою гарантією надійного гемостазу і радикального усунення ВХ є

видалення джерела кровотечі. Тому операцією вибору у хворих як з пептичною виразкою шлунка і ДПК, так і з медикаментозними виразками гастродуоденальної зони є втручання, спрямоване на збереження життя (економна резекція або висічення одного або кількох виразкових дефектів – патент України 53600 А від 13.03.03 і патент України 54358А від 17.02.03), особливо у пацієнтів з хронічними медикаментозними виразками. Основними видами ваготомії за наявності виразки ДПК є СтВ і СПВ. У хворих з виразкою шлунка ваготомія не є обов'язковим компонентом втручання, застосовували резекцію шлунка за Риделем, антрумектомію, пілорозберігальному резекцію шлунка, висічення виразкового субстрату (особливо у пацієнтів з хронічними медикаментозними виразками).

**Результати дослідження.** За нашими даними, лікувальна тактика швидкого адекватного реагування за наявності пептичної виразки і хронічних медикаментозних виразок, ускладнених ГШКК, повинна передбачати наступні ситуації: 1. Ситуація класу А. Хворим з триваючою активною ГШКК показане термінове виконання оперативного втручання. 2. Ситуація класу В. Зупинена за допомогою ендоскопії ГШКК, крововтрата вкрай тяжкого і тяжкого ступеня з пептичної або хронічної медикаментозної виразки шлунка або ДПК з нестійкого гемостазу є підставою для госпіталізації пацієнта до відділення інтенсивної терапії для проведення інтенсивної терапії протягом 1 доби. Мета терапії – компенсація крововтрати і стабілізація клінічних показників. 3. Ситуація класу С. За тяжкої та середньої тяжкості крововтрати з хронічної виразки ДПК у пацієнтів старшого віку з важкими серцево–судинними захворюваннями за нестабільного гемостазу, коли ризик виконання хірургічного втручання конкурує з ризиком виникнення рецидиву кровотечі, перевагу потрібно віддавати ендоскопічним методам забезпечення стійкого гемостазу. 4. Ситуація класу D. Виникнення рецидиву кровотечі після медикаментозного або ендоскопічного гемостазу є показанням до виконання невідкладного оперативного втручання, спрямованого на досягнення остаточного гемостазу. Також застосовують оперативні втручання, спрямовані на збереження життя (у пацієнтів з пептичною виразкою ДПК виконують стволу та висічення виразкового субстрату, з виразкою шлунка – ізольоване висічення виразки, такі оперативні втручання здійснюють у пацієнтів з хронічними медикаментозними виразками). 5. Ситуація класу E. Хворим, у яких виявляють крововтрата легкого та середнього ступеня тяжкості (за даними ендоскопії – дефект прикритий фібрином) показане лікування в хірургічному відділенні, їм призначають комплексну противиразкову терапію, засоби для корекції анемії та гіповолемії, зважаючи на показники ОЦК, кислотно–основного стану, водно–електролітного балансу. Через 2–3 тиж після зупинки кровотечі і проведення курсу противиразкової терапії показане виконання планової радикальної операції (у пацієнтів з пептичною виразкою ДПК здійснюють СПВ та висічення виразкового субстрату, з виразкою шлунка – пілорозберігальну резекцію шлунка, економної пілорозберігальної медіагастральної резекції шлунка, ізольоване висічення виразки, ці оперативні втручання виконують у пацієнтів з хронічними медикаментозними виразками).

Перебіг раннього післяопераційного періоду був проаналізований у 366 (24,55%) хворих, (в тому числі 325 (88,80%) – з пептичною виразкою та у 41 (11,20%) – з хронічними медикаментозними виразками гастродуоденальної зони), яких лікували з використанням



активно–вичікувальної тактики.

В групі пацієнтів, у яких застосовували активно–вичікувальну тактику лікування, померли 23 (6,28%) хворих, в тому числі 21 (91,30%) – з пептичною виразкою та 2 (8,70%) – з хронічними медикаментозними виразками. Після оперативного втручання померли 16 (10,46%) хворих, в тому числі 15 (10,42%) – з пептичною виразкою і 1 (11,11%) – з хронічною медикаментозною виразкою. Основною причиною післяопераційної летальності в цій групі були ускладнення з ураженням серцево–судинної системи – у 5 (31,25%) пацієнтів (усі – з пептичною виразкою). У 5 (31,25%) хворих, в тому числі 4 (80,00%) – з пептичною виразкою і 1 (20,00%) – із хронічною медикаментозною виразкою), виник перитоніт внаслідок неспроможності швів; в 1 (6,67%) пацієнта з пептичною виразкою причиною смерті стала кровотеча з прошитої виразки, ще у 3 (20,00%) пацієнтів, з пептичною виразкою – гострий післяопераційний панкреатит, що виник на 2–гу і 3–тю добу після втручання. У 3 (20,00%) пацієнтів з пептичною виразкою причиною смерті було прогресування конкуруючих захворювань, ще у 2 (13,33%) з пептичною виразкою – порушення мозкового кровообігу.

Післяопераційні ускладнення виникли у 49 (32,03%) пацієнтів, в тому числі у 46 (93,88%) – з пептичною виразкою та у 3 (6,12%) – з хронічними медикаментозними виразками даної групи (хворих, у яких післяопераційні ускладнення спричинили летальний кінець, проаналізовані окремо). У 39 (79,59%) хворих, в тому числі у 37 (94,87%) – з пептичною виразкою і 2 (5,13%) – з хронічними медикаментозними виразками хірургічні втручання, виконані з приводу раннього рецидиву ГШКК, в 1 – з приводу триваючої кровотечі, ще в 1 – відстроченої операції. Неспроможність швів відзначена у 7 хворих, перитоніт – у 3, гострий анастомозит – у 6, госпітальна пневмонія – в 11, інфільтрат черевної порожнини – у 3, ерозивна ГШКК – у 4, нагноєння операційної рани – у 7, евентрація кишечника – у 3, гастростаз – у 5.

У 1125 (75,45%) пацієнтів, в тому числі у 899 (79,91%) – з пептичною виразкою та у 226 (20,09%) – з хронічними медикаментозними виразками, яких лікували з використанням тактики швидкого адекватного реагування, безпосередні і найближчі результати проаналізовані нами більш детально.

Всього в цій післяопераційні ускладнення виникли у 17 (2,81%) хворих, в тому числі у 14 (82,35%) – з пептичною виразкою та у 3 (17,65%) – з хронічними медикаментозними виразками гастродуоденальної зони з 604 (53,69%) оперованих, в тому числі 394 (65,23%) – з приводу пептичної виразки і 210 (34,77%) – хронічних медикаментозних виразок. Померли 32 (2,84%) пацієнта, в тому числі 27 (3,00%) – з пептичною виразкою і 5 (2,21%) – з хронічними медикаментозними виразками. Неприятливий перебіг захворювання істотною мірою визначався віком пацієнтів. Ускладнення виникли у 12 (70,59%) хворих літнього і старечого віку. Практично в усіх пацієнтів були тяжкі захворювання двох систем і більше. В усіх спостереженнях тяжкі інτερкурентні захворювання впливали на прогноз і перебіг основного хірургічного захворювання, оскільки вони нерідко були конкуруючими.

Основною причиною післяопераційної летальності в цій групі було прогресування конкуруючих захворювань – у 7 (41,18%) пацієнтів, в тому числі 5 (35,71%) – з пептичною виразкою і 2 (66,67%) – з хронічними медикаментозними виразками. Ускладнення з ураженням

серцево–судинної системи стали причиною смерті 4 (28,57%) хворих (усі – з пептичними виразками); загальні легеневі ускладнення 5 (29,41%) хворих, в тому числі 4 (28,57%) – з пептичною виразкою 1 (33,33%) – з хронічною медикаментозною виразкою. В 1 (5,88%) пацієнта з гігантською пептичною виразкою виник перитоніт внаслідок гострого післяопераційного панкреатиту з блискавичним перебігом і неспроможністю швів.

Частота післяопераційних ускладнень залежала від виду оперативного втручання, тяжкості крововтрати і строків виконання операції з моменту госпіталізації хворого. Найбільшою частота післяопераційних ускладнень була після виконання невідкладних оперативних втручань на висоті ГШКК і раннього рецидиву кровотечі за життєвими показаннями – у 15 (71,43%) пацієнтів, в тому числі 10 (66,67%) – з пептичною виразкою і 5 (33,33%) – з хронічними медикаментозними виразками, найменша – після відстрочених операцій – в 1 (4,76%) пацієнта з пептичною виразкою.

З 104 хворих, в тому числі 56 (53,85%) – з пептичною виразкою і 48 (46,15%) – з хронічними медикаментозними виразками, яким виконані відстрочені оперативні втручання, ускладнення виникли в 1 (0,96%) пацієнта з пептичною виразкою.

Завдяки застосуванню тактики швидкого адекватного реагування шляхом удосконалення принципів хірургічної тактики ми досягли зменшення частоти виконання невідкладних втручань. Внаслідок цього в 3,3 разу зменшилася частота оперативних втручань, що супроводжуються найбільш важкими ускладненнями. Таким чином, загальна частота ускладнень раннього післяопераційного періоду знижена на 37,3%, у порівнянні з такою у хворих при застосуванні активно–вичікувальної тактики лікування. Так, при використанні тактики швидкого адекватного реагування частота ускладнення після виконання невідкладних операцій виникли у 16 (11,51%) пацієнтів, в тому числі 12 (17,65%) – з пептичною виразкою і 4 (5,63%) – з хронічними медикаментозними виразками; термінових – у 3 (0,83%) хворих, в тому числі 2 (0,74%) – з пептичною виразкою та 1 (1,09%) – з хронічною медикаментозною виразкою; відстрочених – в 1 (0,96%) пацієнта з пептичною виразкою. На наш погляд, це сприяло зниженню післяопераційної летальності на 9,1% у порівнянні з такою в групі де застосовували активно–вичікувальну тактику лікування. Проте, зниженню частоти післяопераційних ускладнень сприяли, на нашу думку, не тільки оптимальний вибір строків виконання оперативного втручання з метою запобігання ранньому рецидиву ГШКК, а й оптимізація методів хірургічних втручань, спрямованих на збереження життя, зважаючи на медикаментозну природу виразок, а також більш суворий відбір пацієнтів.

Для вивчення віддалених результатів лікування пацієнтів обстежували перед виписуванням з стаціонару, через 3–6 міс, 1–5 років і більше з аналізом даних анамнезу, лабораторних, рентгенологічних методів, ГДФС в основному у стаціонарі, рідше – в амбулаторних умовах, у деяких пацієнтів проведено анкетування з використанням спеціально розробленої анкети. Результати лікування оцінювали за шкалою А. Visick з огляду на результати об'єктивних методів дослідження.

З 1998 р. ми використовуємо схему лікування з послідовною передопераційною підготовкою (включаючи противиразкову терапію з першої доби після госпіталізації хворого), виконанням індивідуально обраних хірургічних втручань і цілеспрямованою медичною реабілітацією в умовах спеціалізованого центра або амбулаторно, за показаннями.

Пацієнти розподілені на дві групи: 1-ша група – 398 (87,09%) хворих, в тому числі 206 (80,47%) – з пептичною виразкою і 192 (95,52%) – з хронічними медикаментозними виразками, яким проведено комплексне лікування, тобто триетапна медична реабілітація, основний етап якої здійснювали в спеціалізованому гастроентерологічному відділенні; 2-га група – 59 (12,91%) пацієнтів, в тому числі 50 (19,53%) – з пептичною виразкою та 9 (4,48%) – з хронічними медикаментозними виразками, яким проведена тільки загальноприйняте лікування та амбулаторне спостереження.

Медичну реабілітацію пацієнтів починали в найближчому післяопераційному періоді з адекватної противиразкової терапії, профілактики і корекції розладів евакуації, відновлення гомеостазу, раннього виявлення постваготомних і пострезекційних розладів. Активно стимулювали моторику денервованого шлунка або його кукси після резекції шляхом введення 2,5% розчину бензогексонію. У більшості хворих спостерігали функціональні причини, які коригували медикаментозними засобами.

Комплексне хірургічне лікування та реабілітація забезпечують позитивні віддалені результати, найкращі – після виконання СПВ з обов'язковою дренажною операцією і резекції шлунка з збереженням воратаря, а також секторальної резекції. Деяко гірші результати після здійснення СтВ і селективної ваготомії з дренажною операцією. Післяопераційна реабілітація пацієнтів, яким виконано резекцію шлунка в модифікації Більрот–I і особливо Більрот–II, менш ефективна.

Поліпшує віддалені результати санаторно–курортне лікування, що застосовували як засіб післяопераційної реабілітації і як самостійний етап. Так, у пацієнтів I-ї групи під впливом санаторно–курортного оздоровлення частота незадовільних результатів зменшилася з 6,7 до 1,9%. У найближчому періоді спостерігали нормалізацію вмісту гемоглобіну, кількості еритроцитів, концентрацію імуноглобулінів А, G, М в крові, збільшення вмісту інсуліну; у віддаленому періоді – нормалізацію рівня гастрину в крові, гормонів щитоподібної залози, що справляло сприятливий вплив на гастральну систему й опосередковано поліпшувало її трофіку.

У віддаленому періоді (1–3 роки) встановлене зниження загальної кислородної продукції шлунка у хворих обох груп, але більшою мірою – після комплексного хірургічного лікування. Так, після виконання СПВ в I фазі секреція знизилася в 1-й групі – на 92,1%, у 2-й групі – на 67,3%; у II фазі – відповідно на 84,5 і 72,9%. Частота рецидивів пептичної виразки, виразки гастродуодено– і гастроентероанастомозів після резекційних методів втручання (за Більрот–I і Більрот–II) у хворих обох груп була майже однаковою – при використанні комплексного післяопераційного лікування – у 2,7%, без нього – у 3,3% хворих.

За наявності постваготомних розладів рецидивні виразки і виразки, що незагоювалися, частіше спостерігали у хворих, яким не проводили комплексне лікування (10,2%), ніж у тих, яким здійснювали реабілітацію на всіх етапах (2,4%). Різні післяопераційні розлади відзначені у хворих після виконання органозберігальних операцій: в 1-й групі – у 6,8% спостережень, у 2-й групі – у 29,3%. Деякі розлади пов'язані з супутніми захворюваннями.

Відмінні, хороші і задовільні результати частіше відзначали у пацієнтів, які

протягом тривалого часу після операції дотримували дієти, а також за короткого виразкового анамнезу; незадовільні – у тих, хто не дотримував дієти і за тривалого виразкового анамнезу. Віддалені результати не залежали від віку, статі і характеру праці оперованих.

Несприятливий результат частіше спостерігали через 3–5 років після операції, в основному у пацієнтів, яким не проводили етапне комплексне лікування.

До хірургічного втручання працездатними були 274 пацієнтів 1-ї і 28 – 2-ї групи. Після операції на більш легку працю перейшли відповідно 2% і 4,8%, один пацієнт після резекції шлунка за Більрот–I і реабілітації займається більш тяжкою працею. Решта оперованих продовжували працювати за спеціальністю.

Інвалідність встановлена у 25 хворих (6 – з 1-ї групи і 19 – з 2-ї), проте, у 21 з них – по супутніх захворюваннях, і тільки у 2 – з 1-ї і 5 – з 2-ї групи причиною встановлення інвалідності були наслідки операції з приводу ВХ, причому частіше – резекції шлунка.

Розраховані економічні втрати у віддаленому періоді були вище у пацієнтів, яким не проводили комплексне лікування, причому більшою мірою – після резекції шлунка, ніж після СПВ з дренажною операцією. Це свідчить про більшу ефективність реабілітації після виконання органозберігальних операцій.

Таким чином, комплексне хірургічне лікування і цілеспрямовану медичну реабілітацію слід проводити за спільної участі хірурга і терапевта–гастроентеролога. Це забезпечує наступність у лікуванні, і деякі оперативні втручання, невдалі через виникнення рецидиву виразки, стають етапом у загальному комплексі лікування пацієнтів за агресивного перебігу ВХ, ускладненої ГШКК.

Проведене дослідження свідчить, що перспективними є подальша розробка органозберігальних методів оперативного втручання, цілеспрямована медична реабілітація хворих з виразкою шлунка і ДПК, ускладнених ГШКК.

## ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі представлений науково обґрунтований новий напрямок невідкладної хірургії – тактика комплексного лікування пептичних і медикаментозних гастродуоденальних виразок, ускладнених шлунково–кишковою кровотечею.

1. Консервативна терапія з застосуванням антацидних, протигелікобактерних препаратів не забезпечила вагоме зниження частоти ускладнень виразкової хвороби. Кількість оперативних втручань, які виконують з приводу ускладнень виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки, в Запорізькій області в останні роки має тенденцію до збільшення (у 1993 р. – 230 операцій, у 2002 р. – 1148).

2. В структурі пептичних виразок гастродуоденальної зони 20% становлять хронічні медикаментозні виразки, що виникають внаслідок застосування переважно нестероїдних протизапальних засобів при різних захворюваннях, що характеризуються морфологічними ознаками хронічної виразки, з утворенням широкої зони фібриноїдного некрозу у дні виразки, сегментарним або тотальним некрозом стінки судин і навколишньої сполучної тканини,

відсутністю регенераторних процесів у крайових відділах, дні виразки і вираженого набряку підслизистого прошарку, що поширюється більш ніж на 2 см.

3. Впровадження розробленої програми раціонального хірургічного лікування пацієнтів з виразковою хворобою, ускладненою кровотечею, в основу якої покладений принцип швидкого реагування, може бути ефективним за умови синхронної роботи хірургічного та ендоскопічного відділень, лабораторної та діагностичної служб, а також відділень інтенсивної терапії і реанімації, організаційно об'єднаних у єдиний центр хірургії шлунково–кишкової кровотечі, що функціонує цілодобово.

4. Застосування розробленого алгоритму тактики лікування хворих з гастродуоденальними і хронічними медикаментозними виразками, ускладненими кровотечею, спрямованого на оптимізацію всіх ланок центру з надання допомоги хворим з шлунково–кишковою кровотечею, дозволяє знизити післяопераційну летальність при гострій шлунково–кишковій кровотечі з 10,5 до 1,7%.

5. Динамічний ендоскопічний моніторинг за умови прецизійного технічного виконання процедури дозволяє визначити джерело кровотечі і його локалізацію, характер виразкового субстрату, здійснити біопсію, остаточний або тимчасовий гемостаз, не обтяжує стан хворих і дає можливість оцінити доцільність подальшого спостереження або прийняття рішення про необхідність виконання невідкладного хірургічного втручання.

6. Комбінований ендоскопічний гемостаз з застосуванням розробленої методики, що включає кріокоагуляцію, діатермокоагуляцію та аплікацію плівкоутворювальних розчинів з подальшим активним клініко–ендоскопічним спостереженням є ефективним засобом гемостазу і профілактики рецидиву кровотечі, особливо за наявності медикаментозних виразок, ускладнених кровотечею дозволяє у 86% хворих уникнути виконання невідкладного оперативного втручання.

7. Операція з приводу виразки шлунка і дванадцятипалої кишки, а також хронічних медикаментозних виразок, ускладнених кровотечею, повинна бути радикальною, малотравматичною, адекватною стану хворого. Цим принципам відповідають розроблені модифікації існуючих операцій, що застосовують у плановій хірургії, і запропоновані способи органозберігальних операцій, адаптованих до невідкладної хірургії, що забезпечило сприятливі результати у 98% хворих.

8. Хірургічну тактику і строки виконання оперативних втручань у хворих з гострою гастродуоденальною кровотечею виразкової етіології обирають на основі використання лікувально–діагностичного алгоритму, критеріями якого є: визначення ступеня операційного ризику з огляду на стан імунної системи, стан гемостазу в кратері виразки, імовірність виникнення рецидиву кровотечі, забезпечення надійного ендоскопічного гемостазу.

9. Оперативне лікування хворих з пілородуоденальною виразкою, ускладненою кровотечею, передбачає пріоритетність органозберігальних принципів, обов'язкове видалення виразкового субстрату, адекватну ваготомію і хірургічну корекцію порушень прохідності дуоденосюнального переходу.

10. Масивна крововтрата спричиняє зниження основних показників імунітету, особливо його гуморальної ланки і фагоцитозу, найбільш повільно відновлюються показники імунного захисту організму після профузної кровотечі. Найбільш швидке відновлення імунореактивності відзначають після органозберігальних операцій у порівнянні з таким після застосування резекційних методів.

11. Застосування клітинно–тканинної терапії в перед– і післяопераційному періодах, що справляє імуномодулюючий, протизапальний і репаративний вплив, сприяє нормалізації клінічних і біохімічних показників крові, що дозволяє у 8 разів знизити частоту ускладнень, у 3 рази – післяопераційну летальність і тривалість лікування пацієнта у стаціонарі.

12. Індивідуалізація хірургічного лікування і медичної реабілітації за участю хірурга і терапевта–гастроентеролога, забезпечує поліпшення як найближчих, так і віддалених результатів оперативного втручання з приводу виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки, а також хронічних медикаментозних виразок гастродуоденальної зони, ускладнених кровотечею, зниження в 1,5–2 рази кількості хворих з диспептичними явищами, яким показане надання лікарської допомоги. Застосування розробленої системи активної індивідуально–раціональної тактики лікування, спрямованої на збереження життя хворого, і цілеспрямованої гастроентерологічної, загальносоматичної і психологічної реабілітації сприяє відновленню основних показників гомеостазу і функціонального стану оперованого шлунка, поліпшуючи якість життя пацієнтів.

13. Впровадження розробленого підходу до лікування пацієнтів з виразковою хворобою шлунка і дванадцятипалої кишки, ускладненої кровотечею, оснований на органозберігальному принципі з огляду на корекцію порушень симптоадреналових реакцій, імунного статусу, застосування противогелікобактерної терапії сприяло поліпшенню найближчих і віддалених результатів, післяопераційна летальність знизилася з 10,5 до 1,7%, частота післяопераційних ускладнень – з 21,8 до 5,3%, несприятливих результатів у віддаленому (1–6 років) періоді – з 29,5 до 5,2%, частота рецидивів – з 5,7 до 0,8%.

### **СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Ганжий В. В., Гавриленко Т. С. Организационно–тактические вопросы при желудочно–кишечных кровотечениях язвенной этиологии // Запорож. мед. журн. – 2000. – № 4 (6). – С. 42–45.

2. Ганжий В. В. Профилактика острого послеоперационного панкреатита при лечении гастродуоденальной язвы, осложненной кровотечением // Запорож. мед. журн. – 2001. – № 3–4 (11). – С. 61–63.

3. Ганжий В. В. Выбор хирургической тактики при острых кровотечениях из гастродуоденальных язв // Запорож. мед. журн. – 2002. – № 4 (14). – С. 26–29.

4. Ганжий В. В. Тактика хирурга при гастродуоденальном язвенном кровотечении // Клін. хірургія. – 2002. – № 8. – С. 33–36.

5. Ганжий В. В. Хирургическое лечение гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии у больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями // Запорож. мед. журн. – 2002. – № 5 (15). – С. 19–22.
6. Ганжий В. В. Нові технології у хірургічному лікуванні гастродуоденальних виразок ускладнених кровотечею, у ревматологічних хворих // Альманах клін. медицини. – 2002. – Вип. № 2. – С. 55–58.
7. Ганжий В. В. Лечение операционной гнойной раны у больных с тяжелым желудочно–кишечным кровотечением язвенной этиологии // Клін. хірургія. – 2002. – № 11–12. – С. 18–19.
8. Ганжий В. В. Хирургическое лечение острокровотокающих гастродуоденальных язв, осложненных перфорацией // Запорож. мед. журн. – 2002. – № 6 (16). – С. 12–14.
9. Ганжий В. В. Послеоперационные осложнения у больных с кровоточащей гастродуоденальной язвой // Харк. хірург. школа. – 2002. – № 4 (5). – С. 13–16.
10. Ганжий В. В. Хирургическое лечение множественных язв желудка, осложненных желудочно–кишечным кровотечением // Хірургія України. – 2002. – № 4. – С. 19–21.
11. Ганжий В. В. Лечение панкреатогенного перитонита и острого послеоперационного панкреатита у больных с острым желудочно–кишечным кровотечением // Клін. хірургія. – 2003. – № 1. – С. 14–15.
12. Ганжий В. В. Хронические медикаментозные гастродуоденальные язвы, осложненные кровотечением // Запорож. мед. журн. – 2003. – № 1 (17). – С. 55–57.
13. Ганжий В. В. Раннее чреззондовое энтеральное питание у оперированных больных с острым желудочно–кишечным кровотечением язвенной этиологии // Клін. хірургія. – 2003. – № 4–5. – С. 78.
14. Ганжий В. В. Особенности хеликобактерной инфекции у больных с острым желудочно–кишечным кровотечением язвенной этиологии // Запорож. мед. журн. – 2003. – № 2–3 (18). – С. 25–28.
15. Ганжий В. В. Органосохраняющие подходы в хирургии сосочковых и постбульбарных язв осложненных острым кровотечением и механической желтухой // Вісн. морської медицини. – 2003. – № 2. – С. 82–86.
16. Ганжий В. В. Применение гастродуоденоскопии в диагностике и лечении изъязвления, осложненного гастродуоденальным кровотечением // Клін. хірургія. – 2003. – № 6. – С. 10–13.
17. Ганжий В. В. Нутриционная поддержка у больных с острым желудочно–кишечным кровотечением язвенной этиологии как метод коррекции метаболических нарушений // Запорож. мед. журн. – 2003. – № 4 (19). – С. 4–6.
18. Ганжий В. В. Выбор метода хирургического лечения язвенной болезни желудка, осложненной острым желудочно–кишечным кровотечением // Запорож. мед. журн. – 2003. – № 5 (20). – С. 20–23.

19. Ганжий В. В. Применение органосохраняющих операций в хирургическом лечении “трудных” язв двенадцатиперстной кишки, осложненных острым желудочно–кишечным кровотечением // Запорож. мед. журн. – 2003. – № 6 (21). – С. 237–239.

20. Ганжий В. В. Отдаленные результаты комплексного хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной острым желудочно–кишечным кровотечением // Запорож. мед. журн. – 2004. – № 1 (22). – С. 11–13.

21. Ганжий В. В. Новые тактико–технические решения в лечении хронических медикаментозных язв, осложненных кровотечением // Хірургія України. – 2004. – № 2 (10). – С. 32–34.

22. Ганжий В. В. Реконструктивная хирургия оперированного желудка с рецидивными язвами, осложненными острым желудочно – кишечным кровотечением // Клін. хірургія. – 2004. – № 4–5. – С. 8–9.

23. Ганжий В. В. Оптимізація хірургічної тактики лікування виразкової хвороби, ускладненої кровотечею та перфорацією // Запорож. мед. журн. – 2004. – № 3 (24). – С. 40–42.

24. Ганжий В. В. Опыт применения клеточно–тканевой терапии в лечении острой постгеморрагической анемии и иммунодефицита у больных с желудочно–кишечным кровотечением язвенной этиологии // Запорож. мед. журн. – 2004. – № 5 (26). – С. 110–112.

25. Ганжий В. В. Иммунологические аспекты язвенной болезни и хронических медикаментозных язв, осложненных желудочно–кишечным кровотечением // Запорож. мед. журн. – 2004. – № 6 (27). – С. 4–6.

26. Ганжий В. В. Хирургическое лечение острого желудочно – кишечного кровотечения язвенной этиологии, осложненного синдромом Маллори – Вейсса // Зб. наук. праць співробітн. КМАПО ім. П. Л. Шупика. – К., 2004. – Кн. 1, вип. 13. – С. 30–35.

27. Ганжий В. В. Профилактика и лечение анастомозита у больных, оперированных по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной желудочно–кишечным кровотечением // Клін. хірургія. – 2004. – № 11–12. – С. 18–19.

28. Ганжий В. В. Иммунный статус у больных с острым желудочно–кишечным кровотечением язвенной этиологии и роль клеточно–тканевой терапии в его коррекции // Хірургія України. – 2004. – № 4. – С. 54–56.

29. Ганжий В. В. Діагностично–тактичні аспекти хірургічного лікування виразкових гастроудоденальних кровотеч у хворих з цирозом печінки і портальною гіпертензією // Запорож. мед. журн. – 2005. – № 1 (28). – С. 81–83.

30. Ганжий В. В. Выбор хирургической тактики при острых кровотечениях из медиогастральных язв // Запорож. мед. журн. – 2005. – № 2 (29). – С. 32–37.

31. Патент 53600А Україна, МПК А61В17/00. Спосіб резекції дванадцятипалої кишки / В. В. Ганжий (Україна). – Заявлено 15.11.02; Опубл. 15.01.03 // Бюл. №1.

32. Патент 54358А Україна, МПК А61В17/00. Спосіб висічення виразок задньобічних стінок пілородуоденального відділу шлунка і кишки, що кровоточать, сполучений з стовбуровою ваготомією / В. В. Ганжий (Україна). – Заявлено 17.12.02; Опубл. 17.02.03 // Бюл. № 2.



33. Баштан Л. П., Герасютенко Э. И., Ганжий В. В., Васильева Л. В., Бойко К. А., Герасютенко Д. Э. Наш опыт интенсивной терапии больных, оперированных по поводу острых желудочно–кишечных кровотечений язвенной этиологии // Укр. журн. екстремал. медицини ім. Г. О. Можасєва. – 2001. – Т. 2, № 3. – С. 54–56 (Матеріали Укр. наук.–практ. конф. “Екстренна медична допомога. Сучасні проблеми організації”).

34. Гусарев В. Ф., Ганжий В. В. Жизнєсберегаюча технологія хірургічного лічення больних с кровоточащими пилородуоденальними язвами // Матеріали конф. “Современные технологии в общей хирургии”. – М., 2001. – С. 154–156.

35. Ганжий В. В. Жизнєсберегаюча технологія хірургічного лічення больних с кровоточащими язвами пилородуоденального отдела желудка // Матеріали ХХ з'їзду хірургів України. – Тернопіль, 2002. – Т. 1. – С. 239–240.

36. Ганжий В. В. Хирургическое лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений у больних с циррозом печени и портальной гипертензией // Вестн. неотлож. и восстановит. медицины. – 2002. – Т. 3, № 3. – С. 408–411.

37. Ганжий В. В. Применение пилоросохраняющих операций в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной острым желудочно–кишечным кровотечением и стенозом // Актуальні питання фармацевтичної та медичної науки та практики: Збірник наук. статей. – Запоріжжя, 2003. – Вип. ІХ. – С. 222–228.

38. Баштан Л. П., Сырбу И. Ф., Ганжий В. В., Бойко К. А. Интенсивная терапия инфузионно–трансфузионная терапия при острых желудочно–кишечных кровотечениях язвенного генеза // Актуальні питання фармацевтичної та медичної науки та практики: Зб. наук. статей. – Запоріжжя, 2003. – Вип. ІХ. – С. 204–210.

39. Гусарев В. Ф., Ганжий В. В. Органосберегающие технологии лечения осложненных язв пилородуоденального отдела желудка // Актуальні проблеми відновної хірургії. – Запоріжжя, 2001. – С. 83–84.

40. Сырбу И. Ф., Ганжий В. В. Принципы оказания медицинской помощи больным с желудочно–кишечными кровотечениями // Актуальні проблеми відновної хірургії. – Запоріжжя, 2001. – С. 119–121.

## АНОТАЦІЯ

Ганжий В. В. Хірургічна тактика при гастродуоденальних виразках, ускладнених шлунково–кишковою кровотечею. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук зі спеціальності 14.01.03 – хірургія. Інститут хірургії та трансплантології АМН України. – Київ, 2005.

В дисертаційній роботі автором проведений комплексний багатоплановий порівняльний аналіз результатів лікування 1491 хворого з гострою шлунково–кишковою кровотечею виразкової етіології. Виділені дві групи хворих (1224 – з пептичною виразкою та 267 – з хронічними медикаментозними виразками шлунка та дванадцятипалої кишки). Вивчені етіологія, клінічні ознаки, специфіка діагностики, особливості хірургічного й консервативного

лікування хронічних медикаментозних виразок гастродуоденальної зони.

На підставі аналізу результатів лікування розроблені лікувально–діагностичний і лікувально–тактичний алгоритми. Для лікаря–ендоскопіста розроблений протокол дослідження. Під час проведення ендоскопічного дослідження виявлені особливості кровотечі, що триває, у пацієнтів з хронічними медикаментозними виразками. Розроблений і впроваджений метод комбінованого ендоскопічного гемостазу, успішно застосований у 68,75% хворих.

Залежно від етіопатогенетичних чинників і клінічних проявів розроблена й впроваджена в клінічну практику робоча класифікація хронічних медикаментозних виразок гастродуоденальної зони, ускладнених гострою шлунково–кишковою кровотечею. Результати проведеного дослідження показали, що у виникненні хронічних медикаментозних виразок гелікобактерна контамінація не має важливого значення. Вивчені основні показники гуморального й клітинного імунітету у 54,62% хворих з пептичною виразкою та у 84,64% хворих з хронічними медикаментозними виразками. Отримані дані свідчили про значне зниження імунного захисту організму після виникнення кровотечі, особливо у пацієнтів з медикаментозними виразками.

При лікуванні пацієнтів використали тактику швидкого адекватного реагування, основу на прогнозуванні раннього рецидиву кровотечі, впровадженні методи оперативного втручання, спрямовані на збереження життя пацієнтів. Запропоновано робочу класифікацію операцій, уніфіковані показання до виконання втручань, спрямованих на збереження життя хворих.

Впровадження розробленої хірургічної тактики й комплексного хірургічного лікування з подальшою поетапною медичною реабілітацією сприяло істотному зменшенню частоти післяопераційних ускладнень, а отже, зниженню післяопераційної летальності до 1,8%, поліпшенню медичної, трудової, соціальної реабілітації і, відповідно, якості життя пацієнтів.

Ключові слова: шлунково–кишкова кровотеча, пептична виразка, хронічна медикаментозна виразка, діагностика, тактика, хірургічне лікування, результати, якість життя.

#### **АННОТАЦІЯ**

Ганжий В. В. Хирургическая тактика при гастродуоденальных язвах, осложненных желудочно–кишечным кровотечением. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.03 – хирургия. Институт хирургии и трансплантологии АМН Украины. – Киев, 2005.

В диссертационной работе автором проведен комплексный многоплановый сравнительный анализ результатов лечения 1491 больного с острым желудочно–кишечным кровотечением (ОЖКК) язвенной этиологии. Выделены две группы больных (1224 – с пептической язвой и 267 – с хроническими медикаментозными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки). Изучены этиология, клинические признаки, специфика диагностики, особенности хирургического и консервативного лечения хронических медикаментозных язв гастродуоденальной зоны.

На основании анализа результатов лечения разработаны лечебно–диагностический и лечебно–тактический алгоритмы. Для врача–эндоскописта разработан протокол исследования, в котором последовательно осматривались, а затем описывались состояние слизистой пищевода, пищеводно–желудочного перехода, желудка, пилорического канала, ДПК

(складчатость, деформации и другие патологические изменения). Характеризовалось гастродуоденальное содержимое, устанавливается источник кровотечения, величина и глубина язвы, её локализация по отношению к ориентирам (стенка, расстояние от пищевода, пилорического жома); кровоточащий или тромбированный сосуд в язве. Из желудочной язвы обязательна проводилась биопсия (8-6 точек) для гистологического исследования и биопсия антрального отдела на обсеменение слизистой хеликобактером. При проведении эндоскопического исследования выявлены особенности продолжающегося кровотечения у пациентов с хроническими медикаментозными язвами. Особенностью эндоскопической картины продолжающегося кровотечения у пациентов с хроническими медикаментозными язвами явилось паренхиматозное кровотечение: паренхиматозное кровотечение из одиночных источников имелось у 37,71% больных, паренхиматозное кровотечение из нескольких источников в кратере язвенного субстрата – у 50,81% и артериальное кровотечение было у 11,48% пациентов.

Разработан и внедрен метод осуществления комбинированного эндоскопического гемостаза (обкалывание сосуда + эндоклипирование, медикаментозное орошение язвы + диатермокоагуляция, диатермокоагуляция + аппликация пленкообразующими препаратами и т.д.). В 6 случаях применен метод сочетанного эндоклипирования и диатермокоагуляции, заключающийся в проведении после эндоклипирования коагуляции самих клипс. Комбинированные методы эндоскопического позволили достичь гемостаза у 92,1% больных. В связи с особенностью кровотечения из хронических медикаментозных язв, стандартные методики эндоскопического гемостаза применялись редко, в результате этого разработан и применен метод комбинированного эндоскопического гемостаза у этой категории больных (криокоагуляция + диатермокоагуляция + аппликация пленкообразующих полимеров). Данный метод успешно применен у 96,75% больных. Эндоскопический гемостаз вышеперечисленными средствами являлся окончательным, либо позволял выиграть время для того, чтобы лучше подготовить пациента к операции. Около 40% пациентов “пересматривались” через 4-24 часа для контроля эффективности местного гемостаза или проведения повторных эндоскопических манипуляций. Так же в течение 2-4 суток осуществлялась динамическая эндоскопия. При наличии условий уже во время первого эндоскопического исследования выполнялась биопсия краев язвы.

По определению диссертанта, динамическая эндоскопия показана: 1) больным с необнаруженным во время эндоскопии источником геморрагии, 2) при несоответствии результатов анамнеза, клинической картины и эндоскопического исследования, 3) при отсутствии эндоскопического исследования перед операцией, 4) в тех случаях, когда источником кровотечения являются поверхностные дефекты слизистой.

В зависимости от этиопатогенетических факторов и клинических проявлений разработана и внедрена в клиническую практику рабочая классификация хронических медикаментозных язв гастродуоденальной зоны, осложненных ОЖКК. Результаты проведенного исследования показали, что в возникновении хронических медикаментозных язв геликобактерная инфекция не играет важной роли. Изучены основные показатели гуморального и клеточного иммунитета у 54,62% больных с пептической язвой и у 84,64% – с хроническими медикаментозными язвами.

Полученные данные свидетельствовали о значительном снижении иммунной защиты организма при возникновении за ОЖКК, особенно у пациентов с медикаментозными язвами.

При лечении пациентов использовали тактику быстрого адекватного реагирования. Эта тактика имеет два основополагающих компонента: 1) диагностический (главным образом, эндоскопический); 2) лечебный, базирующийся на оценке прогнозирования раннего рецидива кровотечения, и внедрения жизнеспасающих методов оперативного вмешательства. Предложена рабочая классификация операций, унифицированы показания к выполнению жизнеспасающих вмешательств. Эта тактика позволяет произвести рациональную перегруппировку в рамках неотложных хирургических вмешательств, чего невозможно добиться при использовании традиционного активного, активно-выжидательного и активно индивидуального подхода.

Внедрение разработанной хирургической тактики и комплексного хирургического лечения с последующей поэтапной медицинской реабилитацией позволили существенно снизить частоту послеоперационных осложнений, а следовательно, послеоперационную летальность до 1,7%, улучшить медицинскую, трудовую, социальную реабилитацию и, соответственно, качество жизни пациентов.

Ключевые слова: желудочно–кишечное кровотечение, пептическая язва, хроническая медикаментозная язва, диагностика, тактика, хирургическое лечение, результаты, качество жизни.

#### **SUMMARY**

Ganzhiy V. V. Surgical tactics during gastroduodenal ulcers complicated gastro–intestinal bleeding. – The manuscript.

The dissertation on competition of a scientific degree of the doctor of medical sciences on a specialty 14.01.03 – surgery. Institute of Surgery and Transplantology of Academy of Medical Sciences of Ukraine. Kiev, 2005.

The author leads (carries out) the complex comparative analysis of treatment of 1491 patients with sharp gastro–intestinal bleedings ulcer ethyology. Two groups of patients (1224 patients with peptic ulcers and 267 – with chronic medicamentous stomach ulcer and duodenal gut) are allocated. The clinic, specificity of diagnostics, feature of surgical and conservative treatment of chronic medicamentous ulcers gastroduodenal zone is investigated ethyology.

According to the analysis of results of treatment the medical–diagnostic and medical–tactical algorithm is developed. For endoscopist the report of research is developed. At carrying out of research features endoscopic pictures of a proceeding bleeding at patients with chronic medicamentous ulcers are revealed. In this connection at such patients the method combined endoscopic hemostasis which is successfully applied at 68,75% of patients is developed and introduced.

Depending on endoscopic factors and clinical displays working classification chronic medical ulcers gastroduodenal the zones, complicated gastro–intestinal bleeding is developed and introduced into clinical practice. Results of the lead (the carried out) research have shown, that in occurrence of chronic medicamentous ulcers helicobacterial contamination does not play the important role. The basic parameters humoral and cellular immunity at 54,62% of patients with peptical ulcers and at 84,64% of patients with chronic medicamentous ulcers are investigated. The received data testified to significant decrease

(reduction) in all parameters of immune protection of an organism after gastro-intestinal bleeding, is especial at patients with medicamentous ulcers.

At treatment of patients used tactics of fast adequate reaction based on the forecast of early relapse of a bleeding and introduction life-care of methods of operative intervention. At a foresight of research working classification of operations is developed and indications to performance life-care techniques are unified.

Introduction of developed surgical tactics and complex surgical treatment with the subsequent stage-by-stage medical rehabilitation have allowed to reduce essentially frequency of postoperative complications and consequently to lower postoperative mortality to 1,8%, to improve medical, labor, social rehabilitation and accordingly quality of patients' life.

Key words: gastro-intestinal bleeding, peptical ulcer, chronic medicamentous ulcers, diagnostics, tactics, surgical treatment, results, quality of life.