напряжение и более длительное время для наложения подслизисто-мышечного шва.

После заглушения проксимального и дистального концов кишки приступали к формированию межкишечного соустья бок в бок. Проксимальный и дистальный отрезки кишки сближали изоперистальтически на протяжении 7–8 см. С помощью двух нитей-держалок сближали брыжеечные края обоих концов кишки. Нити не завязывали. На участке, ограниченном держалками, накладывали первый ряд серо-серозных сварочных швов. Биполярным сварочным пинцетом с каждой стороны захватывали серозную оболочку. Пинцет сводили. Пропускали электрический ток. Во время осуществления сварки пинцет сжимали в режиме нарастающей компрессии. В течение 2 с после окончания сварки пинцет удерживали в положении максимального сдавления. После наложения пинцета в 15–20 точках формировали серо-серозный сварочный шов, отступя 0,5 см от серо-серозного шва. Двумя параллельными разрезами вскрывали просвет кишки с каждой стороны. Таким же образом накладывали подслизисто-мышечный сварочный шов – формировали нижнюю губу анастомоза. Затем накладывали подслизисто-мышечный сварочный шов на верхние края разреза – просвет анастомоза закрывали. Завершали формирование анастомоза наложением серо-серозного сварочного шва на верхнюю губу. Держалки снимали. Брюшную полость промывали раствором фурацилина (1:5000), затем в нее вводили антибиотик. Лапаротомную рану зашивали послойно.

Эффективность метода оценивали макроскопически, микроскопически и на прочность в различные сроки наблюдения. На 2-е сутки после операции кролям давали воду, на 3-и сутки – пищу. После операции пали два животных, одно – от разлитого калового перитонита, другое – от причин, не связанных с оперативным вмешательством. Состояние выживших животных было удовлетворительным в течение всего периода наблюдения.

Полученный результат свидетельствует о перспективности предложенного способа соединения тканей и целесообразности его использования в качестве альтернативного для наложения толсто-толстокишечного анастомоза в клинике.

Литература

1. Лаврик А. С., Саенко В. Ф., Маркулан Л. Ю. и др. Применение биофрагментирующих колец «Valtrac» в хирургии ободочной кишки // Клін. хірургія. – 1996. – № 5. – С. 3–5.

2. Kawahara M., Kuramoto S., Pyan P. First experimental suturless laser anastomosis of the large bowel: long-term study // Dis. Colon Rectum. – 1996. – Vol. 39, N 5. – P. 556–561.

ОГЛЯДИ ЛІТЕРАТУРИ

УДК 616.342-053.9-002.2-06-08

КРОВОТЕЧА З ХРОНІЧНОЇ ВИРАЗКИ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ
Частина II. Лікування

Ф. Г. Кулачек, О. І. Іващук, А. С. Паляниця, Л. М. Харук
Кафедра загальної хірургії (зав. – проф. Ф. Г. Кулачек) Буковинської медичної академії, м.Чернівці

Тактика ведення хворих похилого та старечого віку (ПСВ) з виразкою дванадцятипалої кишки (ДПК) з кровотечею недостатньо вивчена. Принципи лікування кровотечі з хронічної виразки ДПК у хворих молодого та середнього віку екстраполюють на хворих ПСВ. Поправку роблять тільки на супутні захворювання і швидке виснаження компенсаторно-пристосовних механізмів у відповідь на крововтрату.

Різноманітність підходів до тактики лікування обґрунтовується значною кількістю спостережень і зменшенням летальності при використанні власної тактики.

В лікуванні хворих ПСВ застосовують активну хірургічну [1, 21, 25, 26, 42], активно-індивідуальну [8, 10], індивідуалізовану [14], раціонально-активну [16] та активно-вичікувальну [32] тактику.

Тактика лікування хворих з виразковою гастродуоденальною кровотечею повинна базуватись на оцінці ступеня ризику виникнення рецидиву кровотечі [31].

Найбільш значущими факторами ризику виникнення гастродуоденальної кровотечі є: попередня кровотеча, відсутність больового синдрому, діаметр виразки 1 см і більше, зміна потенції у чоловіків, наявність серцево-судинної недостатності, вік хворих 50 років і старше [5].

Консервативна терапія є важливим компонентом лікування виразки ДПК з кровотечею як ізольовано, так і в поєднанні з оперативним втручанням.

Під час обстеження 1075 пацієнтів використання ендоскопічного дослідження дозволило встановити причину кровотечі у 94% спостережень [39]. Застосування ендоскопічного лікування було можливим у 95%, а виникнення рецидиву кровотечі після нього потребувало виконання операції у 18% хворих ПСВ [35]. В 11,6% спостережень ендоскопічний гемостаз не виконаний через масивність кровотечі з виразки ДПК [34]. Після здійснення ендоскопічного гемостазу невідкладне виконання операції було потрібне 50% хворих всіх вікових груп

[41]. Після проведення ендоскопічного гемостазу шляхом ін'єкції адреналіну рецидив кровотечі виник у 10 – 20% хворих [36].

Застосування гіпербаричної оксигенації сприяло зменшенню частоти післяопераційних ускладнень у 3,3 разу [18]. Для лікування виразки ДПК рекомендують використовувати міліметрову хвильову терапію [7].

Введення мономірно–електролітного розчину в ранньому постгеморагічному та післяопераційному періоді сприяло поповненню дефіциту об'єму циркулюючої крові та її компонентів, стабілізації показників центральної гемодинаміки, при цьому напруження механізмів компенсації у відповідь на крововтрату було невеликим [20].

Під час передопераційної підготовки використовували тактивін для нормалізації складу субпопуляцій лімфоцитів, зменшення частоти ускладнень, метронідазол, імунокоректори. Як імунокоректори застосовували тималін і тактивін як під час оперативного, так і консервативного лікування протягом 10–12 діб [4, 19]. Пропонують призначати препарат міелопід для імунопрофілактики гнійно–септичних ускладнень та імуностимуляції [28].

Під час оцінки ефективності лікування з використанням низькоінтенсивного лазерного випромінювання відмічена різна ефективність застосованих лазерних технологій [13].

Окремі хірурги відмовились від призначення гемостатичної терапії хворим ПСВ, проте активно проводять противиразкову терапію [32].

Включення ентерального зондового харчування забезпечує зниження інтенсивності ліпопероксидації, підвищення активності антиоксидантної системи в ранні строки [23]. Інфузія перфторану при тяжкій і вкрай тяжкій крововтраті спричинює підвищення антиоксидантної активності крові, інактивує процеси перекисного окислення ліпідів [29]. Застосування антигіпоксанту літію оксибутирату під час підготовки до виконання операції і після неї сприяло корекції гіпоксичних розладів. Використання циметидину при гострій гастродуоденальній кровотечі справляє негативний вплив на кисневий баланс у стінці ДПК [31]. Рекомендують в комплекс лікування включати синтетичний аналог соматостатину стиламін та антигіпоксант літію оксибутират [17].

Стиламін також призначають окремо для лікування кровотечі виразкового генезу. Препарат не рекомендують вводити при кардіальній, нирковій та печінковій недостатності; тяжкому перебігу цукрового діабету; наявності артеріальної кровотечі з рани, ускладнень, пов'язаних з електрокоагуляцією судини у виразці; відмові пацієнта від проведення гастродуоденоскопії (неможливість контролю ефективності лікування) [27].

Переливання свіжої донорської крові та пряме переливання крові хворим з крововтратою середнього та тяжкого ступеня сприяло покращанню показників клітинного та гуморального імунітету [1].

Метод внутрішньоартеріальної емболізації мало поширений. Транскатетерна артеріальна емболізація була виконана у хворих за неможливості здійснення ендоскопічного гемостазу внаслідок масивності кровотечі, а також при виражених супутніх захворюваннях. Ефективність методу 90% [43]. Застосування артеріальної емболізації показане в ситуації, коли виконання операції неможливе або надто ризиковане для життя. Протипоказання: агональний стан хворого, локалізація джерела кровотечі в зоні кровопостачання судин, не доступних для селективної катетеризації [24].

Внутрішньовенне введення омепразолу протягом кількох діб не виключало потреби здійснення оперативного втручання у хворих ПСВ [40].

У хворих ПСВ хірургічне лікування є «кроком відчаю», коли консервативна терапія недостатньо ефективна або повторно виникає кровотеча. Прибічників резекційних методів оперування виразки ДПК з кровотечею у хворих ПСВ значно менше, ніж прибічників інших методів оперативного втручання. Резекційні методи мають перевагу в порівнянні з паліативними [38]. При виникненні кровотечі з хронічної гастродуоденальної виразки, віку хворих у середньому 72 роки, пенетрації виразки в навколишні органи виконували первинну резекцію шлунка. Післяопераційна летальність становила 12,9%. Рецидиву кровотечі не було [37].

Резекція шлунка – найбільш радикальна операція, яка забезпечує безпосередній надійний гемостаз і попереджує виникнення рецидиву кровотечі в найближчі та віддалені строки після втручання. Використовують способи резекції шлунка за Більрот–I та Більрот–II [28].

Для лікування гігантської виразки ДПК з кровотечею запропонований спосіб трубчастої резекції шлунка з формуванням поперечного гастроєюноанастомоза і виведенням виразки за межі травного каналу [22].

Перевагами органозберігаючих операцій є швидкість виконання, забезпечення надійного гемостазу. У пацієнтів ПСВ з тяжкими супутніми захворюваннями показане виконання малотравматичних органозберігаючих операцій. Рекомендують здійснювати висічення виразки без ваготомії [33]. Здійснення органозберігаючої операції з ваготомією і видаленням виразки може спричинити антигенну стимуляцію [3]

Доцільне виконання операції, спрямованої на зниження секреції шлунка, тобто органозберігаючого втручання з ваготомією в різних варіантах [4]. Методом вибору є органозберігаюча операція, яка передбачає радикальне видалення джерела кровотечі або, в особливо тяжкій хірургічній ситуації, його ізоляцію від просвіту травного каналу після досягнення гемостазу, з одним з видів ваготомії, адекватною дренуючою операцією. Втручання має бути малотравматичним, нетривалим, забезпечувати надійний гемостаз [14].

Оптимальним варіантом органозберігаючої операції є селективна або стовбурова ваготомія з видаленням виразки, збереженням антрального відділу шлунка і забезпеченням достатньої дренажної функції; за наявності пенетруючої виразки – обмежена мобілізація ДПК, виведення її задньої стінки і висічення виразки з задньоверхньою чи задньонижньою пілородуоденопластикою і ваготомією. При масивній пенетрації виразки в головку підшлункової залози можливе циркулярне висічення ампули ДПК з обробкою кукси, накладенням пілородуоденоанастомоза типу Більрот–I чи пілороентероанастомоза типу Більрот–II [8].

Поява демпінг–синдрому, діареї, дисфагії, гастростазу в ранньому післяопераційному періоді зумовлена виконанням селективної проксимальної ваготомії. Радикальною дуоденопластикою слід вважати конструювання з використанням збережених (після видалення тільки патологічно–змінених, рубцевих) тканин ДПК чи виразки, псевдоампули, відновлюючи функцію пошкодженого сфінктера воротаря або великого сосочка ДПК. Дуоденопластику з приводу кровотечі з виразки ДПК, низької заампульної виразки з ураженням великого сосочка ДПК виконують без проведення антацидної терапії [21].

Основні зусилля під час виникнення кровотечі мають бути спрямовані на врятування життя хворого найменш травматичним способом, що забезпечує надійний гемостаз. Радикальна дуоденопластика є малотравматичним, надійним методом гемостазу, але її застосування вимагає від хірурга досвіду збереження і відновлення воротаря, дистальних відділів жовчних проток і протоки підшлункової залози [25].

Методи локального гемостазу знаходять все більше прихильників. Якщо виразка з кровотечею міститься на задній стінці ДПК і пенетрує, її прошивають і тампонують стінкою ДПК [8].

Для лікування великої виразки ДПК з кровотечею використовують локальний гемостаз, стовбурову ваготомію і накладають гастроентероанастомоз за Петерсеном [15].

При тампонаді виразки з кровотечею здійснюють пілоропластику за Фіннеєм [30]. Прошивання судини у виразці поєднують з виконанням ваготомії за наявності заампулярної виразки, яку важко видалити [9]. При порівнянні різних видів швів, що застосовують для прошивання виразки з кровотечею, доведена висока ефективність П-подібного шва у порівнянні з 8-подібним і хрестоподібним [26].

Якщо запально-змінені тканини неможливо видалити, необхідно забезпечити надійний гемостаз уражених судин шляхом їх прошивання і тампонади, провести обробку уражених ділянок низькоінтенсивним лазерним випромінюванням протягом (6 ± 1) доби [6].

При кровотечі з виразки ДПК у пацієнтів ПСВ з супутніми захворюваннями і масивною крововтратою слід використовувати стовбурову ваготомію з висіченням чи виведенням виразки за межі травного каналу і дренуванням шлунка [1].

Після виконання паліативних втручань (зашивання, прошивання, формування гастроентероанастомоза) летальність досить висока (до 16%), а у віддалені строки майже у 40% хворих потрібне повторне виконання операції [4]. Розроблені методики здійснення локального гемостазу і виконання органозберігаючих операцій з ваготомією дозволяють радикально видалити пілородуоденальну виразку з кровотечею будь-якої локалізації [16].

Для забезпечення гемостазу у пацієнтів ПСВ з тяжкими супутніми захворюваннями показане застосування паліативних втручань.

Доцільність використання ваготомії не з'ясована. Рекомендують здійснювати ваготомію тільки за наявності «застарілої» виразки. При лікуванні «старечої» виразки проведення ваготомії не має патогенетичного обґрунтування. Показане застосування паліативних втручань, які мають симптоматичну спрямованість (прошивання виразки, гастроентеростомія) [12]. Після виконання стовбурової ваготомії тривалість гастростазу дуже велика, відмічають порушення моторно-евакуаторної функції шлунка [2].

Деякі автори пропонують використовувати розроблені методи виконання ваготомії на висоті кровотечі у поєднанні з пілоросберігаючою операцією [11].

Таким чином, тактика вибору методу лікування, обсяг інтенсивного лікування виразки ДПК з кровотечею недостатньо розроблені. Особливо суперечливі дані щодо вибору способу оперативного втручання. У більшості пацієнтів ПСВ використовують методи лікування хворих молодого та середнього віку з поправкою на супутню патологію та зменшення компенсаторно-пристосовних можливостей організму хворих ПСВ. Ендоскопічний гемостаз у пацієнтів ПСВ менш ефективний, ніж у хворих інших вікових груп, частіше виникає рецидив кровотечі.

Література

1. Акрамов Э. Х. Выбор метода хирургического лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Волгоград, 1990. – 36 с.
2. Алекперов С. Ф. Клапанная пилородуоденопластика в лечении осложненных пилородуоденальных язв: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1994. – 24 с.
3. Асланян А. А., Мунтян С. А. Изменение иммунологической реактивности у больных с желудочно-кишечным кровотечением // Клин. хирургия. – 1991. – №8. – С. 10–13.
4. Аталиев А. Э. Пути улучшения результатов хирургического лечения осложненной дуоденальной язвы у лиц пожилого и старческого возраста: Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. – Ташкент, 1989. – 36 с.
5. Беликов В. В. Прогнозирование язвенных гастродуоденальных кровотечений по факторам риска: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Самара, 1993. – 22 с.
6. Бойко В. В. Клинико-экспериментальное обоснование хирургического лечения больных пенетрирующими язвами двенадцатиперстной кишки, осложненными кровотечением: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Х., 1992. – 46 с.
7. Букатко В. Н. Миллиметровая волновая терапия осложненных гастродуоденальных язв: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1998. – 22 с.
8. Велигоцкий Н. Н., Курбанов К. М., Елоев В. А., Кекало В. Б. Органосохраняющие операции в лечении заампулярных язв двенадцатиперстной кишки // Клин. хирургия. – 1990. – №11. – С. 37–42.
9. Возгомент А. О. Хирургическая тактика и выбор метода оперативного вмешательства при язве двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Пермь, 1995. – 19 с.
10. Горбунов В. Н. Пути улучшения результатов хирургического лечения кровоточащих и прободных пилородуоденальных язв: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1993. – 34 с.
11. Гордеев С. А. Выбор метода проксимальной желудочной ваготомии в хирургическом лечении кровоточащих язв двенадцатиперстной кишки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1991. – 24 с.
12. Гришко С. Г. Хирургическое лечение дуоденальной язвы у лиц пожилого и старческого возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1987. – 16 с.
13. Гулам Сарвар, Зайцев В. Т., Бойко В. В. Применение низкоинтенсивного лазерного воздействия в хирургическом лечении больных с кровоточащей гастродуоденальной язвой // Клін. хірургія. – 1996. – №6. – С. 12–14.
14. Дерман А. И. Совершенствование хирургической тактики при язвенных гастродуоденальных кровотечениях у лиц пожилого и старческого возраста: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Х., 1990. – 35 с.
15. Коморовский Ю. Т., Басистюк И. И., Дзюбановский И. Я., Корчинский И. Ю. Способ хирургического лечения кровоточащей язвы двенадцатиперстной кишки больших размеров // Клин. хирургия. – 1990. – №2. – С. 77–78.
16. Кондратенко П. Г. Хирургическое лечение больных язвенной болезнью на высоте кровотечения: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Х., 1990. – 35 с.
17. Корниенко В. С. Гипоксические нарушения в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки при язвенных гастродуоденальных кровотечениях и пути их коррекции: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1992. – 20 с.
18. Кошелев В. Н., Шапкин Ю. Г., Седелкова Е. Е. Гипербарическая оксигенация в лечении кровоточащей язвы желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 1991. – №3. – С. 85–88.
19. Крижановський О. А. Показники неспецифічного імунітету у хворих з шлунково-кишковою кровотечею, спричиненою виразковою хворобою, та корекція їх порушень // Клін. хірургія. – 1996. – №10. – С. 29–31.
20. Лебедев А. Г., Пахомова Г. В., Лященко Ю. Н. и др. Энтеральная коррекция при гастродуоденальных кровотечениях язвенной этиологии // Хирургия. – 1991.

– №3. – С. 64–69.
21. Мануйлов А. М. Радикальная дуоденопластика в хирургическом лечении осложненных дуоденальных язв: Автореф. дис. ... д–ра мед. наук. – Краснодар, 1995. – 40 с.
22. Мартиросов Ю. К., Рылов Ю. Г., Ситников Ф. Л., Ворончихин А. Е. Хирургическое лечение гигантских гастродуоденальных язв, осложненных кровотечением // Современные вопросы судебной медицины и экспертной практики. – Ижевск, 1996. – Вып. 8. – С. 165–169.
23. Медведь М. А. Состояние перекисного окисления липидов и иммунореактивности у больных с острыми гастродуоденальными кровотечениями и их энтеральная коррекция: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ярославль, 1997. – 19 с.
24. Овчинский М. Н. Эндоваскулярная диагностика и лечение желудочно-кишечных кровотечений: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1985. – 20 с.
25. Пахилина А. Н. Дуоденопластика и селективная проксимальная ваготомия в лечении кровоточащей дуоденальной язвы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Краснодар, 1992. – 26 с.
26. Попов В. П. Ваготомия при лечении кровоточащих язв двенадцатиперстной кишки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Екатеринбург, 1992. – 24 с.
27. Смаков Г. М. Гастродуоденальные кровотечения язвенного генеза и перспективы использования соматостатина (стиламина) // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. – 1995. – Т. 154, №3. – С. 120–123.
28. Тамазян Г. С. Некоторые вопросы тактики и хирургии гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии: Автореф. дис. ... д–ра мед. наук. – Ереван, 1994. – 57 с.
29. Тиканадзе А. Д. Применение перфторана при лечении желудочно–кишечных кровотечений язвенной этиологии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб, 1997. – 18 с.
30. Чугуевский В. М. Пластическая тампонада осложненных дуоденальных язв при органосохраняющих операциях с ваготомией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ярославль, 1996. – 23 с.
31. Щеголев А. А. Обоснование принципов хирургического лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений: Автореф. дис. ... д–ра мед. наук. – М., 1993. – 37 с.
32. Эсперов Б. Н., Цыганок П. С. Хирургическое лечение кровоточащей гастродуоденальной язвы // Хирургия. – 1990. – №3. – С. 43–46.
33. Ярема И. В., Дзюбановский И. Я., Баснстюк И. И. и др. Хирургия язвенной болезни у больных пожилого и старческого возраста // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. – 1996. – Т. 155, № 4. – С. 84–88.
34. Brullet E., Calvet X., Campo R. et al. Factors predicting failure of endoscopic injection therapy in bleeding duodenal ulcer // Gastrointest. Endosc. – 1996. – Vol. 43, N 2, Pt1. – P. 111–116.
35. Choudary C. P., Elton R. A., Palmer K. R. Age–related mortality in patients treated endoscopically for bleeding peptic ulcer // Ibid. – 1995. – Vol. 41, N6. – P. 557–560.
36. Chung S. C., Leong H. T., Chan A. C. et al. Epinephrine or epinephrine plus alcohol of bleeding ulcers: a prospective randomized trial // Ibid. – 1996. – Vol. 43, N6. – P. 591–595.
37. Damanakis K., Shenk R., Drager C. Die blutungskomplikation beim langjahrig bestehenden magen– und duodenalulkus – pladoyer fur resezierende verfahren im notfall und beim alteren menschen // Zbl. Chir. – 1996. – Bd. 121, H 7. – S. 571–576.
38. Dousset B., Suc B., Boudet M. J. et al. Traitement chirurgical des hemorragies ulcereuses graves: facteurs predictifs de la mortalite operatoire // Gastroenterol. Clin. Biol. – 1995. – Vol. 19, N 3. – P. 259–265.
39. Ell C., Hagenmuller F., Schmitt W. et al. Multizentrische prospektive untersuchung zum aktuellen stand der therapie der ulcusblutung in Deutschland // Dtsch. Med. Wschr. – 1995. – Bd. 120, H. 1–2. – S. 3–9.
40. Hasselgren G., Lind T., Lundell L. et al. Continuous intravenous infusion of omeprazole in elderly patients with peptic ulcer bleeding. Results of a placebo-controlled multicenter study // Scand. J. Gastroent. – 1997. – Vol. 32, N 4. – P. 328–333.
41. Skogestad E. P., Tholfsen J. K. Blodende ulcus–sykdom. Forlop for og etter innforing av endoscopisk skleroterapi // Tidsskr. Nor. Laegeforen. – 1995. – Vol. 115, N 4. – P. 479–480.
42. Thon K. P., Stoltzing H. Operative blutstillung bei rezidivblutung nach endoskopicher blutstillung – indikation und ergebnisse // Bildgebung. – 1995. – Bd. 62, Suppl. 2. – S. 22–28.
43. Toyoda H., Nakano S., Takeda I. et al. Transcatheter arterial embolization for massive bleeding from duodenal ulcers not controlled by endoscopic hemostasis // Endoscopy. – 1995. – Vol. 27, N 4. – P. 304–307.