

УДК 616.342-002.44-053.9-089

Ю. М. МишковськийБуковинський державний медичний
університет, м. Чернівці**МЕТОДИ ЛОКАЛЬНОГО ГЕМОСТАЗУ
В ХІРУРГІЇ ГОСТРОКРОВОТОЧИВОЇ
ВИРАЗКИ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ****Ключові слова:** гострокровоточива дуоденальна виразка, методи локального гемостазу.**Резюме.** В експерименті розроблені методи локального гемостазу при гострокровоточивій дуоденальній виразці. Обґрунтована їх ефективність та перевага при застосуванні над відомими локальними способами гемостазу кровоточивої виразки задньої стінки дванадцятипалої кишки.**Вступ**

Неефективність ендоскопічного гемостазу при комплексному лікуванні хворих з гострокровоточивою дуоденальною виразкою вимагає виконання оперативного втручання “на висоті кровотечі”. Підхід в хірургічному лікуванні таких хворих має свої особливості та протиріччя [1, 3, 4, 9, 11]. З одного боку, необхідність радикалізму диктує не тільки усунення джерела кровотечі, а й необхідність ліквідації виразки та причин її виникнення. З іншого боку, при наявності у пацієнтів супутньої поважчуючої патології, швидке настання декомпенсації, змушує обмежувати хірургічне втручання зупинкою кровотечі і врятуванням життя хворому [6, 7, 8, 10]. Саме для цієї категорії хворих, з метою адекватної та ефективної зупинки кровотечі з хронічної виразки задньої стінки ДПК (дванадцятипалої кишки) пропонуються методи локального гемостазу. Існує значна кількість відомих методів локального гемостазу, що дозволяють надійно виконати гемостаз під час операції. Однак, летальність при даних операціях, враховуючи контингент хворих, залишається високою від 13,8% до 27,2%, в той же час летальність за рахунок рецидиву кровотечі в післяопераційному періоді сягає 24,3%-31,8% [2,5].

Мета дослідження

Розробити нові методи локального гемостазу гострокровоточивої виразки дванадцятипалої кишки, обґрунтувати їх ефективність та перевагу над існуючими.

Матеріал і методи

Для розробки та оцінки ефективності при гострокровоточивій дуоденальній виразці в експерименті на 35 безпородних собаках проведено порівняльний аналіз гемостатичних властивостей які найбільше застосовуються в хірургії гостро-

кровоточивої виразки дванадцятипалої кишки методів локального гемостазу: пришивання П-подібним швом передньої стінки цибулини ДПК до задньої (контрольна група № 1 – 7 собак), тампонада за М. М. Велигоцьким (2005) шляхом утворення тампонуночої ділянки із передньої стінки ДПК, яка підшивається до дна виразки двома рядами вузлових швів (контрольна група № 2 – 7 собак) та власними, розробленими в клініці, методами локального гемостазу (основна група № 1, № 2, № 3 – 21 собака).

Техніка експерименту зводилася до наступного. Тваринам під загальним знечуленням моделювали виразковий дефект висіченням слизової та підслизової задньої стінки ДПК до 2,0 см в діаметрі та виконували один із методів локального гемостазу. Прохідність кишкового тракту відновлювалася переднім попередубодовим гастроентероанастомозом із браунівським сполученням. Для контролю гемостазу після операції в ДПК проводився зонд через гастроентероанастомоз. Операційну рану зашивали наглухо. Для динамічного дослідження проводилася релапаротомія через визначений термін (1, 3, 5 діб).

Техніка виконання власних методів локального гемостазу при гострокровоточивій виразці задньої стінки ДПК здійснюється наступним чином:

І спосіб (рис. 1). Проводять лапаротомію, пальпаторно визначають локалізацію і розміри виразки задньої стінки ДПК. В проекції виразки утворюють складку на передній стінці шляхом проведення циркулярного розрізу серозної та м'язової оболонок передньої стінки ДПК на 2–5 мм більше в діаметрі ніж виразка. По краях дефекту передньої стінки накладають кисетний шов (1), в результаті чого з усіх оболонок дефекту передньої стінки ДПК утворюється тампонуноча ділянка округлої сферичної форми, яка виступає в просвіт

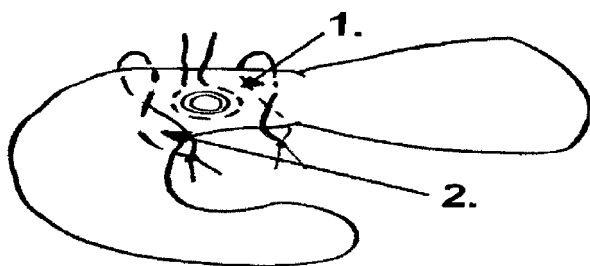


Рис. 1. Загальний вигляд закінченого методу гемостазу (I спосіб)

Примітка. 1. Кисетний шов по краям дефекту передньої стінки ДПК
2. 8-подібні шви з обох боків тампонуєної ділянки

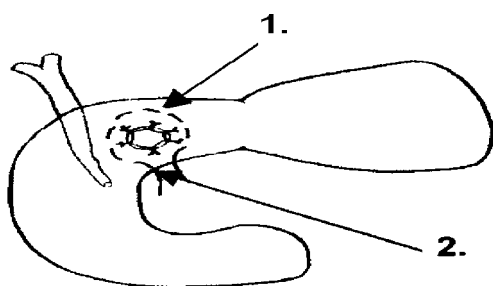


Рис. 2. Загальний вигляд закінченого методу гемостазу (II спосіб)

Примітка. 1. Виведена виразка за межі просвіту ДПК
2. Тампонада виразки шляхом накладання кисетного шва

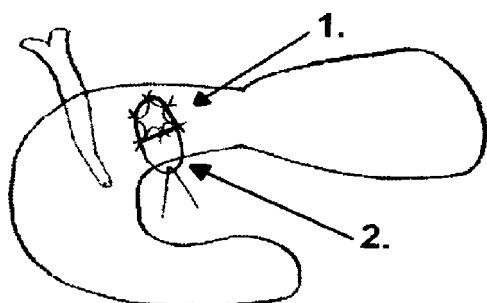


Рис. 3. Загальний вигляд закінченого методу гемостазу (III спосіб)

Примітка. 1. Виведена виразка за межі просвіту ДПК
2. Підковоподібний лоскут передньої стінки ДПК

дванадцятипалої кишки. Відступивши від тампонуєної ділянки, пришивають передню стінку до задньої 8-подібними швами з обох боків (2). Перитонізація кисетного та 8-подібних швів окремими вузловими швами. В цей час тампонуєча згфрована ділянка щільно прилягає до виразкового кратеру, виповнюючи його форму (основна група № 1 – 7 собак).

II спосіб (рис. 2). Проводять лапаротомію, після пальпаторного визначення локалізації виразки і її розмірів, з передньої стінки дванадцятипалої кишки в проекції виразки висікають отвір діаметром на 1-2 мм більше за виразку. Шляхом

діатермокоагуляції зупиняють кровотечу з виразки задньої стінки дванадцятипалої кишки. Вузловими швами підшивають краї дефекту передньої стінки по периметру виразки таким чином, щоб в шов захоплювалась наскрізно вся передня стінка, а з боку задньої стінки - тільки слизовий і підслизовий шари макроскопічно незміненої слизової стінки кишки. Таким чином, виразку виводять за межі просвіту дванадцятипалої кишки (1). Після цього виразку тампунують шляхом накладання кисетного шва (2) на відстані 0,7 – 1,0 см від підшитого краю дефекту передньої стінки по периметру виведеної виразки (основна група №2 – 7 собак).

III спосіб (рис 3). Лапаротомія, після пальпаторного визначення локалізації виразки та її розмірів, проводять підковоподібний розріз всіх шарів передньої стінки дванадцятипалої кишки в проекції виразки з утворенням клаптя діаметром на 1-2 мм більше за виразку та основою до нижнього краю ДПК. Шляхом прошивання зупиняють кровотечу з виразки задньої стінки дванадцятипалої кишки. Верхівку лоскута прошивають та відводять за лігатуру донизу та дозовні, утворюючи підковоподібний дефект передньої стінки ДПК (1). Вузловими швами підшивають краї дефекту передньої стінки по периметру виразки таким чином, щоб в шов захвачувались наскрізно вся передня стінка, а зі сторони основи дефекту передньої стінки та задньої стінки тільки слизовий і підслизовий шари макроскопічно незміненої слизової стінки кишки. Таким чином, виразку виводять за межі просвіту дванадцятипалої кишки (2). Після цього виразку тампунують висіченим підковоподібним клаптем, який підшивають окремими вузловими серозо-м'язовими швами до передньої стінки дванадцятипалої кишки по периметру виведеної виразки (основна група № 3 – 7 собак).

Гемостатичні властивості методів, які досліджували, вивчали гідропресією.

За власними методами локального гемостазу отримані Деклараційні патенти України на винахід.

Обговорення результатів дослідження

Як видно з наведеної таблиці, гемостатичні властивості в основних групах значно вищі за аналогічні в контрольних. Починаючи з першої доби дані властивості знижуються до 5 доби в контрольних та основних групах. В основних групах ці показники вірогідно вищі, особливо на 3 і 5 доби.

Найвищі показники у основної групи № 1, в порівнянні з іншими, які досліджуються, пояснюється тим, що створюється тампонуєча ділянка

Гідропресія при різних методах гемостазу кровоточивої виразки задньої стінки ДПК (M±m)

Група тварин	Гідропресія (в мм вод. ст.)			
	Після накладення	1 доба	3 доба	5 доба
Контрольна №1	152,3±4,8	147,4±6,1	136,6±4,2	134,9±5,9
Контрольна №2	129,7±6,1	122,1±9,4	115,4±9,0	111,3±8,7
Основна №1	184,3±8,4 p<0,05*; p<0,01**	172,2±5,2 p<0,05*; p<0,01**	168,8±4,6 p<0,01*; p<0,01**	163,2±7,4 p<0,05*; p<0,01**
Основна №2	171,2±6,9 p<0,05*; p<0,01**	166,9±3,6 p<0,05*; p<0,01**	159,5±7,1 p<0,05*; p<0,01**	154,7±4,4 p<0,05*; p<0,01**
Основна №3	175,8±5,2 p<0,05*; p<0,01**	169,6±5,4 p<0,05*; p<0,01**	164,2±3,2 p<0,01*; p<0,01**	161,1±6,7 p<0,05*; p<0,01**

Примітка. p* - вірогідність по відношенню до контрольної групи № 1; p** - вірогідність по відношенню до контрольної групи № 2; n=7 в кожній групі тварин.

з усіх шарів передньої стінки ДПК, яка щільно і по формі виповнює виразковий кратер, додатково пришивається всією товщею передньої стінки до задньої двома 8 – подібними швами з обох сторін виразкового дефекту.

Вищі показники гідропресії в основних групах № 2, № 3, над контрольними групами пояснюється “фізіологічною” екстериторизацією кровоточивої виразки за межі травного тракту та створенням тампонуєчої порожнини, що сприяє, при продовженні або рецидиві кровотечі, утворенню гематоми між виразковим дефектом та тампонуєчою ділянкою.

Нижчі показники у контрольній групі № 2 в порівнянні із контрольною групою № 1 пояснюються розкриттям просвіту ДПК і невідповідністю виразкового дефекту та тампонуєчої ділянки, яка має продовгувату форму валиків.

Використовуючи власні методи локального гемостазу прооперовано 6 хворих з гострокровоточивою дуоденальною виразкою. Рецидиву кровотечі не було. Хворі в задовільному стані виписані на 12 - 14 доби на амбулаторне лікування.

Приклад практичного використання методу.

Хвора Ж., 71 рік, поступила в хірургічне відділення № 2 лікарні швидкої медичної допомоги м. Чернівці з клінікою кровоточивої виразки післяцибулінного відділу дванадцятипалої кишки (О 0,8 см) о 10 год. 40 хв. 05.03.2008 року. Проведене комплексне лікування успіху не дало і хвора о 15 год 20 хв взята в операційну. Лапаротомія, з передньої стінки дванадцятипалої кишки в проєкції виразки провели підковоподібний розріз діаметром 1,5 см, підшили краї дефекту передньої стінки по периметру виразки таким чином, щоб в шов потрапляла наскрізно вся передня стінка, а з боку основи дефекту передньої стінки та задньої стінки тільки слизовий і підслизовий шари макроскопічно незміненої слизової стінки кишки,

а з боку основи дефекту передньої стінки та задньої стінки тільки слизовий і підслизовий шари макроскопічно незміненої слизової стінки кишки. Після цього виразку тампонували висіченим підковоподібним клаптом, який підшили окремими вузловими серозо-м’язовими швами до передньої стінки дванадцятипалої кишки по периметру виведеної виразки. Прохідність кишкового тракту відновили переднім попередуюбідковим гастроентероанастомозом із браунівським сполученням. Для контролю гемостазу після операції в ДПК підведений зонд через гастроентероанастомоз. Рана зашита наглухо. Хвора у задовільному стані виписана на 12 добу на амбулаторне лікування. Пацієнтка оглянута через 2 місяці, рецидиву кровотечі не було. Ендоскопічно: прохідність ДПК не відновлена, в ділянці гастроентероанастомозу явища помірного ентериту.

Висновки

1. Власні методи локального гемостазу ефективніші над існуючими.
2. Гемостатичні властивості методів локального гемостазу без розкриття просвіту дванадцятипалої кишки вищі, ніж у методів з розкриттям.
3. Високі гемостатичні властивості запропонованих методів локального гемостазу дозволяють рекомендувати їх в хірургічному лікуванні хворих з гострокровоточивою дуоденальною виразкою “на висоті кровотечі”.

Перспективи подальших досліджень

Перспективи подальших досліджень у даному напрямку полягають у вивченні впливу запропонованих методів локального гемостазу на фібринолітичну та протеолітичну активність слизової оболонки ДПК.

Література. 1. Братусь В.Д. Эволюция принципов лечебной тактики при кровоточащих гастродуоденальных язв

вах / В.Д.Братусь, П.Д.Фомин, В.Л.Никишаев // Укр. ж. малоінвазивної та ендоскопічної хірургії.-2007.-Т.11,№1.-С.22-23. 2.Велигоцький Н. Н. Органосохраняющие подходы в хирургии язвенной болезни желудка в сочетании с желудочно-эзофагальным рефлексом/ Н.Н.Велигоцький, В.В.Комарчук, А.В.Горбулич [и др.]//Харківська хірургічна школа.-2009.-№2.2(34).-С.138-140. 3.Гостищев В.К. Проблема выбора метода лечения при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях/ В.К.Гостищев, М.А.Евсеев // Хирургия.-2007.-№7.-С.7-11. 4.Клымов И.Л. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений / И.Л.Клымов // Хирургия.-2007.-№4.-С.22-27. 5. Івацук О.І., Бодяка В.Ю., Ю.М.Мишковський Ю.М. Сучасні підходи в лікуванні хворих,старше 60 років, на гострокровоточиву дуоденальну виразку / Монографія.-Чернівці: Медуніверситет, 2009.- 416с. 6.Andrew J. Robson. The Effect of Surgical Subspecialization on Outcomes in Peptic Ulcer Disease Complicated by Perforation and Bleeding / Robson Andrew J. Richards. Jennifer M. J. Ohly Nicholas. Nixon [et al.] // World J. Surg. -2008.-Vol.32.-P.1456-1461. 7.Carbonell N. Erythromycin infusion prior to endoscopy for acute upper gastrointestinal bleeding: a randomized, controlled, double-blind trial / N. Carbonell, A. Pauwels, L.Serfaty [et al.] // Am. Gastroenterol.-2006.- Vol. 101,№6.-P. 1211-1215. 8.Keyvani L. Pre-endoscopic proton pump inhibitor therapy reduces recurrent adverse gastrointestinal outcomes in patients with acute non-variceal upper gastrointestinal bleeding/ L. Keyvani, S.Murthy, S. Leeson [et al.] // Aliment. Pharmacol. Ther.-2006.-Vol. 24,№8.-P.1247-1255. 9.Ohmann C. Time-trends in the epidemiology of peptic ulcer bleeding / C. Ohmann, M. Imhof, C. Ruppert [et al.] //Scand. J. Gastroenterol.-2005.- Vol. 40,№8.-P. 914-920. 10.Schulz H.J. Standards in diagnosis and treatment of upper gastrointestinal bleeding/ H.J. Schulz, F. Kinzel // Dtsch. Med. Wochenschr.-2004.- Vol. 129 (Suppl. 2).-P.114-116. 11.Stiegmann G.V. Endoscopic approaches to upper gastrointestinal bleeding/ G.V. Stiegmann //Am. Surg.-2006.-Vol. 72,№2.-P. 111-115.

МЕТОДЫ ЛОКАЛЬНОГО ГЕМОСТАЗА В ХИРУРГИИ ОСТРОКРОВОТОЧАЩЕЙ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Ю. Н. Мишковский

Резюме. В эксперименте были разработаны методы локального гемостаза при острокровотокающей дуоденальной язве. Обоснована их эффективность и превосходство при использовании над известными локальными способами гемостаза кровоточащей язвы задней стенки двенадцатиперстной кишки.

Ключевые слова: острокровотокающая дуоденальная язва, методы локального гемостаза.

METHODS OF LOCAL HEMOSTASIS OF ACUTE DUODENAL BLEEDING ULCER IN SURGERY

Yu. M. Myshkovskiy

Abstract. Methods of local hemostasis under acute duodenal bleeding ulcer are developed in experiment. Their efficacy and benefit over known local hemostasis methods of bleeding ulcer of posterior duodenal wall were substantiated.

Key words: acute duodenal bleeding ulcer, methods of local hemostasis.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Clin. and experim. pathol. - 2009. - Vol.8, №3.-P.57-60.

Надійшла до редакції 20.09.2009

Рецензент – проф. А. Г. Іфтодій

© Ю. М. Мишковський, 2009