Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

 **МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ**

**ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**КЛИМЕНКО ВАДИМ ПЕТРОВИЧ**

УДК 616.333 - 002.44 - 06 - 005.1 - 089

## *ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ КАРДІАЛЬНИХ ВИРАЗОК ШЛУНКА, УСКЛАДНЕНИХ КРОВОТЕЧЕЮ*

14.01.03 – хірургія

**АВТОРЕФЕРАТ**

дисертації на здобуття наукового ступеня

кандидата медичних наук

**Харків – 2009**

**Дисертацією є рукопис.**

Роботу виконано в ДУ “Інститут загальної та невідкладної хірургії АМН України”

**Науковий керівник:** лауреат Державної премії України,

заслужений діяч науки та техніки України,

 доктор медичних наук, професор

 **Бойко Валерій Володимирович,**

ДУ “Інститут загальної та невідкладної хірургії АМН України”, директор; Харківський національний медичний університет МОЗ України, завідувач кафедри госпітальної хірургії.

**Офіційні опоненти:** доктор медичних наук, професор,

**Хворостов Євген Дмитрович,**

Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна МОН України, завідувач кафедри хірургічних хвороб;

доктор медичних наук, професор,

**Бєлов Сергій Григорович,**

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, професор кафедри хірургії та проктології.

Захист відбудеться «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2009 р. о \_\_\_\_\_\_ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д.64.600.02 при Харківському національному медичному університеті за адресою: 61022, м.Харків, проспект Леніна, 4; тел. 707-73-27

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Харківського національного медичного університету (61022, м.Харків, проспект Леніна, 4)

Автореферат розісланий «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2009 р.

Учений секретар

спеціалізованої вченої ради,

кандидат медичних наук, доцент Ягнюк А.І.

**ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ**

**Актуальність теми.** Хірургія виразки кардіального відділу шлунка є не відокремленим розділом, а складовою частиною загальної проблеми хірургічного лікування виразкової хвороби шлунка [Шептулин А.А., 1995; Курыгин А.А. и соавт., 2004; Baron J.H., Ohmann C., 2000]. Особливостями ВХ цієї локалізації є агресивніший перебіг, висока частота кровотеч, що рецидивують, а в лікувальному плані – високий відсоток комбінацій ГШК з пенетрацією, резистентність до методів локального гемостазу (переважно зумовленому технічними причинами); більшою складністю резекційних методик [Шорох Г.П. и соавт., 2000; Ширинов З.Т. и соавт., 2005; Криворучко И.А. и соавт., 2006; Aabakken L., 2001].

Одним з актуальних питань невідкладної абдомінальної хірургії є лікування ускладнених форм виразкової хвороби кардіального відділу шлунка, зокрема ГШК, яка, за даними різних авторів, зустрічається в 11 – 26 % спостережень [Ванцян Э.Н. и соавт., 1982; Братусь В.Д., 2001; Ганжий В.В., 2004; Кондратенко П.Г. и соавт., 2006; Agha A., 2006] і є причиною смерті до 50 – 70 % хворих на виразкову хворобу кардіального відділу шлунка в осіб літнього і старечого віку [Звенигородская Л.А. и соавт., 2002; Дзюбановський І.Я. та співавт., 2005; Bamba T., 2002; Holt P.R., 2003].

У виразках зазначеної локалізації більшість авторів у всіх випадках віддають перевагу виконанню радикальних операцій – субтотальній резекції шлунка, резекції кардії, сходовій резекції, гастректомії та ін. Подібні операції тяжко виконуються, супроводжуються високою летальністю та найбільшою кількістю ускладнень. Основна проблема пов'язана зі зруйнуванням або видаленням стравохідно-кардіального переходу при операціях на проксимальному відділі шлунка [Вагнер Е.А. и соавт., 1998]. Неспроможність швів стравохідно-шлункових анастомозів є головною причиною летальності у цих хворих у ранньому післяопераційному періоді. У віддаленому післяопераційному періоді стан хворих досить часто ускладнюється розвитком рефлюкс-езофагіту, рубцевого стенозу анастомозу [Жерлов Г.К. и соавт., 1999; Takeshita K. et al., 1997].

Сьогодні вибір методу операції при виразках кардіального відділу шлунка, ускладнених кровотечею, не можна вважати остаточно вирішеним [Березницький Я.С., 2005; Palmer K., 2002; Barkun A. et al., 2003].

Сучасний етап розвитку шлункової хірургії характеризується критичною оцінкою віддалених результатів резекції шлунка, особливо її найпоширеніших модифікацій способу Більрот – II і пошуками нових, фізіологічно більш обґрунтованих, методів оперативних утручань [Касьяненко В.И., Саенко В.Ф. и соавт., 2002; Маев И.В., 2003; Шапринський В.О. та співавт., 2005; Ананко А.А., 2006; Zittel T., 2000; Paimela H. et al., 2004].

Висока післяопераційна летальність після радикальних утручань, значні технічні труднощі й недостатнє число задовільних віддалених результатів примушують деяких авторів виконувати щадливі операції [Зайцев В.Т. и соавт., 1999; Ярема И.В. и соавт., 2003; Fomin P. et al., 2000].

У наш час загальновизнано, що органозберігаючі операції, які містять вирізання кровоточивої виразки, є менш травматичними, легше переносяться і супроводжуються меншою летальністю [Ковальчук Л.Я. та співавт., 2005; Kolosovich I.V., 2001].

В той же час оперативні втручання при ВХ в цілому і ВХКВШ зокрема виконуються часто в ургентній ситуації [Ермолов А.С., 2002; Blatchford O., 2000], за життєвих обгрунтувань, у будь-який час доби, а тому не завжди достатньо підготовленими хірургами, що вимагає розробки органозберігаючих методик оперативного лікування доступних хірургові середньої кваліфікації [Нестеренко Ю.А., 1998; Фільц О.В. та співавт., 2000; Lewis J.D. et al., 2000].

На думку деяких хірургів, при лікуванні виразок зазначеної локалізації треба застосовувати резекційні методи [Ершов В.В. и соавт., 1999; Климович В.В., 2001], на думку інших – органозберігаючі [Велигоцкий H.H. и соавт., 2003], на думку третіх – вибір методу оперативного лікування треба обирати індивідуально [Бойко В.В., 2001; Шевченко Ю.Л. и соавт., 2006]. Проте при виразках шлунка даної локалізації доводиться застосовувати нетипові методи як паліативних [Король Я.А., 2000], органозберігаючих, так і радикальних операцій, які дозволяють отримати оптимальний результат залежно від конкретної клінічної й анатомічної ситуації [Крылов Н.Н. и соавт., 2000; Мочалов А.А. и соавт., 2005]. Необхідно відзначити, що багато з цих утручань під силу лише досвідченому й висококваліфікованому хірургові, а це викликає необхідність розробки простіших й ефективніших методик операцій [Русин B.I., 2000; Афендулов С.А. и соавт., 2005; Селезнев Ю.А. и соавт., 2007].

Таким чином, розробка оптимізованих методів діагностики, прогнозування, лікувальної та хірургічної тактики, вибору способу оперативного втручання в умовах невідкладної хірургічної допомоги хворим на виразкову хворобу кардіального відділу шлунка, яка ускладнена кровотечею, сьогодні є актуальними.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертаційна робота виконана відповідно до плану НДР ДУ “Інститут загальної і невідкладної хірургії АМН України” і є частиною комплексної Державної НДР ВН.1.03 “Розробка комбінованих методів гемостазу у хворих з гострими шлунково-кишковими кровотечами підвищеного операційного ризику” (№ державній реєстрації 0103U003185).

**Мета дослідження.** Поліпшення результатів хірургічного лікування хворих із кровоточивими виразками кардіального відділу шлунка шляхом удосконалення комплексу лікувально-діагностичних заходів.

Для досягнення цієї мети були визначені такі **задачі:**

1. Визначити основні причини незадовільних результатів лікування кардіальних виразок шлунка, ускладнених кровотечею.

2. Вивчити особливості морфологічного стану періульцерозної зони слизової оболонки шлунка й функціонального його стану при кровотечі різного ступеня.

3. Розробити нові й удосконалити існуючі способи оперативних утручань при кровоточивих виразках кардіального відділу шлунка.

4. Розробити алгоритм хірургічного лікування хворих з кровоточивими виразками кардіального відділу шлунка.

5. Визначити ефективність розробленого підходу в лікуванні хворих з кардіальними виразками шлунка, які є ускладненими кровотечею, шляхом порівняльної оцінки отриманих результатів.

*Об'єкт дослідження.* Виразкова хвороба кардіального відділу шлунка, яка ускладнена кровотечею.

*Предмет дослідження.* Вибір оптимальної хірургічної тактики лікування хворих з кровоточивими виразками кардіального відділу шлунка; аналіз ефективності результатів лікування традиційними й запропонованими методами.

*Методи дослідження.* Клінічні, лабораторні, інструментальні (рентгенологічні, ендоскопічні, рН-метрія, електронно-мікроскопічні), статистичні.

**Наукова новизна.** Уперше вивчені особливості морфологічного стану періульцерозної зони слизової оболонки шлунка і його функціонального стану при кровотечі різного ступеня тяжкості.

Установлено, що в невідкладній хірургії виразки кардіального відділу шлунка, яка кровоточить, вирізування виразкового кратера в поєднанні з ваготомією й пілоропластикою викликає значно менші порушення функцій шлунка, а саме: моторної, секреторної, резервуарної в порівнянні з резекційними методиками.

Уперше виявлено, що ступінь дистрофічних і деструктивних змін стінки шлунка навколо кратера виразки разом з іншими чинниками залежить від об'єму крововтрати.

На підставі проведених комплексних досліджень визначено диференційований підхід до вибору способу хірур­гічного лікування виразок кардіального відділу шлунка, які кровоточать.

Розроблені оригінальні методики оперативного лікування виразкової хвороби кардіального відділу шлунка, яка ускладнена кровотечею.

Розроблений алгоритм хірургічної тактики у хворих на виразки кардіального відділу шлунка, які кровоточать.

**Практичне значення отриманих результатів.**

Застосування модифікованих методик та алгоритму хірургічної тактики у хворих на ВХКВШ, яка ускладнена кровотечею, дозволяють достовірно зменшити частоту розвитку післяопераційних ускладнень, знизити післяопераційну летальність і досягти вищих показників якості життя хворих у віддаленому періоді.

Використання індивідуально-активної хірургічної тактики лікування хворих на ВХКВШ, яка ускладнена кровотечею, довело, що вона допомагає раціональному визначенню обсягу та способу операції у хворих з високим операційним ризиком.

Розроблені модифіковані методики “Cпосіб лікування кардіоезофагеальної виразки шлунка”, (Деклараційний патент України № 10024 (UA) A 61B17/00 від 17.10.2005 р.) і “Cпосіб хірургічної корекції стравохідно-шлункового переходу при виразковому процесі” (Деклараційний патент України № 15912 (UA) A 61B17/00 від 17.07.2006 р.) можуть бути застосовані в практиці установ охорони здоров'я.

Результати досліджень упроваджені в роботу відділення захворювань стравоходу й шлунково-кишкового тракту, центру лікування ГШКК на базі відділення невідкладної хірургії органів черевної порожнини ДУ “Інститут загальної і невідкладної хірургії АМН України” м. Харкова. Основні положення проведених досліджень застосовуються в навчальному процесі на кафедрі госпітальної хірургії ХНМУ.

**Особистий внесок здобувача.** Дисертація є самостійним дослідженням автора. Автор самостійно визначив тему, мету й завдання дослідження, провів огляд вітчизняної й зарубіжної літератури з теми дисертації, виконав патентно-інформаційний пошук. Самостійно зібрав клінічний матеріал, провів ретроспективний аналіз історій хвороб, статистичну обробку отриманих результатів, сформулював основні положення дисертації, висновки й практичні рекомендації. Автор особисто брав участь в обстеженні й хірургічному лікуванні більшої частини тематичних хворих. У спільно надрукованих працях авторові належить значна частина ідей, фактичного матеріалу.

**Апробація результатів дисертації.** Основні положення дисертації були представлені на III науково-практичній конференції молодих учених Інституту загальної й невідкладної хірургії АМН України (Харків, 2005); IV науково-практичній конференції молодих учених Інституту загальної й невідкладної хірургії АМН України (Харків, 2006); спільному засіданні вченої ради Інституту загальної й невідкладної хірургії АМН України, кафедри госпітальної хірургії та кафедри невідкладних станів і анестезіології Харківського національного медичного університету (Харків, 2008).

**Публікації.** Матеріали проведених досліджень й отриманих результатів відображені в 6 публікаціях, серед яких 4 статті, у виданнях, рекомендованих ВАК України, 2 – у матеріалах і тезах науково-практичних конференцій; по темі дисертації отримано 2 деклараційних патенти України.

**Обсяг та структура дисертації.** Дисертаційна робота викладена на 193 сторінках комп'ютерного тексту і складається зі вступу, огляду літератури, 3 розділів власних досліджень, закінчення, висновків, практичних рекомендацій і списку використаної літератури. Робота ілюстрована 43 рисунками і 20 таблицями. Список використаної літератури містить 343 джерела, з них – 233 кирилицею і 110 – латиницею.

**ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ**

**Матеріали й методи дослідження.** У роботі використані результати обстеження й лікування 107 хворих на виразку кардіального відділу шлунка, ускладнену кровотечею, які знаходилися в клініці ДУ “Інститут загальної і невідкладної хірургії АМН України” з 1993 по 2008 рр. Хворих було розподілено на дві групи: основну (56 пацієнтів), до яких було застосовано органозберігаючі способи оперативних утручань, а саме запропоновану нами хірургічну тактику, і групу порівняння (51 пацієнт), до яких застосовувалися резекційні методи оперативних утручань за загальновизнаними методиками.

Між основною та порівняльною групами хворих не було істотних розходжень у віці та статі.

Вік пацієнтів – від 33 до 84 років. Чоловіків було 86 (80,4 %), жінок – 21 (19,6 %), співвідношення 5:1, більшість склали хворі зрілого і літнього віку (від 41 до 70 років) – їх було 83 (77,5 %). Середній вік чоловіків склав 56,6±0,67 (від 33 до 81 року), жінок – 62,2±1,0 (від 41 до 84 років).

Усім хворим у доопераційному й післяопераційному періоді проводилося комплексне обстеження. Використовувалися клініко-лабораторні та інструментальні методи дослідження (рентгенологічні, ендоскопічні, електронно-мікроскопічні, дослідження моторно-евакуаторної й секреторної функцій шлунка).

Обов'язковий мінімум досліджень: загальний аналіз крові, гематокрит, ДЦК, аналіз сечі, група крові й резус-фактор, ЕКГ.

Показники системи згортання крові визначено відповідно до існуючих нормативних документів (накази МОЗ СРСР № 290 від 11.04.72р. та № 960 від 1975 р. “Про уніфікацію клінічних лабораторних методів дослідження”).

Оцінка тяжкості крововтрати проводилася відповідно до класифікації О.О.Шалімова і В.Ф.Саєнка (1987).

Ендоскопічне дослідження (із взяттям матеріалу біопсії слизової оболонки шлунка з країв і дна виразки для верифікації та об'єктивізації діагнозу виразкової хвороби шлунка), проводилося фіброгастродуоденоскопом фірми «Fujinon-WG-88FP», під час якого встановлювалися джерело кровотечі й ступінь гемостазу за критеріями J.A.Forrest (1974).

Внутрішньошлункову рН-метрію проводили за допомогою двох електродних рН-зондів і вітчизняного ацидогастрометра АГМ-10-01М за традиційною методикою. Досліджувалися значення рН в шлунку й в абдомінальній частині стравоходу. Кислотність шлункового вмісту досліджувалася при підготовці хворих до планових оперативних утручань (9) й у 41 хворих – у віддалений період після операції.

Моторно-евакуаторна функція шлунка вивчалася за пасажем суспензії сірчанокислого барію при рентгенологічному дослідженні шлунка на апараті РУМ – 10.

Електронно-мікроскопічному дослідженню підлягав матеріал біопсії, отриманий при ФГДС і субопераційно. Шматочки слизової оболонки шлунка одразу після забору клали до 2,5 %-го розчину глютарового альдегіду на 4 – 6 годин для попередньої фіксації. Після промивання в буферному розчині, тканину дофіксовували в 1 % - му забуферному розчині чотириокису осмію протягом 2 – 2,5 годин. Потім тканину зневоднювали в спиртах зростальної концентрації та ацетоні, просочували в суміші епоксидних смол (епон – аралдит) і поміщали в блоки, з яких на ультрамікротомі УМТП-4 (“Електрон”, Україна) виготовляли зрізи, монтували їх на електролітичні сіточки та, після контрастування цитратом свинцю (за Рейнольдсом), вивчали під електронним мікроскопом ЕМВ-100 БР при прискореній напрузі 75 кВ. Гістологічне дослідження дозволяло виявити ранні стадії хвороби й встановити ключові моменти порушення субклітинного метаболізму.

Віддалені результати вивчалися методом анкетування та оцінювалися за класифікацією Visik.

Статистичну обробку результатів досліджень було проведено за допомогою ліцензійних програм (“Excel”, “Biostatistica”), з використанням варіаційно-статистичного методу. Оцінювали середнє арифметичне (М) і середню помилку (m), достовірність розходження середніх розмірів (р). Достовірність відмінностей з нульовою гіпотезою оцінювали за критерієм Пірсона (χ2), достовірність змін середніх показників – за критерієм Стьюдента (t). Результати вважалися достовірними при вірогідності помилки p < 0,05.

**Результати досліджень.**

При вивченні анамнезу й клінічному обстеженні в 92,5 % пацієнтів виявлена супутня патологія. При цьому більшість пацієнтів мала декілька (дві, три) нозологічні форми супутньої патології. Одне супутнє захворювання було виявлене в 14 (13 %) пацієнтів, два – у 48 (44,8 %), три й більше – у 37 (34,6 %). Найбільш поширеними захворюваннями були гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, атеросклероз і їх сполучення.

Проведена нами оцінка термінів звернення за медичною допомогою в обох групах від початку захворювання й до госпіталізації показала, що переважна більшість хворих – 79 (73,8 %) звернулися в перші 24 години від початку кровотечі, 20 (18,7 %) пацієнтів – у період від 25 до 48 годин, 6 (5,6 %) – від 49 до 72 годин і 2 пацієнтів – у період понад 72 години.

Тривалість виразкового анамнезу склала від 1 року до 20 років, причому – у 26 хворих анамнестичні дані були відсутні.

Аналізуючи скарги хворих з виразкою кардіального відділу шлунка, ускладненою кровотечею, найбільш інформативним показником є запаморочення – 95,3 %, слабкість – 94,3 %, блювота кров'ю – 91,5 % і мелена – 90,6 %.

У хворих на виразку кардіального відділу шлунка, яких було госпіталізовано до клініки інституту, кровотеча, як правило, повторювалася двічі й частіше, причому кожна подальша кровотеча часто була тяжча за попередню.

За ступенем тяжкості крововтрати хворі основної групи розподілилися таким чином: з I ступенем – 10 хворих, з II-м – 24 і з III-м ступенем – 22 хворих; відповідно у групі порівняння хворі розподілилися таким чином: з I ступенем – 14 хворих, з II-м – 21 і з III-м – 16 хворих.

Виразки кардіального відділу шлунка ми розподіляли на виразки кардії, які локалізуються на ділянці слизової оболонки шлунка завширшки 2 – 3 см. нижче за вхід до шлунка за малою кривизною («істинно» кардіальний відділ), і виразки субкардії, розташовані дистальніше кардії, але на рівні не нижче 6 см., від входу до шлунка. До виразок кардіального відділу були віднесені також виразки верхньої третини тіла шлунка за малою кривизною, проксимальний край яких досягає субкардії.

Під час проведених оперативних утручань було виявлено, що найчастішим ускладненням кардіальних виразок шлунка, окрім кровотечі, яка розглядається в роботі, з'явилася пенетрація. У 8 хворих вона поєднувалася з профузною кровотечею. Частіше виразка «істинно» кардіального відділу пенетрувала до шлунково-підшлункової складки – у 10 хворих; у 5-ти – до малого сальника; у 2-х – до підшлункової залози; і в одному випадку – до лівої частки печінки.

Виразка субкардіального відділу шлунка, ускладнена кровотечею, частіше всього пенетрувала до сусідніх органів: до малого сальника пенетрація відмічалася у 21 хворого, до тіла підшлункової залози – у 11, до лівої ніжки діафрагми – у 3, одночасно до малого сальника й мезоколону – у 6 хворих. Сполучення пенетрації з профузною кровотечею спостерігалося у 23 хворих.

З 107 пацієнтів ендоскопічне дослідження перед оперативним лікуванням проведене 96 хворим. У інших 11 – воно не було виконане у зв'язку з технічними причинами: категорична відмова пацієнтів (4), крайня тяжкість стану (4 випадки), виражений блювотний рефлекс, що не дозволив увести апарат (3 пацієнтів).

Більшість виразок, що кровоточать, розташовувалися в субкардіальному відділі на задній стінці шлунка – у 48 (44,9 %), на малій кривизні – у 37 (34,6 %), у 17 (15,9 %) – на передній стінці, у 5 (4,7 %) хворих – на передній та задній стінці.

Стабільний гемостаз (Forrest III) діагностований у 13 (24 %) хворих основної групи й у 16 (38 %) групи порівняння. Нестабільний гемостаз (Forrest II) виявлений у 29 (53,7 %) пацієнтів основної групи й у 10 (23,8 %) групи порівняння. Кровотечу, яка продовжується (Forrest I), під час госпіталізації виявлено у 12 (22,2 %) хворих основної групи й 16 (38,1 %) групи порівняння.

У 29 хворих ендоскопічний гемостаз не проводили, у зв'язку зі стійкими ознаками гемостазу й невисоким ризиком розвитку рецидиву кровотечі.

Гемостаз також не проводили 14 хворим з ознаками кровотечі, що відбулася, і високим ризиком розвитку рецидиву кровотечі (видима тромбована судина) і 21 хворому, у яких ендоскопічно був виявлений фіксований тромб або згусток.

В 32 спостереженнях при проведенні ендоскопічного дослідження був виконаний гемостаз шляхом зрошення джерела кровотечі гемостатиками місцевої дії (5 % розчином ∑-амінокапронової кислоти, 10 % розчином хлориду кальцію). Даний метод виявився найбільш доступним для досягнення тимчасового гемостазу при ургентному ендоскопічному дослідженні хворих, проте ефективність його була незначною.

При високій локалізації виразки шлунка було встановлено, що ця локалізація технічно важка для виконання гемостатичних процедур під час ФГДС, успіх місцевого гемостазу був досить сумнівний, а можливість мимовільної зупинки профузної кровотечі при консервативному лікуванні таких хворих зводилася до мінімуму.

При високому ступені операційного ризику, обумовленому вираженими супутніми захворюваннями або тяжкістю ускладнення, яке виникло, виконували малотравматичну органозберігаючу операцію. У ряді випадків втручання доповнювалися СВ. При невисокому операційному ризику оперативна допомога була наближена до планового втручання з приводу виразкової хвороби шлунка, вибір способу операції в більшій мірі залежив від морфофункціонального стану органів гастродуоденальної зони.

У групі порівняння (табл. 1) 11 (21,6 %) хворим після компенсації крововтрати й стабілізації гемодинаміки до рівня субкомпенсації було виконано субтотальну проксимальну резекцію шлунка; з них у 8 хворих виразка, яка кровоточить, була локалізована безпосередньо в кардії, у 1 хворого – проксимальну резекцію було виконано з приводу множинних ерозій та виразок кардіального й субкардіального відділів шлунка, які кровоточили, у 1 – з приводу гігантської підковоподібної виразки кардіального відділу шлунка, у 1 – з приводу виразки кардіального й фундального відділів шлунка, яка кровоточить. Проксимальна резекція 1/2 шлунка з пілоропластикою та формуванням інвагінаційного езофагогастроанастомозу була операцією вибору для 10 хворих, одному хворому було виконано проксимальну резекцію 2/3 шлунка + пілородуоденопластику.

Субтотальну дистальну резекцію шлунка за Більрот – I було виконано 16 (31,4 %) хворим, з них у 6 хворих під час операції відмічалася виражена рубцева деформація субкардіального відділу шлунка, обумовлена наявністю виразкового дефекту більше 3 см, з пенетрацією в печінку, малий сальник.

Сходову резекцію шлунка за Більрот – I було виконано 14 (27,4 %) хворим, виразка розташовувалася в субкардіальному відділі шлунка.

Субтотальна резекція шлунка за Більрот – II в модифікації Гофмейстера-Фінстерера виконана 4 (7,8 %) хворим.

Гастректомію було виконано 6 (11,8 %) хворим, у яких під час операції виявлена виразка малої кривизни шлунка великих розмірів (від кута шлунка до кардіального відділу з інфільтрацією абдомінального відділу стравоходу), були збільшені лімфовузли уздовж великої кривизни шлунка. Провести експрес-біопсію було неможливо (операції виконувалися ургентно, в нічний і вечірній час). У даних випадках ситуація розцінювалася як первинно-виразкова форма раку. При гістологічному дослідженні – виявлено кишкову метаплазію слизової оболонки періульцерозної зони.

**Таблиця 1**

**Оперативні втручання, виконані пацієнтам групи порівняння**

|  |  |
| --- | --- |
| Види оперативних втручань | Кількість хворих |
| Оперованих | Померлих |
| Абс. | % | Абс. | % |
| Субтотальна проксимальна резекція шлунка | 11 | 21,6 | 2 | 18,2 |
| Субтотальна дистальна резекція шлунка за Більрот-I | 16 | 31,4 | 2 | 12,5 |
| Субтотальна резекція шлунка за Більрот-II в модифікації Гофмейстера-Фінстерера | 4 | 7,8 | 1 | 25,0 |
| Сходова резекція шлунка за Більрот-I | 14 | 27,4 | 1 | 7,1 |
| Гастректомія | 6 | 11,8 | 2 | 33,3 |
| Всього | 51 (100 %) | 8 (15,6 %) |

Великий відсоток (47,6 %) операцій, виконаних резекційним способом, пояснюється тим, що вони виконувалися в нічний або вечірній час, без попереднього гістологічного дослідження. Резекційні методи застосовувалися за наявності великих (гігантських) і кальозних виразок з масивною інфільтрацією і пенетрацією в сусідні органи. Неспростовним аргументом для розширення обсягу операції й виконання її за субтотальним типом була небезпека малігнізації виразки. Резекційні способи лікування в основному були виконані у хворих з середнім ступенем крововтрати й у осіб з невисоким операційно-анестезіологічним ризиком.

Виконання оперативних утручань у пацієнтів підвищеного ризику потребувало зменшення їх тривалості й скорочення обсягу. Це стало приводом для розробки методик локального вирізування виразок кардіального відділу шлунка, що було відмітним фактором зміненого алгоритму хірургічного лікування.

Основною перешкодою для проведення локального вирізування виразок кардіального відділу шлунка “на висоті” кровотечі або в умовах неповної компенсації постгеморагічних змін гомеостазу є сумніви в життєздатності тканин у періульцерозній зоні. У зв'язку з цим були вивчені ультрамікроскопічні зміни слизової оболонки шлунка в зоні виразки у хворих з різним ступенем крововтрати.

Електронно-мікроскопічному дослідженню піддавалися шматочки тканини слизової оболонки шлунка основної групи (7 хворих – з I-м ступенем крововтрати, 15 – з II-м і 13 хворих – з III-м ступенем крововтрати), узяті під час фіброгастроскопічного дослідження, або висічені під час оперативного лікування.

При крововтраті до 1000 мл в субмікроскопічній організації клітин виявлено зміни, які знаходяться в межах фізіологічної компенсації. При крововтраті до 1500 мл зміни органел носили дистрофічний характер: набухання мітохондрій, розширення цистерн ендоплазматичної сітки та ін. При крововтраті більше 1500 мл зміни ультраструктури поверхневих епітеліоцитів, головних і парієтальних екзокриноцитів слизової оболонки шлунка набували деструктивного характеру: збільшувалася кількість осередків лізису мембран гранулярної ендоплазматичної сітки, зовнішніх мембран і крист мітохондрій, у цитоплазмі з'являлися вторинні лізосоми.

Проведене електронно-мікроскопічне дослідження клітин слизової оболонки шлунка хворих на виразкову хворобу кардіального відділу, ускладнену кровотечею різного ступеня, виявило зростання дистрофічних і деструктивних порушень, що залежало від об'єму крововтрати. Проте, субмікроскопічні зміни за своєю глибиною і ступенем вираженості є оборотними, що свідчить про потенційну можливість виконання органозберігаючих утручань як локальне вирізування виразкового субстрата.

В основній групі (табл. 2) тяжкість стану, зумовлена великою крововтратою внаслідок профузної кровотечі та похилим віком із супутніми серцево-легеневими захворюваннями, стала приводом до виконання екстреної паліативної операції (“відчаю”) у 7 (12,5 %) хворих, метою якої було врятування життя. Цим хворим, на тлі масивного рецидиву кровотечі, було виконано прошивання виразки шлунка, яка кровоточила, і перев'язка лівої шлункової артерії.

Вирізування виразки шлунка з СВ і пілородилатацією проведене 3 (5,3 %) хворим. Дану методику було застосовано до хворих літнього віку, операції проходили при нестабільному гемостазі й неможливості одночасної компенсації крововтрати.

Вирізування виразки шлунка з пілоропластикою за Бурденом-Шалімовим і СВ було проведене 5 (9,0 %) хворим.

Вирізування виразки малої кривизни шлунка за Шміденом з СПВ виконано 8 (14,3 %) хворим.

Вирізування виразки шлунка і 12-палої кишки з СПВ і розширювальною пілородуоденопластикою виконане 3 (5,3 %) хворим. В одному випадку активна виразка в кардіальному відділі шлунка поєднувалася з рубцево-виразковими змінами в 12-палій кишці; у двох випадках – ендоскопічно були виявлені тромбовані судини одночасно в обох виразках, хоча, за нашими спостереженнями, кровотеча виникала з кратера шлункової виразки (кардіальний і субкардіальний відділ).

Нами запропоновано методику лікування кардіоезофагеальної виразки шлунка (Деклараційний патент України № 10024), яка передбачає ромбоподібне вирізування виразки й відновлення замикальної функції кардії завдяки використанню циркулярної езофагофундофреноплікації (Рис. 1а - е).

|  |  |
| --- | --- |
| а | б |
| в | г |
| д | е |

**Рис. 1**

а) ромбоподібне вирізання виразки;

б) виконання пілородилатації через гастротомну рану;

в) виконання поперечної езофагокардіопластики;

г) етап виконання езофагофундофреноплікації: формування фундоплікаційної манжети із задньої й передньої стінок шлунка;

д) етап виконання езофагофундофреноплікації: «укривання» поперечної езофагокардіопластики другим рядом швів;

е) остаточний вид операції.

Вирізання виразки шлунка з езофагофундофреноплікацією за розробленою в клініці методикою виконано 30 (53,6 %) хворим.

**Таблиця 2**

**Оперативні втручання, виконані пацієнтам основної групи**

|  |  |
| --- | --- |
| Види оперативних втручань | Кількість хворих |
| Оперованих | Померлих |
| Абс. | % | Абс. | % |
| Прошивання кровоточивої виразки шлунка, перев'язка лівої шлункової артерії | 7 | 12,5 | 3 | 42,8 |
| СВ, вирізування виразки шлунка, пілородилатація | 3 | 5,3 | – | – |
| СВ, вирізування виразки шлунка, пілоропластика за Бурденом-Шалімовим  | 5 | 9,0 | 1 | 20 |
| СПВ, вирізування виразки малої кривизни шлунка за Шміденом  | 8 | 14,3 | – | – |
| СПВ, вирізування виразки шлунка і 12-палої кишки, розширювальна пілородуоденопластика | 3 | 5,3 | 1 | 33,3 |
| СПВ, вирізання виразки шлунка, езофагофундофреноплікація за розробленою методикою | 30 | 53,6 | – | – |
| Всього | 56 (100 %) | 5 (8,9 %) |

Більшу частину (52,3 %) оперативних утручань, виконаних нами “на висоті” кровотечі у хворих з виразками кардіального відділу шлунка було проведено за органозберігаючим принципом, побудованим на локальному вирізуванні виразки, яка кровоточить, у поєднанні, за показаннями, з одним з видів ваготомії.

При вивченні безпосередніх і віддалених результатів було встановлено таке: рецидив кровотечі в післяопераційному періоді у хворих групи порівняння відмічався у 3 (5,8 %) хворих. В основній групі рецидив кровотечі спостерігався тільки після прошивання виразок шлунка у 2 (3,5 %) хворих.

У віддалений післяопераційний період (1 рік після операції) було обстежено: 17 хворих – після резекційних способів оперативного лікування, і 29 хворих – після органозберігаючих способів.

Результати лікування хворих основної та групи порівняння були вивчені із застосуванням аналізу отриманих клініко-лабораторних й інструментальних показників з урахуванням функціональних та органічних порушень, загальних ускладнень, обумовлених постгеморагічною анемією.

Добрі результати лікування у хворих групи порівняння склали 23,5 % (4 хворих) переважно після резекцій шлунка за Більрот – I (дистальна, сходова резекція).

Задовільні результати лікування у хворих групи порівняння склали 41,2 % (7 хворих). В основному, задовільні результати були пов'язані з наявністю демпінг-синдрому середньої тяжкості (4 хворих), рефлюкс-гастритом (2 хворих), рефлюкс-езофагітом (1 хворий).

Незадовільні результати лікування у хворих групи порівняння склали 35,3 % (6 хворих). Незадовільні результати були пов'язані з рубцевим звуженням гастродуоденоанастомозу (1 хворий – після субтотальної дистальної резекції); непрохідністю сформованого стравохідно-шлункового анастомозу (2 хворих – після субтотальної проксимальної резекції: в одному випадку непрохідність була пов'язана з розвитком рубцевої стриктури, що потребувало проведення бужування; у другому випадку – дисфагія розвинулася в результаті гіперфункції інвагінаційної манжети, що, надалі, потребувало проведення декількох сеансів кардіодилатації пневматичним кардіодилататором); анемією гіпохромного типу й захворювань підшлункової залози, які приєдналися, печінки (2 хворих – після гастректомії); пептичною виразкою гастроентероанастомоза (1 хворий – після субтотальної резекції шлунка за Більрот-II в модифікації Гофмейстера-Фінстерера).

Добрі результати лікування у хворих основної групи склали 86,2 % (25 хворих).

Задовільні результати лікування у хворих основної групи спостерігались у 2 (6,9 %) хворих. Задовільні результати були пов'язані, в одному випадку – з рефлюкс-езофагітом III ступеня після СВ, вирізання виразки шлунка, пілородилатації. Операція проводилася “на висоті” кровотечі за життєвими показниками, у зв'язку з чим, враховуючи тяжкість стану хворого, антирефлюксний етап операції (формування езофагофундоплікації) не виконувався, а в післяопераційному періоді пацієнт не дотримувався дієти; в іншому випадку – при контрольному обстеженні під час ендоскопічного дослідження, через неповних 2 роки після операції, – СПВ, висічення виразки шлунка і 12-палої кишки, розширювальної пілородуоденопластики, – були виявлені лігатури, які не відійшли, в зоні вирізаних виразок.

Незадовільні результати лікування у хворих основної групи склали 6,9 % (2 хворих). Вони були пов'язані, в одному випадку – з виниклим рецидивом кровотечі з виразки шлунка через 1,5 роки після прошивання виразки шлунка, що кровоточить, перев'язки лівої шлункової артерії. У другого хворого за три роки після СВ, вирізування виразки шлунка, пілоропластики за Бурденом-Шалімовим під час контрольного обстеження при фіброгастродуоденоскопії був установлений діагноз раку шлунка, який не був діагностований ані при експрес-біопсії, ані при гістологічному дослідженні видаленого препарату.

Дослідження результатів хірургічного лікування хворих з ВХКВШ, яка ускладнена кровотечею, свідчить про те, що переважна кількість, як летальних наслідків, так і ускладнень, що виникли в процесі лікування, спостерігалась у пацієнтів групи порівняння.

Пояснення такої ситуації є в тому, що протягом першої доби з моменту госпіталізації, оперативні втручання загалом мали невідкладний характер і виконувалися за життєвими показаннями, а пізніше проводилися ранні та відстрочені оперативні втручання.

У «спокійному» стані, при можливості виконання експрес-біопсії, тобто в умовах, при яких проводились відстрочені й планові оперативні втручання, їхній обсяг загалом був продиктований анатомічними характеристиками виразкового субстрату: 2 хворим з 14 виконано проксимальну резекцію шлунка, іншим 12 – субтотальна дистальна резекція за методикою Більрот-I, тобто більш фізіологічні методики. У той же час на ранніх термінах – до 6 годин – обсяг утручання визначався здебільшого кваліфікацією хірурга, який проводив операцію і станом хворих. Тому з 16 операцій 9 – сходові резекції – був продиктований прагненням до мінімізації втручання. Інші 7 були свідомо максимально радикальними – 4 проксимальні резекції і 3 (половина з усіх виконаних) гастректомій.

При виборі обсягу втручання хірурги частіше орієнтувались на стан центральної гемодинаміки (що відображає шоковий індекс) і наявність супутньої патології, про що непрямо свідчить і вік хворих.

У пацієнтів, лікування яких закінчилося летально, була велика кількість супутніх захворювань (більше двох на одного хворого), а терміни доопераційного спостереження були найменшими, хоча й перевищували 12 годин. Це можна пояснити таким чином. З одного боку – прагнення хірургів провести оперативне втручання у загальносоматичних тяжких пацієнтів (кількість супутніх захворювань більше двох) після зупинки кровотечі й стабілізації стану (корекції порушень гомеостазу, зумовлених супутньою патологією). На користь цієї тези свідчить ДЦК, менший, ніж у тих, які одужали, хоча й з ускладненнями, пацієнтів (1,75±0,07 проти 1,88±0,09 р<0,05). З іншого боку – агресивністю перебігу хвороби (рецидивами ГШКК), яке змушувало виконувати ці втручання в несприятливих умовах за життєвими показниками, про що свідчить ШІ перед операцією (0,94±0,11, який статистично не відрізнявся від пацієнтів з ускладненнями, які одужали – 0,82±0,02 р>0,05, але був достовірно більшим, ніж у тих, хто одужав без ускладнень 0,77±0,05 р<0,05).

При вивченні впливу тривалості оперативного втручання на результат лікування було встановлено, що кількість летальних наслідків при тривалості операції до 2 годин складає 20 %, далі зі збільшенням часу операції до 2 - 3 годин вона зменшується й потім починає зростати.

Загальна летальність у групі порівняння склала 15,6 % (8 хворих).

Загальна летальність в основній групі склала 8,9 % (5 хворих).

Таким чином, застосування запропонованої хірургічної тактики у хворих на ВХКВШ, що ускладнена кровотечею, з упровадженням розроблених нами органозберігаючих методик, дало кращі як безпосередні, так і віддалені результати: знизилася кількість рецидивів кровотечі з 5,8 % у групі порівняння до 3,5 % в основній групі, післяопераційна летальність знизилася з 15,6 % до 8,9 % в основній групі. При вивченні віддалених результатів установлено, що в основній групі пацієнтів кількість добрих результатів склала 86,2 % проти 23,5 % у групі порівняння, а кількість незадовільних 6,9 % і 35,3 % відповідно, що підкреслює правильність вибраного нами напрямку в лікуванні даної патології.

**ВИСНОВКИ**

На підставі проведеного дослідження вирішено проблему поліпшення результатів хірургічного лікування хворих з виразками кардіального відділу шлунка, які кровоточать, через удосконалення комплексу лікувально-діагностичних заходів

1. Основними причинами незадовільних результатів лікування пацієнтів з ВХКВШ, ускладненою кровотечею, є виконання резекційних методик за невідкладними показаннями, які супроводжуються у цієї категорії пацієнтів високою летальністю – 15,6 %. У той же час обсяг втручання з дотриманням онкозастережності – резекція шлунка – був клінічно виправданий тільки у третини хворих.

2. Проведене електронно-мікроскопічне дослідження поверхневих епітеліоцитів, головних і парієтальних екзокриноцитів слизової оболонки шлунка хворих на виразкову хворобу кардіального відділу, ускладнену кровотечею різного ступеня, виявило зростання дистрофічних і деструктивних порушень залежно від об'єму крововтрати. Субмікроскопічні зміни за своєю глибиною і ступенем вираженості є оборотними, після усунення патогенного чинника, що свідчить про потенційну можливість виконання органозберігаючих утручань як локальне вирізування виразкового субстрату.

3. Використання розроблених і апробованих у клініці органозберігаючих операцій показане при термінових утручаннях у хворих з тяжким ступенем крововтрати, а також у осіб літнього і старечого віку. Відновлення моторно-евакуаторних, резервуарних і арефлюксних властивостей шлунка, при виконанні органозберігаючих операцій за розробленими нами методиками відбуваються швидше й у повнішому обсязі.

4. Розроблений нами алгоритм лікувальної тактики дозволяє визначити необхідний обсяг лікувальних заходів хворих з виразками кардіального відділу шлунка, що кровоточать, і більш обґрунтовано вибирати метод оперативного лікування.

5. Упровадження органозберігаючих методів оперативного втручання дозволило зменшити кількість рецидивів кровотечі з 5,8 % до 3,5 %, післяопераційну летальність з 15,6 % у групі порівняння до 8,9 % в основній групі. При дослідженні віддалених результатів встановлено, що в основній групі пацієнтів кількість добрих результатів склала 86,2 % проти 23,5 % у групі порівняння, а кількість незадовільних 6,9 % і 35,3 % відповідно, що підкреслює правильність вибраного нами напрямку в лікуванні даної патології.

**ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

1. Метод хірургічного лікування виразок кардіального відділу шлунка, які кровоточать, необхідно обирати індивідуально з урахуванням локалізації, характеру й ускладнень виразки, а також стану органів травлення хворого.

2. Основним критерієм при виконанні екстрених операцій є врятування життя хворого. У зв'язку з цим вважаємо виправданим виконання малотравматичних, швидких за часом виконання й надійних за стабільністю гемостазу органозберігаючих операцій.

3. Слід вважати операцію – вирізування виразки шлунка з езофагофундофреноплікацією за запропонованою методикою – покращуваним методом оперативного лікування виразок кардіального відділу шлунка, що кровоточать, і рекомендувати вказану методику для широкого впровадження в практику.

**Список наукових праць, опублікованих за темою дисертації**

1. Бойко В.В. Рентгенэндоваскулярный способ диагностики и остановки продолжающегося кровотечения из кардиальных язв желудка / В.В.Бойко, И.А.Криворучко, И.А.Тарабан, Ю.В.Авдосьев, В.Г.Грома, **В.П.Клименко** // Харківська хірургічна школа. – 2003. – № 3. – С. 103 - 104.

2. Бойко В.В. Хирургическое лечение кардиальных язв желудка, осложнённых кровотечением/ В.В.Бойко, **В.П.Клименко**, С.А.Савви, Н.П.Донец, А.Н.Шевченко // Медицина сьогодні і завтра. – 2007. – № 4 – С. 114 - 117.

3. Невзоров В.П. Динамика изменений органелл клеток слизистой оболочки желудка в зависимости от величины кровопотери / В.П.Невзоров, **В.П.Клименко**, О.Ф.Невзорова, А.Н.Шевченко // Харківська хірургічна школа. – 2008. – № 1. – С. 43 - 47.

4. Бойко В.В. Особенности клинического течения и диагностики кровоточащих язв кардиального отдела желудка / В.В.Бойко, С.В.Сушков, **В.П.Клименко**, С.А.Савви, А.Н.Шевченко // Медицина сьогодні і завтра. – 2008. – № 1 – С. 99 - 102.

5. Клименко В.П. Хирургическое лечение кардиальных язв желудка, осложнённых кровотечением / В.П.Клименко // Материалы III научно-практической конференции молодых учёных ИОНХ АМН Украины. – 2005. – С. 51 - 54.

6. Клименко В.П. Органосохраняющие операции в хирургии осложнённых язв кардиального отдела желудка / В.П.Клименко // Материалы IV научно-практической конференции молодых учёных ИОНХ АМН Украины. – 2006. – С. 20 - 22.

7. Деклараційний патент на корисну модель № 10024 (UA) 7 А61В17/00. Спосіб лікування кардіоєзофагеальної виразки шлунка / В.В.Бойко, **В.П.Клименко**, Н.П.Донец, С.Б.Пеев; заявл. 30.05.2005; опубл. 17.10.2005, Бюл. № 10.

8. Деклараційний патент на корисну модель № 15912 (UA) 7 А61В17/00. Спосіб хірургічної корекції стравохідно-шлункового переходу при виразковому процесі / В.В.Бойко, **В.П.Клименко**; заявл. 06.02.2006; опубл. 17.07.2006, Бюл. № 7.

**АНОТАЦІЯ**

**Клименко Вадим Петрович. Хірургічне лікування кардіальних виразок шлунка, ускладнених кровотечею. – Рукопис.**

**Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.03 – хірургія. – Харківський національний медичний університет, Харків, 2009.**

Дисертація присвячена розробці комплексної індивідуалізованої лікувальної тактики у хворих на виразкову хворобу кардіального відділу шлунка (ВХКВШ), ускладнену кровотечею.

Основу роботи склали результати обстеження й лікування 107 хворих з виразкою кардіального відділу шлунка, ускладнену кровотечею, які склали основну (56 пацієнтів) і групу порівняння (51 пацієнт).

Розроблений індивідуальний підхід до вибору засобу операції дозволяє застосувати найбільш раціональну методику в кожного конкретного хворого на виразку кардіального відділу шлунка, яка ускладнена кровотечею.

Установлено, що хірургічні втручання у хворих з підвищеним операційним ризиком повинні бути в найменшій мірі травматичними й тривалими, проводитися відповідно до суворого дотримання органозберігаючого принципу й найбільшої фізіологічності.

Виявлено, що ступінь дистрофічних і деструктивних змін стінки шлунка навколо кратера виразки знаходиться залежно від об'єму крововтрати. Субмікроскопічні зміни за своєю глибиною та ступенем вираженості є оборотними, після усунення патогенного чинника, що свідчить про потенційну можливість виконання органозберігаючих утручань як локального вирізування виразкового субстрата.

Обґрунтовано засіб використання органозберігаючої операції, яка передбачає вирізування виразки й відновлення фізіологічної функції кардії завдяки використанню циркулярної езофагофундофреноплікації.

Застосування запропонованого лікувально-діагностичного алгоритму хірургічної тактики лікування хворих з виразками кардіального відділу шлунка, що кровоточать, дозволяє суттєво поліпшити результати хірургічного лікування – знизити післяопераційну летальність з 15,6 % до 8,9 %.

**Ключові слова:** виразкова хвороба шлунка, кардіальний відділ, кровотеча, електронно-мікроскопічне дослідження, органозберігаючі втручання, хірургічне лікування.

**АННОТАЦИЯ**

**Клименко Вадим Петрович. Хирургическое лечение кардиальных язв желудка, осложнённых кровотечением. – Рукопись.**

**Диссертация на соискание научной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03 – хирургия. – Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, 2009.**

Диссертация посвящена разработке комплексной индивидуализированной лечебной тактики у больных язвенной болезнью кардиального отдела желудка (ЯБКОЖ), осложнённой кровотечением.

Основу работы составили результаты обследования и лечения 107 больных с язвой кардиального отдела желудка, осложнённой кровотечением, находившихся в клинике ГУ “Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины”, которые составили основную (56 пациентов) и группу сравнения (51 пациент). Большинство составили больные зрелого и пожилого возраста (от 41 до 70 лет) – их было 83 (77,5 %). C I степенью кровопотери было 24 пациента, со II-й – 45 пациентов и с III-й степенью – 38 пациентов. У 92,5 % пациентов выявлена сопутствующая патология, усугубляющая тяжесть основного заболевания.

Анализ клинического материала показал, особенностями ЯБ этой локализации является более агрессивное течение, высокая частота кровотечений с рецидивирующим течением, а в лечебном плане – высокий процент сочетания острого желудочного кровотечения с пенетрацией, резистентность к методам локального гемостаза (большей частью обусловленном техническими причинами); большей сложностью резекционных методик, сопровождающихся высоким процентом послеоперационных осложнений и высокой летальностью.

Индивидуальный подход к выбору способа операции на основании комплексной оценки, а именно – эндоскопических признаков активности кровотечения, определения риска анестезии и объёма предстоящего оперативного вмешательства с учетом возраста, тяжести сопутствующих заболеваний и кровопотери, а также морфологического состояния периульцерозной зоны слизистой оболочки желудка, позволяет применить наиболее рациональную методику у каждого конкретного больного с язвой кардиального отдела желудка, осложнённой кровотечением.

Установлено, что хирургические вмешательства у больных с повышенным операционным риском должны быть в наименьшей степени травматичными и продолжительными, проводиться с соблюдением органосохраняющего принципа и наибольшей физиологичностью.

Проведенное электронно-микроскопическое исследование ультраструктурной организации клеток слизистой оболочки желудка больных язвенной болезнью кардиального отдела, осложнённой кровотечением различной степени, выявило нарастание дистрофических и деструктивных нарушений, находящихся в зависимости от объёма кровопотери. Субмикроскопические изменения по своей глубине и степени выраженности являются обратимыми, после устранения патогенного фактора, что свидетельствует о потенциальной возможности выполнения органосохраняющих вмешательств в виде локального иссечения язвенного субстрата.

Обоснован способ применения органосохраняющей операции, предусматривающий иссечение язвы и восстановление замыкательной функции кардии благодаря использованию циркулярной эзофагофундофренопликации.

Разработан лечебно-диагностический алгоритм хирургической тактики лечения больных с кровоточащими язвами кардиального отдела желудка, применение которого позволяет существенно улучшить результаты хирургического лечения – снизить послеоперационную летальность с 15,6 % в группе сравнения до 8,9 % в основной группе.

**Ключевые слова:** язвенная болезнь желудка, кардиальный отдел, кровотечение, электронно-микроскопическое исследование, органосохраняющие вмешательства, хирургическое лечение.

**ANNOTATION**

**Klimenko Vadim Petrovich. Surgical Treatment of Cardial Ulcers, complicated with bleeding. – Manuscript.**

**A thesis competing for a scientific degree of Candidate of Medical science in speciality 14.01.03 – Surgery. Kharkiv National Medical University, Ministry of Health, Ukraine, Kharkiv, 2009.**

The thesis is based on the study of complex therapy of patients, individually with cardial ulcers, complicated with bleeding.

The work is based on the results of examination and treatment of 107 patients with cardial ulcers, complicated with bleeding, admitted in institute of general and urgent surgery, academy of medical science of Ukraine, which consist of main (56 patients) and control group (51 patients).

Individual approach which was developed to selection of operative method allows applying the most rational strategy in every patient with cardial ulcer, complicated with bleeding.

Surgical operations in patients with high operative risk must be minimal traumatic and take minimal time and also be organoretentive and physiological in a maximum way.

We detect, that the degree of dystrophic and destructive changes of the stomach wall around the crater of ulcer depends on volume of haemorrhage. Submicroscopic changes by their intensity and degree of manifestation are reversible after disappearance of pathogenic factor. This fact indicates of potentiality of performance of organoretentive operations in the form of local excision of ulcerative substratum.

The method of application of organoretentive operation was proved and it provides for excision of ulcer and reconstruction of physiological function of cardiac orifice due to usage of circular oesophagofundofrenoplication.

An application of treatment-and-diagnostics algorithm of surgical treatment tactic for patients with bleeding cardial ulcer allows improving the results of surgical treatment – i.e. to reduce postoperative lethality from 15,6 % to 8,9 %.

**Key words:** gastric ulcer, forestomach, bleeding, electron microscopic research, organoretentive operation, surgical treatment.

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ**

ВХ – виразкова хвороба

ВХКВШ – виразкова хвороба кардіального відділу шлунка

ГШК – гостра шлункова кровотеча

ГШКК – гостра шлунково-кишкова кровотеча

ДЦК – дефіцит циркулюючої крові

ЕКГ – електрокардіографія

НДР – науково-дослідна робота

СВ – селективна ваготомія

СПВ – селективна проксимальна ваготомія

ФГДС – фіброгастродуоденоскопія

ХНМУ – Харківський національний медичний університет

ШІ – шоковий індекс



  Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>