

**Міністерство охорони здоров'я України
Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського**

П'ЯТНИЧКА ОЛЕГ ЗІНОВІЙОВИЧ

УДК 616.33-002-06-005.1]-089

**ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ У ХВОРИХ НА ГАСТРИТ,
УСКЛАДНЕНИЙ КРОВОТЕЧЕЮ**

14.01.03 – хірургія

АВТОРЕФЕРАТ

**дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук**

Тернопіль - 2005

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського, МОЗ України

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор *Дзюбановський Ігор Якович*, Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, завідувач кафедри хірургії ФПО

Офіційні опоненти:

– заслужений діяч науки і техніки України, доктор медичних наук, професор *Василюк Михайло Дмитрович*, Івано-Франківський державний медичний університет МОЗ України, завідувач кафедри факультетської хірургії;

– доктор медичних наук, професор *Фомін Петро Дмитрович*, Національний медичний університет імені О.О.Богомольця МОЗ України, член-кореспондент АМН України, завідувач кафедри факультетської хірургії №1.

Провідна установа:

Київська медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, кафедра хірургії та проктології.

Захист відбудеться 15 червня 2005 р. о 12 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 58.601.01 у Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського (46001, м. Тернопіль, Майдан Волі, 1).

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України (46001, м. Тернопіль, вул. Руська, 12).

Автореферат розісланий 12 травня 2005 р.

Вчений секретар спеціалізованої
вченої ради
доктор медичних наук, професор

Я.Я. Боднар

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Відомо, що у 12 % – 17 % хворих на шлункову кровотечу причиною є ерозивно-геморагічні ураження слизової оболонки шлунка на ґрунті гастриту (П.Д. Фомін; 2003; В.Ф. Саєнко, 2002; В.В. Бойко, 2002).

Існуючі підходи до лікування зводяться до аналогій із виразковими кровотечами (Л.Я. Ковальчук, 2001; М.Д. Василюк, 2002; В.І. Мамчич, 2002) не враховують локальних регенераторних та захисних факторів слизової оболонки шлунка, які є провідними чинниками стабільності локального гомеостазу.

Більшість науковців гастритичні ураження слизової оболонки шлунка вважають вторинним захворюванням, наслідком іншої соматичної патології (Halm U. et al., 2000). Це у свою чергу призводить до невиправданого самозаспокоєння, пошуку “первинного” етіологічного чинника у інших системах організму – і, як наслідок, до недооцінки тяжкості стану хворого. У таких випадках лише новий рецидив кровотечі (РК) спонукає до пошуку шляхів вирішення тактичних завдань (Defreyne L. et al., 2001). Саме тому більшість хворих на ерозивно-геморагічний гастрит оперують після другого – третього рецидиву кровотечі. Ймовірно через це і результати хірургічного лікування настільки невтішні – поопераційна летальність коливається від 20 до 67 %.

Саме з огляду на ці, далекі від вирішення проблеми лікування хворих на гастрит, ускладнений гострою кровотечею, розробка комплексного підходу до вибору діагностичної програми та хірургічної тактики є актуальною, а схожих досліджень у сучасній, опрацьованій літературі немає.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертація є фрагментом планової науково-дослідної роботи «Розробка методів підвищення безпеки та ефективності оперативного лікування основних хірургічних захворювань у віковому аспекті та під дією малих доз радіації» кафедри хірургії факультету післядипломної освіти Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, № Держ. реєстрації 0104U004517, у виконанні якої автором проведено дослідження стосовно визначення особливостей діагностики та хірургічної тактики у хворих на гастрити, ускладнені кровотечею.

Мета роботи: покращити результати лікування хворих із шлунковою кровотечею, обумовленої гастритом на основі розробки алгоритму лікувально–діагностичної тактики в залежності від ендоскопічно–імуноморфологічної оцінки ураженого відділу шлунка і прогнозу рецидиву кровотечі.

Завдання дослідження:

1. Виділити клініко–ендоскопічні і морфологічні форми (типи) гастритів, ускладнених кровотечею;
2. Вивчити імуноморфологічні зміни слизової оболонки ураженого відділу шлунка залежно від локалізації гастритичного процесу і ступеня тяжкості крововтрати;
3. Дослідити основні чинники активності гастриту і раннього рецидиву кровотечі на основі динаміки структурних змін ураженого відділу шлунка у хворих на гастрит, ускладнений кровотечею;
4. Розробити алгоритми вибору консервативного і хірургічного методу лікування у хворих на гастрит, ускладнений гострою шлунковою кровотечею;
5. Провести порівняльний аналіз тактичних підходів у хворих на гастрит, ускладнений кровотечею.

Об'єкт дослідження – гастрити, ускладнені кровотечею.

Предмет дослідження – хірургічна тактика у хворих на гастрит, ускладнений кровотечею.

Методи дослідження

- для визначення об'єктивного статусу хворого та клінічного перебігу захворювання проводили загальноклінічні дослідження із застосуванням ендоскопічних методів з метою встановлення надійності гемостазу у шлунку та взяття біопсійного матеріалу із наступним його гістологічним вивченням;
- для визначення особливостей морфологічних змін у слизовій оболонці шлунка застосовано фарбування тканини біоптатів гематоксиліном та еозином, за ван-Гізон, Малорі, Вейгертом, В.О. Самсоновим, Гоморі, В.В. Купріяновим та морфометрію за Г.Г. Автанділовим;
- для оцінки локальних проявів імунної реакції слизової оболонки шлунка вивчали активність функціонування плазматичних клітин-продуцентів основних класів імуноглобулінів (Ig A, M, G) із застосуванням прямого методу Кунса.

Наукова новизна роботи. Вперше вивчено морфофункціональні просторові та імуноморфологічні характеристики стінки шлунка і на цій основі виділено три варіанти гастритів, ускладнених кровотечею – гострі, хронічні із стабільним локальним імунним гомеостазом та хронічні з поглибленням імунного дисбалансу слизової оболонки шлунка.

Вперше досліджено динаміку змін концентрації секреторного імуноглобуліна А (SIgA) і активності синтезу плазмоцитами основних класів імуноглобулінів (Ig A, Ig M, IgG) та їх кореляційний зв'язок з важкістю структурних уражень стінки шлунка при різних варіантах клінічного перебігу гастриту, ускладненого кровотечею.

Вперше встановлено значення динамічної оцінки локального імунного статусу в якості прогностичного критерію перебігу гастриту і пов'язаного з ним ризику відновлення кровотечі.

Практичне значення одержаних результатів. Запропоновано і застосовано у практичній діяльності ендоскопічно-імуноморфологічний моніторинг активності та прогнозу перебігу гастриту, ускладненого кровотечею.

Розроблено, клінічно апробовано і запроваджено “Спосіб лікування геморагічного гастриту” (Деклараційний патент України на винахід № 53248 А) із застосуванням ендоскопічної місцевої гастроімунотерапії.

Розроблено і впроваджено алгоритм хірургічної тактики і вибору строків оперативного втручання у хворих на хронічний кривавлячий гастрит на основі динамічної імуноморфологічної оцінки стану факторів захисту слизової оболонки шлунка, аутоімунного компонента хронічного гастриту та пов’язаної із ними, вірогідності відновлення кровотечі.

На основі аналізу летальності та післяопераційних ускладнень оптимізовано діагностично-лікувальний процес та обгрунтовано раціональну індивідуально-активну тактику лікування хворих на гастрит, ускладнений кровотечею, що дозволило зменшити частоту післяопераційних ускладнень у 2 рази, а рівень загальної летальності майже у 3 рази.

Матеріали дисертації впроваджені у формі актів в практичну діяльність хірургічних відділень Тернопільської міської комунальної лікарні №2, Тернопільської міської комунальної лікарні швидкої допомоги, Підволочиської центральної районної лікарні Тернопільської області та Житомирської обласної клінічної лікарні ім. О.Ф. Гербачевського

Особистий внесок дисертанта в одержанні наукових результатів, що виносяться на захист. Провів ретроспективний аналіз перебігу раннього післяопераційного періоду у хворих контрольної групи. Встановив значення зв’язку частих повторних кровотеч із ризиком ускладнень після операції. Розробив покази до ендоскопічного моніторингу. Разом із науковим керівником розробив та впровадив у практику алгоритми вибору термінів та об’ємів операції залежно від типу гастриту. Узагальнив результати імуноморфологічних досліджень, які проведені на базі міжкафедральної клініко-діагностичної лібораторії Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського (Атестат акредитації серія КДЛ №001487 від 03 жовтня 2003 року) та адаптував їх до клінічних варіантів перебігу геморагічних гастритів. Особисто, за розробленою схемою обстежував, лікував та брав участь у операціях усіх хворих. Самостійно виконав статистичну обробку отриманих результатів, їх аналіз та узагальнення, написав усі розділи дисертації. Висновки та практичні рекомендації сформульовані сумісно з науковим керівником. В наукових працях, опублікованих у співавторстві, а також тій частині актів впроваджень, що стосується науково-практичної новизни основний внесок належить автору.

Апробація результатів дослідження. Матеріали дисертації оприлюднено на міжнародних конференціях: “Вибрані питання невідкладної хірургії” (Ужгород, 2001), “Діагностика та лікування шлунково-кишкових кровотеч” (Київ, 2001); на XX з’їзді хірургів України (Тернопіль,

2002); на Всеукраїнських конференціях: “Актуальні проблеми невідкладної хірургії. Новітні технології в хірургії XXI століття” (Ужгород, 2003), “Актуальні проблеми стандартизації у невідкладній абдомінальній хірургії” (Львів, 2004), на V Міжнародному медичному конгресі студентів і молодих вчених, приурочений до 10-ї річниці незалежності України (Тернопіль, 2001); XLV підсумковій (міжрегіональній) науково-практичній конференції „Здобутки клінічної і експериментальної медицини” (Тернопіль, 2002), XLXI підсумковій науково-практичній конференції „Здобутки клінічної і експериментальної медицини” (Тернопіль, 2003).

Публікації. Результати дослідження висвітлені у 12 наукових працях, з них 6 - у фахових наукових виданнях, рекомендованих ВАК України, 5 – у збірниках матеріалів науково-практичних конференцій, конгресів, одному Деклараційному патенті України на винахід.

Об’єм і структура дисертації. Матеріали дисертації викладені державною мовою на 196 сторінках комп’ютерного тексту. Дисертація складається із вступу, 6 розділів, висновків, рекомендацій щодо практичного використання здобутих результатів, списку використаних 253 літературних джерел, додатків. Робота ілюстрована 37 таблицями і 6 рисунками. Ілюстрації, таблиці, бібліографічний опис використаних джерел, додатки викладені на 58 сторінках.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали та методи дослідження. Проаналізовано ближні результати лікування 189 хворих на гастрит, ускладнений кровотечею. Усім хворим при поступленні виконували екстренну гастроскопію для оцінки стану місцевого гемостазу та встановлення джерела кровотечі, а при необхідності виконували ендоскопічну спробу гемостазу з подальшим ендоскопічно-імуноморфологічним моніторингом, який застосовано у 89 пацієнтів основної групи та у 24 контрольної. Всім пацієнтам проводили загально-клінічні, лабораторні дослідження для встановлення функціонального стану видільної, серцево-судинної та дихальної систем.

Ендоскопічну оцінку стану слизової проводили, дотримуючись методик та рекомендацій Балаликіна А.С. (1985). Маркування відділів шлунка за умов зупиненої кровотечі виконували хромогастроскопічно за методикою S. Suzuki (1973) з конго червоним. За локалізацією гастрити розділяємо на проксимальні (з переважним ураження тіла або дна шлунка), дистальні (патологія локалізована у антральному відділі) та з тотальним ураженням слизової оболонки шлунка.

Пацієнти віком 20–59 років склали 74,1 % (140), у віці 60–74 роки було – 18,0 % (34), а старших 75 років госпіталізовано – 7,9 % (15) хворих.

Важкість крововтрати оцінювали за класифікацією В.Д. Братуся (1991). Ступінь важкості крововтрати у різних вікових групах дещо відрізнявся. Крововтрата I ступеня діагностована у 97 (51,3 %) госпіталізованих з даною патологією, зокрема – у хворих віком до 59 років остання

діагностована у 55,0 %, у віці 60 – 74 роки – у 41,2 % і у 40,0 % старших 75 років. Другий ступінь крововтрати діагностовано у 47 (24,9 %) хворих на гастрит, з них молодого віку було – 22,9 %, у 32,4 % госпіталізованих віком 60 – 74 роки та у 26,7 % старечого віку. Важка крововтрата виявлена при поступленні у 45 (23,8 %) усіх пацієнтів. З них молодого віку було 22,1 %, хворі у віці 60 – 74 роки склали 26,5 %, а старших 75 років поступило 33,3 %.

Загалом прооперовано 24 пацієнти – оперативна активність склала 12,7 %. Дистальних резекцій шлунка виконано 6, проксимальних резекцій шлунка – 10, гастректомій – 2, корпоральних резекцій шлунка – 4. Прошивання кровавлячих ерозій не застосовуємо через неефективність даної методики гемостазу (із 2 хворих 1 помер з ознаками респіраторного дистрес синдрому на тлі нового рецидиву кровотечі). Натомість у 1 випадку (основної групи) кровоточивих ерозій слизової оболонки тіла шлунка, які розміщувалися дуже щільно одна біля одної і не займали великої площі ураження, застосовано висічення останніх.

У 113-и пацієнтів (з них 89 основної та 24 контрольної групи) проведено ендоскопічно-імуноморфологічний моніторинг на доопераційному етапі – при поступленні, через 6, 12, 24 та 48 годин з моменту поступлення; після операції гістологічні препарати досліджували комплексом відповідних досліджень, як і у неоперованих хворих.

Гістостереометричні вимірювання здійснювали з використанням методик і рекомендацій Г.Г. Автанділова (1990). Вивчали активність функціонування плазматичних клітин-продуцентів основних класів імуноглобулінів (Igg A,M,G). З цією метою зрізи обробляли моноспецифічними сироватками проти IgA, IgM, IgG кон'югованими ізотіоціанатом флюоросцеїну, застосовуючи прямий метод Кунса і досліджували за допомогою люмінесцентного мікроскопа “Люман Р-8”. Підраховували клітини, що давали специфічне світіння, на 1 мм² слизової оболонки шлунка.

Визначення концентрації секреторного імуноглобуліну А (SIgA) проводили в гомогенаті слизової оболонки шлунка із застосуванням методу радіальної імунодифузії в агарі з специфічною сироваткою проти SIgA при поступленні, через 3, 6, 12, 24 та 48 годин з моменту госпіталізації у 24-х контрольної та 89-и основної групи.

Для ендоскопічної оцінки надійності гемостазу у шлунку використано модифіковану класифікацію Форреста (1974), яка апробована в клініці хірургії ФПО з 1995 року.

Усім 189 пацієнтам проводилася традиційна терапія та симптоматичне лікування супутньої патології за показаннями.

Кількісні показники оброблялися методом варіаційної статистики. Різниця між порівнювальними величинами визначалася за Ст'юдентом при допомозі математично-статистичного пакету програми Excel-2000 (Microsoft Office, США, 2000) на Intel Celeron 1200 AT.

Результати дослідження та їх обговорення. Базуючись на даних ретроспективного та клініко-анамнестичного обстеження 189 хворих на шлункову кровотечу на ґрунті гастриту нами

було встановлено, що у 40 (21,2 %) пацієнтів, які поступили на стаціонарне лікування з приводу шлункової геморагії, виявлена супутня патологія та вплив зовнішніх агресивних чинників у тому числі й психоемоційних, які спричинили ураження слизової оболонки шлунка, проявом якого стала кровотеча. З них ішемічна хвороба серця з проявами загального атеросклеротичного ураження судин діагностована у 17 (9,0 %), яка у 5 (2,6 %) поєднувалася із дихальною недостатністю II та III ступенів на ґрунті хронічних неспецифічних захворювань легень. Захворювання видільної та кровотворної системи, підтверджено відповідно у 6 (3,2 %) та 5 (2,6 %) хворих. Тривала медикаментна терапія ульцерогенними препаратами стверджена у 5 (2,6 %). Семеро пацієнтів (3,7 %) пов'язували виникнення даного захворювання із значним психоемоційним навантаженням, стресом. Поряд із цим слід відмітити, що у жодного із цих 40 пацієнтів рецидивних кровотеч не було.

На противагу цій групі у 98 (51,9 %) хворих діагностовано так звану „гастропатію” – тривалий “шлунковий анамнез”, з приводу чого пацієнти неодноразово лікувались у гастроентерологічних стаціонарах, проте жодного разу не було достеменно стверджено виразкової хвороби. У 51 обстеженого (27,0 %) пускових механізмів виявити не вдалось, а кровотеча була першим проявом захворювання – виникала серед повного здоров'я. Слід зазначити, що саме у цих групах мали місце усі рецидивні, з частими повтореннями геморагії.

За даними екстренного ЕФГДС при поступленні з триваючою кровотечею госпіталізовано 26 хворих (13,7 %), з них у 9 (34,6 %) мало місце більше 2-х рецидивуючих кровотеч, у 1-го пацієнта рецидив геморагії був одноразовим. У 92 (48,7 %) обстежених при поступленні ендоскопічно виявлено стигмати кровотечі (Форрест-II), а у 71 (37,6 %) діагностовано лише наслідки перенесеної кровотечі (Форрест-III). Принагідно слід зазначити, що у 12 (8,2 %) із 163 госпіталізованих із зупиненою кровотечею теж виникло спонтанне відновлення геморагії.

Проксимальний гастрит виявлено у 79 (41,8 %), ураження антральної частини шлунка діагностовано у 106 (56,1 %) а тотальний гастрит при поступленні відмічено у 4 (2,1 %) пацієнтів. Гіпертрофічний гастрит зустрічався у 101 (53,4 %), поверхневий – у 49 (25,9 %), а атрофічні зміни слизової оболонки мали місце у 39 (20,6 %) хворих.

Рецидив кровотечі спостерігався при тотальних гастритах у 50,0 % випадків та з ураженням слизової оболонки проксимальних відділів шлунка – 20,3 %, а при антральному гастриті – лише у 4,7 %. Необхідно відмітити, що при антральній локалізації даної патології лише у 2 пацієнтів мав місце більш ніж один рецидив кровотечі. За умов локалізації гастриту у дні шлунка – рецидивні кровотечі виникали у 27,8 % усіх хворих із ураженням верхніх відділів слизової шлунка, причому схильність до багаторазового відновлення кровотечі незважаючи на проводиму консервативну терапію, мало місце у 9 (56,2 %) із 16 хворих з повторними кровотечами.

Поряд із цим, проведені дослідження показали, що при проксимальному та тотальному ураженні слизової оболонки шлунка частота важкої крововтрати на момент поступлення сягає 47 % і 50 % відповідно, у той час як при антрум-гастриті 72 % пацієнтів поступають на лікування із легким ступенем крововтрати.

Вивчаючи частоту рецидивування кровотеч та її залежність від ступеня крововтрати на момент поступлення встановлено, що рецидив кровотечі найчастіше виникав при помірній (II ст.) та важкій (III ст.) крововтраті – у 11 (27,1 %) та у 8 (19 %) відповідно, у той час як при легкій крововтраті – лише у 3 (4,7 %) хворих.

Таким чином, частота дистальних гастритів переважає у всіх групах, проте проксимальна локалізація гастритів має більш агресивний перебіг. Поряд із цим небезпека рецидивування кровотечі при гастриті зберігається незалежно від ступеня кровотрати та при будь-якій локалізації ураження. Застосування лише клініко-анамнестичних та ендоскопічних методів обстеження дозволяє виявити тенденції перебігу патологічного процесу у слизовій оболонці шлунка, але недостатнє для прогнозування виникнення рецидиву кровотечі через неможливість оцінки структурних змін слизової ураженого органа.

Наступний етап дослідження був скерований на вивчення морфологічних особливостей гастритів із різним клінічним перебігом кровотеч у поєднанні із дослідженням біопсійного матеріалу слизової оболонки шлунка.

При гістологічному дослідженні гастробіопсій під час екстреної гастроскопії у 113 хворих діагностовано різні морфологічні дані. Хронічний гастрит виявлено у 81 (71,7 %), причому з них 54 (66,7 %) випадки – пацієнти з антральною локалізацією та 25 (33,3 %) мали ураження проксимальних відділів і у 2 – тотальний гастрит. Гострий гастрит спричинив кровотечу у 32 (28,3 %) обстежених морфологічно. Серед них 23 (71,8 %) мали проксимальний гастрит, 1 (3,1 %) – тотальне ураження слизової оболонки, а у 8 (25,1 %) – геморагія виникла з слизової оболонки антрального відділу шлунка. Гостре катаральне запалення шлунка характеризувалося дистрофією поверхневого епітелію з порушенням секреції слизу. При цьому епітеліоцити набували різної форми, залежно від ступеня активності. Місцями зникала чіткість меж між клітинами. Поряд із цим ядра епітеліоцитів збільшувалися в розмірах, набували гіперхромності. На рівні між'ямкових валиків виявлено поліморфоклітинну інфільтрацію стромальних структур із переважанням лейкоцитарних елементів та незначною кількістю лімфоцитів. У залозистому епітелії відмічена помірна кількість міжепітеліальних лімфоцитів, котрі розміщувалися у базальній частині епітелію. Під поверхневим епітелієм на всю товщу слизової оболонки поширювалися набряк та дифузна інфільтрація еритроцитами, що вказувало на пошкодження базальних мембран капілярів і призводило до підвищення їх проникності та діapedезної кровотечі.

При гістологічному дослідженні інших 57 випадків шлункових кровотеч на ґрунті гастриту також без рецидивування кровотеч у біоптатах слизової оболонки виявлено гідропічну дистрофію поверхневого епітелію, гіперхромність ядер епітеліоцитів, зростання їхнього поліморфізму. Межі між клітинами були нечіткими. Спостерігалось деяке поглиблення частини шлункових ямок. Покривний епітелій був високопризматичним, виявлено тенденцію до зростання його просторових характеристик. Ядра епітеліоцитів збільшені в розмірах, локалізовані базально або зміщені до центру, часто розташовані двома рядами. Диференціювання клітин при цьому зберігалось. Цитоплазма епітеліоцитів у глибоких відділах ямок значно базофільна і піронінофільна. Відмічено виражену десквамацію епітелію, що спричиняла множинні ерозії. На рівні між'ямкових валиків відмічена поліморфоклітинна інфільтрація із значним переважанням лімфоїдних елементів, скупченням лімфатичних фолікулів. У залозистому епітелії виявлено значну кількість міжепітеліальних лімфоцитів, що разом із вище сказаним вказує на ознаки хронічного гастриту.

При гістологічному дослідженні біоптатів у 22 випадках рецидивування кровотечі виявлено значний клітинний атипізм епітеліоцитів. Ядра останніх набували овальної форми, гіперхромності, розміщувалися у 2 – 3 ряди. Місцями епітеліоцити втрачали полярність. Ядра були поліморфними, займаючи середні відділи або апікальну частину епітеліоцитів. Цитоплазма їхня базофільна. Шлункові ямки деформовані, кістозно розширені, сягають м'язового шару стінки шлунка. Відмічено масивну десквамацію епітелію. Виражена лімфо-плазмоцитарна інфільтрація із скупченнями лімфоїдних елементів на рівні між'ямкових валиків та міжепітеліального простору поєднувалася із дистрофічно-некротичними процесами покривного епітелію слизової оболонки шлунка, поширюючись на всю її товщу. Все це вказувало, що у всіх випадках рецидивування кровотеч ми мали справу лише із хронічним гастритом.

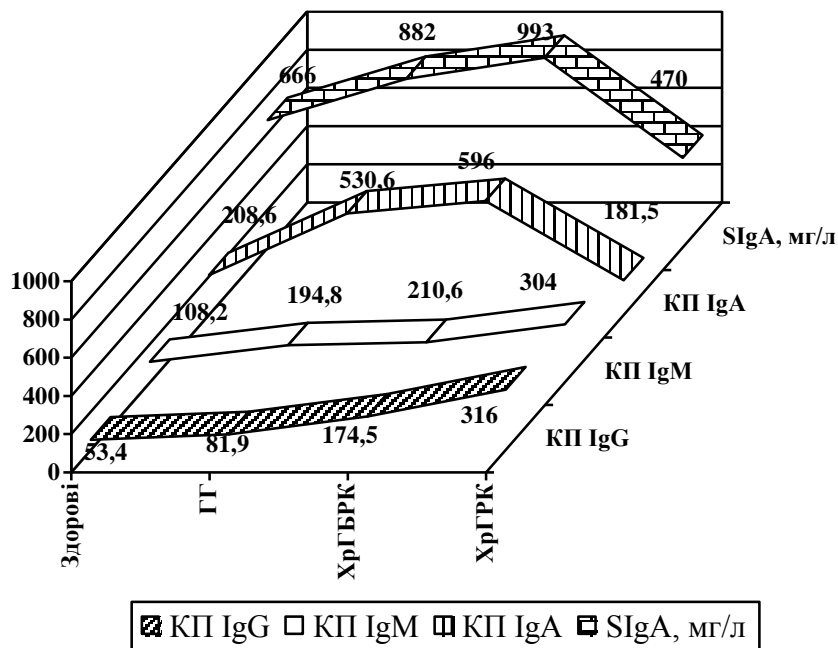
Таким чином, як гострі, так і хронічні гастрити є причиною шлункових кровотеч, проте рецидивування останніх виникало лише за умов хронічного запалення слизової оболонки шлунка і в жодному із 32 випадків нашого спостереження - гострого гастриту. Зокрема в усіх хворих із тотальним хронічним гастритом мали місце багатократні рецидиви шлункової геморагії, при проксимальному хронічному гастриті у 10 (40,0 %) пацієнтів теж відмічено спонтанні відновлення кровотечі і лише у 1 (2,0 %) із хронічним антрум-гастритом основної групи мав місце єдиний рецидив кровотечі.

Такі дані спонукали до вивчення особливостей хронічного гастриту з метою виявлення глибинних причин різних клінічних проявів кровотечі на ґрунті хронічного гастриту – зокрема ролі хелікобактерної (НР) інфекції.

Так, встановлено, що НР виявляється у 60,8 % хворих на хронічний гастрит. НР-асоційований хронічний антрум-гастрит діагностовано у 91,3 %. При корпоральному хронічному гастриті НР-інфекція виявлена лише у 54,5 % обстежених, а при хронічному гастриті дна шлунка у

жодного із 28 хворих НР не виявлено. За умов рецидивування шлункової кровотечі на ґрунті хронічного гастриту лише у 26,6 % хворих мав місце легкий та помірний ступені НР-інфікування. Поряд із цим встановлено обернено пропорційну залежність між важкістю НР-інвазії та ступенем крововтрати і частотою спонтанного відновлення кровотечі в умовах хронічного гастриту незалежно від локалізації ураження слизової оболонки шлунка.

Отже, клініко-ендоскопічні, морфологічні та цитологічні дослідження дають змогу



охарактеризувати лише підвалини виникнення кровоточивих гастритів, але не висвітлюють основних чинників активності патологічного процесу у слизовій шлунка, причин та їх зв'язку із рецидивами кровотечі, а тому для вивчення варіантів активності перебігу хронічних гастритів нами проаналізовано результати імуноморфологічних досліджень біоптатів слизової оболонки шлунка (рис. 1).

Рис. 1 Зміни місцевого імунного гомеостазу у біоптатах слизової оболонки хворих із шлунковими кровотечами на ґрунті гастриту

Примітка: КП – клітини-продуценти (плазмоцити); Ig A,M,G – імуноглобуліни класу A, M, G; SIgA – секреторний імуноглобулін класу A; ГГ – гострий гастрит; ХрГБРК – хронічний гастрит, у перебігові якого не було рецидивних кровотеч; ХрГРК – хронічний гастрит, у перебігові якого мали місце рецидивні кровотечі.

На основі комплексного морфологічного дослідження в динаміці під час ендоскопічного моніторингу було встановлено, що лише за умов поглиблення імунного дисбалансу, яке проявлялося прогресивним зменшенням активності синтезу плазмоцитами-продуцентами Ig A та зниженням концентрації SIg A більш ніж на 12,0 % від рівня при поступленні в поєднанні із одночасним збільшенням продукування Ig M та Ig G більш ніж на 15,0 %, виникали спонтанні,

часті кровотечі, які ймовірно були наслідком прогресування аутоімунного компонента хронічного гастриту.

Оцінюючи результати застосування ендоскопічної локальної імунотерапії та її вплив на динаміку активності плазмочитів-продуцентів основних класів імуноглобулінів, встановлено, що даний метод, хоча й не дозволяє досягти достовірних зворотніх змін з боку локальних імунних реакцій, проте сприяє стабілізації імунітету у слизовій оболонці, а при поглибленні імунного дисбалансу зменшує темпи наростання аутоімунного компонента хронічного гастриту і відтерміновує колапс продукування IgA і SigA лімфоїдними структурами слизової оболонки шлунка. Водночас за відсутності рецидиву кровотечі виявлено рівномірну активацію синтезу основних класів імуноглобулінів, що свідчить про стабільність локального імунного гомеостазу.

Вивчення імуно-морфологічних особливостей перебігу гастритів, ускладнених шлунковою кровотечею, дало змогу встановити критерії несприятливого, ускладненого перебігу даного захворювання, що дозволило оптимізувати діагностичну програму, розробити та запровадити алгоритм лікувальної тактики у 89 госпіталізованих основної групи в умовах гастриту, ускладненого кровотечею.

Усі хворі на шлункову кровотечу підлягають екстренній гастроскопії для уточнення джерела кровотечі, його локалізації, стану гемостазу. У разі ствердження гастриту як джерела кровотечі їм виконується біопсія з подальшим морфологічним дослідженням.

У 30 пацієнтів нашого дослідження був діагностований гострий гастрит, усі вони разом із 48 хворими на хронічний гастрит, у котрих імуноморфологічно в динаміці виявлено стабільність локальних імунних реакцій, подальшому моніторингові не підлягають, оскільки небезпеки РК у них немає.

У разі імуноморфологічно ствердженого наростання імунного дисбалансу в сторону аутоімунного компонента хворі підлягають ЕГДС-моніторингові для активного вирішення подальшої лікувальної тактики.

Запропонована діагностична програма дала змогу розробити та запровадити у 89 хворих на гастрит, ускладнений кровотечею, наступний лікувальний алгоритм (рис. 2).



Рис. 2 Лікувальний алгоритм у хворих із шлунковими кровотечами на ґрунті гастриту

Усі хворі із вказаною патологією підлягають традиційній консервативній та локальній ендоскопічній гастроімунотерапії та ендоскопічному моніторингові кожні 6 – 12 годин. Пацієнтам, у котрих діагностовано гострий гастрит – 30 госпіталізованих, показане продовження консервативної терапії, як пацієнтам з хронічним кровоточивим гастритом та стабільним локальним імунним гомеостазом (48 госпіталізованих). Хворі, у котрих виявлено хронічний гастрит, ускладнений кровотечею, з поглибленням локальної аутоімунної агресії (11 хворих), на нашу думку підлягають оперативному лікуванню, оскільки ні традиційна, ні ендоскопічна терапія не гарантують від спонтанного рецидиву шлункової кровотечі (див. рис.2).

Аналізуючи спектр оперативних втручань у хворих на гастрит, ускладнений кровотечею бачимо, що у контрольній групі усі 13 пацієнтів прооперовані на висоті повторних кровотеч. Так, 3 (37,5 %) втручань виконані з приводу першого рецидиву геморагії, зокрема на висоті першого рецидиву кровотечі виконано 1 дистальну, 1 проксимальну та 1 корпоральну резекції шлунка. На висоті другого рецидиву кровотечі прооперовано 8 (50,0 %) госпіталізованих із них 3 дистальних резекції (один хворий помер), 3 проксимальні та 1 корпоральну резекції. Поряд із цим 2 (12,5 %) пацієнтів оперовані після клінічно діагностованого третього рецидиву кровотечі, зокрема – у одного пацієнта виконано проксимальну резекцію, а у іншого прошивання кровоточивих ерозій – обоє хворих померли на тлі респіраторного дистрес синдрому.

У основній групі дослідження виконано 11 операцій, із них 4 (50,0 %) оперованих складають пацієнти, яким виконані втручання після перенесеної геморагії, але з високим ступенем вірогідності виникнення рецидиву кровотечі в межах 24-48 годин – на випередження рецидивних кровотеч. У цих хворих ранній поопераційний період протікав без ускладнень. На висоті першого та другого рецидивів кровотечі прооперовано 6 хворих із них 2 проксимальні 1 дистальна, 1 корпоральна резекції, 1 гастректомія та 1 висічення кривавлячих ерозій. На висоті третього РК виконано 1 гастректомію з несприятливим наслідком.

У порівнянні із контрольною можна відмітити суттєве зменшення кількості операцій на висоті третього РК у основній групі. Поряд із цим у дослідній групі виконана лише одна дистальна резекція шлунка, що обумовлено запровадженням антихелікобактерної терапії у пацієнтів із

доведеним НР-асоційованим хронічним антрум-гастритом, у той час як у контрольній групі їх було виконано 4 із 25,0 % летальністю, за рахунок втручань, виконаних на висоті другого рецидиву кровотечі. Принагідно було б відмітити, що навіть виконання малих за об'ємом операцій у контрольній групі – прошивання кровоточивих ерозій дало 50,0 % поопераційну летальність, причому за рахунок рецидиву кровотечі у ранньому поопераційному періоді (на 2 добу). Поряд із цим варто зазначити, що великі за об'ємом втручання не варто виконувати на висоті другого чи третього рецидиву кровотечі, оскільки останні супроводжуються надто високим рівнем поопераційної летальності, тому у цієї категорії пацієнтів такий результат можна оцінити як тактичну помилку, а хворих слід було оперувати у більш ранньому терміні – на випередження рецидивних кровотеч у найбільш сприятливих умовах (серед 4 оперованих основної групи жодного летального наслідку, причому виконано 2 проксимальні та 2 корпоральні резекції). Загалом поопераційну летальність вдалось знизити із 23,1 % у контрольній групі до 9,1 % у дослідній.

Результати застосування індивідуально-активного підходу до хірургічної тактики у хворих на гастрит, ускладнений кровотечею, висвітлено у табл. 2.

Оцінюючи результати різних тактичних підходів, бачимо, що основним методом лікування хворих на гастрит, ускладнений кровотечею слід вважати консервативну терапію, частка якої у основній групі зростає до 87,6 від 87,0 % у контрольній групі, складаючи загалом 87,3 %. Застосування у комплексному консервативному лікуванні шлункових кровотеч локальної ендоскопічної імунотерапії дало змогу знизити частоту рецидивів кровотечі із 15,0 % у контрольній групі до 7,8 % у дослідній, а загалом – до 12,7 %, тобто майже удвічі. Паралельно із зменшенням частоти рецидивних кровотеч знизилася й летальність із 2,3 % до 0,0 % у основній групі, складаючи загалом 1,2 % серед консервативно лікованих хворих.

Таблиця 2

Результати лікування хворих із шлунковими кровотечами на ґрунті гастриту

Показник	Традиційна тактика	Індивідуально-активна тактика	ВСЬОГО
Кількість хворих	100	89	189
Кількість конс. лікованих, (%)	87 (87,0)	78 (87,6)	165 (87,3)
Частота рецидивів кровотечі, (%)	15 (15,0)	7 (7,8)	22 (11,6)
Летальність при конс. терапії, (%)	2 (2,3)	-	10 (5,3)
Кількість оперованих	13	11	24

Оперативна активність, %	13,0	12,3	12,7
Частота п/о ускладнень, %	81,3	37,5	66,7
Поопераційна летальність, (%)	3 (23,1)	1 (9,1)	4 (16,7)
Загальна летальність, (%)	5 (5,0)	1 (1,1)	6 (3,1)

Оперативна активність (табл. 2) знизилася із 13,0 % до 12,3 % у основній групі, а серед усіх 189 пацієнтів склала 12,7 %. Застосування оперативних втручань на випередження кровотечі та після першого рецидивування геморагії (у основній групі), а не на висоті другого – третього рецидиву кровотечі (як у контрольних дослідженнях) дало змогу знизити частоту ранніх поопераційних ускладнень із 81,3 % до 37,5 % у основній групі. Поопераційна летальність завдяки такому підходу знизилась із 23,1 % до 9,1 %, сягаючи 16,7 % серед усіх пацієнтів даної категорії. Смертність у хворих на гастрит, ускладнений кровотечею, знизилась із 5,0 % до 1,1 %, склавши загалом 3,1 %.

ВИСНОВКИ

В дисертаційній роботі представлено теоретичне узагальнення критеріїв імунорфологічної оцінки ступеня активності гастриту, ускладненого кровотечею, що стало основою нового вирішення наукового завдання, яке полягало у виборі оптимальних діагностичних підходів, об'єму оперативного втручання з врахуванням прогнозу рецидиву кровотечі, направлено на покращання результатів лікування хворих на шлункову кровотечу.

1. Клініко-ендоскопічними дослідженнями стверджено, що шлункова кровотеча на ґрунті гастриту антрального відділу була у 56,1 %, проксимального гастриту – у 41,8 % і тотального гастриту – 2,1 % хворих. Анамнестично у 51,9 % пацієнтів був виявлений тривалий шлунковий анамнез, а у 27 % хворих – шлункова кровотеча була першою ознакою захворювання.
2. При антрум-гастриті у 72 % хворих відмічено легкий ступінь крововтрати, при проксимальному і тотальному гастритах важка ступінь крововтрати сягала 47 % і 50 % відповідно. Частота рецидиву шлункової кровотечі, незалежно від ступеня крововтрати, складає 4,7 % при антральній локалізації джерела кровотечі, у 20,3 % - при проксимальному гастриті і 50 % - при тотальному ураженні шлунка .
3. При гістологічному дослідженні гастробіопсій під час екстреної гастроскопії у 71,7 % хворих причиною шлункової кровотечі виявлено хронічні гастрити і у 28,3 % - гострі гастрити. Рецидиви кровотечі виникають у 21,2 % хворих із хронічними гастритами. Кровотечі на ґрунті гострого гастриту не мають тенденції до рецидивування.

4. Хронічні гастрити із рецидивними кровотечами характеризуються важким ураженням епітелію слизової оболонки шлунка, тяжкими судинними розладами, пригніченням регенерації, дозрівання та диференціації епітеліоцитів, виснаженням пластичних, регенераторних та захисних механізмів компенсації з розвитком аутоімунних механізмів пошкодження слизової оболонки шлунка із пригніченням синтезу SIgA та IgA й різкою активацією синтезу плазмоцитами Ig G, Ig M обґрунтовує активність гастриту.
5. Поглиблення імунного дисбалансу, яке проявляється зниженням концентрації SigA та продукування плазмоцитами IgA більш ніж на 12,0 % поряд із зростанням більш ніж на 15,0 % активності синтезу Ig M та IgG у біоптатах слизової оболонки у порівнянні із рівнем при поступленні супроводжується рецидивуванням кровотечі лише за умов хронічних гастритів із аутоімунним компонентом.
6. Хворі з хронічними геморагічними гастритами за умов шлункової кровотечі, в яких за даними ендоскопічного моніторинга відсутнє поглиблення місцевого імунного дисбалансу в біоптатах слизової оболонки шлунка, показане традиційне лікування в комплексі з місцевою гастроімунотерапією, яка дозволяє зменшити частоту рецидивних кровотеч із 15,0 % до 7,8 % за рахунок стабілізації локальних імунних процесів слизової оболонки шлунка.
7. Хворим з хронічним гастритом, ускладненим шлунковою кровотечею, в яких в динаміці після локальної гастроімунотерапії виявляється активація синтезу Ig M та G поряд із пригніченням продукування S Ig A та Ig A в біоптатах слизової шлунка, показане оперативне лікування на випередження рецидивних кровотеч.
8. Операцією вибору при шлункових кровотечах на ґрунті хронічних гастритів з аутоімунним компонентом слід вважати резекцію дистального чи проксимального відділів шлунка.
9. Застосування раціональної індивідуально-активної тактики, комплексної консервативної терапії з елементами ендоскопічних технологій, оперативних втручань на випередження рецидиву кровотечі дало змогу знизити частоту рецидивних кровотеч у 1,9 рази, кількість операцій на висоті рецидиву кровотечі у 1,7 рази, частоту поопераційних ускладнень майже у двічі, рівень поопераційної летальності із 23,1 % до 9,1 %, а загальну летальність при геморагічних гастритах із 5,0 % до 1,1 %.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО НАУКОВОГО І ПРАКТИЧНОГО ВИКОРИСТАННЯ ЗДОБУТИХ РЕЗУЛЬТАТІВ

1. Хворим на кровотечу на ґрунті гастриту в комплекс діагностичних заходів варто включати ендоскопічно-імунологічний моніторинг з динамічним вивченням активності синтезу основних класів імуноглобулінів, як провідного методу оцінки небезпеки відновлення геморагії у різні

терміни після зупинки останньої ще до появи клінічних її проявів.

2. Виявлені аутоімунні зрушення локального імунітету шлункової слизової тісно корелюють із важкістю дисрегенерації епітелію, яка є незворотнім процесом, що обумовлює резекційний підхід у виборі об'єму операції – видалення ураженого відділу шлунка.

3. Прошивання ерозій, що кровлять, не може бути методом вибору лікування гастритів, ускладнених кровотечею, оскільки не гарантують від спонтанного її відновлення у поопераційному періоді.

4. За умов операційного ризику та при компактному розміщенні поодиноких, кровоточивих ерозій операцією вибору може бути умовно-радикальне втручання із обов'язковим видаленням патологічного субстрату, як джерела рецидивних кровотеч.

СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Дзюбановський І.Я., П'ятничка О.З., Сюта Л.О. Хірургічна тактика при геморагічних гастритах з врахуванням параметрів гемостазіограми // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія Медицина.-2001.- Випуск 14.-С.129-131.

Дисертантом виконана статистична обробка, аналіз результатів та підготовка до друку.

Дацко Т.В., П'ятничка О.З., Коваль В.Б. Паренхіматозно-стромальні взаємодії в слизовій оболонці проксимального відділу шлунка у хворих на геморагічний гастрит // Вісник наукових досліджень.-2003.-№2.- С.22-24.

Дисертантом підготовлено біопсійний матеріал, проаналізовано зв'язок отриманих імуноморфологічних змін з ендоскопічною та клінічною картиною, варіантами перебігу виразкових кровотеч, проведено статистичну обробку узагальнення результатів та підготовлено матеріали до друку.

Дацко Т.В., П'ятничка О.З. Патоморфологічна характеристика слизової оболонки шлунка при геморагічних гастритах // Вісник наукових досліджень.-2003.-№3.-С.24-25.

Дисертантом підготовлено біопсійний матеріал, проаналізовано зв'язок отриманих патоморфологічних змін з клінічною картиною, варіантами перебігу геморагічних, проведено статистичну обробку узагальнення результатів та підготовлено матеріали до друку.

Дзюбановський І.Я., П'ятничка О.З. Варіанти перебігу гастритів, ускладнених кровотечею, та особливості їх хірургічного лікування // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія Медицина.-2003.- Випуск 20.-С.68-71.

Пошукач обстежував і лікував хворих вивчив частоту рецидивів кровотеч, зробив літературний огляд, провів статистичну обробку отриманих результатів, підготував матеріал до друку.

П'ятничка О.З. Роль інфікування слизової оболонки шлунка *Helicobacter Pylori* у виникненні та перебігові гастритів, ускладнених кровотечею // Вісник наукових досліджень.-2004.- № 1.-С.53-55.

Дзюбановський І.Я., П'ятничка О.З. Діагностично-лікувальний алгоритм при гострих шлункових кровотечах на ґрунті геморагічних гастритів // Шпитальна хірургія.-2004.- №4.-С.90-94.

Дисертантом розроблено алгоритм діагностичного та лікувального процесу, проведена статистична обробка, аналіз результатів та підготовка до друку.

Деклараційний патент на винахід 53248 А Україна, МКИ А61 В17/00. Спосіб лікування геморагічного гастриту / І.Я. Дзюбановський, О.З. П'ятничка, О.Б. Луговий, С.Я. Костів.- №2002042988; Заявл. 12.04.2002; Опубл. 15.01.2003; Бюл. №1.

Дисертантом виконано дослідження експериментального матеріалу, статистична обробка, аналіз результатів та підготовка до друку.

Дзюбановський І.Я., П'ятничка О.З., Гаргула В.Д. Ендоскопічні та морфофункціональні зміни слизової оболонки проксимальної частини шлунка при ерозивних геморагічних гастритах // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії.- 2001.Т.5-№ 1,- С.22.

Дисертантом проаналізовано частоту рецидивних кровотеч та її зв'язок з ендоскопічними критеріями надійності гемостазу при поступленні, підготовані матеріали до друку.

П'ятничка О.З. Лікувальна тактика у хворих на гострий геморагічний гастрит // Матеріали V міжнародного медичного конгресу студентів і молодих учених, приурочений до 10-ї річниці Незалежності України. Тернопіль, 2001 року.-С.49.

П'ятничка О.З. Алгоритм лікувальної тактики при геморагічних гастритах в умовах гострої профузної кровотечі // Збірник наукових праць XLV підсумкової (міжрегіональної) науково-практичної конференції. „Здобутки клінічної та експериментальної медицини”. Тернопіль: Укрмедкнига, 2002.–Вип.7.-С.85.

Дзюбановський І.Я., П'ятничка О.З. Особливості діагностичної програми у хворих на геморанічний гастрит, ускладнений кровотечею // Матеріали XLXI підсумкової науково-практичної конференції „Здобутки клінічної і експериментальної медицини”.-2003.-№1.-С.107-108.

Дисертантом проведено аналіз результатів, статистична обробка, клінічне застосування та підготовка результатів до друку.

Дзюбановський І.Я., П'ятничка О.З. Елементи стандартизації при виборі лікувальної тактики у хворих з геморагічним гастритом ускладненим гострою профузною кровотечею. // Матеріали першої Всеукраїнської науково-практичної конференції „Актуальні проблеми стандартизації у невідкладній абдомінальній хірургії”. - Львів, 2004.-С.53-54.

Пошукач проаналізував частоту ускладнень при консервативній та хірургічній тактиці, обстежував і лікував хворих, зробив літературний огляд, провів статистичну обробку отриманих результатів, підготував матеріал до друку.

АНОТАЦІЯ

П'ятничка О.З. Особливості хірургічної тактики у хворих на гастрит, ускладнений кровотечею.- **Рукопис.**

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.03 – хірургія.- Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

МОЗ України, Тернопіль, 2005.

У дисертації представлено дослідження стану локального імуноморфологічного та структурного гомеостазу слизової оболонки шлунка у 113 хворих на гастрит, ускладнений кровотечею. Проаналізовано зв'язок місцевих змін вмісту імуноглобулінів у слизовій оболонці різних відділів шлунка з небезпекою виникнення рецидивних кровотеч у різні терміни після зупинки останньої. На основі динамічного вивчення активності синтезу основних класів імуноглобулінів та вмісту секреторного імуноглобуліна А у біоптатах слизової різних відділів шлунка розроблено та апробовано у 89-и пацієнтів діагностично-лікувальну програму та алгоритм вибору хірургічної тактики з урахуванням небезпеки спонтанного відновлення кровотечі.

Проаналізовано ближні результати хірургічного та консервативного лікування 189 пацієнтів із досліджуваною патологією. На основі застосування імуноморфологічних критеріїв діагностики ступеня важкості локального імунного дисбалансу слизової оболонки шлунка, небезпеки спонтанного відновлення кровотечі та частоти виникнення післяопераційних ускладнень розроблено алгоритм вибору об'єму та строків операції в умовах гастриту, ускладненого кровотечею. Для зупинки кровотеч, які тривають та відтермінування рецидиву геморагії запропоновано „Спосіб лікування геморагічного гастриту” (Деклараційний патент України № 53248 А).

Застосування запропонованої діагностично-лікувальної програми із ендоскопічними технологіями у комплексному підході до вибору терміну та об'єму операції дозволило знизити оперативну активність з 13,0 до 12,3 %, кількість поопераційних ускладнень – з 81,3 % до 37,5 % (у 2,1 рази), післяопераційну летальність – з 23,1 % до 9,1 %, при консервативному лікуванні кількість смертей знизилася – з 2,3 % до 0, а смертність при досліджуваній патології – з 5,0 % до 1,1 % майже у 3 рази за рахунок зменшення частоти рецидивних кровотеч із 15,0 % до 7,8 % майже у 2 рази і, як наслідок, частки „операцій відчаю”, виконаних на висоті 2 – 3 рецидиву кровотечі.

Ключові слова: гастрит, ускладнений кровотечею; рецидивна кровотеча; динаміка змін локального імунного гомеостазу; морфоструктурні зміни; діагностично-лікувальний алгоритм; хірургічна тактика.

АННОТАЦІЯ

Пятничка О.З. Особенности хирургической тактики у больных с гастритом, осложненным кровотечением.- Рукопись.

Диссертация на соискание научной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03 – хирургия – Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины, Тернополь, 2005.

При клинико-эндоскопическом исследовании 189 госпитализированных больных с острым желудочным кровотечением на фоне гастрита было установлено, что кровотечение из слизистой желудка у 40 (21,1 %) больных возникало при суб-декомпенсации сопутствующей патологии сердечно-сосудистой, дыхательной, выделительной и кроветворной систем или в результате длительного употребления ulcerогенных препаратов, а также под действием длительных психоэмоциональных нагрузок, стресса. При этом установлено, что в подавляющем большинстве морфологически эти изменения в слизистой желудка имели острый характер, причем ни в одном случае рецидива кровотечения не наблюдали.

Кроме того, была выделена группа из 98 пациентов (51,9 %), у которых имел место длительный «желудочный анамнез», хотя ни разу не была диагностирована язвенная болезнь. Вместе с тем, определилась еще одна категория больных – 51 (27,0 %), у которых выявить причину не удалось, а геморрагия была первым проявлением болезни.

Анализируя клиническое течение болезни, установлено, что именно для этих двух групп больных характерны частые рецидивы кровотечения. Это обстоятельство побудило нас к изучению иммуноморфологических особенностей кровоточащих гастритов.

При морфологическом, стереометрическом исследовании биоптатов слизистой желудочной стенки у больных с кровотечением, обусловленным гастритом изучено состояние структурного гомеостаза и локального иммунитета у 113 больных. При этом установлено, что кровотечения могут быть вызваны как острым, так и хроническим гастритом.

При сопоставлении морфологических исследований с клиническим течением геморрагии определено, что острые гастриты не имеют склонности к рецидивам кровотечений. В то же время многократные желудочные геморрагии наблюдались только у больных, у которых морфологически был определен хронический гастрит, но все же не в 100 % случаев.

Именно это обстоятельство послужило предлогом для изучения иммунологических характеристик хронических кровоточащих гастритов. Для этого у 24 больных контрольной и 89 пациентов основной групп был проведен эндоскопический-иммуноморфологический мониторинг с изучением в динамике изменений в синтетической активности плазмочитов слизистой оболочки различных отделов желудка.

Забор гастробиоптатов проводили эндоскопически при госпитализации и через 6, 12, 48 часов для изучения количества клеток-продуцентов основных классов иммуноглобулинов, а также концентрации секреторного иммуноглобулина А.

В результате проведенных исследований установлено, что у больных с рецидивирующими кровотечениями имело место резкое уменьшение, дисбаланс местного иммунитета со склонностью к аутоиммунному повреждению слизистой желудка. В то же время у пациентов, у которых кровотечение не возобновлялось также на фоне хронического гастрита, наблюдалась стабилизация местного иммунного ответа с умеренной активацией «физиологических» компонентов иммунного гомеостаза (IgA, SigA).

Применением эндоскопических способов гемостаза с локальной гастроиммунотерапией для остановки продолжающегося кровотечения и уменьшения риска повторной геморрагии („Спосіб лікування геморагічного гастриту” (Деклараційний патент України № 53248 А) вместе с комплексным подходом к определению сроков, объема операции, удалось уменьшить частоту рецидивов кровотечений с 15,0 % до 7,8 %, оперативную активность с 13,0 % до 12,3 %, количество послеоперационных осложнений - с 81,3 % до 37,5 % (практически в 2 раза), летальность после операции с 23,1 % до 9,1 %, количество смертей при консервативном лечении - с 2,3 % до 0, а смертность при изучаемой патологии - с 5,0 % до 1,1 % практически в 3 раза за счет уменьшения доли „операций отчаяния”, проведенных на высоте 2 – 3 рецидива геморрагии.

Ключевые слова: гастрит, осложненный кровотечением; рецидив кровотечения; динамика изменений местного иммунологического гомеостаза; морфоструктурные изменения; диагностически-лечебный алгоритм; хирургическая тактика.

THE SUMMARY

Ryatychnka O.Z. Features of surgical tactic in patients with gastritis complicated by bleeding.-The Manuscript.

The dissertation on reception of a scientific degree of the candidate of medical sciences on a speciality 14.01.03 - surgery-the I.Y.Gorbachevsky Ternopil State Medical University Ministry of Health of Ukraine, Ternopil, 2005.

In the dissertation are presented researches of a condition of local immunomorphological and structural homeostasis of a mucous membrane of a stomach in 113 patients with gastritis complicated with a bleeding. It is analyzed a connection of local changes of immunoglobulin contents in a mucous membrane of different sections of a stomach with danger of recurrent bleedings occurrence in different terms after a stop of last. On the basis of dynamic studying of the activity of synthesis of the basic иммуноглобулинов classes and secretory immunoglobulin A contents at biopatis of mucous in different sections of a stomach is developed and approved in 89 patients the diagnostic-treatment program and algorithm of a choice of surgical tactics with regard of dangers of spontaneous restoration of a bleeding.

Near results of surgical treatment of 189 patients with a researched pathology are analyzed. On the basis of application of immunomorphological criteria of diagnostics of a degree of heaviness of the local immune bias of a stomach mucous membrane, danger of spontaneous renewal of a bleeding and frequency of occurrence of postoperative complications, the algorithm of a choice of volume and terms of operation in conditions of a gastritis complicated by a bleeding is developed. To stop the bleedings which lasts and to delay bleeding relapse also is offered " a way of treatment of a bleeding gastritis " (Declaration patent of Ukraine ¹ 53248 A).

Applications of the offered diagnostic-treatment program with endoscopy technologies in the complex approach to a choice of term and a volume of operation has allowed to decrease operative activity in 1,8 times (with 16,0 to 8,9 %), the amount of postoperative complications - from 81,3 % down to 37,5 % (in 2,1 times), postoperative mortality - from 23,1 % down to 9,1 %, with conservative treatment amount of death has decreased - from 2,3 % to 0, and death rate at a researched pathology - from 5,0 % down to 1,1 % (in 2,8 times) due to reduction of frequency of recurrent bleedings from 15,0 % down to 7,8 % and, as consequence, part of " operations of despair ", executed at height 2-3 relapses of a bleeding.

Key words: a gastritis complicated with a bleeding; a recurrent bleeding; dynamics of changes of local immune homeostasis; morphological changes; diagnostic-treatment algorithm; surgical tactics.