

ВИБІР ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ У ХВОРИХ З ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЮ КРОВОТЕЧЕЮ ВИРАЗКОВОГО ГЕНЕЗУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ЕНДОСКОПІЧНИХ КРИТЕРІЇВ J. FORREST

Горбунова В.В., Сніцар Н.А., студ. 3-го курсу

Науковий керівник – доц. Шевченко В.П.

СумДУ, кафедра загальної хірургії

Шлунково-кишкова кровотеча (ШКК) залишається одним з найнебезпечніших ускладнень пептичних виразок шлунка і дванадцятипалої кишки, яка супроводжується високою летальністю (10-15%). В Україні за останні 5 років збільшилась кількість випадків гострих виразкових гастроудоденальних кровотеч на 14%. Пріоритетне значення для визначення лікувальної тактики у хворих на ШКК є ендоскопічне дослідження, яке дозволяє визначити джерело кровотечі, розміри і локалізацію виразки, стан локального гемостазу і активність кровотечі.

Мета роботи: Проаналізувати данні екстреної езофагогастроуденоскопії у хворих на ШКК виразкового генезу, вивчити ефективність лікування в залежності від результатів ендоскопічного обстеження.

Матеріали і методи: Проаналізовані журнали ендоскопічного обстеження і історії хвороб 642 хворих на виразкову хворобу, ускладнену кровотечею, які були госпіталізовані в обласний центр ШКК протягом 2006-2007 рр. Для оцінки активності кровотечі використовували класифікацію, яку запропонував J. Forrest в 1974 р.

Класифікація: Тип F1-активна кровотеча; 1a-пульсуючим струменем; 1b-потокком. Тип F2- ознаки недавньої кровотечі; 2a-видима (без кровотечі) судина; 2b-фіксований тромб-згусток; 2c-чорна плоска пляма. Тип F3-виразка з чистим (білим) дном.

Результати екстреного ендоскопічного дослідження були наступні:

Тип кровотечі за класифікацією J. Forrest	Кількість хворих	
	(абсолютне число)	%
1a-пульсуючим струменем;	3	0,5
1b-потокком	13	2,0
2a-видима (без кровотечі) судина	30	4,7
2b-фіксований тромб-згусток	28	4,4
2c-чорна плоска пляма	114	17,8
3-виразка з чистим (білим) дном	454	70,6

За результатами ендоскопічного дослідження хворі розділені на 3 групи: 1 - з триваючою кровотечею (F1a, F1b) – які підлягали екстреному оперативному втручанню; 2 - з нестабільним гемостазом, суттєвою загрозою до рецидиву кровотечі (F2a, F2b), які підлягали відстроченій операції, після корекції крововтрати; 3 - хворі із відбувшимся гемостазом (F3c, F3d) – яким проводили консервативну гемостатичну і противизаркову терапію. У 12 потім виконана планова операція. Таким чином, селективний відбір хворих для адекватного лікування базувався на ендоскопічних критеріях кровотечі за J. Forrest, що дозволило підвищити ефективність лікування.