

УДК 616.33/34-002.44-005.1-07-08

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

В.Н. Репин, Л.М. Костылев, А.А. Чудинов, О.С. Гудков,  
ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия»

*Репин Василий Николаевич – e-mail: reseda2@yandex.ru*

Проанализированы результаты лечения 4580 больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Хирургическая тактика активная, индивидуально обоснованная. Выработаны показания к экстренным, срочным и отсроченным операциям. Выявлена закономерность развития рецидива кровотечения в стационаре. Госпитальную летальность можно снизить выполнением срочных операций у больных с угрозой рецидива кровотечения и тяжелой кровопотерей.

**Ключевые слова:** язвенная болезнь, кровотечения, хирургическая тактика.

Results of treatment of 4212 patients with the gastroduodenal ulcers complicated by hemorrhage are presented. Surgical tactic is active and individual. Indications for the extreme, urgent and delayed operations are proved. We revealed the regularity of development of relapse of hemorrhage in the in-patient department.

The high lethality rate may be decreased by to execute urgent operations in patients with threat of relapse of the hemorrhage and massive loss of blood.

**Key words:** ulcer disease, hemorrhage, surgical approach.

### Актуальность

Язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК) является одним из наиболее распространенных заболеваний, для которого характерны хроническое рецидивирующее течение и опасные осложнения. Несмотря на общепризнанную эффективность современных антисекреторных препаратов и антигеликобактерной терапии, что привело к резкому сокращению числа плановых операций по поводу язвенной болезни (ЯБ)[2], приходится констатировать значительное увеличение больных с осложнениями ЯБ, в том числе и язвенных кровотечений [1, 2]. Актуальность проблемы лечения острых язвенных гастродуоденальных кровотечений (ОЯГДК) определяется в первую очередь высоким уровнем общей летальности, которая достигает 5–14%, а послеоперационная летальность по данным разных авторов колеблется от 4,8% до 35% [1–8]. Особенно высока послеоперационная летальность при рецидивах кровотечения в стационаре от 14,8 до 45% [2, 6, 7]. Среди этих пациентов велика доля людей пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией [6].

**Цель исследования:** обосновать показания, сроки и выбор операций при язвенных гастродуоденальных кровотечениях.

### Материал и методы

В 1990 году по нашей инициативе в МСЧ № 9 г. Перми, которая является базой кафедры хирургических болезней, был создан городской центр лечения больных с гастродуоденальными кровотечениями.

В представленной работе проанализированы результаты лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. За этот период в клинику госпитализированы 4580 таких больных в возрасте от 15 до 93 лет. На основании клинического обследования установлено, что у 1649 (36%) пациентов причиной кровотечения была хроническая язва желудка, а у 2931 (64%) – язва двенадцатиперстной кишки (ДПК).

Всем больным в приёмном отделении проводили неотложные клинические обследования, включая оценку гемодинамики, результаты лабораторных исследований, выполнялась неотложная эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), которая, безусловно, является ведущим методом диагностики источника и характера кровотечения. Организованное в клинике круглосуточное дежурство хирургов-эндоскопистов позволяет выполнить ЭГДС в первые часы с момента поступления больных в стационар. Наряду с локализацией источника кровотечения, оценивалось состояние гемостаза, используя классификацию J.A. Forrest (1974). При продолжающемся кровотечении применяли эндоскопические методы гемостаза – орошение спирт-эфирной смесью, обкалывание кровоточащего сосуда, электрокоагуляцию, аргоноплазменную коагуляцию. Тяжесть кровопотери оценивали по А.И. Горбашко (1974).

С кровопотерей лёгкой степени поступили 1310 (28,6%) больных, со средней степенью – 1777 (38,8%), с тяжёлой – 1493 (32,6%). В состоянии геморрагического шока поступили 388 больных (9,1%). При госпитализации всем больным

проводилась инфузионная и гемостатическая терапия, назначались ингибиторы протонной помпы (ИПП) последнего поколения внутривенно.

Из 4580 больных прооперированы 1881 (43,2%) человек, в том числе 348 (18,5%) больных с гигантскими гастродуоденальными язвами и 52 в сочетании с перфорацией язвы. При оценке показаний к оперативному вмешательству и определению сроков проведения операции придерживаемся активной индивидуально обоснованной тактики.

В экстренном порядке оперированы 455 (24,2%) больных. Показаниями к экстренной операции были продолжающиеся кровотечения или рецидив кровотечения в стационаре. Резецирующие операции проведены 393 (86,6%) пациентам. У 15 больных в связи с подозрением на малигнизацию язвы выполнена гастрэктомия. Трём больным произведено иссечение язвы ДПК, дуоденопластика и селективная проксимальная ваготомия (СПВ). В связи с крайней степенью риска радикального вмешательства из-за тяжелой сопутствующей патологии 43 больным проведено прошивание сосудов в язве и одному больному язвой желудка – иссечение язвы.

Срочные операции – в течение первых–вторых суток от поступления, выполнены у 415 (22,1%) больных. Показаниями к этим операциям были высокая вероятность рецидива кровотечения у пациентов с каллезными язвами больших размеров, эндоскопическими признаками неустойчивого гемостаза – крупные тромбированные сосуды, свежие сгустки крови в язве, тяжёлая кровопотеря, особенно, если у больного редкая группа крови.

Резекция желудка проведена 382 (92%) больным и у 33 (8%) выполнено иссечение язвы или прошивание сосудов в язве в сочетании с СПВ.

В отсроченном порядке – через 1–3 недели с момента поступления, оперативные вмешательства были выполнены 1011 (53,7%) больным. Показаниями к оперативному лечению, кроме кровотечения, были длительный язвенный анамнез, перенесённые ранее перфорации, кровотечения, признаки пилоростеноза, пенетрирующие язвы, сочетание ЯБ с хронической дуоденальной непроходимостью (ХДН). Резецирующие операции выполнены 620 (61%) больным и у 391 (39%) с язвами ДПК проведена СПВ.

Особые трудности при проведении резецирующих операций возникли у больных гигантскими пенетрирующими язвами ДПК, где наиболее ответственным этапом является укрытие культи двенадцатиперстной кишки. Для решения этой сложной проблемы мы усовершенствовали метод С.В. Кривошеева. Выделив кишку ниже язвенного кратера на 5–8 мм, ушиваем ее непрерывным швом рассасывающейся нитью, придавая культе конусообразную форму. Конус погружаем в просвет ДПК, в отличие от автора, одним кистным швом. При достаточной подвижности ушитой культи ею тампонируем язвенный кратер, у остальных больных кратер тампонируем сальником на питающей ножке и всегда дренируем подпеченочное пространство. Методом выбора завершающего этапа резецирующей операции считаем позадибодочный гастроэнтероанастомоз с межкишечным соустьем по принципу Бальфура.

Все анастомозы формировались однорядными непрерывными швами полисорбом и больным устанавливался ирригатор ниже дистального анастомоза для энтерального питания в раннем послеоперационном периоде.

## Результаты и их обсуждение

Послеоперационные осложнения возникли у 316 (16,8%) больных.

Из 1881 прооперированного пациента погибли 116 человек. Послеоперационная летальность составила 6,2%; при этом летальность при гигантских гастродуоденальных язвах составила 11,3%.

Из 455 оперированных в экстренном порядке умер 91 человек. Послеоперационная летальность в этой группе составила 20%. Из них с продолжающимся кровотечением оперированы 20 (22%) человек, а с рецидивом кровотечения 71 (78%). Из числа умерших 80 больных резекция желудка выполнена 71 пациенту, двум проведена гастрэктомия и 18 прошивание сосудов в язве.

Из 419 больных, оперированных в срочном порядке, умерли 17 человек. Послеоперационная летальность составила 4,1%. Из них одному пациенту выполнена гастрэктомия, остальным – резекция желудка.

После отсроченных операций из 1011 пациентов умерли 8 человек. Послеоперационная летальность 0,8%.

В целом причиной послеоперационной летальности у 39 больных (37%) была острая сердечно-сосудистая недостаточность (ОССН) и острый инфаркт миокарда (ОИМ).

Перитонит, вследствие несостоятельности швов анастомозов, перфорации острых язв полых органов различных локализаций, явился причиной смерти 13 (11,2%) больных. После операции по поводу продолжающегося кровотечения от перитонита погиб один больной, при рецидиве кровотечения – 7, после срочных операций – 4, после отсроченных – 1.

Из 2699 неоперированных больных ОЯГДК умерли 35 пациентов. Все эти больные поступили в клинику в состоянии крайней тяжести, обусловленном массивной кровопотерей и тяжёлыми сопутствующими заболеваниями. 8 больных умерли от ОССН, 5 от ОИМ при остановленном кровотечении. 16 больных, поступивших с массивным кровотечением на фоне тяжёлой сопутствующей патологии, умерли от декомпенсированного геморрагического шока. Отказались от операции и умерли от продолжающегося кровотечения 6 больных.

Общая летальность из 4212 госпитализированных составила 3,3%, послеоперационная летальность – 6,2%. Основная летальность оперированных больных связана с острой сердечно-сосудистой и легочно-сердечной недостаточностью – 65 больных из 105 умерших (61,7%). Эти осложнения обусловлены прежде всего острой кровопотерей ещё до поступления в стационар, вторичной кровопотерей при рецидивах кровотечения в стационаре. С этим же связана полиорганная дисфункция у 14 умерших; 60,8% умерших были оперированы в экстренном порядке и чаще всего с рецидивом кровотечения. Почти такие же причины летальности приводят и другие авторы [6]. Более половины этих больных были старше шестидесяти лет с наличием у них тяжёлой фоновой патологии.

## Заключение

Пути снижения летальности от указанных причин, связанных с острой кровопотерей, мы видим в более активной тактике у больных с так называемой угрозой рецидива кровотечения, своевременным восполнением кровопотери и в стабилизации гемодинамики в более ранние сроки.

Необходимо расширять показания для проведения повторных гастроскопий с оценкой гемостаза в язве.

При проведении экстренных и срочных операций оправданы резецирующие операции, обеспечивающие надёжный гемостаз и выздоровление большинства больных от язвенной болезни. При отсроченных операциях к выбору операции можно подходить более дифференцированно, при этом при ЯБ ДПК отдавать предпочтение СПВ. Оперировать этих больных должны наиболее подготовленные высококвалифицированные хирурги.



#### ЛИТЕРАТУРА

**1.** Багненко С.Ф., Синенченко Г.И., Вербицкий В.Г. и др. Применение протоколов организации лечебно-диагностической помощи при язвенных гастродуоденальных кровотечениях в клинической практике. *Вестн. хир.* 2007. № 4. С. 71-75.

**2.** Шапкин Ю.Г., Капралов С.В., Матвеева Е.Н. и др. Активная тактика в лечении кровоточащей язвы. *Хирургия.* 2004. № 9. С. 29-31.

**3.** Гостищев В.К., Евсеев М.А.. Проблема выбора метода лечения при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях. *Хирургия.* 2007. № 7. С. 7-10.

**4.** Ефименко Н.А., Лысенко М.В., Асташев В.Л.. Кровотечения из хронических гастродуоденальных язв: современные взгляды и перспективы лечения. *Хирургия.* 2004. № 3. С. 56-60.

**5.** Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д.. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв. *Хирургия.* 2003. № 3. С. 43-49.

**6.** Шевченко Ю.Л., Корзникова А.А., Стойко Ю.М. и др. Дифференцированное лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений. *Хирургия.* 2006. № 11. С. 18-23.

**7.** Лебедев Н.В., Климов А.Е., Бархударова Т.В. и др.. Тактика лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. *Вестн. хир.* 2007. № 4. С. 76-79.

**8.** Стойко Ю.М., Багненко С.Ф., Курыгин А.А. и др.. Язвенные желудочно – кишечные кровотечения. *Хирургия.* 2002. № 8. С. 32-35.