

УДК (616.33-002.44+616.33-006.6)-005.1-089

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ И КРОВОТОЧАЩИМ РАКОМ ЖЕЛУДКА

В.Н. Репин, Л.М. Костылев, О.С. Гудков, А.О. Возгомент, Д.И. Тенсин, Н.А. Матвеева,

кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов, ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А. Вагнера Росздрава», МУЗ МСЧ № 9 имени М.А. Тверье, г. Пермь

Репин Василий Николаевич, заведующий кафедрой хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов ПГМА – раб. тел.: (342) 221-77-23, e-mail: reseda2@yandex.ru

Проанализированы результаты лечения 4212 больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями и 219 больных кровотокающим раком желудка. 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, рак желудка, кровотечение, хирургическая тактика.

Results of treatment of 4212 patients with the gastroduodenal ulcers and 219 patients with the cancer of stomach 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, cancer of stomach, hemorrhage, surgical approach.

Лечение больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями остается одной из наиболее актуальных проблем в неотложной хирургии [1, 2, 3, 4]. Не менее сложные ситуации возникают при раке желудка, осложненном кровотечением [5, 6].

Наиболее высокая летальность наблюдается после операций при рецидивах кровотечения в стационаре. Однако активная хирургическая тактика лечения больных с язвенными кровотечениями не привела к улучшению результатов проводимого лечения [7, 8].

Сторонники активно-выжидательной тактики убеждали, что язвенные гастродуоденальные кровотечения у многих больных удастся остановить консервативными мерами. Но частые рецидивы кровотечения и высокая послеоперационная летальность не оправдали выжидательную хирургическую тактику при язвенных кровотечениях.

Мы, как и другие авторы [3, 9, 10] при оценке показаний и срока операции, придерживаемся активной, но индивидуально обоснованной тактики. Наш опыт лечения больных с язвенными кровотечениями и кровотокающим раком желудка показал, что диагностика и хирургическая тактика при этой патологии не должны существенно отличаться.

Опыт основан на лечении 4212 больных с язвенными кровотечениями и 219 больных раком желудка, осложненным кровотечением, госпитализированных в клинику в течение 17 лет. Клиника является городским центром лечения больных с гастродуоденальными кровотечениями.

В приемном отделении всем больным проводилась фиброгастродуоденоскопия для оценки источника, характе-

ра кровотечения и эндоскопического гемостаза. Выполнялись неотложные клинические исследования и оценивалась тяжесть кровопотери.

У 1516 больных (36%) причиной кровотечения была язва желудка, у 2696 (64%) язва двенадцатиперстной кишки. Опухоль располагалась в антральном отделе у 18,7% больных, в теле желудка у 39,9%, в кардии у 22,1%, тотальное поражение желудка имелось у 13,5% и у 5,8% был рак резецированного желудка.

Тяжесть кровопотери по А.И. Горбашко (1982 г.) была легкой степени у 28,6% больных язвенной болезнью и у 17,3% из числа больных раком желудка; средней степени – у 38,8% и 52,9% соответственно; тяжелая – у 32,6% больных с язвенными кровотечениями и у 29,7% при раке желудка.

Из числа больных язвенной болезнью оперированы 1819 человек (43,2%). У остальных больных не было показаний для оперативного лечения. Из 219 больных раком желудка оперированы 145 чел. (67,1%>). Остальные 74 были неоперабельными из-за запущенности заболевания. Кровотечение было остановлено консервативными мероприятиями.

С учетом характера кровотечения, тяжести кровопотери операции, как при язвенных кровотечениях, так и у больных раком желудка, подразделяем на экстренные, срочные и отсроченные.

Экстренные операции проведены 418 больным (23%) с язвенными кровотечениями и 17 больным раком желудка. Основным показанием к этим операциям было продолжающееся кровотечение, неэффективность эндоскопического гемостаза и рецидивы кровотечения в стационаре.

Резекция желудка проведена 362 больным (86,6%) с язвенными кровотечениями, гастрэктомия – 15 при подозрении на малигнизацию язвы, прошивание сосудов в язве – 41 больному, как крайняя мера из-за тяжести состояния больного. При раке желудка 9 больным проведена гастрэктомия, субтотальная резекция желудка – 7, прошивание сосудов в язве 1 больному.

Срочные операции (в течение первых двух–трех суток) проведены 409 (22,5%) больным язвенной болезнью и 25 больным при раке желудка. Это были больные с каллезными язвами больших размеров, наличием в них тромбированных сосудов или свежих сгустков крови; больные с тяжелой степенью кровопотери, особенно при локализации язвы в теле или кардиальном отделе желудка. Резекция желудка проведена 92% больных, селективная проксимальная ваготомия (СПВ) в сочетании с иссечением язвы – остальным. При раке желудка гастрэктомия выполнена 9 больным, субтотальная резекция желудка – 9 пациентам, а остальным 7 – паллиативные операции, чаще всего показанием к срочным операциям была угроза рецидива кровотечения.

Через 1–3 недели оперированы 992 больных язвенной болезнью. Показаниями были длительный язвенный анамнез, повторное кровотечение, перфорации в анамнезе, стенозы. Резекция желудка выполнена 61% больных, СПВ – 39% больным язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

В отсроченном периоде оперированы 103 больных раком желудка. Гастрэктомия проведена 60 больным, в т. ч. комбинированная – 27 человек, субтотальная резекция желудка – 27, паллиативные операции, включая эксплоративные лапаротомии – 19 пациентам. При радикальных операциях проводилась лимфодиссекция в объеме О2.

При резецирующих операциях анастомозы формировались однорядными непрерывными швами рассасывающимися синтетическими нитями. Все больные получали энтеральное зондовое питание с первого дня после операции продолжительностью от 3–4 дней при резекции желудка и до недели после гастрэктомии.

Послеоперационная летальность при язвенных кровотечениях составляла 5,8%, в т. ч. 19% после экстренных операций, 4,2% после срочных и 0,8% после отсроченных операций. Общая летальность из 4212 госпитализированных составила 3,3%. Послеоперационная летальность из 145 оперированных больных раком желудка, осложненным кровотечением, составила 17%.

В заключение следует подчеркнуть, что наиболее объективным резервом снижения летальности, как при язвенных

кровотечениях, так и больных с осложненным раком желудка, является прогнозирование рецидива кровотечения в стационаре. Рецидив кровотечения сопровождается дополнительной кровопотерей, вынуждает оперировать больного часто в ночное время. По нашему материалу он чаще всего возникает при гигантских пептических язвах с наличием в них крупных тромбированных сосудов или сгустков крови. Эта закономерность наблюдается и у больных с раковыми язвами, особенно тела и кардиального отдела. Рецидивы кровотечения чаще происходят на вторые–третьи сутки от поступления. Поэтому больных надо оперировать в первые двое суток от поступления, в дневное время. В срочном порядке необходимо оперировать и больных с тяжелой степенью кровопотери.

У больных с пептическими кровоточащими язвами оправданы резецирующие операции. При раке желудка объем операции определяется локализацией опухоли – субтотальная резекция желудка при раке антрального отдела, гастрэктомия при поражении тела и кардии.

Послеоперационная летальность чаще всего связана с острой кровопотерей, перенесенной гипоксией и тяжелой сопутствующей патологией. Непосредственными причинами смерти были острая сердечно-сосудистая недостаточность, инфаркты миокарда, полиорганная дисфункция.



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. //Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2007. № 4. С. 71–75.
2. Вербицкий В.Г., Багненко С.Ф., Курыгин А.Л. Желудочно-кишечные кровотечения язвенной этиологии. Санкт-Петербург: Политехника, 2004. С. 242.
3. Лебедев В.Н., Климов А.Е., Бархударова Т.В. и др. Тактика лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. //Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2007. № 4. С. 76–79.
4. Братусь В.Д. Дифференциальная диагностика и лечение острых желудочно-кишечных кровотечений. Киев: Здоровье, 1991. С. 272.
5. Ершов В.В., Кукош М.В., Рыбинский А.Д. Гастрэктомия в лечении желудочных кровотечений. Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 1999. № 5. С. 757–759.
6. Репин В.Н., Гудков О.С., Репин М.В. Новый вариант пищеводно-резервуарного соустья. //Российский онкологический журнал. 2002. № 2. С. 33–34.
7. Горбашко А.И. Патогенетическое обоснование активной тактики хирургии при острых желудочно-кишечных кровотечениях. //Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 1980. № 12. С. 28–34.
8. Шапкин Ю.Г., Капранов С.В., Матвеева Е.Н. и др. активная тактика в лечении кровоточащей язвы. //Хирургия. 2004. № 9. С. 29–31.
9. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Проблема выбора метода лечения острых гастродуоденальных язвенных кровотечений. //Хирургия. 2007. № 7. С. 7–10.
10. Шевченко Ю.Л., Коржакова А.А., Стойко Ю.М. и др. Дифференцированное лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений. //Хирургия. 2006. № 11. С. 18–23.