

УДК 616.33-002.44-089

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

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ, ОСЛОЖНЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Пермская государственная медицинская академия имени акад. Е. А. Вагнера

Актуальность проблемы лечения больных гигантскими гастродуоденальными язвами (ГГДЯ), осложненными кровотечением, определяется общей летальностью, достигающей 10–14 %, а послеоперационной — от 6 до 35 % [1, 2]. Гигантскими принято считать язвы желудка диаметром 3 см и более, а дуоденальные — 2 см и более. Такие язвы трудно поддаются консервативному лечению, обычно пенетрируют за пределы склерозированной стенки желудка или двенадцатиперстной кишки (ДПК) в окружающие органы — поджелудочную железу, гепатодуоденальную связку (ГДС), печень, диафрагму, корень брыжейки поперечно-ободочной кишки, малый сальник, переднюю брюшную стенку, что значительно затрудняет выполнение операций [1, 3–5]. Кровотечение является самым частым осложнением ГГДЯ, и у большинства больных оно сочетается с пенетрацией, рубцовым стенозом и даже перфорацией. При остановившемся кровотечении у этих больных наиболее велика вероятность рецидива [1, 3, 4].

При операциях по поводу гигантских язв наблюдается наибольшее количество таких тяжелых осложнений, как несостоятельность швов культи ДПК, гастроэнтероанастомоза (ГЭА), повреждение элементов гепатодуоденальной связки, послеоперационный панкреатит. Как правило, возникают проблемы укрытия культи ДПК [1, 6, 7].

Особые трудности при ГГДЯ, осложненных кровотечением, возникают при выборе хирургической тактики, т. е. при определении срока, объема и характера оперативного вмешательства. Большинство авторов при гигантских язвах гастродуоденальной зоны, осложненных кровотечением, операцией выбора считают резекцию желудка [1, 2, 3, 6, 8]. Паллиативные операции являются вынужденной мерой у крайне тяжелых больных.

Цель исследования — обосновать сроки, выбор и целесообразность радикальных операций при ГГДЯ, осложненных кровотечением.

Материалы и методы исследования. Нами проанализированы результаты лечения 328 больных ГГДЯ, осложненных кровотечением, за период с 1991 по 2007 г. Мужчин было 264 (80,5 %), женщин — 64 (19,5 %). Наиболее часто ГГДЯ отмечались у больных в возрасте от 40 до 60 лет — 166 (50,6 %), старше 60 лет — у 32,6 % больных. Гигантские язвы локализовались в желудке у 178 (54,3 %): в теле — 152 (85,4 %), в кардии — 15 (8,4 %), в антральном отделе — 11 (6,2 %). У 140 (42,7 %) больных была язва ДПК: задней стенки — у 72 (51,4 %), передней — у 40 (28,6 %). У 10 (3,0 %) пациентов имела место язва гастроэнтероанастомоза после резекции желудка. Язвенный анамнез отсутствовал у 41,5 % больных, от 1 года до 5 лет отмечался у 24 %, 6–10 лет — у 12 %, свыше 10 лет — у 22,3 %.

Всем пациентам в приемном отделении проводилось клиническое обследование, включая оценку общего состояния, гемодинамики и результатов лабораторных

© В. Н. Репин, Л. М. Костылев, О. С. Гудков, Д. И. Тенсин, 2009

исследований. Выполнялась неотложная эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), которая является ведущим методом диагностики источника и характера кровотечения.

При оценке характера кровотечения ориентировались на классификацию J. A. Forrest (1974 г.). Струйное кровотечение при поступлении выявлено у 49 (14,9 %) больных; подтекание крови из-под сгустка либо диффузное кровотечение — у 43 (13,1 %); сгусток в дне язвы без кровотечения был у 90 (27,5 %); тромбированные сосуды в дне язвы имелись у 97 (29,6 %) больных. У 49 (14,9 %) человек с ГГДЯ при поступлении отсутствовали признаки кровотечения. При продолжающемся кровотечении проводился эндоскопический гемостаз — обкалывание кровоточащего сосуда или орошение спиртэфирной смесью.

Тяжесть кровопотери оценивали по методике А. И. Горбашко (1974 г.). Преобладали больные с тяжелой степенью кровопотери — 152 (46,3 %). Каждый десятый больной из этой группы находился в состоянии геморрагического шока. Кровопотеря средней тяжести наблюдалась у 118 (36,0 %) человек. В удовлетворительном состоянии поступили 58 пациентов (17,7 %).

Больные с остановленным кровотечением госпитализировались в отделение экстренной хирургии, заполнялась экспресс-карта наблюдения, проводилась инфузионно-трансфузионная терапия, назначались современные антисекреторные препараты, по показаниям переливание эритроцитарной массы и свежезамороженной плазмы. Рецидив кровотечения возник у 99 (30,2 %) больных.

При оценке показаний к оперативному вмешательству и определению сроков проведения операций придерживались активной индивидуально обоснованной тактики. В экстренном порядке оперированы 148 (45,1 %) больных. Показаниями к экстренной операции были продолжающееся кровотечение и рецидив кровотечения в стационаре. Срочные операции (в течение первых суток после поступления) выполнены у 79 (24,1 %) больных. Показаниями к срочной операции являлись эндоскопические признаки неустойчивого гемостаза: наличие в язве крупных тромбированных сосудов, свежих сгустков крови, особенно при язвах тела желудка и постбульбарных язвах.

У пациентов с легкой степенью кровопотери и эндоскопическими признаками устойчивого гемостаза оперативное лечение проводилось в отсроченном порядке — через 2–3 недели после поступления, после дополнительного обследования и нормализации состояния больного. Отсроченные операции выполнены у 101 (30,8 %) больного ГГДЯ, осложненными кровотечением. Варианты операций представлены в табл. 1.

Резекция желудка выполнена у 286 (87,2 %) больных. При дуоденальных язвах проводилась антрумэктомия, дополненная селективной ваготомией культи желудка. При гигантских язвах желудка объем резекции колебался от половины до субтотальной. У большинства больных

Таблица 1

**Варианты операций при гигантских язвах,
осложненных кровотечением**

Операция	Число больных, абс. (%)
Резекция желудка по Бальфуру	229 (69,8)
Резекция желудка по Финстереру	57 (17,4)
Гастрэктомия	14 (4,3)
Прошивание кровоточащего сосуда в язве	6 (1,8)
СПВ и задний гастроэнтероанастомоз	18 (5,5)
СПВ	4 (1,2)
Итого	328

(229 — 69,8 %) наложен позадиободочный анастомоз по принципу Бальфура. У 57 (17,4 %) пациентов пожилого возраста проводилась резекция по Финстереру. При гигантских язвах гастроэнтероанастомоза проведена ререзекция. Во время операции у 14 больных заподозрена малигнизация язвы и выполнена гастрэктомия с формированием тощекишечного резервуара по оригинальной методике (патент РФ № 213 330 от 20.12.1998). У 6 больных, оперированных на высоте кровотечения, в связи с крайне тяжелым состоянием проведена дуоденотомия и прошивание кровоточащего сосуда.

При операциях в отсроченном порядке 18 больным гигантской язвой ДПК и обширным периульцерозным инфильтратом проведена селективная проксимальная ваготомия с задним гастроэнтероанастомозом. У 4 пациентов язвой ДПК в отсроченном порядке проведена селективная проксимальная ваготомия (СПВ).

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

Результаты и их обсуждение. Послеоперационные осложнения возникли у 46 (14,0 %) больных. Наибольшее число осложнений отмечалось после экстренных и срочных операций. Основные осложнения представлены в табл. 2.

Таблица 2

Осложнения после операций по поводу гигантских язв, осложненных кровотечением

Осложнение	Число случаев			Всего
	Экстренные операции (n = 148)	Срочные операции (n = 79)	Отсроченные операции (n = 101)	
Несостоятельность культи ДПК, ГЭА	7	1	—	8
Кровотечение из ГЭА и острых язв культи желудка	1	1	—	2
Рецидив кровотечения после прошивания кровоточащего сосуда	3	—	—	3
Перфорация острых язв ободочной кишки, культи желудка	2	—	—	2
Абсцессы брюшной полости	3	—	4	7
Острый инфаркт миокарда	6	2	—	8
Прочие	10	3	3	16
Итого	32	7	7	46 (14,0 %)

Несостоятельность культи ДПК возникла у 5 больных (1,5 %), у 3 человек — несостоятельность гастроэнтероанастомоза. Кровотечение, перфорация острых язв культи желудка, ободочной кишки у обескровленных больных возникли у 4 человек. Абсцессы брюшной полости разных локализаций образовались у 7 больных. Нередким осложнением послеоперационного периода был инфаркт миокарда (8 случаев).

Среди прочих осложнений отмечались острая тонкокишечная непроходимость, острый панкреатит, острое расстройство мозгового кровообращения. У 2 больных имело место повреждение холедоха во время операции.

Из 328 оперированных больных ГГДЯ, осложненных кровотечением, умерли 37 пациентов. Послеоперационная летальность составила 11,3 %. Основные причины летальности представлены в табл. 3.

Таблица 3

Причины послеоперационной летальности больных, оперированных по поводу гигантских гастродуоденальных язв, осложненных кровотечением

Причина летальности	Число случаев	
	Экстренные операции (n = 148)	Срочные операции (n = 79)
Перитонит	6	—
Рецидив кровотечения из прошитых язв	3	—
Острая сердечно-сосудистая недостаточность	9	—
Острый инфаркт миокарда	6	—
Острое расстройство мозгового кровообращения	1	—
Полиорганная дисфункция	5	—
Пневмония и острая легочно-сердечная недостаточность	—	7
Итого	30	7

Из 148 больных, оперированных в экстренном порядке, умерли 30 (20,3 %) пациентов. Причиной смерти у 9 больных была острая сердечно-сосудистая недостаточность, у 6 — острый инфаркт миокарда, у 6 — перитонит вследствие несостоятельности швов культи ДПК или гастроэнтероанастомоза, 3 больных погибли от рецидива кровотечения из прошитых язв, 1 — от повторного ишемического инсульта и 5 — от полиорганной дисфункции. Полиорганная дисфункция развилась у больных с кровопотерей тяжелой степени на фоне декомпенсации сердечно-сосудистой деятельности при рецидиве кровотечения в первые двое суток после госпитализации. Возраст больных колебался в пределах от 63 до 95 лет. У 3 больных была тяжелая фоновая патология — свежий инсульт, гепатит с переходом в цирроз, туберкулез легких.

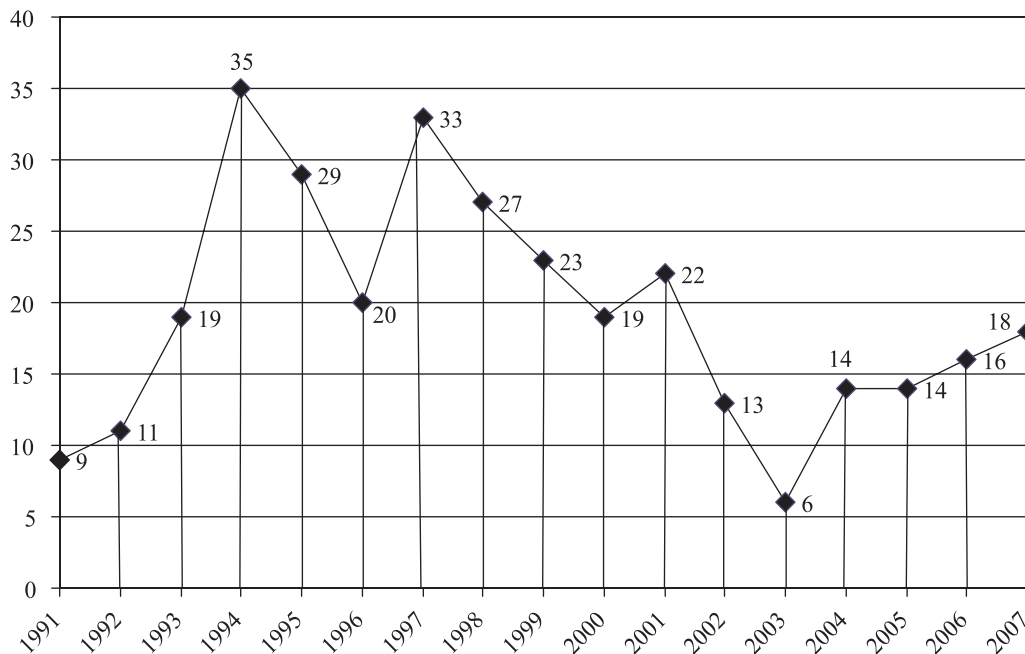
Из 79 больных, оперированных в срочном порядке, погибли 7 (8,8 %). Причиной смерти у 3 умерших явилась острая легочно-сердечная недостаточность, а у 4 — пневмония. Среди оперированных в отсроченном порядке летальных исходов не было.

Наибольшая летальность отмечалась в группе больных, оперированных в экстренном порядке, в связи с рецидивом кровотечения в стационаре — 23 (23,3 %). Это обусловлено массивной кровопотерей еще до поступления в стационар, геморрагическим шоком, возрастом больных и наличием у них тяжелой сопутствующей патологии, а также постоянным дефицитом донорской крови вследствие недостатка доноров.

Все это заставляет хирургов сдержанно относиться к активной хирургической тактике, возникает стремление ограничиться консервативной терапией. Однако рецидив кровотечения в клинике через несколько часов или суток после поступления, который значительно усугубляет тяжесть состояния больного, заставляет все же решаться на операцию, но уже в более неблагоприятных условиях, часто в ночное время.

В целом гигантские гастродуоденальные язвы остаются сложной клинической проблемой. Кровотечение является самым тяжелым осложнением, угрожающим жизни

Число больных



Частота встречаемости гигантских гастродуоденальных язв, осложненных кровотечением, по годам

больного, особенно пожилого возраста. Патогенез их образования остается нераскрытым. Нам не удалось подтвердить связи их образования с длительным течением язвенной болезни. У 136 больных (41,5 %) язвенный анамнез отсутствовал, а свыше 10 лет был лишь у 22,3 % госпитализированных.

Не удается установить строгой закономерности образования гигантских язв с возрастом больных — 16,8 % из 328 человек были в возрасте до 40 лет. Однако возраст половины пациентов колебался от 40 до 60 лет, а 32,6 % были старше 60 лет, т. е. определенная закономерность имеется.

Прослеживается некоторая закономерность частоты возникновения гигантских язв, осложненных кровотечением, за последние 16 лет у больных, поступивших в клинику из одного и того же региона. Численность населения существенно не менялась. Количество поступающих больных по годам представлено на рисунке. На графике видно, что количество этих больных существенно увеличилось начиная с 1993 г. и стало уменьшаться к 2000 г., т. е. прослеживается связь частоты осложненных гигантских язв с социальными переменами, происходящими в нашей стране.

Углубленное исследование секреции желудка на большом клиническом материале свидетельствует о том, что высокая секреция соляной кислоты не является ведущим звеном в патогенезе язвенной болезни. Предполагается, что развитие язвенной болезни и рецидивы ее, в частности, после ваготомии, связаны с нарушением регуляции трофики тканей в стенке двенадцатиперстной кишки или желудка в зоне изъязвления [9].

Хирургическая тактика лечения гигантских язв, осложненных кровотечением, остается сложной проблемой. Результаты эзофагогастроскопии являются главной информацией для определения тактики наряду с состоянием больного при госпитализации. Не вызывает сомнения, что продолжающееся кровотечение при безуспешности эндоскопического гемостаза служит показанием к экстренной операции. Интенсивная терапия должна проводиться при подготовке и во время операции.

Наш опыт свидетельствует, что наиболее опасным фактором, усугубляющим состояние больного, является рецидив кровотечения. Из 99 больных с рецидивом кровотечения в стационаре он возник в первые сутки у 47,5 %, на вторые сутки — у 27,3 % и у 18,2 % на третьи сутки и лишь у остальных 7 % больных в более поздние сроки. Наряду с гигантскими размерами язвы рецидив чаще всего возникает при наличии в ней крупных тромбированных сосудов или свежих сгустков крови. Для предупреждения рецидива кровотечения этих больных необходимо оперировать в срочном порядке в течение первых–вторых суток от поступления — в дневное время. В эти же сроки надо оперировать больных с тяжелой степенью кровопотери. Оперировать их должны наиболее квалифицированные хирурги. Все это, на наш взгляд, является основой снижения летальности при гигантских гастродуоденальных язвах, осложненных кровотечением.

Литература

1. Асадов С. А. Хирургическое лечение «трудных» и осложненных гастродуоденальных язв // Хирургия. 2002. № 11. С. 64–69.
2. Стойко Ю. М., Багненко С. Ф., Курыгин А. А. и др. Язвенные желудочно-кишечные кровотечения // Там же. № 8. С. 32–35.
3. Репин В. Н., Возгомент А. О. Оперативное лечение гигантских гастродуоденальных язв, осложненных кровотечением: Актуальные аспекты госпитальной хирургии. Ижевск, 2002.
4. Шевченко Ю. Л., Корзникова А. А., Стойко Ю. М. и др. Дифференцированное лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений // Хирургия. 2006. № 11. С. 18–23.
5. Грубник В. В., Зайчук А. И., Грубник Ю. В. и др. Хирургическое лечение больных с гигантскими язвами желудка // Клинич. хирургия. 1992. № 8. С. 6–8.
6. Жанталинова Н. А. Выбор хирургической тактики при гигантских язвах желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. 2005. № 12. С. 30–32.
7. Башняк В. В. Нарушение кровоснабжения культи двенадцатиперстной кишки и его профилактика // Вестн. хирургии. 1984. Т. 134. № 6. С. 33–36.
8. Мартиросов Ю. К. Хирургическое лечение гигантских гастродуоденальных язв, осложненных кровотечением // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопрокт. 1997. № 6. С. 73–75.
9. Варзин С. А., Даев Е. В. Кислотность желудочного сока у больных язвой двенадцатиперстной кишки с различными группами крови системы АВО, подвергшихся хирургическому лечению // Вестн. С.-Петербург. ун-та. Сер. 11. 2006. Вып. 4. С. 78–87.

Статья принята к печати 18 февраля 2009 г.