

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ У ПОЖИЛЫХ

*Джитави И. Г.<sup>1</sup>, Кан В. И.<sup>3</sup>, Силюянов С. В.<sup>2</sup>, Смирнова Г. О.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Городская клиническая больница №36

<sup>2</sup> Кафедра госпитальной хирургии №1 л/ф ГОУ ВПО РГМУ Росздрава

<sup>3</sup> ГКБ №15 им. О.М. Филатова, Москва

*Джитави Ираклий Георгиевич  
 Москва, ул. Вешняковская, д.23  
 Тел.: 8(495) 375 19 65  
 E-mail: katerina@hospital15.com*

### РЕЗЮМЕ

На современном этапе сокращается число операций при язвенном желудочно-кишечном кровотечении. Появление современных антисекреторных фармакопрепаратов и широкое внедрение эндоскопических и эндоваскулярных методов гемостаза привело к снижению числа срочных оперативных вмешательств в группе пациентов с высоким риском рецидива кровотечения в 4 раза. Сократилось в 10 раз число таких минимальных операций при язвенном кровотечении, как прошивание язвы. Они не дают ожидаемого гемостатического эффекта и сопровождаются высокой летальностью. Изменение хирургической тактики у пожилых пациентов привело к снижению послеоперационной летальности с 15,8 до 5,8% и общей летальности с 15,8 до 9,6%.

**Ключевые слова:** язвенная болезнь; пожилой возраст; желудочно-кишечное кровотечение.

### SUMMARY

At the present stage the number of operations is reduced at a ulcer gastroenteric bleeding. Occurrence modern antysecretor drags and wide introduction endoscopic and endovascular methods of hemostasis has led to decrease of urgent operative interventions in group of patients with high risk of rebleeding in 4 times. The number of such minimal operations was reduced in 10 times. They do not give expected hemostasis effect and are accompanied high mortality. Change of surgical tactics at elderly patients has led to decrease postoperative mortality from 15,8 up to 5,8% and the general mortality from 15,8 up to 9,6%.

**Keywords:** peptic ulcer disease; advanced age; gastrointestinal bleeding.

На протяжении многих лет диагностика и лечение язвенной болезни остается актуальной проблемой медицины. Наиболее частым осложнением язвенной болезни является желудочно-кишечное кровотечение, в последние десятилетия отмечается увеличение частоты язвенных желудочно-кишечных кровотечений в старшей возрастной группе до 48% по сравнению с 2% в семидесятых годах прошлого века. Это связано с сопутствующей патологией и неконтролируемым приемом аспирина или нестероидных противовоспалительных лекарственных средств (NSAID) пожилыми пациентами. По данным статистики, в России на конец XX века пенсионеры составляли около

21% населения страны и 14–40% — в структуре язвенной болезни. Результаты лечения осложнений язвенной болезни у пожилых дают самую высокую летальность, желудочно-кишечное кровотечение до 59% превышает в 3 и более раз эти показатели у молодых пациентов [1; 2; 3].

В последние десятилетия пересматривается вопрос лечения осложненных форм язвенной болезни в сторону более консервативных способов, особенно справедлива такая тактика у пожилых больных.

В настоящее время во всем мире сокращается число операций при язвенном желудочно-кишечном кровотечении [4; 5; 6]. Это связано с прогрессом

фармакотерапии язвенной болезни и широким внедрением эндоскопических и эндоваскулярных методов остановки язвенного кровотечения. По данным А. С. Ермолова, отмечается снижение общей летальности при лечении гастродуоденальных кровотечений в тех клиниках Москвы, где оперативная активность снизилась с 24 до 17%, а минимальная летальность — 5,7% — отмечается в клиниках, где оперативная активность не превышает 10% [2].

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

За период 1990–2008 гг. в городской клинической больнице № 15 им. О. М. Филатова Москвы пролечено 999 пациентов старше 60 лет с язвенным желудочно-кишечным кровотечением. Из них оперировано только 197 (19,7%). Большинство больных пожилого возраста — 802 (80,3%) — пролечено консервативно (рис. 1).

Мы придерживаемся индивидуально-дифференцированной тактики у больных с язвенными желудочно-кишечными кровотечениями.

Всем больным с клиникой желудочно-кишечного кровотечения при поступлении проводится экстренная ЭГДС с активными мероприятиями, направленными на остановку продолжающегося кровотечения или профилактики его рецидива. При продолжающемся кровотечении проводится эндоскопический гемостаз, включающий все имеющиеся в клинике методы: обкалывание спирт-новокаиновой смесью, электрокоагуляцию, лазерную коагуляцию, радиокоагуляцию аппаратом «Сургитрон».

При отсутствии активного кровотечения на момент осмотра выполняется эндоскопическая профилактика рецидива кровотечения и оценка риска рецидива кровотечения с учетом клинических и эндоскопических критериев по классификации А. Forrest. При сохранении высокого эндоскопического и клинического риска рецидива кровотечения спустя сутки после выполнения эндоскопического гемостаза ставится вопрос о срочном оперативном лечении. В случае неэффективности эндоскопических манипуляций больные оперировались в экстренном порядке.

Активное кровотечение на момент осмотра (Forrest IA, Forrest IB) было у 69 (7%) больных старше 60 лет. Мы использовали сочетание методов эндоскопического гемостаза у всех больных, предпочтение отдавали сочетанию электрокоагуляции или радиокоагуляции с обкалыванием язвы спирт-новокаиновой смесью. Первичный эндоскопический гемостаз был эффективен у 89% больных. У восьми (11%) больных при активном кровотечении из язвы Forrest IA кровотечение остановить не удалось, они были оперированы в экстренном порядке. У всех оперированных больных пожилого возраста язвы локализовались в субкардиальном отделе или в области угла желудка и были размерами больше 2,0 см. Эту локализацию язв в области «ахиллесовой пяты желудка» считаем наиболее неблагоприятной для развития профузного кровотечения и его рецидива в ранние сроки. Надо отметить, что все операции по поводу активного кровотечения из язвы были выполнены в период 1990–2000 гг. После 2001 г. таких случаев не было, все активные кровотечения (Forrest Ia, Ib) как при язвенной болезни желудка, так и при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки были остановлены эндоскопически, что позволило стабилизировать пациентов и подготовить их к срочной операции. Это связано с прогрессом эндоскопического гемостаза и повышением квалификации врачей эндоскопической службы.

К группам высокого эндоскопического риска рецидива кровотечения мы относили:

- пациентов с активным кровотечением из язвы на момент первичной эндоскопии и успешным эндоскопическим гемостазом (F Ia, F Ib) — 61 человек;
- пациентов с состоявшимся кровотечением при наличии сгустка крови, прикрывающего язву, или мелкого тромбированного сосуда в язве на момент первичной эндоскопии (F IIa, F IIb) — 378 больных (рис. 2).

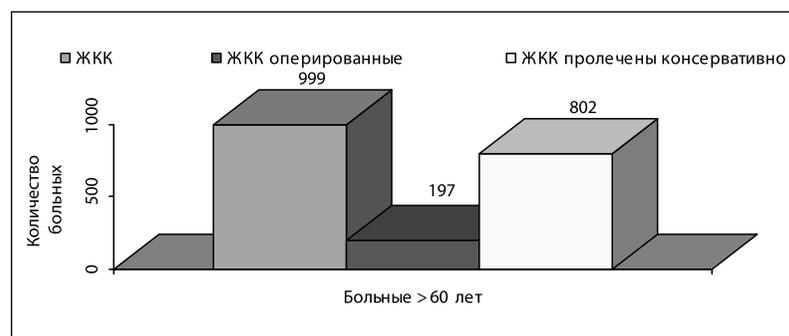


Рис. 1. Число пролеченных больных с желудочно-кишечным кровотечением в пожилом возрасте

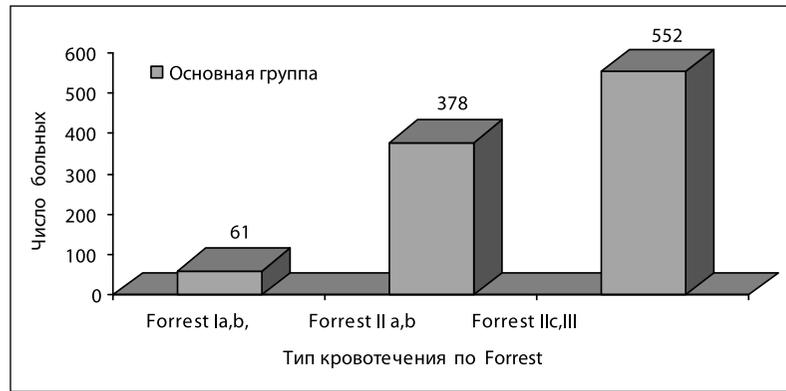


Рис. 2. Эндоскопический риск рецидива кровотечения по классификации Forrest у больных пожилого возраста

При невысоком риске рецидива кровотечения F IIc, F III, что было отмечено у 552 больных, назначалась стандартная схема противоязвенной терапии, контрольные ЭГДС проводились на 1-е и 7-е сутки, далее — как и при неосложненной язве.

В нашей работе мы применяли дифференцированную тактику в группе больных с высоким риском рецидива кровотечения, клинически выделяя абсолютные и относительные критерии высокого риска. К абсолютным критериям относили:

- a) размеры язв более 1,5 см;
- b) анемию  $Hb < 80$  г/л при острой кровопотере в сроки от начала кровотечения первые трое суток;
- c) агрессивное течение заболевания;
- d) локализацию язвы в желудке.

При наличии как абсолютных, так и относительных (Forrest Ia, b, Forrest IIa, b) критериев угрозы рецидива кровотечения проводили оперативное лечение в срочном порядке (рис. 3).

Как показано на представленной диаграмме (рис. 3), треть пациентов 156 (33%) в группе высокого риска рецидива кровотечения были оперированы в срочном порядке через 24–36 часов с момента поступления.

Если сравнивать результаты активно-дифференцированной тактики в группах высокого риска рецидива кровотечения за два временных периода

1990–2000 и 2001–2008 гг., необходимо отметить, что 2/3 всех срочных оперативных вмешательств в группах высокого риска рецидива кровотечения выполняли в 1990–2000 гг. А за период 2001–2008 гг. по поводу высокого риска рецидива кровотечения было оперировано только 45 больных пожилого возраста.

В 2000 г. прогресс консервативной терапии и появление современных антисекреторных препаратов (ингибиторов протонной помпы) привели к снижению числа срочных оперативных вмешательств в группах пациентов с высоким риском рецидива кровотечения в 4 раза. 64,5% (283) больных пожилого возраста, несмотря на высокий риск рецидива кровотечения, решено было вести консервативно: у 224 из них язва локализовалась в двенадцатиперстной кишке, а у 59 — в желудке. Причины выбора консервативной тактики были различны: при локализации язв в желудке и высоком риске рецидива кровотечения мы отдаем предпочтение оперативному лечению. Отказ от операции у 59 больных с язвой желудка был обоснован тяжелой сопутствующей патологией или отсутствием язвенного анамнеза и симптоматическим характером язв.

У 224 больных пожилого возраста с локализацией язвы в двенадцатиперстной кишке

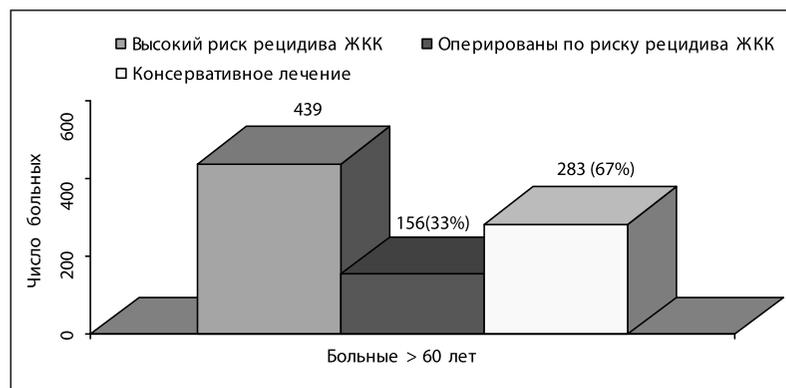


Рис. 3. Характер лечения у пациентов с высоким риском рецидива кровотечения

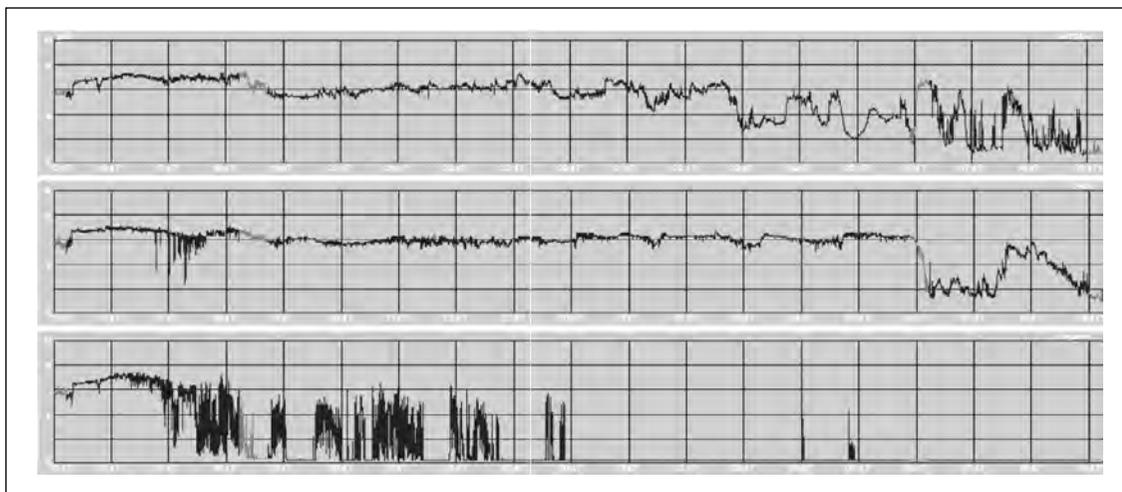


Рис. 4. Суточная рН-грамма больного К., 78 лет, с желудочно-кишечным кровотечением, \*история болезни № 36817/03

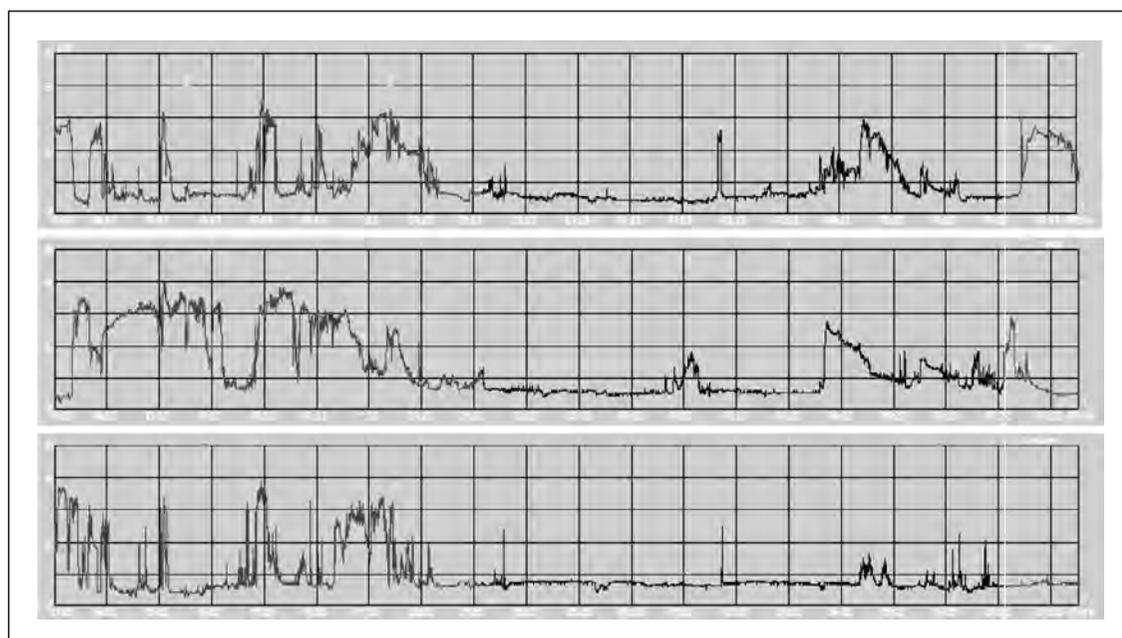


Рис. 5. рН-грамма больного К., 73 лет, с желудочно-кишечным кровотечением, \*история болезни № 14301/03

консервативная тактика выбрана целенаправленно. Всем больным с высоким риском рецидива кровотечения назначались инъекционные формы  $H_2$ -блокаторов (квamatел по 20 мг 4 раза в сутки в/в — каждые 6 часов, зантак по 80 мг в/в 3 раза в сутки — каждые 8 часов) или ингибиторов протонной помпы (лосек 40 мг x 2 раза в сутки) в течение 3–5 дней и проводился эндоскопический контроль гемостаза. На 2–3-е сутки при стабильном состоянии пациентов выполняли внутрижелудочную рН-метрию для оценки качества антисекреторной терапии (рис. 4).

**Заключение:** Исследование на фоне лечения лосеком 40 мг в/в, препарат вводился за 3 часа до начала исследования. Отмечается эффективное действие препарата на протяжении 15 часов,

в зонах кислотопродукции  $pH > 4$  наблюдается 87% времени,  $pH > 6$  — 78% времени. Период гиперацидности наблюдается при окончании действия препарата продолжительностью около 3 часов. В антральном отделе компенсация ощелачивания 69% времени исследования.

Следует отметить, что соляная кислота и пепсин при развившемся кровотечении ингибируют тромбообразование и вызывают лизис уже образовавшихся тромбов. Сосудисто-тромбоцитарный гемостаз происходит только при значениях  $pH \geq 6$ . Поэтому цель антисекреторной терапии у пациентов с ЖКК — поддерживать  $pH \geq 6$  в желудке на протяжении 80% времени суток. Мы сравнили характер желудочной секреции у пациентов с высоким риском рецидива кровотечения на фоне антисекреторной

терапии  $H_2$ -блокаторами и ингибиторами протонной помпы (рис. 4, 5).

**Заключение:** исследование на фоне лечения занятаком 40 мг x 2 раза в /в препарат вводился в 19.00, отмечается гиперацидность на протяжении всего ночного периода исследования, в зонах кислотопродукции  $pH > 4$  наблюдается только 27,3% времени исследования,  $pH < 6$  – 86% времени. Действие препарата неэффективно.

Как видно на представленных pH-граммах, применение ингибиторов протонной помпы позволяет поддерживать  $pH \geq 6$  в желудке на протяжении 78% времени исследования даже при однократном введении, а применение  $H_2$ -блокаторов — нет. Вероятно, именно с этим связано большее число рецидивов желудочно-кишечного кровотечения на фоне антисекреторной терапии  $H_2$ -блокаторами в период 1990–2000 гг.

Число рецидивов кровотечения у пациентов старшей возрастной группы на фоне лечения ингибиторами протонной помпы сократилось в 2,5 раза — 13 (28,3%) — по сравнению с временным периодом 1990–2000 гг. — 33 (61,7%) (рис. 6).

Считается, что рецидивы кровотечения у пожилых больных, во-первых, связаны со снижением эластичности сосудистой стенки вследствие выраженного атеросклероза, а во-вторых, зависят от характера антисекреторной терапии [45; 89; 166; 195]. В нашем исследовании эти положения получили подтверждение: у 8 из 46 больных с рецидивом кровотечения был выраженный атеросклероз, у всех из них язвы локализовались в теле и субкардиальном отделе желудка. 42 (68,8%) пациентов с рецидивами

кровотечения получали антисекреторную терапию с применением инъекционных форм  $H_2$ -блокаторов и 19 (31,2%) получали антисекреторную терапию с применением инъекционных форм ингибиторов протонной помпы.

После 2000 г. изменилась хирургическая тактика при рецидивах кровотечения у пожилых пациентов (рис. 7).

Рецидив кровотечения при язвенной болезни желудка служит абсолютным показанием к оперативному лечению, все рецидивы кровотечения из язв желудка развились в первые трое суток от поступления в клинику и были связаны с неадекватным эндоскопическим гемостазом или неправильной оценкой риска рецидива кровотечения. Если в 1990–2000 гг. оперированы 19 (76%) больных с рецидивом кровотечения из язв двенадцатиперстной кишки, то в 2001–2008 гг. оперированы 4 (40%) из 10 пациентов. 6 пациентов пролечены консервативно. Рецидив кровотечения во всех случаях был остановлен эндоскопически. Больным назначены инъекционные формы ингибиторов протонной помпы.

Наиболее критическими для возникновения рецидива кровотечения из язвы являются первые 6 суток лечения, рецидивы кровотечения в эти сроки развились у 44 (95%) из 46 больных. Рецидив кровотечения в первые трое суток у 10 больных пожилого возраста был связан с неадекватным эндоскопическим гемостазом и исходно неправильной оценкой риска рецидива кровотечения. Рецидив кровотечения на 4–6-е сутки был у 34 больных. Надо отметить, что эти сутки

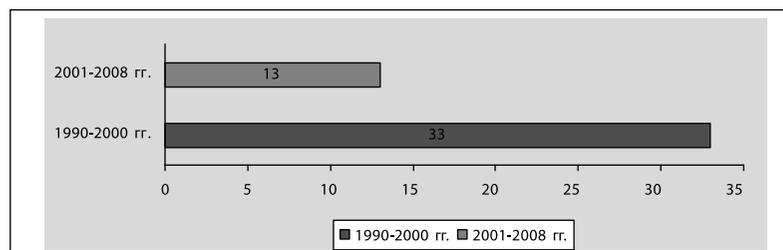


Рис. 6. Рецидивы кровотечения на фоне консервативной терапии у больных пожилого возраста

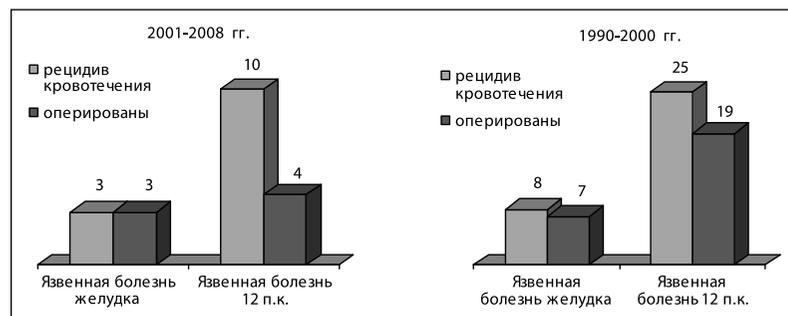


Рис. 7. Характер лечения пожилых пациентов с рецидивами кровотечения в 2001–2008 и 1990–2000 гг.

являются критическими для лечения язвенных кровотечений, так как именно в это время происходит лизис тромба в язве [67; 96; 101]. У больных пожилого возраста рецидив кровотечения был связан с декомпенсацией сопутствующей патологии и нарастанием ПОН, что связано с реакцией организма на кровопотерю. 23 из 34 пациентов пожилого возраста были оперированы. У 11 пациентов в этой группе рецидивы кровотечения были связаны с неадекватной антисекреторной терапией, все пациенты получали инъекционные формы  $H_2$ -блокаторов, у них был изменен режим антисекреторной терапии и выполнен эндоскопический гемостаз. Исход благоприятный, повторных рецидивов кровотечения не было.

У 2 пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки рецидив кровотечения возник в поздние сроки на 11-е сутки от начала лечения. Он был остановлен эндоскопически, больным назначены инъекционные формы ингибиторов протонной помпы. Исход благоприятный.

Таким образом, на современном этапе изменилась хирургическая тактика при рецидивах кровотечения: если раньше, по хирургически канонам, рецидив кровотечения в стационаре являлся абсолютным показанием к срочной операции, на сегодняшний день эту тактику необходимо пересматривать:

- рецидив кровотечения в первые трое суток связан с неадекватным эндоскопическим гемостазом и неправильно выбранной тактикой лечения пациентов в группах высокого риска при локализации язвы в желудке. В этом случае действительно необходимо решать вопрос о срочном оперативном вмешательстве, так как надежды на эндоскопический гемостаз неоправданны;
- рецидив кровотечения на 4–6-е сутки связан с неадекватной антисекреторной терапией и нарастанием полиорганной недостаточности у пожилых пациентов. Тактика лечения в этом случае индивидуальна, зависит от агрессивности течения заболевания, но предпочтение следует отдавать эндоскопическим методам гемостаза и усилению антисекреторной терапии;

- все поздние рецидивы кровотечения после 10 суток из язв двенадцатиперстной кишки связаны с неадекватной антисекреторной терапией и могут быть пролечены консервативно.

Надо отметить, что характер лечения при желудочно-кишечном кровотечении зависит от локализации язвы, так, при язвенной болезни желудка оперировано в 2 раза больше пациентов, чем при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Это связано с тем, что язвенная болезнь желудка хуже поддается стандартным схемам консервативной терапии, при желудочно-кишечном кровотечении необходимость в операции возникает у каждого четвертого больного в пожилом возрасте. Действительно, секреторная функция при язвенной болезни желудка у пациентов «пожилого» возраста снижена, *Нр*-негативные язвы встречаются значительно чаще, что приводит к неэффективности стандартных схем противоязвенной квадротерапии. Чаще встречаются атрофические формы гастрита, что приводит к большим размерам язв и трудностям эндоскопического гемостаза. Поэтому при решении практических задач хирургического лечения язвенной болезни следует учитывать существенные различия в патогенезе желудочной и дуоденальной язвы.

В последнее десятилетие изменился характер оперативных вмешательств у больных пожилого возраста с желудочно-кишечным кровотечением (рис. 8).

Сократилось почти в 10 раз число таких минимальных операций при язвенном кровотечении, как прошивание язвы. Эти операции не давали ожидаемого гемостатического эффекта: рецидив кровотечения после прошивания язв — 55,5%, а летальность — 47,2%.

В настоящее время, учитывая объективную оценку тяжести состояния пациентов пожилого

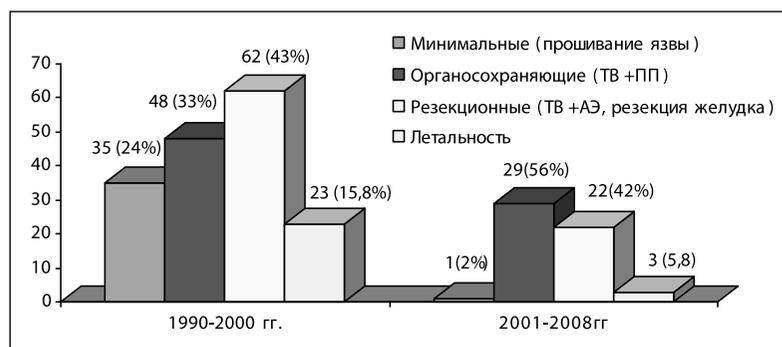


Рис. 8. Современные особенности оперативного лечения у больных старше 60 лет с желудочно-кишечным кровотечением

возраста по баллам MODS и APACHE II, мы стараемся выполнять радикальные операции. За счет новой тактики и объективной оценки тяжести состояния пациентов почти в 2 раза увеличилось число органосохраняющих операций: 56% по сравнению с 33% в 1990–2000 гг. Не изменился процент резекционных операций — 43% в 1990–2000 гг. и 42% в 2001–2008 гг., это связано с тем, что большинство оперативных вмешательств у пациентов с желудочно-кишечным кровотечением выполняется при локализации

язвы в желудке. Однако если раньше в группе пожилых пациентов во всех случаях выполнялись обширные резекции с летальностью 13,2%, то в последние 10 лет мы отдаем предпочтение экономным резекциям с ваготомией.

Изменение хирургической тактики лечения данного осложнения у пожилых пациентов привело к снижению послеоперационной летальности с 15,8% в 1990–2000 гг. до 5,8% в 2001–2008 гг. и общей летальности с 15,8 до 9,6% и соответствует общемировой тенденции.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Горбашко А. И. Особенности лечения больных пожилого и старческого возраста с острыми желудочно-кишечными кровотечениями язвенной этиологии // Вест. хир., 1982. — Т. 128. — № 6. — С. 120–125.
2. Гринберг А. А., Затевахин И. И., Щеглов А. А. Хирургическая тактика при язвенных гастро-дуоденальных кровотечениях // М.: Медицина, 1996. — 65 с.
3. Ивашкин В. Т., Шептуллин А. А. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки у лиц пожилого и старческого возраста // Рус. мед. журнал, 1999. — Т. 7. — № 16. — С. 769–771.
4. Bardou M., Youssef M., Toubouti Y., Benhabrou-Brun D., Rahme E., Barkun A. Newer endoscopic therapies decrease both re-bleeding and mortality in high risk patients with acute peptic ulcer bleeding: a series of meta-analyses // Gastroenterology, 2003. — № 123. — P. 239.
5. Burkun A., Bardou M., Marshall J.K. Managing Patients with Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding // Annals of Medicine, 2003. — Nov 18. — Vol. 139, 10. — P. 843–857.
6. Mondardini A., Barletti C., Rocca G. et al. Non-variceal upper gastrointestinal bleeding and Forrest's classification: diagnostic agreement between endoscopists from the same area Endoscopy, 1998. — № 30. — P. 508–12.