

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Ф.Н. РОМАШОВ, Х.М. АВАДКафедра госпитальной хирургии РУДН. Ул. Миклухо-Маклая, д.8, Москва, Россия,
117189. Медицинский факультет**Ю.В. ЕГОРОВ, М.П. ИВАНОВ**

Городская больница № 17. Ул. Волынская, д.7, Москва, Россия, 119620

Дан анализ хирургического лечения 99 больных с желудочно-кишечными кровотечениями различной локализацией. Мужчин было 70, женщин - 29. Кровотечение из 12-перстной кишки имело место в 61 наблюдении, а из желудка - в 38 случаях. Все больные оперированы, при этом в 42 случаях выполнена резекция желудка по Б-I, в 34 наблюдениях - резекция желудка по Б-II, а 23- прошивание кровоточащих язв желудка и 12-перстной кишки. Смертность составила 9,09%.

Выработанный алгоритм ведения больных с желудочно-кишечными кровотечениями подтверждает необходимость индивидуализированной активно-выжидательной тактики, способствующей своевременному оперативному лечению и снижению летальности.

Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки занимает одно из первых мест в структуре заболеваний органов пищеварительной системы.

В РФ язвенная болезнь встречается у 5%-10% населения [В.Х. Василенко и соавт. 1987; П.Я. Григорьев и А.В. Яковенко, 1998г; и др.].

Частота осложнений, встречающихся при язвенной болезни даже на фоне проведения современных видов консервативной противоязвенной терапии, остается на достаточно высоком уровне [Брискин Б.С. и соавт, 1991г.; Кузин М.И. и соавт. 1994г.; Курыгин А.А. и соавт. ,1992г.; Ovaska J.T. et al. 1992]. Кровотечение из язвы желудка и 12-ти перстной кишки является наиболее тяжелым осложнением язвенной болезни и по данным различных авторов встречается у 15-20% больных [Луцевич Э.В. 1991; 1997; Панцырев Ю.М. 1995; Гринберг А.А., Затевахин И.И., Щеголев А.А., 1996г.; Станулис А.И. с соавт. 1998г.].

Анализ литературных данных показывает, что гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии по России являются основной причиной общей (12,8-13,5%) и послеоперационной (20-25%) летальности, а по Москве этот показатель составляет от 17,2 до 18% [Ярема И.В. и соавт., 1997г.; Рычагов Г. П. ,1993г., W. Jedrzeczyk, C Jarczek, 1989; Von J. Heinz et al, 1989].

За 5 лет (1992-1997гг.) в хирургических отделениях 17 городской больницы г. Москвы проведено 99 операций по поводу желудочно-кишечных кровотечений различной локализации (табл. 1).

Таблица 1

Источники желудочно-кишечного кровотечения

Источник кровотечения	Количество больных
Язвенная болезнь желудка	30
Язвенная болезнь 12-перстной кишки	60
Рак желудка	3
Синдром Меллори-Вейса	5
Гемангиома 12-перстной кишки	1
Всего	99

Как видно из табл. 1, наиболее часто желудочно-кишечное кровотечение имело место у больных язвенной болезнью 12-перстной кишки (60,6%), из язв желудка - в 30,3% случаев.

Таблица 2

Распределение больных по полу

Заболевание	Мужчины	Женщины	Итого
Язвенная болезнь желудка	17	13	30
Язвенная болезнь 12-перстной кишки	47	13	60
Рак желудка	1	2	3
Синдром Меллори-Вейса	5	0	5
Гемангиома 12-перстной кишки	0	1	1
Всего	70	29	99

Из табл. 2 видно, что наиболее часто желудочно-кишечное кровотечение встречается у лиц мужского пола.

Таблица 3

Распределение больных по возрасту

Возраст	Пол		Итого
	М	Ж	
До 30	11	—	11
31-40	22	1	23
41-50	16	6	22
51-60	12	6	18
61-70	7	9	16
Старше 70	2	7	9
Всего	70	29	99

Как видно из табл. 3 наиболее часто желудочно-кишечное кровотечение встречается у лиц молодой и средней возрастной группы.

Нами выработан тактический алгоритм, которого мы придерживаемся в выборе метода лечения гастродуоденального кровотечения.

Всем поступившим больным выполняли экстренное эндоскопическое исследование, целью которого были топическая диагностика источника кровотечения и оценка состояния гемостаза. По результатам экстренной эндоскопии источники представлены в табл. 1.

Большинство больных с кровотечениями госпитализировались в реанимационное отделение для проведения комплекса интенсивной терапии, направленной на восстановление ОЦК, коррекцию водно-электролитных нарушений, активацию гемостаза.

Больных с профузным кровотечением из язвы после кратковременной подготовки оперировали.

При непрофузных кровотечениях проводили гемостатическую терапию, как общую, так и местную (эндоскопическая остановка кровотечения).

При неэффективности консервативного лечения в течение 2-6 часов и продолжающемся кровотечении при контрольной эндоскопии больных оперировали.

В тех случаях, когда у больных сохранялась угроза кровотечения, рекомендовали срочную операцию.

Схема

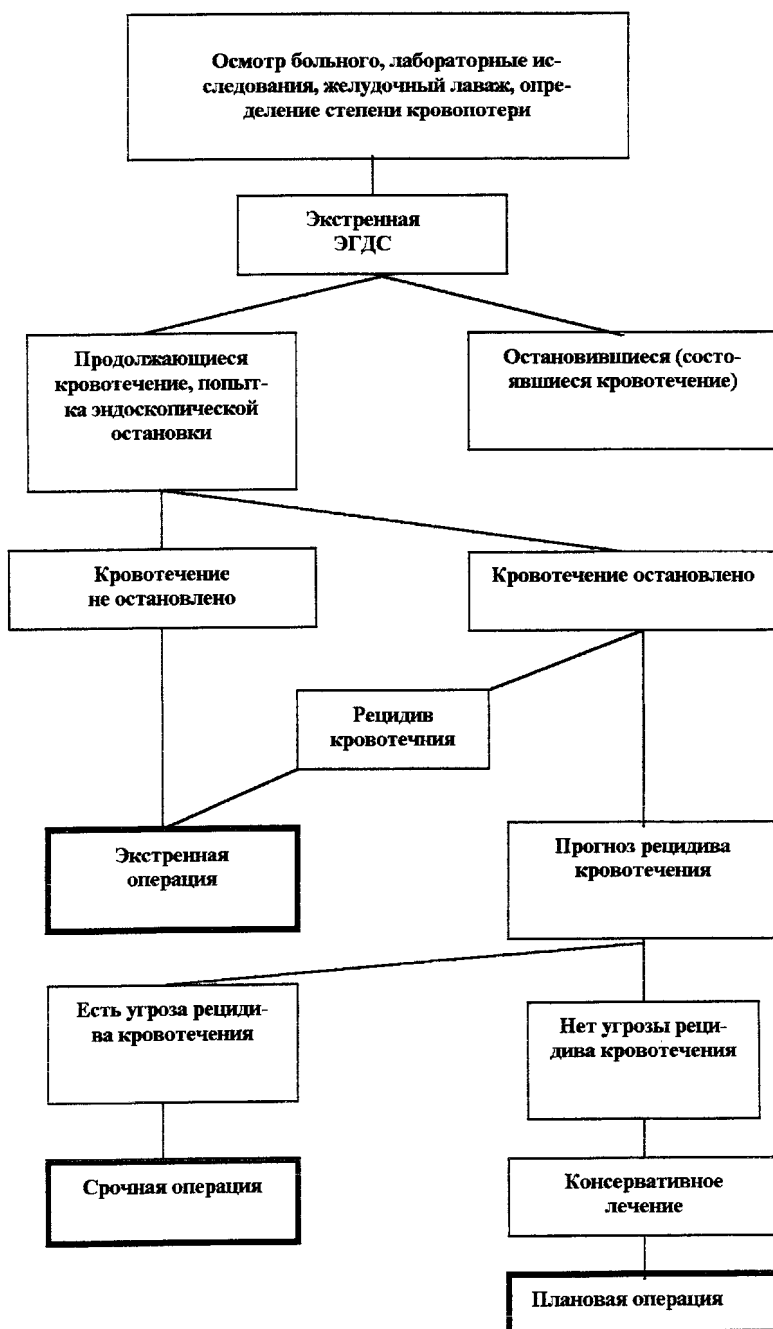


Таблица 4

Характер оперативного вмешательства и летальность

Виды оперативного вмешательства	Количество больных	Летальность
Резекция желудка по Б-I	42	5
Резекция желудка по Б-II	34	3
Прошивание кровоточащей язвы желудка и 12-перстной кишки	23	1
Всего	99	9

Операция выбора на высоте кровотечения мы считаем резекцию желудка по Б-I или по Б-II (табл. 4). Гастротомия с прошиванием сосудов в дне язвы должна выполняться только у больных пожилого и старческого возраста на фоне тяжелых сопутствующих заболеваний. Летальность за анализируемый период составила 9,09%, и была обусловлена, прежде всего, тяжестью кровопотери и серьезной сопутствующей патологией.

Таким образом, в решении вопроса о сроках выполнения операции при острых желудочно-кишечных кровотечениях необходимо придерживаться индивидуализированной активно-выжидательной тактики (схема). При отсутствии эффекта от проводимой консервативной терапии у больных с длительным язвенным анамнезом и наличием в прошлом кровотечения следует настойчиво предлагать оперативное лечение.

Литература

1. Василенко В.Х., Гребенев А.Я., Манулин А.А. Язвенная болезнь (современная представление) // М. Медицина - 1987. - С.288.
2. Кузин М.И., Егоров А.В. Результаты хирургического лечения язвенной болезни. //Хирургия - 1994. - 5.
3. Курыгин А.А., Гайворонский И.В., Скрыбин О.Н., Лебедев Н.Н., Тихонова Л.П. и др. Гемостатический эффект ваготомии при острых гастродуоденальных массивных кровотечениях. // Вестник Хирургии. - 1992. - 6. - С. 278-284.
4. Станулис А.И., Кузеев Р.Е., Ермаченков И.Г. Прогнозирование динамики язвенных гастродуоденальных кровотечений. // Актуальные вопросы практической медицины. (сборник научных работ). - М. - 1998. - С. 110-113.
5. Гринберг А.А., Забевахин И.И., Щеголев А.А. Хирургическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. - Москва - 1996. - с. 150.
6. Ярема И.В., Ковальгу Л.А., Кинт О.Н., Вардинец И.С. Хирургия язвенной болезни желудка. Сборник. // Актуальные вопросы практической медицины под редакцией Гольберга А.П., - Москва. - 1997. - 1, - С. 286-289.
7. Рычагов Г.П. Диагностика и лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений. // Здравоохранение Белоруссии. - 1993. - 11. - С. 16-19.
8. Acute surgical treatment of bleeding peptic ulcer. Aretrospective analysis of 193 patients. Ovaska J.T., Naarpianin R.K., Voutilainen P.E., Linnankivi A.R Second Department of Surgery, University Central Hospital, Helsinki, Finland. Ann-Chir. Gynaecol. - 1992. - 81. - 1. - 33-36.
9. Krwawiace wozody zoladka i dwanastnicy, Waldevar Jedrzeczyk, Crzegorz Jarczek. Polski przeclad chirurgiczny. 1989, - 61. - 2. - 82-86.

SURGICAL TREATMENT IN CASE OF GASTROINTESTINAL BLEEDING**F.N. ROMASHOF, H. M. AWAD**

Department of Hospital Surgery PFUR. *M-Maklaya st 8, Moscow, Russia, 117198*
Medical faculty

YU.V. YEGOROV, M.P. IVANOV

Municipal Hospital N 17. *Volynskaya st 7, Moscow, Russia, 119620*

Surgical treatment of 99 patients with gastrointestinal bleeding of different localization was analysed. Out of these 99 patients 70 were males and 29 were female. In 61 cases patients had bleeding of duodenum and in 38 cases bleeding from stomach took place.

All patients were operated, with that in 42 cases stomach resections were made by belrot-I and in 34 cases stomach resection were made by belrot-II. In 23 cases bleeding ulcers of stomach and duodenum were stitched.

Mortality was equal 9,09%.

The given algorithm of treatment of patients with gastrointestinal bleeding confirms the necessity of individualized active temporizing tactics, which contributes to timely efficient treatment and decrease of mortality.