

[УДК 616.002.44-089.168.1-06-089.81](#)

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

А.М. Машкин¹, А.В. Ефанов¹, А.А. Хойрыш¹, Е.Ю. Зайцев¹, С.Л. Царик¹, И.А. Воробьев², Н.Н. Федосеева²,

¹ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия»,

²Проблемная научно-исследовательская лаборатория клинической и профилактической гастроэнтерологии ТО ЮУНЦ РАН, г. Тюмень

Воробьев Игорь Александрович – e-mail: diva74@bk.ru

Проведен сравнительный анализ лечения 1484 пациентов с кровотечениями из верхних отделов пищеварительного тракта различной этиологии за период с 2000 по 2010 г. и 187 пациентов с перфоративными гастродуоденальными язвами за период с 2007 по 2010 г. Установлено, что применение метода аргоноплазменной коагуляции является высокоэффективным методом гемостаза при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. Применение метода эндоскопической аргоноплазменной коагуляции позволяет снизить хирургическую активность, сократить средние сроки пребывания пациента в стационаре, снизить материальные затраты на лечение. Хирургическое лечение перфоративных гастродуоденальных язв из минилапаротомного доступа позволяет облегчить для пациента послеоперационный период, сократить сроки его стационарного лечения и амбулаторной реабилитации. Обоснована целесообразность этапного стационарного и амбулаторного лечения пациентов с осложненным течением язвенной болезни.

Ключевые слова: гастродуоденальные кровотечения, аргоноплазменная коагуляция, эндоскопический гемостаз, перфоративная язва, минилапаротомный доступ.

The comparative analysis of treatment of 1484 patients with upper gastrointestinal bleedings of a various aetiology from 2000 on 2010 and patients with perforated ulcers from 2007 on 2010 are carried out. It is established, that application of a method of argon plasma coagulation is a highly effective method of a hemostasis at ulcer gastrointestinal bleedings. Application of a method argon plasma coagulations, allows to lower surgical activity, to reduce average terms of stay of the patient in a hospital, to lower material inputs on treatment. Surgical treatment of perforated ulcers from mini-access allows to facilitate the postoperative period for the patient, to reduce terms of its hospitalisation and out-patient aftertreatment. The expediency consecutive stationary and out-patient treatment of patients with the complicated current of a peptic ulcer is proved.

Key words: gastrointestinal bleedings, argon plasma coagulation, an endoscopic hemostasis, perforated ulcer, mini-access.

Актуальность

Язвенная болезнь во всем мире является широко распространенным заболеванием. В России этим заболеванием страдает примерно 1,5% населения [1–5]. Проблема лечения острых гастродуоденальных кровотечений остается одной из самых важных в urgentной хирургии, при этом наиболее остро сохраняется проблема лечения язвенных форм. Несмотря на прогресс в инструментальных методах диагностики, широкий спектр терапевтических средств и хирургических вмешательств, успехи анестезиологии и реаниматологии, летальность при этом заболевании на протяжении ряда лет остается постоянной и варьируется от 5 до 20,4%. При этом послеоперационная летальность составляет 5,7–35,2% [6]. Также отмечается тенденция к возрастанию числа больных, поступающих в стационар с тяжелой степенью кровопотери и анемией, требующей коррекции, как на стационарном, так и на амбулаторном этапах [7].

Тяжелое, угрожающее жизни осложнение язвенной болезни – перфорация, продолжает занимать ведущие позиции в структуре летальности от данной патологии. Количество операций при перфоративной язве на протяжении последних десятилетий держится на уровне 7,5–13,0 на 100 000 человек, а летальность составляет от 5 до 17,9% [1–7]. Ушивание перфоративных гастродуоденальных язв остается основным оперативным вмешательством, частота его выполнения в разных клиниках России составляет 30–97% [1–6]. В последние годы развитие хирургии перфоративной язвы идет по пути внедрения малоинвазивных методов, преимущества которых широко известны.

Отсутствие стандартизированного подхода и единой тактики в лечении пациентов, недостаточное использование современных методов эндоскопического гемостаза и малоинвазивной хирургии, недостаточное внимание хирургов к амбулаторному периоду реабилитации пациентов, перенесших язвенное кровотечение или перфорацию, требуют, на наш взгляд, пристального внимания.

Цель работы: оценить эффективность предложенного комплекса лечебно-профилактических мероприятий при язвенной болезни, осложненной перфорацией и гастродуоденальным кровотечением.

Материалы и методы

Исследование содержало анализ историй болезни 1484 пациентов, поступивших в экстренном порядке в ОАО МСЧ «Нефтяник» (г. Тюмень) с клиникой острых кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта различной этиологии за период с декабря 2002 по декабрь 2010 года включительно. Все пациенты были разделены на две группы. В основную группу исследования (n=1231, 2003-2010 гг.) вошли пациенты, которым приоритетно применялся эндоскопический аргоноплазменный метод гемостаза. Контрольную группу (n=253, 2002–2003 гг.) составили пациенты, у которых была использована традиционная активная тактика, а в качестве эндоскопического гемостаза применялись аппликационный и инъекционный методы.

В комплекс обследования и оценки состояния пациентов входили: обязательный минимум лабораторных и инструментальных исследований (общий анализ крови с гематокритом, анализ мочи, группа крови и резус-фактор, ЭКГ), оценка объема и тяжести кровопотери, визуализация источника кровотечения и его характеристика, объективизация

соматического статуса, прогноз риска рецидива кровотечения. Эндоскопическое исследование выполняли с помощью эзофагогастродуоденоскопа «Olympus GIF-XQ30» и видеоэндоскопического комплекса «Pentax EPM-3000». Аргоноплазменная коагуляция источника кровотечения производилась с применением аппарата для монополярной высокочастотной аргоноплазменной электрокоагуляции «Фотек EA-140» и «ФОТЕК-ЕА-141» производственного объединения «Фотек» (г. Екатеринбург, Россия).

Для операций по поводу перфоративной язвы у пациентов основной группы был использован специальный комплект инструментов «Мини-ассистент», спецификация «для резекции желудка», разработанный профессором М.И. Прудковым и выпускаемый ЗАО НПО «Лига-7» серийно (сертификат соответствия № РОСС RU.ИМО2.ВО8528).

Результаты исследования

Проведенный статистический анализ не выявил достоверной разницы по полу и возрасту между пациентами с кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта обеих групп (таблица 1). Анализ распределения пациентов по источнику кровотечения также не выявил достоверных различий между группами (таблица 2). И в основной, и в контрольной группе наибольшую долю занимали пациенты с кровотечениями язвенной этиологии (58,4±1,3 и 62,1±3,0; p>0,05).

ТАБЛИЦА 1.

Распределение пациентов в основной и контрольной группе по полу и возрасту (n=1484)

№ п/п	Показатель	Основная группа (n=1231)	Контрольная группа (n=253)	t	p
1.	Средний возраст мужчин, лет	46,6±0,5	46,2±1,1	0,3	>0,05
2.	Средний возраст женщин, лет	55,7±0,9	55,3±2,1	0,8	>0,05
3.	Средний возраст группы, лет	48,9±0,5	48,6±1,0	0,3	>0,05
4.	Доля мужчин, %	75,1±1,2	74,7±2,7	0,1	>0,05
5.	Доля женщин, %	24,9 ±1,2	25,3±2,7	0,1	>0,05

ТАБЛИЦА 2.

Распределение пациентов в зависимости от источника кровотечения

№ п/п	Источник кровотечения	Основная группа (n=1231)		Контрольная группа (n=253)		t	p
		Чел	Р±р, %	Чел	Р±р, %		
1.	Язва ДПК	375	30,5±13	83	32,8±2,9	0,7	>0,05
2.	Язва желудка	194	15,8±1,0	50	19,8±2,5	1,5	>0,05
3.	Сочетание язвы желудка и ДПК	11	0,9±0,3	3	1,2±0,7	0,4	>0,05
4.	Пептическая язва ГЭА	50	4,1±0,6	9	3,6±1,2	0,4	>0,05
5.	Острые язвы желудка и ДПК	89	7,2±0,7	12	4,7±1,3	1,6	>0,05
6.	Синдром Меллори-Вейсса	278	22,6±1,2	43	17,0±2,4	1,9	>0,05
7.	Эрозивные процессы	107	8,0±0,8	25	9,9±1,8	0,9	>0,05
8.	ВРВП	82	6,7±0,7	12	4,7±1,3	1,3	>0,05
9.	Опухоли пищевода и желудка	33	2,7±0,5	13	5,1±1,4	1,7	>0,05
10.	Рак БДС	1	0,1±0,1	-	-	-	-
11.	Синдром Дъелафуа	8	0,6±0,2	1	0,4±0,4	0,6	>0,05
12.	Полип желудка	1	0,1±0,1	2	0,8±0,6	1,3	>0,05
13.	Папилломатический разрез	2	0,2±0,1	-	-	-	-
14.	Всего	1231	100	253	100	-	-

В основной группе с продолжающимся на момент эндоскопического обследования кровотечением находились 185 пациентов (15,0±1,0%) от всех поступивших, в контрольной – 28 пациентов (11,1±2,0%), нестабильный гемостаз на

момент обследования отмечен у 730 пациентов ($59,3 \pm 1,4\%$) основной и у 155 пациентов ($61,2 \pm 3,1\%$) контрольной группы. Таким образом, основная и контрольная группы являются полностью сопоставимыми по состоянию источника кровотечения при поступлении, а следовательно, по показаниям к выполнению эндоскопического гемостаза. В целом 915 пациентов основной группы ($74,3 \pm 1,2\%$) и 183 пациента контрольной ($72,3 \pm 2,8\%$) имели показания к экстренному или превентивному противорецидивному эндоскопическому гемостазу.

У 144 пациентов контрольной группы был выполнен аппликационный эндоскопический гемостаз, у 20 – инъекционный гемостаз. Таким образом, 164 пациентам контрольной группы ($64,8\% \pm 8,6$) был выполнен эндоскопический гемостаз.

В основной группе эндоскопический гемостаз был применен у 70,2% пациентов. Из них в 84,5% случаев оказалось достаточным однократного применения АПК. У 125 (15,5%) пациентов АПК выполнялось два и более раза, показанием к этому послужил рецидив кровотечения, а также эндоскопическая картина нестабильного гемостаза при динамическом контроле.

Эффективность первичного выполнения АПК составила $94,7 \pm 0,7\%$, рецидив кровотечения – $5,3 \pm 0,7\%$. После повторного выполнения АПК у этих пациентов эффективность ее составила уже $98,2 \pm 0,4\%$. Только в $1,8 \pm 0,4\%$ АПК оказалась неэффективной при рецидиве желудочно-кишечного кровотечения, эти пациенты были оперированы. Применение метода АПК в комплексном лечении больных с острыми гастродуоденальными кровотечениями неварикозной этиологии позволило снизить частоту рецидивных кровотечений у пациентов с выполненным эндоскопическим гемостазом с $15,9 \pm 2,3\%$ в контрольной группе до $5,3 \pm 0,7\%$ в основной группе. Эффективность АПК при рецидивном кровотечении в основной группе достигла $75,0 \pm 2,1\%$, против $31,6 \pm 2,9\%$ в контрольной группе. Применение АПК позволило снизить хирургическую активность с $19,0 \pm 2,5\%$ в контрольной группе до $4,3 \pm 0,6\%$ в основной группе, или в 4,4 раза. Больничная летальность в контрольной группе составила $6,7 \pm 1,6\%$ (или $4,1 \pm 1,2\%$, если исключить варикозные кровотечения). В основной группе больничная летальность составила $5,0 \pm 0,6\%$ (или $2,3 \pm 0,4\%$, если исключить варикозные кровотечения). Средняя длительность пребывания в стационаре пациентов контрольной группы составила $8,5 \pm 0,3$ суток, в основной группе – $7,6 \pm 0,1$ суток соответственно.

С самого начала использования эндоскопической АПК мы в обязательном порядке применяли ингибиторы протонной помпы: с 2002 г. – Лосек, а с 2010 г. – Нексиум. В официальной аннотации к препарату «Нексиум» в России с марта 2010 г. существует отдельное показание: «При кровотечении из пептической язвы для профилактики рецидива кровотечения после эндоскопического гемостаза».

Нами накоплен определенный опыт применения минилапаротомного доступа при перфоративных гастродуоденальных язвах, в связи с чем проведен анализ 187 историй болезни пациентов, проходивших стационарное лечение в ОАО МСЧ «Нефтяник» г. Тюмени с 2007 по 2010 г. У 56 из них выполнено ушивание перфоративной язвы и санация брюшной полости из минилапаротомного доступа, без видеозн-

доскопической поддержки (основная группа больных). У остальных 131 – ушивание перфоративной язвы, санация брюшной полости из верхнесрединной лапаротомии (контрольная группа).

При анализе клинического материала исследования проведена сравнительная оценка течения послеоперационного периода после ушивания перфоративных гастродуоденальных язв у пациентов обеих групп. Так, средняя длина минилапаротомного доступа составила $45,2 \pm 0,8$ мм, что оказалось в 4,2 раза меньше средней длины традиционной лапаротомии ($t=64,3$). Средняя продолжительность операции в основной группе составила $54,2 \pm 1,7$ мин., в контрольной $57,5 \pm 3,0$ мин. ($t=0,1$).

При анализе выявлено статистически достоверное различие в выраженности болевого синдрома после операции: у пациентов основной группы болевой синдром полностью купировался к 3-м суткам ($t=24,7$), что нашло отражение в уменьшении длительности периода обезболивания, практически полный отказ от применения наркотических анальгетиков. Результатом меньшей операционной травмы и более быстрого функционального восстановления явилось сокращение среднего срока активизации пациентов после операции и среднего послеоперационного койко-дня, который составил для пациентов основной группы $4,6 \pm 0,2$ суток, в то время как для пациентов контрольной группы этот показатель составил $7,7 \pm 0,2$ ($t=11,0$).

С учетом цикличности язвенной болезни и склонности ее к рецидивам, мы с 2004 г. после выписки из стационара всех пациентов в обязательном порядке стали направлять к гастроэнтерологу ГЛПУТО «Консультативно-диагностический центр» (г. Тюмень) для реализации принципа преемственного лечения. На амбулаторном этапе гастроэнтеролог реализует целый ряд обязательных задач при лечении осложненной язвенной болезни. По нашему опыту, терапевт обычной участковой поликлиники не решает эти задачи в полном объеме, отсюда и выбор такого алгоритма преемственного лечения. В целях совершенствования специализированной медицинской помощи пациентам с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки был создан Регистр пациентов с вышеуказанной патологией на основе автоматизированной системы [8]. Благодаря функционалу данной системы появилась возможность в электронном виде обрабатывать информацию о пациентах, перенесших язвенные кровотечения или иные хирургические осложнения, заниматься целенаправленной профилактикой возможности их рецидива. Так, за период с 23 июля 2009 года по 31 марта 2011 г. количество пациентов с язвенной болезнью в регистре составило уже 1476 человек. Хотя идея привлечения гастроэнтерологов к лечению больных с язвенными кровотечениями периодически высказывается, но публикаций о системном ее использовании мы не нашли.

Обсуждение

В основу нашей работы положена точка зрения, что наиболее важными компонентами комплекса лечебно-профилактических мероприятий при гастродуоденальных язвах, осложненных кровотечением или перфорацией, являются:

1. приоритет эндоскопического гемостаза перед хирургическим методом, использование АПК как наиболее эффективного способа;

2. грамотная, современная антисекреторная терапия на стационарном и амбулаторном этапе;

3. при отсутствии противопоказаний следует считать уширение перфоративной язвы из минилапаротомного доступа методом выбора у всех пациентов с перфоративной язвой пилородуоденальной зоны;

4. строгая и обязательная преемственность в лечении пациентов врачей-хирургов и гастроэнтерологов.

Выводы

Таким образом, применение метода АПК в комплексе с адекватной антисекреторной терапией у больных с острыми гастродуоденальными кровотечениями позволило в 3 раза снизить частоту рецидивных кровотечений ($t=4,4$; $p<0,001$), в 4,4 раза уменьшить количество вынужденных оперативных вмешательств ($t=5,0$; $p<0,001$). Применение малоинвазивных методов лечения осложненной язвенной болезни желудка и ДПК (минилапаротомный доступ, АПК) позволяет сократить средние сроки стационарного лечения пациентов. Тактически правильной является обязательная передача пациентов с язвенными кровотечениями от врача-хирурга к врачу-гастроэнтерологу. Полноценной реализации комплекса лечения и профилактики помогает применение современных компьютерных программ.



ЛИТЕРАТУРА

1. Борисов А.Е., Земляной В.П., Акимов В.П., Рыбкин А.К.. Неотложная хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. С.-Пб.: Человек, 2002.
2. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв. Хирургия. 2003. № 3. С. 43-6.
3. Шептулин А.А. Язвенная болезнь – расширять ли показания к хирургическому лечению? Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2003. № 5. С. 4-2.
4. Абакумов М.М., Адамян А.А., Акчури Р.С., Алексеев М.С. Под общей ред. С.В. Савельева /ред.-сост. А.И. Кириенко. 80 лекций по хирургии. М.: Литтерра, 2008.
5. Soll A.H. Peptic ulcer and its complications. Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. - Philadelphia – London – Toronto – Monreal – Sydney – Tokyo. 1998. № 1. P. 620-58.
6. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д. Хирургическое лечение язвенной болезни, осложненное кровотечением и перфорацией. Российский журнал Гастроэнтерологии, Гепатологии, Колопроктологии. 2003. № 1. С. 50-7.
7. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии (патогенез, диагностика, лечение): Руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.
8. Евсеев М.А. Антисекреторные препараты в неотложной хирургической гастроэнтерологии. М.6 «КВАН», 2009. 173 с.
9. Свидетельство о госрегистрации программы для ЭВМ 2010611876 Российская Федерация. Автоматизированная система «Формирование регистра больных язвенной болезнью желудка» / Чесноков Е.В., Санников А.Г., Шарапова Л.П., Воробьев И.А., Савченко Н.М., Егоров Д.Б., Федосеева Н.Н., Машкин А.М., Соловьева Н.В. № 2010610364; заявл. 22.01.2010; зарегистр. 11.03.2010.
10. Кубышкин В.А., Федоров Е.Д., Петров Д.Ю.. Методики эндоскопического и медикаментозного гемостаза при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. Материалы VI Всероссийской конференции общих хирургов. «Издательство «Триада». 2010. С. 89.
11. Фёдоров Е.Д., Юдин О.И., Петров Д.Ю., Степнов М.В., Е.В. Иванова Е.В. Эффективность применения эндоскопической аргоноплазменной коагуляции в сравнении с биполярной диатермокоагуляцией при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2008. № 6. С. 33-37.