

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ ХИРУРГИЯ КРОВОТОЧАЩЕЙ ЯЗВЫ

Кафедра хирургии № 2 ФПК и ППС Кубанского государственного медицинского университета

Хирургия осложненной язвы на современном этапе характеризуется резким снижением количества плановых операций, что является следствием активной разработки и внедрения в практику новых антисекреторных препаратов [1, 4]. Отказ от хирургического вмешательства в стандарте лечения язвенной болезни в последние годы привел к увеличению числа больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями (ЯГДК), повышению доли гастродуоденальных кровотечений в общей структуре осложнений язвенной болезни с 20 до 40–51% и, соответственно, увеличению частоты экстренных оперативных вмешательств [2, 3]. Летальность при ЯГДК на протяжении ряда лет остается неизменной [1, 2, 5] и составляет 5–14%, при продолжающемся кровотечении достигает 19–32%, при рецидивном возрастает до 30–45%. Если учесть высокую частоту рецидивных кровотечений, составляющую 15–25%, а по некоторым данным, даже 50–70%, то становится очевидным, что рецидивные гастродуоденальные кровотечения (РГДК) все в большей степени определяют результаты лечения ЯГДК.

За десятилетний период работы клиники пролечено 1352 больных с язвенной болезнью, осложненной кровотечением. Возрастные группы – от 16 и до 87 лет. Мужчин – 68%, женщин – 32%. С язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ДПК) – 805, с язвенной болезнью желудка – 517, с сочетанной язвенной болезнью желудка и ДПК – 12, с пептической язвой гастроэнтеноанастомоза – 18. 214 больных были доставлены в состоянии средней тяжести, состояние 1020 больных было расценено как тяжелое, причем 483 из них с клиникой геморрагического шока, и 118 больных в крайне тяжелом состоянии, обусловленном массивным кровотечением и сопутствующей патологией. Наличие и выраженность клинических проявлений зависели от локализации источника кровотечения, объема и скорости кровопотери.

Диагностическую ценность представляли в основном определение длительности кровотечения и верификация клинических проявлений. До 6 часов обратились 74% пациентов, до 24 ч. – 18%, до 48 ч. – 5% и свыше 2 суток – 3%. Наличие в анамнезе коллапса, как правило, указывало на тяжелую степень кровопотери.

Падение уровня гемоглобина, уменьшение числа эритроцитов, снижение гематокрита, относительный лейкоцитоз ориентируют в отношении тяжести кровопотери. Однако следует отметить, что в первые часы от начала острого кровотечения эти показатели менялись несущественно. Состояние гемокоагуляции определялось по стандартным показателям коагулограммы и тромбоэластограммы. При тяжелой и длительной кровопотере развивалась гипокоагуляция как одно из проявлений синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания.

Являясь общепринятым стандартом в обследовании больных с желудочно-кишечным кровотечением, экстренная фиброгастродуоденоскопия, выполнявшаяся всем больным сразу же после госпитализации, обладала практически 100%-ной информативностью у больных с язвенными кровотечениями при источнике из желудка или двенадцатиперстной кишки, за исключением ряда случаев повторных эндоскопий, потребовавшихся в связи с необходимостью подготовки к исследованию из-за возникших трудностей при осмотре, вследствие желудочного содержимого (сгустки крови, остатки пищи). Основными признаками, выявляемыми эндоскопически, являлись: наличие и локализация язвенных дефектов желудка и ДПК, их размеры, наличие или отсутствие продолжающегося кровотечения, присутствие свежей или измененной крови, а также наличие тромбов или тромбированных сосудов. Размеры варьировали от 0,5 до 8,0 см. Преимущественная локализация в желудке – малая кривизна. Высокие локализации (кардия и субкардия) характеризовались более обширными язвенными поражениями.

Наиболее характерная локализация дуоденальных кровоточащих язв – большая кривизна луковицы и задняя стенка, причем залуковичная локализация выявлена в 53 случаях. Гигантские язвы ДПК определены у 56 больных с размерами от 2,5 до 6 см. Сочетанная язвенная болезнь выявлена в 12 наблюдениях, причем во всех случаях с признаками стенозирования и вторичной стазовой язвой желудка. Пептические язвы гастроэнтеноанастомоза после резекции желудка – 18 наблюдений. Нарушение функции кардиального жома (дилатация его) описано у 249 больных. Во всех случаях применялись методы эндоскопического гемостаза (орошение капрофером, инъекции раствора адреналина, спиртовая и клеевая инфильтрация слизистой оболочки).

В плане предоперационного обследования также уделялось внимание выявлению сопутствующей патологии. Тяжесть ее существенным образом усугубляла клиническую картину кровотечения. Острая коронарная патология – 16, острое нарушение мозгового кровообращения – 8, гемипарез (постинсультный) – 6, механическая желтуха – 5, запущенная онкопатология – 2, ранний п/о период после урологических операций – 3, ангиохирургических – 2 и пневмонэктомии – 1 – значительно утяжеляли состояние больных и требовали проведения дополнительных лечебно-диагностических мероприятий и тактических решений. Длительный прием нестероидных противовоспалительных препаратов, в том числе и самолечением, – 48. Хронический бронхит диагностирован у 85 больных; ИБС, атеросклеротический кардиосклероз выявлены в 147 случаях; хронический гепатит – цирроз печени – у 53 больных и хронический пиелонефрит – в 22 случаях.

Минимальный объем проведенного обследования объясняется необходимостью установления точного диагноза в весьма сжатые сроки, так как фактор времени на этапе диагностики играет весьма существенную роль в непосредственных результатах лечения больных с ЖКК. В ряде случаев на фоне тяжелого геморрагического шока дообследование больных в сочетании с предоперационной подготовкой проводилось на операционном столе.

Выявление при ФГДС продолжающегося кровотечения или же угрозы повторного служило абсолютным показанием к экстренному оперативному вмешательству. Кроме того, мы выделяем группу больных с высоким риском рецидива кровотечения: признаки нестабильного гемостаза (тромбы в язве, большое количество сгустков в желудке), обширные язвенные поражения, а также имевший место коллапс на догоспитально-госпитальном этапе. Основными критериями предоперационной подготовки являлись коррекция гомеостаза, гемостатическая и антацидная терапия, а также одновременная максимально возможная коррекция сопутствующей патологии.

Наша клиника является последовательным сторонником поиска и внедрения радикальных органосохраняющих технологий в хирургическом лечении осложненной гастроэнтерологической патологии, в частности кровоточащей язвы. При дуоденальной язве в золотом стандарте – радикальная дуоденопластика, в том числе при постбульбарных околососочковых локализациях, при желудочных язвах различные варианты гастропластики. В клинике разработана и с успехом применяется комплексная органосохраняющая технология радикального хирургического лечения язвенной болезни желудка, осложненной кровотечением из гигантских кардиальных язв, – продольно-поперечная гастропластика (патент на изобретение № 2241387). При дистальных локализациях кровоточащих каллезных язв наилучшими функциональными результатами зарекомендовала себя псевдопилорическая трубчатая резекция желудка Б-1.

Оперированы 512 больных. Из них в экстренном порядке – 326, в отсроченном (свыше суток) – 107 и на фоне рецидива кровотечения (в стационаре) – 79. К причинам рецидивных кровотечений в ряде случаев следует отнести недооценку хирургами возможности рецидива, но основной причиной все больше становится отказ больного от предложенного оперативного лечения. В связи с категорическим отказом от операции 16 больных были оперированы по медицинским показаниям на фоне тяжелейшего геморрагического шока с выраженными гемодинамическими нарушениями в результате рецидивного кровотечения.

По поводу язвенной болезни желудка выполнено 163 операции. Тактические критерии в выборе технологии оперативного вмешательства окончательно определялись после интраоперационной диагностики и зависели от локализации язвы, наличия и распространенности пенетрации, тяжести состояния больного. Наиболее тяжелая группа больных с тяжелой кровопотерей и выраженной сопутствующей патологией оперирована в объеме иссечения кровоточащей язвы (18 случаев). Тяжесть данной группы и определила более высокую летальность.

Гастропластика (56 случаев) в отличие от простого иссечения язвы предусматривает радикальное удаление язвы и сохранение важных анатомо-физиологических

структур, таких как главный желудочный нерв и восстановление замыкательной функции кардии. Хирургических осложнений не было. В 2 случаях после исследования препарата была выявлена малигнизация язвы, по поводу чего впоследствии была выполнена гастрэктомия. Летальность связана с тяжелой сопутствующей кардиальной патологией на фоне постгеморрагической анемии.

Псевдопилорическая трубчатая резекция желудка Б-1 производилась у 34 больных при кровоточащих обширных дистальных пенетрирующих язвенных поражениях с разрушением главного желудочного нерва, а также при сочетании дистальной язвы желудка и язвы ДПК. Выявление в 1 случае очагов малигнизации в дне язвы у больного преклонного возраста потребовало динамического наблюдения, больной был передан онкологам. Случай летального исхода у больного, оперированного по поводу обширного язвенного поражения всей малой кривизны желудка, был следствием тяжелой послеоперационной деструктивной пневмонии.

Особые трудности возникают в выборе тактики и способа оперативного лечения гигантских кардиальных язв желудка, которые относятся к категории трудных. Применение разработанной в клинике продольно-поперечной гастропластики позволило максимально снизить эти трудности при удалении язвы и восстановлении естественной формы, резервуарных свойств и эвакуаторной функции желудка. Малигнизации не зарегистрировано. Один летальный исход у больного, оперированного на фоне острого инфаркта миокарда.

По поводу язвенной болезни ДПК выполнено 349 операций. Причинами осложнений при выполнении дуоденопластики являлись технические ошибки при наложении кишечного шва, выразившиеся в 4 случаях стеноза и 2 несостоятельности анастомоза, потребовавших редуоденопластики у 4 больных с 1 летальным исходом. Острый панкреатит зарегистрирован у 7 пациентов с обширными язвенными поражениями, причем клиническая манифестация отмечена у 3, в остальных случаях он проявился лишь лабораторно. К послеоперационным осложнениям отнесены и 2 острых инфаркта миокарда, развившихся в раннем периоде, приведших к летальным исходам. В основном летальность была связана с прогрессированием тяжелой сопутствующей патологии на фоне тяжелой кровопотери в результате рецидивного кровотечения.

По поводу сочетанной язвенной болезни желудка и ДПК выполнено 12 операций. Особенности данной группы больных является наличие дуоденального язвенного стеноза различной степени – 10 наблюдений, из них 4 оперированы ранее в срок до 1 месяца в объеме ушивания перфоративной язвы ДПК. Из них 8 – дуоденопластика + гастропластика и 4 псевдопилорические трубчатые резекции желудка Б-1. Осложнений и летальных исходов не было.

По поводу кровоточащей пептической язвы гастроэнтероанастомоза оперированы 15 больных в объеме иссечения кровоточащей язвы 11, в 1 случае с реконструкцией по Ру, и ререзекции с редуоденизацией 4 с 1 летальным исходом.

Хирургическая активность составила 37,8% с послеоперационной летальностью 5,5%. Сравнительно высокий уровень общей летальности (7,8%) сформирован преимущественно неоперированной возрастной группой больных с тяжелой острой и хронической сопутствующей патологией, т. е. сложилась ситуация, когда хирургическая активность сдерживалась

по относительно объективным причинам либо в результате отказа больного от операции.

С целью предупреждения рецидива язвы нами было проведено обследование 42 больных на наличие хеликобактерной инфекции. Из них положительная реакция на инфекцию наблюдалась у 37. Мы пользовались стандартной схемой эрадикационной терапии, считая чрезвычайно важным, прежде всего, профилактическую направленность возможного рецидива дуоденальной язвы после радикальной дуоденопластики. Схема эрадикационной терапии включала: блокаторы Н⁺ К⁺ АТФ-азы (омепразол, некسيوم) по 20 мг х 2 раза/день в течение 1 месяца, кларитромицин 1 млн. х 2 раза/день в течение 7 дней, орнидазол 500 мг х 3 раза/день в течение 7 дней. Выполнена контрольная ЭГДС с биопсией слизистой антрального отдела желудка на *Helicobacter pylori* после начала лечения. В течение наблюдаемого периода рецидивов язвенной болезни при добросовестном применении эрадикационной терапии не было.

Таким образом, несмотря на то что консервативная терапия, без сомнения, является приоритетной в лечении язвенной болезни, вероятность развития хирургических осложнений остается достаточно высокой. Самым частым и самым грозным является кровотечение. Фактор времени на догоспитально-госпитальном этапе играет существенную роль в непосредственных результатах лечения язвенных кровотечений.

Диагностический алгоритм в настоящее время отработан и вполне достаточен для принятия рационального тактического решения. Но, как показывает практика, подавляющее количество осложнений и летальных исходов происходит в результате прогрессирования сопутствующей патологии. У больных преклонного возраста и с тяжелой сопутствующей патологией целесообразна дальнейшая разработка методов оценки функциональной операбельности.

Методы эндоскопического гемостаза в сочетании с консервативной терапией эффективны, но ввиду опасности развития рецидивного кровотечения должны рассматриваться преимущественно в качестве предоперационной подготовки.

Оправданы дальнейшая разработка и внедрение новых щадящих технологий как анестезиологического

пособия, так и радикального органосохраняющего хирургического лечения больных с кровоточащей язвой.

Поступила 22.02.2008

ЛИТЕРАТУРА

1. Гостищев В. К., Евсеев М. А. Острые гастродуоденальные язвенные кровотечения: от стратегических концепций к лечебной тактике. М.: Анта-Эко, 2005. С. 352.
2. Ермолов А. С., Пахомова Г. В., Тверитнева Л. Ф. и др. Особенности диагностики и лечения кровоточащих пенетрирующих язв желудка и 12-перстной кишки // Диагностика и лечение желудочно-кишечных кровотечений. М., 2002. С. 5–8.
3. Ефименко Н. А., Лысенко М. В., Асташов В. Л. Кровотечение из хронических гастродуоденальных язв: современные взгляды и перспективы лечения // Хирургия, 2004, № 3. С. 56–59.
4. Оноприев В. И. Радикальная дуоденопластика в хирургии осложненных дуоденальных язв. Хирургическое лечение осложненной язвенной болезни. 50 лекций по хирургии / Под ред. В. С. Савельева. М.: «Медиа Медика», 2003. С. 281–291.
5. Панцырев Ю. М., Михалев А. И., Федоров Е. Д. и др. Хирургическое лечение осложненной язвенной болезни. 50 лекций по хирургии / Под ред. В. С. Савельева. М.: «Медиа Медика», 2003. С. 248–258.

**M. I. KLUSHNIKOV,
A. N. PAHILINA, A. N. LISHCHENKO**

ORGAN RETAINING SURGERY OF BLEEDING ULCER

Treated 1352 patients with a peptic ulcer of a stomach and the duodenal complicated with a bleeding. The majority of complications and lethal outcomes occurs as a result of accompanying pathology. Methods of endoscopic hemostasis in a combination to conservative therapy are effective, but because of danger of development of a recurrent bleeding should be surveyed mainly as preoperative preparation. The further development and introduction of technologies radical organ retaining surgical treatment of patients with bleeding ulcer is expedient on the basis of a gastropasty and a duodenoplasty.

Key words: gastroduodenal bleeding, organ retaining operations, a duodenoplasty, a gastropasty.

**А. Я. КОРОВИН, В. А. КУЛИШ,
Т. Н. ЛОБУНОВА, С. В. АВАКИМЯН, Р. В. ГЕДЗЮН**

ОЦЕНКА ВЫБОРА МЕТОДА ГЕМОСТАЗА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РЕЦИДИВА КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Кафедра госпитальной хирургии с курсом урологии

Кубанского государственного медицинского университета, клиническая больница СМП, г. Краснодар

Введение

До настоящего времени ведётся активный поиск средств и методов остановки и лечения острых язвенных гастродуоденальных кровотечений (ЯГДК). Несмотря на уже имеющиеся возможности консервативного

и оперативного гемостаза в язвах, признать проблему решённой не позволяет высокий уровень общей летальности при ЯГДК, достигающий 10–14% [1, 3, 5]. Увеличение числа летальных исходов наблюдается в случаях, когда кровотечение не было остановлено