

А.Н. Плеханов<sup>1</sup>, С. Золбоот<sup>2</sup>, Е.Н. Цыбиков<sup>1</sup>ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ  
С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ<sup>1</sup> Бурятский филиал НЦРВХ СО РАМН (Улан-Удэ)<sup>2</sup> Монгольский государственный медицинский университет (Уланбаатар)

*В данной статье приведены современные методы диагностики, консервативной и хирургической тактики при желудочных кровотечениях. Показано, что активно-выжидательная тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях является наиболее оптимальной.*

**Ключевые слова:** кровотечения желудочные, диагностика, лечение

PECULIARITIES OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH GASTRODUODENAL  
HEMORRHAGESA.N. Plekhanov<sup>1</sup>, S. Zolbohot<sup>2</sup>, E.N. Tsibikov<sup>1</sup><sup>1</sup> Buryat Branch of SCRRS SB RAMS (Ulan-Ude)<sup>2</sup> Mongolian Medical University (Ulaanbaatar)

*The article describes modern methods of diagnostics, conservative and surgical tactics at stomach hemorrhages. It has been shown that active-expectant method at ulcerous gastroduodenal hemorrhages is the most optimum.*

**Key words:** stomach hemorrhages, diagnostics, treatment

Желудочно-кишечные кровотечения при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки являются наиболее тяжелым осложнением, встречающимся у 15–20 % больных язвенной болезнью [2]. Эти кровотечения наблюдаются в любом возрасте: как у новорожденных, так и у лиц пожилого и старческого возраста. Они чаще наблюдаются у лиц в возрасте от 20 до 60 лет, преимущественно у лиц мужского пола (70 %). В структуре желудочно-кишечных кровотечений, геморрагии язвенной природы занимают 65–75 % [5].

По данным В.Н. Горбунова (1991) после перенесенного кровотечения у 30 % больных наступает его рецидив в ближайшие 5 лет, а после второго кровотечения частота рецидива возрастает до 60 %. По данным И.Н. Пиксина (1997) наиболее часто профузные, тяжелые кровотечения наблюдаются из язв задней и медиальной стенок луковицы двенадцатиперстной кишки. Желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) являются одной из нерешенных проблем экстренной хирургии. Достаточно сказать, что летальность от них по данным ряда авторов достигает 4–19 % [1, 3], т.е. в отдельных лечебных учреждениях из пяти поступивших пациентов один умирает [4]. Общеизвестно, что в 50 % причинной кровотечения является язвенная болезнь, несмотря на наличие эффективных противоязвенных лекарственных препаратов.

**Цель работы** — изучить возможности ранней диагностики желудочно-кишечных (эрозивно-язвенных) кровотечений и лечебной эндоскопии, а также консервативной комплексной терапии их последствий, разработанной для применения в амбулаторной практике.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Первоначальное амбулаторное обследование было выполнено 220 лицам (из них 188 мужчин) в возрасте 18–62 лет с подозрением и/или наличием в анамнезе желудочно-кишечного кровотечения (ЖКК). Всем больным была выполнена ФГДС (эндоскоп фирмы «Олимпус») с рН-метрией желудочного сока, микроскопией биопсийного материала слизистой оболочки в мазках-отпечатках и/или гистологических срезах для обнаружения пилорических хеликобактерий (Нр), ультразвуковое исследование органов брюшной полости, общеклинические (анализ крови, мочи, кала на скрытую кровь, яйца глистов и простейшие), биохимические анализы. Сразу при поступлении в приемном отделении у больных исследовалась кровь на: содержание гемоглобина, количества эритроцитов, цветной показатель, гематокритная величина. Определялись группа крови и резус-принадлежность. В 8 случаях из-за подозрения перехода язвы в рак было проведено дополнительно рентгенологическое исследование желудка путем приема внутрь сернокислого бария.

С целью остановки ЖКК выполняли одну из перечисленных методик [1]: электрокоагуляцию, обкалывание подслизистого слоя вокруг язвы 0,1 % раствором адреналина, применяли пленкообразующий фибриновый клей, 2–4 мл на поверхность язвенного дефекта. Лечение Нр-положительной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки ДПК проводилось амбулаторно.

Комплексная консервативная терапия проводилась с целью заживления язвы, эрадикации Нр, увеличения гемоглобина крови и включала: омез (омид или париет) по 20–60 мг/сутки, де-

нол по 480 – 600 мг/сутки, кларитромицин по 500 – 1000 мг/сутки (10 дней), амоксициллин по 1500 – 300 мг/сутки (7 – 10 дней), тардиферон по 256 – 512 мг/сутки, цианокобаламин по 200 мкг/сутки (5 дней), аскорбиновую кислоту по 100 мг/сутки (7 дней).

# РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При поступлении больные жаловались на слабость, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, рвоту типа «кофейной» гущи, черного цвета стул. При ФГДС в 72,8 % случаях найдена кровоточащая язва двенадцатиперстной кишки, у 27,2 % – кровоточащая язва желудка. Размеры язв наблюдались от 0,3 до 0,4 см в диаметре. Содержание гемоглобина при поступлении в стационар колебалось в пределах от 46 до 170 г/л, количество эритроцитов от 1,4 до  $5,0 \times 10^{12}/л$ , цветной показатель составил от 0,8 до 1,0, а гематокритная величина от 17 до 40 %.

По данным комплексного обследования с использованием эндоскопии, причиной гастроудоденального кровотечения (активное, остановившееся, состоявшееся) стали: язвенная болезнь желудка – 20,0 %; язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки – 55,0 %; острая эрозия и/или гастродуоденальная язва – 25,0 %, что практически не отличается от данных [2].

В изучении характеристики активности кровотечения и вероятности его рецидива оценивалась согласно эндоскопической классификации по J.A. Forrest (1974).

Представляет интерес сопоставить полученные данные с ранее выполненными исследованиями автора о частоте ЖКК у раненных после минно-взрывной травмы или огнестрельного ранения [3]. Согласно этим данным при активной фиброгастродуоденоскопии у 50 человек острые эрозивно-язвенные поражения гастродуоденальной слизистой оболочки были выявлены у 30,0 % человек, а ЖКК (активное, остановившееся) среди них – у 33,3 % больных.

Нр-позитивная язва двенадцатиперстной кишки была выявлена у 56 больных. После выполнения локального эндоскопического гемостаза 143 больным с продолжающимся (активным) язвен-

ным ЖКК кровотечение было остановлено у 84 (58,7 %) человек, у 36 (25,2 %) человек остановить кровотечение не удалось, а у 23 (27,4) человек ЖКК возобновилось через 20 – 26 часов, что свидетельствует о необходимости поиска новых лечебных технологий и индивидуализации схем применения лечебной эндоскопии.

Кровотечение легкой степени тяжести установлено у 47,9 %, средней степени тяжести – у 36,9 % и тяжелой степени – у 15,2 %. У 16,6 % больных выявлены тяжелые сопутствующие заболевания: ишемическая болезнь сердца, бронхиальная астма, сахарный диабет, мочекаменная болезнь и другие.

Ведение больных с наличием кровотечения из верхних отделов ЖКТ, чаще связанных с эрозивно-язвенным поражением желудка и ДПК, осуществлялось в три этапа.

- Неотложные мероприятия, направленные на выявление источника кровотечения, его остановку и коррекцию гемодинамических и метаболических расстройств.
- Лечение, направленное на восстановление целостности пораженного органа с учетом этиологии и патогенеза основного заболевания.
- Профилактика рецидивов кровотечения, включающая рациональную терапию основного заболевания.

На фоне применения комплексной консервативной терапии рубцевание язвы луковицы двенадцатиперстной кишки наблюдали через 2 недели у 33 (80,0 %) больных с последствиями желудочно-кишечных кровотечений, а через 4 недели у 39 (95,0 %) больных – через 4 недели, что совпадает с данными, приведенными [4] в отношении эффективности лечения язвенной болезни, не осложненной кровотечением.

С учетом результатов обследования, в том числе комплексного, а также данных литературы, были выявлены показания к лечению в хирургическом стационаре в 22,0 % случаев, к оперативному лечению – в 11,0 % случаев, к лечению в гастроэнтерологическом стационаре – в 19,0 % и к консервативному комплексному амбулаторному лечению – в 55,5 % случаев.

По данным В.П. Петрова с соавт. (1990), экстренные операции (на высоте кровотечения) были

Классификация активности кровотечения по J.A. Forrest (1974) N – 220

Таблица 1

|      |                                                                                                                  |     |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
|      | Активное                                                                                                         | 120 |
| F 1a | Артериальное кровотечение в виде пульсирующей струи                                                              | 29  |
| F 1в | Капиллярное или венозное кровотечение в виде подтеканий                                                          | 107 |
|      | Неактивное                                                                                                       | 100 |
| F 2a | Язва с видимым неппульсирующим сосудом в виде «столбиков» красного, белого, или серо-желтушного пятна, аневризмы | 46  |
| F 2в | Язвы с наличием темно-вишневого, темно-багрового или рыхлого белесоватого тромба                                 | 43  |
| F2с  | Язва с отложением гематина                                                                                       | 16  |
| F 3  | Язва без признаков недавнего кровотечения (стадия фибринозных наложений)                                         | 11  |

выполнены 12,6 % больным, срочные (в течение первых двух суток) — 42,3 %, в позднем периоде (на 12—14 сутки) — 45,1 % больным. Среди больных, оперированных на высоте кровотечения, летальность составила 15,8 %; после срочных операций умерли 6,3 % больных; летальность при операциях в позднем периоде составила 2,8 %.

Оптимизация хирургической тактики при кровоточащих язвах желудка и двенадцатиперстной кишки возможна при детальной оценке прогностических факторов рецидива кровотечения: локализации язвы, эндоскопических критериев надежности гемостаза, адекватности консервативных мероприятий, тяжести кровопотери. В клинической практике уже на протяжении многих лет между собой конкурируют три основных направления в тактике лечения больных с кровотечениями из язв желудка и двенадцатиперстной кишки: активная тактика, активно-выжидательная и выжидательная. Наша клиника придерживается активно-выжидательной тактики. Лечение больных начинаем с консервативных мероприятий, которые направлены на остановку кровотечения. Консервативное лечение проведено 71,6 % больным с положительным эффектом.

Мероприятия по остановке кровотечения начинали с локальной гипотермии желудка: на эпигастральную область прикладывали пузырь со льдом, с холодной водой, промывали желудок холодной водой. В некоторых случаях проводили криолаваж с введением в просвет желудка 0,2 % раствора норадреналина 4,0 мл в 150—200 мл гипертонического раствора хлорида натрия.

Для снижения моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки подкожно вводим 1,0 мл 0,1 % раствора атропина с целью устранения дефицита ОЦК, производим переливание коллоидных растворов: желатиноля, нативной плазмы, 5 % раствора глюкозы с инсулином. Для коррекции нарушенной центральной гемодинамики внутривенно вводим плазмозамещающие растворы: полиглюкин и реополиглюкин. С гемостатической целью внутривенно вводим 1 % раствор хлористого кальция 50—200 мл, внутримышечно — дицинон (12,5 % раствор этамзилата натрия) 4—6 мл, 5 % раствор аминокaproновой кислоты в количестве 100—200 мл. Последняя, блокируя активаторы пламиногена и частично угнетая действия пламина, оказывает гемостатическое действие.

При уровне гемоглобина ниже 60 г/л переливаем кровь. Целесообразна подача кислорода через нос для устранения гемической гипоксии и улучшения оксигенации тканей.

После остановки кровотечения консервативное лечение больных, направленное на заживление язв желудка и двенадцатиперстной кишки, в большинстве случаев проводилось в гастроэнтерологических и терапевтических отделениях.

Рецидив кровотечения после его остановки путем проведенных консервативных мероприятий отмечен у 3,1 % больных. В связи с неэффективностью консервативной терапии больным проводилось оперативное лечение.

Показаниями к выполнению экстренной операции у больных, страдающих язвенными гастродуоденальными кровотечениями, являются:

1. Продолжающееся кровотечение из культи пульсирующей артерии с диаметром более 1 мм.

2. Рецидив кровотечения на фоне проводимого лечения.

3. Угроза рецидива кровотечения при снижении содержания гемоглобина в крови до 80 г/л, гематокрита до 25 % и отрицательной эндоскопической эволюции признаков недавнего кровотечения в язве.

4. У больных с желудочно-кишечным кровотечением могут быть выполнены следующие хирургические вмешательства: радикальные, непродолжительные, малотравматичные, удаление язвенного инфильтрата.

Вопрос об объеме оперативного вмешательства при язвенном кровотечении остается дискуссионным. В нашей клинике операцией выбора остается резекция желудка, но больных пожилого и старческого возраста с тяжелой степенью кровопотери вынуждены проводить паллиативные операции:

- клиновидное иссечение язвы (9,8 %), экстрасгастрация, экстрадуденизация (9,8 %).

Окончательный гемостаз достигнут методом:

- инъекционной терапии — 81,2 %;
- электрокоагуляции — 82,2 %;
- клипирования — 94,6 %;
- инъекционной коагуляции — 92,8 %;
- орошения в комбинации с клипированием — 98 %.

Проведенные исследования показали, что при язвенных гастродуоденальных кровотечениях операция не должна заканчиваться прошиванием кровоточащего сосуда. Эта операция порочная, рецидив кровотечения возникает в 58,4 % в результате прогрессирующего некроза в патологическом очаге и аррозии того же сосуда. У 2/3 оперированных больных осложнение такого рода приводит к летальному исходу при иссечении язвы 12-ти перстной кишки обрабатывать культю надо открытым способом, под визуальным контролем с тем, чтобы иметь полную уверенность в иссечении язв, так как опасности оставленной низкорасположенной язвы, продолжающегося кровотечения, нередко приводит к фатальному исходу. В этой связи считаем операцию «резекция желудка для исключения язвы» не допустимой; а также следует напомнить, что ваготомия не является методом, обеспечивающим гемостаз.

В послеоперационном периоде у больных отмечены три основные группы нарушений функциональной деятельности организма: нарушения моторно-эвакуаторной деятельности желудочно-кишечного тракта, нарушения гемодинамики, нарушения дыхания. Постельный режим следует соблюдать в течение 3—4 суток. В это время обращаем внимание на вышеперечисленные три группы нарушений с целью их ликвидации. После оперативного вмешательства рецидив кровотечения наблюдался у 7 (4,8 %). Они были оперированы

повторно. Больные с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, находились в стационаре от 1 до 22 дней (в среднем 12 дней). С выздоровлением выписано 28,5 % больных, с улучшением — 68,6 %, умерло — 2,9 % больных.

Таким образом, активно-выжидательная тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях является оптимальной. Оперативное лечение необходимо проводить при рецидиве кровотечения после его остановки или неэффективности проводимой гемостатической терапии.

В комплекс диагностических мероприятий эрозивно-язвенных продолжающихся, останавливающихся кровотечений, наряду с изучением динамики жалоб, следует включать эндоскопическое обследование, причем предпочтение следует отдавать торцовым оптическим приборам.

Использование с целью достижения локального эндоскопического гемостаза электрокоагуляции, обкалывания лекарственными препаратами подслизистого слоя вокруг язвы, пленкообразующих средств приводит к полной либо кратковременной остановке кровотечения в более чем 80,0 % случаев.

Курсовое применение разработанной методики комплексной консервативной терапии приводит к рубцеванию язвенного дефекта через 2–4 недели у 80–95,0 % больных с состоявшимися ЖКК и эрадикации *Нр* в 97,5 % случаев.

Исход лечения желудочно-кишечных кровотечений зависит от исходной тяжести состояния больного, адекватности консервативной терапии, квалификации хирурга, своевременности оперативного вмешательства. В решении проблемы долж-

ны участвовать участковые терапевты — диспансеризация больных с язвенной болезнью, циррозами печени, хроническими гастритами, эндоскописты — владение методами эндоскопического гемостаза, хирурги — активно-выжидательная тактика, четкие показания к оперативному вмешательству, совершенствование хирургической техники. У больных пожилого и старческого возраста оперативное лечение должно быть активнее из-за угрозы рецидива кровотечения. Тактика при желудочно-кишечном кровотечении, имея общие принципы и методы, остается в каждом случае индивидуальной.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Горбунов В.Н. Показания к операции и выбор ее метода при кровоточащих **гастродуоденальных** язвах / В.Н. Горбунов // Хирургия. — 1991. — № 6. — С. 164–169.
2. Королев М.П. Эндоскопия в диагностике и лечении гастродуоденальных кровотечений / М.П. Королев, А.Е. Федотов // **Вестник хирургии**. — 1999. — № 6. — С. 16–20.
3. Петров В.П. Хирургическая тактика при гастродуоденальных кровотечениях язвенной этиологии / В.П. Петров // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. — 1990. — Т. 145, № 9. — С. 120–122.
4. Пиксин И.Н. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки / И.Н. Пиксин, В.И. Давыдкин. — Саранск, 1997. — 111 с.
5. Розанов Б.С. Тактика при кровоточащих язвах желудка и двенадцатиперстной кишки / Б.С. Розанов // Хирургия. — 1951. — № 4. — С. 20–27.

#### Сведения об авторах:

**Плеханов Александр Николаевич** — д.м.н., профессор, гл. хирург МЗ РБ, г. Улан-Удэ, Дом Правительства. Тел. 8 (3012) 21-49-20

**Цыбиков Еши Нянюевич** — д.м.н., РКБ им. Н.А. Семашко, г. Улан-Удэ, ул. Павлова, 12; тел. 8 (3012) 23-34-24