

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 H⁺ K⁺ 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 gastroplasty and a duodenoplasty.

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

**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

**Распределение больных гастродуоденальными язвами
по типу кровотечения, 2003–2007 гг.**

Эндотип кровотечения	Локализация язвы														Все-го абс.	%
	Желудочная язва					Все-го абс.	%	Дуоденальная язва					Все-го абс.	%		
	03	04	05	06	07			03	04	05	06	07				
Forrest Ia	17	5	21	27	16	86	4,0	13	11	25	20	30	99	3,8	185	3,8
Forrest Ib	51	3	44	91	48	237	10,9	48	2	51	30	62	193	7,3	430	8,9
Forrest IIa	54	60	70	54	86	324	14,9	68	73	66	40	72	319	12,1	646	13,4
Forrest IIb	138	111	190	266	128	833	38,4	193	88	172	143	190	786	29,8	1619	33,7
Forrest IIc-III	124	234	98	92	114	692	31,8	208	525	202	81	224	1240	47,0	1932	40,2
Итого:	384	413	423	530	422	2172	100	530	699	516	314	578	2637	100	4809	100

при первичном эндоскопическом исследовании или возник его рецидив в стационаре [2, 7, 8]. Применение метода окончательной остановки кровотечения – хирургического вмешательства зачастую запаздывает во времени по разным причинам, в том числе в связи с отказом пациентов от операции. Оперативное вмешательство, особенно на высоте кровотечения, имеет высокий операционно-анестезиологический риск, сопровождается большим количеством послеоперационных осложнений и госпитальной летальностью до 25%. Отсутствие эндоскопически верифицированного активного кровотечения является ещё одной причиной отсрочки операции и «динамического», в данном случае эндоскопического, мониторинга [4, 6, 8]. Важнейшим направлением улучшения результатов лечения ЯГДК является совершенствование методов неоперативного гемостаза, профилактики повторного кровотечения и прогнозирования риска его рецидива [1, 3, 5, 6, 7]. Этому способствуют появление более эффективных методов гемостаза, замена группового прогноза индивидуальным прогнозированием рецидива кровотечения, использование современных антисекреторных препаратов с возможностью их парентерального введения.

Материалы и методы

За пятилетний период (2003–2007 гг.) в ГКБСМП г. Краснодара эндоскопически обследованы 4809 пациентов с ЯГДК. Желудочная локализация язв диагностирована в 2172 (45,2%) случаях, дуоденальная язва выявлена у 2637 (54,8%) больных. Использовали эндоскопическую классификацию типов гастродуоденальных кровотечений по J. Forrest (1974). При экстренной эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) вариант Forrest Ia встретился в 3,8% случаев, Forrest Ib – в 8,9%, Forrest IIa – в 13,4%, Forrest IIb – в 33,7%, Forrest IIc-III у 40,2% пациентов (табл. 1). Использовали аппликационные и инъекционные медикаментозные эндоскопические методы гемостаза, би- и мультиполярную диатермокоагуляцию, аргонплазменную коагуляцию и механические методы гемостаза – эндоскопические лигирование и клипирование сосудов в язве. Оперативное лечение кровоточащих желудочных и дуоденальных язв проведено у 379 (7,9%) пациентов. При желудочных язвах

наиболее часто выполнялись клиновидная резекция желудка и иссечение язвы – 102 операции, дистальная резекция желудка – 27, гастротомия с лигированием – 5, субтотальная резекция желудка – 4, проксимальная резекция желудка – 2, реконструктивная резекция желудка при пептических язвах гастроэнтероанастомоза (ГЭА) – 4, гастрэктомия – 1, диагностическая лапаротомия выполнена у 5 пациентов. При дуоденальных язвах окончательная остановка кровотечения выполнена с использованием изолированной дуоденопластики (ДП) – 182 операции, дистальная резекция желудка – 12, ДП и селективная проксимальная ваготомия (СПВ) – 22, изолированная СПВ – 4, дуоденорезекция (ДР) – 3, трунккулярная ваготомия (ТВ) и пилоропластика (ПП) – 2, иссечение язвы – 4. С кровоточащими желудочными язвами оперировано 150 больных, с дуоденальными язвенными кровотечениями – 229 больных. Всем больным в полном объёме проводилась медикаментозная противоязвенная терапия.

Результаты и обсуждение

В повседневной работе использовали активную дифференцированную лечебно-диагностическую тактику. Продолжающееся струйное аррозивное кровотечение – Forrest Ia – встречается у 8–10% больных, из них высокий риск кровотечения присутствует у 80–85%; видимый крупный тромбированный сосуд – Forrest IIa – встречается у 25–40% больных, из них умеренный риск рецидива кровотечения имеется в 50% случаев; плотно фиксированный к язвенному кратеру тромб-сгусток – Forrest IIb – регистрируется у 10–15% больных, умеренный риск рецидива кровотечения присутствует у 40% из них. Именно в этом диапазоне находятся пациенты, которые оперируются по неотложным показаниям. Наши наблюдения подтверждают это правило, но и подчёркивают эффективность консервативных мероприятий, благодаря которым определённое количество пациентов из группы с умеренным риском рецидива переместились в группу с маловероятным рецидивом кровотечения. На самом деле число больных, которым показано оперативное вмешательство, было значительно большим. Так, 29 пациентов старше 80 лет (19 с желудочными язвами

и 10 с дуоденальными) умерли без операции. Летальность в группе неоперированных больных составила 0,9% при желудочных язвах и 0,4% при дуоденальных. Типы язвенных кровотечений Forrest Ib и Forrest IIc встречаются у 10–15% больных, риск рецидива кровотечения маловероятен, хотя возможен у 5% из них, причем продолжающееся капиллярное кровотечение в виде диффузного просачивания в первом и мелкие тромбированные сосуды в виде тёмно-красных пятен во втором случае подлежат эндоскопической аппликационной медикаментозной терапии и не представляют проблемы. В наших наблюдениях с группой Forrest IIc совмещена группа Forrest III, при этом риск рецидива кровотечения маловероятен. Индивидуальный выбор метода или их сочетания осуществлялся в соответствии с характеристиками источника кровотечения. Инициальным методом после принятия решения о выполнении эндоскопических гемостатических процедур считали последовательное применение аппликационного и инъекционного методов (сосудосуживающие препараты или этанол, полидоканол) и далее по критерию достаточности – термические и методы на основе физики высоких энергий. Наш первый опыт применения аргон-плазменной коагуляции подтверждает её безопасность и эффективность. Механические методы гемостаза – лигирование и клипирование – позволили приблизить эндоскопический гемостаз к хирургическому, наш опыт выполнения клипирования на высоте кровотечения в 2 случаях показал высокую эффективность метода. При отсутствии в дне язвы сосудистых структур после эндоскопического гемостаза и отсутствии пенетрации язвы в окружающие ткани констатируется адекватность его проведения и прогнозируется малый риск повторного кровотечения. Применение показанных с точки зрения надёжности в каждой конкретной ситуации методов

эндоскопического гемостаза позволит не только перераспределить группы больных с понижением риска рецидива кровотечения, но и уменьшить кратность ЭГДС за счёт «ЭГДС по требованию» и в целом уменьшить количество операций по поводу ЯГДК.

Классификация эндоскопической оценки гастро-дуоденальных кровотечений по J. Forrest остаётся в арсенале хирургов для оценки риска рецидива кровотечения, но с точки зрения индивидуальной тактики для принятия решения в конкретной ситуации этого не вполне достаточно. Для пользования решающим правилом определения риска рецидива язвенного кровотечения необходимо оценить 6 параметров пациента по выделенным градациям и вычислить суммарный диагностический коэффициент (СДК) (табл. 2).

В основу параметров положены клинико-эндоскопические данные, оценка которых позволяет привести в эндоскопическое видение риска рецидива кровотечения клиническую позицию. При СДК меньше 0 со степенью вероятности 74% у больного не будет рецидива кровотечения – риск кровотечения мал. Если СДК равен или больше 0, то с вероятностью 82% у больного возможен рецидив кровотечения – риск кровотечения велик. Основным эндоскопическим критерий в ряду факторов риска – глубина инвазии язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Ответ на главный вопрос – точный диаметр и архитектура залегания кровоточащего сосуда – пока не представляется возможным. При желудочных язвах гемостатическая операция – гастротомия с прошиванием краёв язвы, выполнена в 5 случаях (3,3%). При пептических язвах ГЭА после предшествующих резекций желудка в качестве гемостатической операции избран радикальный способ лечения патологии – реконструктивная резекция желудка (4 операции). Одному больному выполнена гастрэктомия.

Таблица 2

Оценка факторов риска рецидива язвенного гастродуоденального кровотечения

Параметры	Градация параметра	Баллы
Признаки геморрагического шока на догоспитальном этапе или при поступлении	Нет	-1
	Да	+2
Болезни печени (гепатит, цирроз, опухоль) в анамнезе или в момент поступления	1) нет	+0
	2) да	+6
Частота сердечных сокращений при поступлении в стационар	1) <100 в 1 минуту	-1
	2) >100 в 1 минуту	+3
Количество патологических примесей в желудочном содержимом при зондировании	1) отсутствие	-6
	2) небольшое (до 150 мл)	+1
	3) умеренное (150–500 мл)	+3
	4) большое (> 500 мл)	+5
Дефицит объема циркулирующей крови	1) менее 10%	0
	2) от 10 до 20%	+2
	3) более 20%	+5
Глубина язвы двенадцатиперстной кишки	1) < 4 мм	-1
	2) > 4 мм	+5
Глубина язвы желудка	1) < 6 мм	-1
	2) > 6 мм	+5

Отсутствие летальности в этих случаях в определенной степени свидетельствует об обоснованности выбора метода операции. В то же время летальность при субтотальной резекции желудка составила 25%, а при проксимальной резекции желудка – 50%. Если субтотальная резекция желудка и её риск оправданы при подозрении на малигнизацию язвы, то проксимальная резекция желудка не оправдана ни при каких обстоятельствах, особенно при язве. В самой большой группе больных выполнялись органосохраняющие операции – клиновидная резекция желудка, иссечение язвы, гастропластика. Эти операции выполняются и показаны при локализации язв по малой кривизне от пищевода до угла желудка.

Летальность в этой группе составила 12,8%. Другим методом операции остаётся дистальная резекция желудка, она выполнена в 18% случаев. Эта операция как метод лечения кровоточащей язвы желудка может быть показанной при локализации язвы дистальнее угла желудка. Летальность в этой группе составила 18,5%.

Дистальная резекция желудка явилась методом выбора и у 12 больных с кровоточащей дуоденальной язвой. Летальность по разным причинам после дистальной резекции желудка при этой локализации язвы составила 41,7%. Наиболее часто применяющейся операцией при кровоточащей дуоденальной язве явилась изолированная ДП. Здесь зарегистрировано наибольшее количество релапаротомий – 12, во всех случаях выполнялись зашивание несостоятельности ДП или повторная дуоденопластика.

Общая летальность при язвенных гастродуоденальных кровотечениях составила 1,8%. В сравнении со средним количеством операций за пятилетний период в 2007 году удалось уменьшить количество операций в 2,2 раза.

Общая послеоперационная летальность – 14,8%. В выборе метода операции преобладали «установочный» и «интуитивный» принципы принятия решений.

Заключение

Консервативная терапия ЯГДК должна включать интенсивную коррекцию кровопотери и гомеостазобеспечение, применение гемостатических и антифибринолитических средств, а также ингибиторов протонной помпы и/или антагонистов H₂-гистаминовых рецепторов. Комбинированное использование методов эндоскопического гемостаза является наиболее эффективным в клинической практике. Индивидуализация выбора метода оперативного гемостаза в неотложной ситуации должна базироваться на расширении круга органосохраняющих и органосберегающих операций и сокращении удельного веса резекционных методов. Активное использование в клинике методов неоперативного – эндоскопического и медикаментозного гемостаза и индивидуального прогнозирования риска рецидива кровотечения – реальный путь улучшения непосредственных и отдалённых результатов лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений.

Поступила 07.02.2008

ЛИТЕРАТУРА

1. Ефименко Н. А., Лысенко М. В., Асташов В. Л. Кровотечение из хронических гастродуоденальных язв: Современные взгляды и перспективы лечения // Хирургия, 2004. № 3. С. 56–60.

2. Коровин А. Я., Базлов С. Б., Криулин И. В. Основные принципы выбора метода лечения кровоточащих дуоденальных язв // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии, 1996. Т. 4. С. 44.

3. Курьегин А. А., Стойко Ю. М., Багненко С. Ф. Неотложная хирургическая гастроэнтерология. СПб: Питер, 2001. 568 с.

4. Оноприев В. И., Коротыко Г. Ф., Корочанская Н. В. Осложнённые формы язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Краснодар, 2004. 540 с.

5. Панцырев Ю. М., Галлингер Ю. И. Оперативная эндоскопия желудочно-кишечного тракта. М.: Медицина, 1984. 192 с.

6. Федоров Е. Д., Плахов Р. В., Тимофеев М. Е., Михалев А. И. Эндоскопический гемостаз с использованием аргоноплазменной коагуляции при острых желудочно-кишечных кровотечениях: первый клинический опыт // Клиническая эндоскопия. 2003, № 1. С. 12–15.

7. Blasko C., Petersen R., Cristaldo C. Value of emergency therapeutic endoscopy in gastrointestinal hemorrhage // Acta Gastroenterol. Latinoam., 1996, v. 26. № 4. P. 215–220.

8. Swain C. P., Storey D. W., Bown S. G., et al. Nature of the bleeding vessel in recurrently bleeding gastric ulcers // Gastroenterology. 1986, № 90. P. 596–608.

**A. Ja. KOROVIN,
V. A. KULISH, T. N. LOBUNOVA,
S. V. AVAKIMYAN, R. V. GEDZIUN**

THE ASSESSMENT OF THE CHOICE OF METHOD GEMOSTAZA AND THE PROGNOSTICATION OF THE RISK OF SUBSEQUENT BLEEDING FROM GASTRODUODENAL ULCERS

In communication is carried out the analysis 4809 cases of bleeding from gastro duodenal ulcers for 5 years old. The assessment of the types of bleeding was endoscope. Is detected Forrest-Ia 3,8%, Forrest-Ib 8,9%, Forrest-IIa 13,4%, Forrest-IIb 33,7%, Forrest IIc-III 40,2%, these types of bleeding were basic for the forecast of the risk of subsequent bleeding, were taken into account and clinical risk factors. In treatment were used drugs and endoscopic methods of the halt of bleeding. In using of only conservative treatment died 29 patients elder 80 years old. Mortality composed 0,7%. 379 patients with the high risk of subsequent bleeding were operated. Were applied retaining organ operations and resection of the stomach. Mortality after operation composed 14,8%. The results of applying resection of the stomach were bad, mortality after operation composed 25,6%. Is infered about the necessity of the individual choice of the method of operation in gastroduodenal bleeding ulcers of and the individual forecast of subsequent bleeding in conservative treatment.

Key words: *gastroduodenal bleeding, gastroduodenal ulcers, risk of subsequent bleeding, retaining organ operations, resection of the stomach.*