
А.В. ФОМИН

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ
БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ,
ОСЛОЖНЁННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ**

(по материалам V Всероссийской научной конференции общих хирургов, объединённой с пленумом проблемных комиссий РАМН «Неотложная хирургия» и «Инфекция в хирургии» межведомственного научного совета по хирургии 16–17 октября 2008 г., в г. Ростове-на-Дону)

УО «Витебский государственный медицинский университет»,
Республика Беларусь

Кровотечение – одно из наиболее грозных осложнений язвенной болезни. На протяжении последних лет в подходах к лечению больных с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии произошли определённые изменения. В обзоре докладов Всероссийской научной конференции общих хирургов, состоявшейся в г. Ростов-на-Дону 16–17 октября 2008 года, представлена диагностическая тактика и современные тактические подходы при лечении больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложнённой кровотечением.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, гастродуоденальное кровотечение

Hemorrhage is one of the most threatening complications of ulcers. During recent years the definite changes in the approaches concerning treatment of the patients with gastroduodenal hemorrhage of ulcerous etiology were achieved. In the reports review of All-Russian scientific conference of general surgeons which took place in Rostov-on-Don on the 16–17th of October, 2008, diagnostic tactics and modern tactical approaches to treatment of the patients with peptic ulcer complicated by hemorrhage are presented.

Keywords: peptic ulcers, gastroduodenal hemorrhage

Вопросы диагностики и тактики при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки осложнённой кровотечением обсуждены на состоявшейся 16–17 октября 2008 г. в Ростове-на-Дону V Всероссийской научной конференции общих хирургов, объединённой с пленумом проблемных комиссий РАМН «Неотложная хирургия» и «Инфекция в хирургии» межведомственного научного совета по хирургии.

До 10% населения России страдает язвенной болезнью. За помощью обращаются лишь 1–2% [1]. Более половины кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта обусловлены язвенной болезнью. Общая летальность при гастро-

дуоденальных кровотечениях язвенной этиологии по данным разных авторов составляет от 6% до 18% [1, 2]. При тяжёлой степени кровопотери летальность возрастает до 30% [3].

Успехи, достигнутые в консервативном лечении язвенной болезни привели к сокращению количества хирургических вмешательств при данной патологии. Вместе с тем, такое грозное осложнение как желудочно-кишечное кровотечение, составляет 15–25% всех осложнений язвенной болезни и требует от хирургов разработки новых тактических подходов [3, 4, 5]. Анализ проблемы гастродуоденальных кровотечений позволил за последние десятилетия выделить три временных периода, что под-

тверждено статистическими данными. В 1977–1991 годах количество гастродуоденальных кровотечений составляло 0,2 на 1000 жителей, в 1992–1996 годах 0,36 на 1000 жителей, в 1997–2006 годах до 0,5 на 1000 жителей [6]. По данным НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, за период 1993–2007 гг. в хирургические отделения московских больниц поступило 49281 больных с язвенным кровотечением. При этом 45,1% госпитализированных обратились за помощью позже 24 часов [4]. За последние 10 лет количество больных с кровотечениями выросло в 2,3 раза, тяжёлых кровотечений стало больше на 3%, больных старческого возраста среди лиц с кровотечением из язвы стало больше на 6% [1, 7]. Среди причин роста числа больных с кровотечениями выделяют недостаток санитарной культуры, стрессы, нерациональное питание [6]. Лишь с 2007 года наметилась тенденция к снижению числа больных с язвенным кровотечением [6].

После периодов выжидательной тактики, существовавшей до внедрения эндоскопических методов диагностики и лечения, а затем активной тактики, имевшей место до середины 90-х годов прошлого века, в настоящее время приоритет отдаётся дифференцированной тактике [2, 7]. Сроки оперативного вмешательства при дифференцированной тактике определяются на основании прогноза рецидива кровотечения, оценки тяжести состояния больного, стабильности локального гемостаза и степени кровопотери [4]. Дифференцированная тактика, сочетающая применение в полном объёме динамической лечебно-диагностической фиброэзофагогастродуоденоскопии (ФЭГДС) с современной медикаментозной терапией, позволила при лечении острых гастродуоденальных кровотечений снизить летальность неоперированных больных в НИИ СП г. Москвы с 9,5% в 1993 году до 4,7% в 2007 году [4].

Послеоперационная летальность за эти 15 лет колебалась от 11% до 19% и не изменилась в последние годы, хотя контингент больных стал тяжелее, а операции выполнялись в условиях продолжающегося кровотечения, при безуспешных попытках остановить его консервативно [4]. Таким образом, дифференцированная тактика позволяет заметно снизить общую летальность при отсутствии роста послеоперационной летальности [2, 7].

В стационарах г. Москвы, оказывающих urgentную помощь, общая летальность при гастродуоденальных кровотечениях снизилась с 12,8% в 1993 году до 6,0% в 2007 году, в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского летальность в 2007 году составила 1,7%, в ГКБ № 52 г. Москвы снизилась даже до 0,5%. Наилучшие результаты в лечении больных гастродуоденальными кровотечениями достигнуты в стационарах, где оперативная активность была ниже 10%. В стационарах, где оперативная активность была более 20%, показатели общей летальности были выше, чем в среднем по городу [4].

Среди факторов, повышающих вероятность летального исхода, выделены: возраст старше 75 лет, IV степень тяжести кровопотери, каллёзная язва, рецидив кровотечения [5, 7].

В алгоритме оказания помощи больным с кровотечениями выделяют два этапа. На первом основном вопросом является спасение жизни поступившего. Второй этап – детальное обследование больного после стабилизации его состояния с выбором тактики дальнейшего лечения [1].

Основным методом диагностики источника кровотечения на первом этапе является экстренная фиброгастродуоденоскопия, выполняемая при нестабильных показателях гемодинамики в условиях реанимации параллельно с лечебными мероприятиями, направленными на гемостаз и ста-

билизацию состояния больного [2]. ФЭГДС выполнялась с эндоскопическим гемостазом. Активная эндоскопическая тактика позволила снизить экстренную хирургическую активность в отдельных случаях до 3% [1].

Поскольку основой начала лечения больных с кровотечениями является эндоскопический гемостаз, для оказания высокоэффективной помощи необходимо круглосуточное функционирование эндоскопической службы [7]. Современная эндоскопия отличается высокой эффективностью и позволяет выполнить гемостаз у подавляющего числа больных (96–98%). Методы эндоскопического гемостаза в настоящее время представлены аргано-плазменной, лазерной и фотокоагуляцией, клипированием сосудов, селективной катетеризацией и эмболизацией левой желудочной артерии, инфильтрационными методами. Для эндоскопического гемостаза применяются также клеевые композиции различных модификаций, например, фибриновый клей [2, 4, 7]. Наиболее распространённым методом, не требующим специального оборудования, следует считать инфильтрацию подслизистого слоя 0,1% раствором гидрохлорида адреналина. Наилучшие результаты эндоскопического гемостаза достигаются применением комбинации нескольких методов [2]. Инфильтрационный эндоскопический гемостаз выполняют 0,5–1% раствором этоксисклерола на глубину 1–3 мм в количестве 4–6 мл [3].

Высокий риск рецидива кровотечения наблюдается у больных с эндоскопической картиной по Forest (F) – FIIA, FIIB при язве двенадцатиперстной кишки более 8 мм, при язве желудка более 1,5 см и глубине кратера 3–5 мм. Риск рецидива кровотечения возрастает при локализации язвы на задней и верхней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки и малой кривизне желудка. Эндоскопический контроль при рис-

ке рецидива следует проводить повторно 1–2 раза за сутки в течение трёх суток с повторением при необходимости эндоскопического гемостаза [3].

Противоязвенная терапия проводилась с момента обращения больного и включала применение ингибиторов протонной помпы и H_2 -блокаторов гистаминовых рецепторов. Каждые 6 часов в вену вводили квамател или лосек 20 мг. При тяжёлых кровотечениях предпочтение отдавали омепрозолу, как наиболее эффективному препарату. Ингибиторы протонной помпы назначали утром и вечером, H_2 -блокаторы вечером. Вначале препараты вводили болюсно, затем капельно в вену. Антихеликобактерную терапию начинали в стационаре [1, 8].

Показаниями к экстренной операции, по данным НИИ СП им Н.В. Склифосовского, являются невозможность эндоскопического гемостаза при продолжающемся кровотечении и высокий риск рецидива кровотечения при выполненном нестабильном гемостазе. Срочные операции должны выполняться при нестабильном гемостазе с высоким риском рецидива кровотечения при размерах язвы двенадцатиперстной кишки более 2,5 см. и размерах язвы желудка более 3,5 см. Учитывая крайнюю тяжесть состояния, больным выполнялись минимальные по объёму операции – иссечение язвы малой кривизны желудка с ваготомией и пилоропластикой, прошивание язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, прошивание язвы желудка с наложением гастроэнтероанастомоза при кровоточащей язве желудка с декомпенсированным стенозом выходного отдела. Вместе с тем, из 27 больных, оперированных по экстренным показаниям, двум больным выполнена резекция желудка в модификации Гофмейстера-Финстерера и Бальфура в связи с наличием гигантских пенетрирующих язв, что исключало возможность гемоста-

за и сохранения пассажира при минимальном объёме операции [2, 4].

Наряду с выполнением преимущественно минимальных по объёму операций, существует мнение, что при выборе метода оперативного вмешательства данной категории больных целесообразно отдавать предпочтение радикальным операциям. Послеоперационная летальность при таком подходе составила, по данным М.А. Евсеева, 5,4%. Иссечение язвы с пилоропластикой и стволовой ваготомией выполнена авторами лишь при острой массивной кровопотере на фоне продолжающегося профузного кровотечения и безуспешности эндоскопического гемостаза у 1,8% больных [9].

Вместе с тем, Ю.М. Панцырев и соавт., проанализировав результаты лечения больных за период в течение 1999–2007 гг., считают, что методом выбора при язвах двенадцатиперстной кишки, осложнённых кровотечением, является стволовая ваготомия и пилоропластика с прошиванием или иссечением кровоточащей язвы. Это вмешательство выполнено у 42% больных. При пенетрации язвы авторы выполняли экстраредуоденизацию. Лапароскопическая стволовая ваготомия с прошиванием сосуда и пилоропластикой из минидоступа успешно выполнена у 7% больных. Ваготомия с антрумэктомией выполнена у 9,5% больных. Резекцию желудка выполняли при желудочной локализации язвы. Таких больных было 30,3%. Авторы также отметили, что за последние годы число неотложных операций снизилось в 3 раза, в результате оперативная активность в настоящее время составляет 6,9% [10].

Подход к выбору тактики лечения, как отметили В.К. Гостищев и соавт., должен быть строго индивидуальным, с учётом как состояния источника кровотечения, так и степени тяжести больного. Для дифференцированной лечебной тактики разработа-

ны объективные критерии клинических (степень кровопотери и оценка состояния по шкале APACHE III, позволяющей учитывать патофизиологические изменения, сопутствующие заболевания и возраст) и эндоскопических признаков по Forest. Контрольная эндоскопия в течение первых трёх суток должна выполняться каждые 12 часов. Выявленная отрицательная динамика со стороны язвенного источника кровотечения служит показанием к срочному оперативному вмешательству. Вместе с тем, операция даже при рецидиве кровотечения должна быть выполнена только при адекватном для вмешательства статусе пациента, в ином случае необходимо осуществлять повторный эндоскопический гемостаз и продолжать интенсивную заместительную терапию до стабилизации состояния. При данной тактике оперативная активность составила 36,7%, общая летальность – 3,2%, послеоперационная летальность была равна 6,2% [7].

Особо строгого дифференцированного подхода следует придерживаться у стариков. Пожилым людям эндоскопический контроль с повторным гемостазом при необходимости его выполнения в отдельных случаях может выполняться каждые 6 часов [7]. Из 61-ого больного старше 60 лет с продолжающимся гастродуоденальным кровотечением эндоскопический инъекционный гемостаз позволил добиться первичной остановки кровотечения у 54 (88%) пациентов. Рецидив кровотечения отмечен у 6-и больных (11%). Всего прооперировано 10 человек, оперативная активность составила 16%. После операции умер один больной, послеоперационная летальность 10%. Без операции умерло 2 человека. Общая летальность 4,9% [3].

Улучшить непосредственные результаты лечения возможно при уменьшении группы больных, оперируемых по поводу рецидивного кровотечения путём своевре-

менно выполненной срочной, индивидуальной по объёму операции [5]. Угроза рецидива кровотечения высока при глубоких пенетрирующих язвах, локализующихся в проекции крупных сосудов, при высокой и средней интенсивности кровопотери на момент госпитализации, эпизода коллапса в анамнезе, признаками неустойчивого гемостаза Forest IIA, IIB на протяжении 20–24 часов, по данным динамической ФЭГДС. Авторы предпочитали резекционные методы лечения язвенной болезни. Прошивание кровотокающего сосуда в язве использовали крайне редко – при тяжёлой степени кровопотери на фоне тяжёлой сопутствующей патологии, при небольших поверхностных язвах диаметром до 1,0 см [5].

Неоперированным больным после выписки необходимо проводить динамическое обследование с эндоскопическим контролем. После 3–4 курсов противоязвенной терапии показано выполнение функционального обследования с выбором оптимальной тактики последующего лечения [1, 8]. Помощь больным с кровотечением целесообразно организовывать в определённых специализированных стационарах. От 14% до 25% больных с состоявшимся кровотечением должны быть оперированы в холодном периоде. Вместе с тем, по результатам обследования, лишь 14% больных с выполненным ранее прошиванием кровотокающего сосуда подлежат в дальнейшем радикальному хирургическому лечению [1]. Наибольшая эффективность лечения и снижение летальности достигнуты при активной работе с больным с первой минуты обращения за медицинской помощью [4].

Таким образом, согласно состоявшемуся обсуждению, основой лечения больных с гастродуоденальными язвенными кровотечениями является активная эндоскопическая тактика. Эндоскопические методы

позволяют достигнуть гемостаза у 94–97% больных. Дифференцированный подход требует обязательного эндоскопического контроля степени гемостаза и оценки состояния больного для прогнозирования вероятности рецидива кровотечения в динамике. Экстренная операция выполняется при продолжающемся кровотечении и безуспешности эндоскопического гемостаза. Операция при состоявшемся рецидиве кровотечения должна быть выполнена при адекватном для вмешательства состоянии пациента.

Показаниями к срочной операции у больных с гастродуоденальными кровотечениями служит нестабильный гемостаз с большим риском угрозы кровотечения FPIA, FPIB, высокой интенсивностью состоявшегося кровотечения, при размерах язвы желудка более 3,5 см, а язвы двенадцатиперстной кишки больше 2,5 см. Срочная операция выполняется в сроки 12–24 часа с индивидуальным подходом к выбору оперативного вмешательства. При дуоденальной язве осложнённой кровотечением операцией выбора, выполняемой по экстренным и срочным показаниям, является прошивание кровотокающего сосуда в сочетании со стволовой ваготомией.

Больным с состоявшимся кровотечением целесообразно проведение 3–4 курсов комплексной противоязвенной терапии с динамическим эндоскопическим контролем. Окончательный выбор тактики определяется после оценки функционального состояния желудка и двенадцатиперстной кишки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Диагностика и лечение осложнённых форм язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / В. Н. Чернов [и др.] // Неотложная хирургия и инфекция в хирургии: мат. V Всерос. науч. конф. общ. хирургов, объединён. с пленумом Проблем. комис. РАМН. – Ростов-на-Дону, 2008. – С. 63–66.

2. Анализ результатов лечения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, осложнённой кровотечением / А. С. Ермолов [и др.] // Неотложная хирургия и инфекция в хирургии: мат. V Всерос. науч. конф. общих хирургов, объединён. с пленумом Проблем. комис. РАМН. – Ростов-на-Дону, 2008. – С. 46-48.
3. Тактика при гастродуоденальных кровотечениях у лиц пожилого и старческого возраста / М. Д. Диритов [и др.] // Неотложная хирургия и инфекция в хирургии: мат. V Всерос. науч. конф. общих хирургов, объединён. с пленумом Проблем. комис. РАМН. – Ростов-на-Дону, 2008. – С. 40-42.
4. Ермолов, А. С. Неотложная хирургия осложнённых язв желудка и 12-перстной кишки / А. С. Ермолов, А. П. Турко, В. Г. Андреев // Неотложная хирургия и инфекция в хирургии: мат. V Всерос. науч. конф. общих хирургов, объединён. с пленумом Проблем. комис. РАМН. – Ростов-на-Дону, 2008. – С. 15-17.
5. Хирургическое лечение язвенной болезни, осложнённой кровотечением / П. М. Назаренко [и др.] // Неотложная хирургия и инфекция в хирургии: мат. V Всерос. науч. конф. общих хирургов, объединён. с пленумом Проблем. комис. РАМН. – Ростов-на-Дону, 2008. – С. 51-52.
6. Динамика осложнений язвенной болезни в Курской области за 30 лет / А. Г. Бондарев [и др.] // Неотложная хирургия и инфекция в хирургии: мат. V Всерос. науч. конф. общих хирургов, объединён. с пленумом Проблем. комис. РАМН. – Ростов-на-Дону, 2008. – С. 13-14.
7. Гостищев, В. К. Дифференцированная лечебная тактика при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях / В. К. Гостищев, М. А. Евсеев, Г. Б. Ивахов // Неотложная хирургия и инфекция в хи-

рургии: мат. V Всерос. науч. конф. общих хирургов объединён. с пленумом Проблем. комис. РАМН. – Ростов-на-Дону, 2008. – С. 34-36.

8. Фомин, А. В. Реабилитация больных осложнёнными формами язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / А. В. Фомин, К. В. Москалёв, Л. А. Ковалёва // Неотложная хирургия и инфекция в хирургии: мат. V Всерос. науч. конф. общих хирургов, объединён. с пленумом Проблем. комис. РАМН. – Ростов-на-Дону, 2008. – С. 33-34.

9. Евсеев, М. А. Особенности хирургической тактики при гастродуоденальных кровотечениях язвенной этиологии у больных старших возрастных групп / М. А. Евсеев // Неотложная хирургия и инфекция в хирургии: мат. V Всерос. науч. конф. общих хирургов объединён. с пленумом Проблем. комис. РАМН. – Ростов-на-Дону, 2008. – С. 44-46.

10. Панцырев, Ю. М. Хирургическое лечение осложнённой язвенной болезни / Ю. М. Панцырев, С. Г. Шаповальянц, А. И. Михалев // Неотложная хирургия и инфекция в хирургии: мат. V Всерос. науч. конф. общих хирургов, объединён. с пленумом Проблем. комис. РАМН. – Ростов-на-Дону, 2008. – С. 23-24.

Адрес для корреспонденции

210023, Республика Беларусь,
г. Витебск, пр. Фрунзе, 27,
Витебский государственный
медицинский университет,
кафедра факультетской хирургии
тел. раб.: +375 212 24-10-55,
e-mail: afomin_mail@mail.ru
Фомин А.В.

Поступила 6.01.2009 г.