

## ЗНАЧЕНИЕ РЕЗЕКЦИЙ ЖЕЛУДКА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

В работе проведен анализ лечения 1018 больных с острым гастродуоденальным кровотечением (ГДК) различного генеза, находившихся в МУЗ «Городская больница № 1 г. Балаково за период с 1999 по 2011 год. Основными причинами кровотечений из пищеварительного тракта были язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки, синдром Меллори-Вейса, кровотечение из варикозных вен пищевода. В зависимости от объема выполненных эндоскопических лечебных мероприятий все пациенты с острыми гастродуоденальными кровотечениями распределены на две однородные группы. В одной из них тактика была активная хирургическая, а в другой – преимущественно эндоскопическая. При сравнении установлено, что широкое внедрение эндоскопических методов гемостаза в лечении больных с гастродуоденальным кровотечением позволяет избежать рецидивов кровотечения у большинства больных и тем самым уменьшает количество экстренных резекций. Хирургическое лечение показано при невозможности эндоскопического гемостаза.

**Ключевые слова:** резекция желудка, гастродуоденальное кровотечение.

**В.Э. Федоров,  
С.Н. Шмелев**

ГБОУ ВПО «Саратовский  
государственный  
медицинский университет»

**Федоров  
Владимир Эдуардович** –  
e-mail: v.e.fedorov@yandex.ru

In this work we present the analysis of treatment of 1018 patients with acute GI-hemorrhage of different origins, admitted to City Hospital No.1 of Balakovo City, Saratov Region, in 1999–2011. The main causes of GI-bleeding were peptic ulcer of stomach and duodenum, Mallory-Weiss syndrome, varicose esophageal veins. Depending on the amount of performed endoscopic treatment, all patients with acute GI-hemorrhages were divided into 2 homogenous groups. Patients of the 1st group were actively surgically treated; patients of the 2nd group were treated mainly by endoscopy. By comparison it was established, that wide integration of endoscopic hemostatic methods in the treatment of patients with GI-hemorrhage allows to prevent the recurrence of bleeding in most patients, and thereby helps to reduce the number of urgent resections. Surgical treatment is indicated when endoscopic hemostasis is impossible.

**Key words:** stomach resection, GI-hemorrhage

Несмотря на развитие знаний о патогенезе язвенного кровотечения и появление новых диагностических возможностей (1,2,3,4) хирургический метод является одним из основных и радикальных методов лечения и определяется эндоскопической картиной и тяжестью кровопотери (5,6,7).

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен анализ лечения 1018 больных с острым гастродуоденальным кровотечением (ГДК) различного генеза, находившихся в МУЗ «Городская больница № 1 г. Балаково за период с 1999 по 2011 год.

Основными причинами кровотечений из пищеварительного тракта были язва желудка (ЯЖ), язва двенадцатиперстной кишки (ЯДПК), синдром Меллори-Вейса (С-м МВ), кровотечение из варикозных вен пищевода (КВРВП).

В зависимости от объема выполненных эндоскопических лечебных мероприятий все пациенты с острыми ГДК распределены на две однородные по полу и возрасту группы. Первую группу (основную) составили 503 пациента с ГДК, поступившие в стационар с 2005 по 2011 год (таблица 2). В этой группе больных широко применяли разнообразные методики эндоскопического гемостаза, а также был разра-

ботан алгоритм эндоскопической лечебной помощи при остром ГДК. Использовалась индивидуально прогнозируемая тактика лечения.

Во 2-ю группу (группу сравнения) вошли 515 больных, находившихся на стационарном лечении в период с 1999 по 2004 год. В это время еще не была внедрена оптимальная тактика лечения больных с ГДК, методики эндоскопического воздействия при продолжающемся кровотечении и при угрозе его рецидива применяли эпизодически. В указанный период при названной патологии нами использовалась активная хирургическая тактика (таблица 1).

### ТАБЛИЦА 1.

Количество поступивших больных с ГДК за 1999–2004 годы

|        | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | всего |
|--------|------|------|------|------|------|------|-------|
| Я ДПК  | 33   | 50   | 34   | 52   | 46   | 53   | 268   |
| ЯЖ     | 9    | 13   | 15   | 16   | 22   | 24   | 99    |
| С-м МВ | 16   | 27   | 10   | 23   | 19   | 13   | 108   |
| КВРВП  | 6    | 4    | 4    | 7    | 5    | 4    | 30    |
| Другие | 2    |      | 1    | 2    | 3    | 2    | 10    |
| Всего  | 66   | 94   | 64   | 100  | 95   | 96   | 515   |

С язвенным ГДК в основной группе было 359 (71,4%) больных. В группе сравнения таких больных было 367 (71,3%).

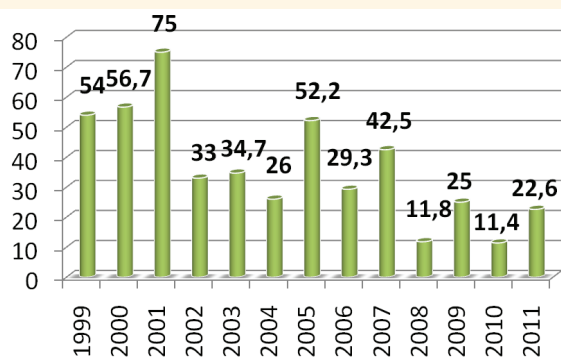
**ТАБЛИЦА 2.**

Количество поступивших больных с ГДК за 2005–2011 годы

|        | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | всего |
|--------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| Я ДПК  | 37   | 53   | 36   | 40   | 25   | 35   | 31   | 257   |
| Я Ж    | 15   | 21   | 14   | 15   | 11   | 15   | 11   | 102   |
| С-м МВ | 12   | 15   | 16   | 13   | 10   | 19   | 16   | 101   |
| КВРВП  | 4    | 7    | 5    | 6    | 2    | 6    | 4    | 34    |
| Другие | 1    | 3    | 2    | 2    |      | 1    | -    | 9     |
| Всего  | 69   | 99   | 73   | 76   | 48   | 76   | 62   | 503   |

Из общего числа пациентов женщин было 268 (26,3%), мужчин – 750 (73,7%). 862 (84,7%) больных являлись лицами трудоспособного возраста (20–60 лет). Все пациенты поступили по экстренным показаниям с клиникой ГДК.

До широкого внедрения в практику эндоскопических методов гемостаза оперативная активность при язвенных ГДК достигала 75%. В последние годы в связи с развитием эндоскопической техники количество хирургических вмешательств при ГДК удалось значительно снизить и достичь показателя в 11,4% в 2010 году. Наряду со снижением хирургической активности количество эндоскопических пособий, с помощью которых удалось окончательно остановить ГДК кровотечение или выполнить временный гемостаз, что позволило подготовить больного к операции, значительно возросло и достигло в среднем 2,6 эндоскопических манипуляции на одного больного. В 2011 году оперативная активность выросла в 2 раза по сравнению с 2010 годом и составила 22,6%. Данная ситуация показывает роль и место эндоскопического гемостаза в лечении больных с гастродуоденальным кровотечением и возникла в связи с выходом из строя эндоскопического оборудования (рис. 1).

**РИС. 1.**

Динамика оперативной активности у больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением.

Хотя количество хирургических операций из года в год имеет тенденцию к снижению, полностью отказаться от применения оперативных пособий при ГДК не представляется возможным. В первые годы XXI века нами использовалась активная хирургическая тактика, при которой больному с состоявшимся язвенным кровотечением после выполнения предоперационной подготовки (стабилизация состояния, восполнение кровопотери, применение эндоскопиче-

ских методов гемостаза для профилактики рецидива кровотечения) выполнялась резекция желудка в сочетании со стволовой ваготомией или ПСВ с целью подавления желудочной секреции (таблица 3).

**ТАБЛИЦА 3.**

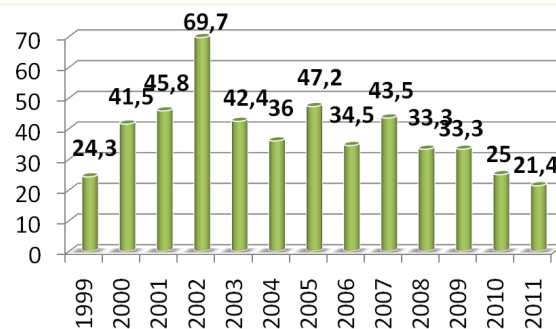
Виды хирургических операций при гастродуоденальном кровотечении

|                  | 1999      | 2000      | 2001      | 2002      | 2003      | 2004      | 2005      | 2006      | 2007      | 2008     | 2009      | 2010     | 2011      |
|------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|
| Резекция желудка | 9         | 22        | 22        | 23        | 14        | 9         | 17        | 10        | 10        | 3        | 4         | 2        | 3         |
| Ушивание         | 14        | 13        | 10        | 4         | 7         | 4         | 4         | 5         | 5         | 2        | 3         | 3        | 5         |
| Пилоропластика   | 14        | 18        | 16        | 6         | 12        | 12        | 15        | 14        | 8         | 4        | 5         | 3        | 6         |
| <b>всего</b>     | <b>37</b> | <b>53</b> | <b>48</b> | <b>33</b> | <b>33</b> | <b>25</b> | <b>36</b> | <b>29</b> | <b>23</b> | <b>9</b> | <b>12</b> | <b>8</b> | <b>14</b> |

Объем оперативного вмешательства решался на операционном столе в зависимости от состояния больного, показателей гемодинамики, степени анемии, наличия сопутствующей патологии и возраста больного. При желудочной локализации язвы, как правило, выполнялась резекция желудка по Бильрот 1 и терминолатеральный анастомоз. При наличии признаков хронической дуоденальной непроходимости выполнялась резекция по Ру. В критических состояниях проводилось прошивание кровоточащего сосуда в сочетании со стволовой ваготомией.

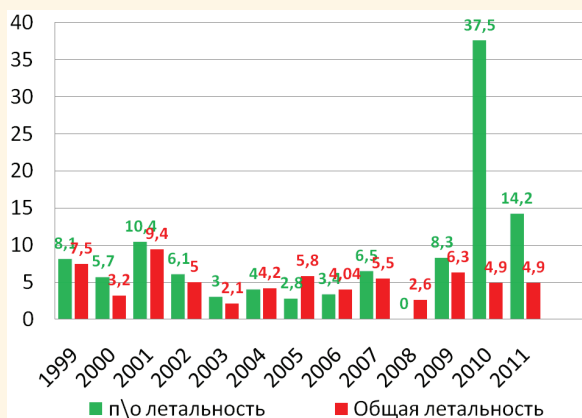
Пилоропластика, как правило, проводилась с применением однорядного непрерывного шва. При выраженной рубцово-язвенной деформации пилорoduоденальной зоны, наличии стеноза предпочтение отдается гемипилорэктомии.

Количество резекционных оперативных пособий при гастродуоденальном кровотечении в течении последнего десятилетия значительно снизилось. Если в первые годы процент резекций желудка доходил до 70%, то в 2011 году выполнено всего 3 (21,4%) резекции желудка (рис 2). Это связано с широким применением методов эндоскопического гемостаза в условиях, когда оперативное пособие выполняется только у больных с продолжающимся кровотечением или возникшим рецидивом кровотечения, должно иметь минимальный объем и быть направлено только на остановку кровотечения.

**РИС. 2.**

Динамика использования резекционных методов оперативного лечения больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением.

Наряду со снижением оперативной активности отмечен рост послеоперационной летальности. Это связано с тем, что оперативное лечение выполняется у больных с профузным кровотечением, остановить которое эндоскопическими методами не представляется возможным. Тяжелое общее состояние таких больных совместно с операционной травмой и тяжелым течением послеоперационного периода приводят к летальному исходу. Особенно важно отметить, что в 85% послеоперационная летальность при кровоточащей язве приходится на старшую возрастную группу с наличием, как правило, тяжелой терапевтической патологии. Поэтому у лиц пожилого возраста эндоскопическая остановка кровотечения должна быть приоритетной на фоне проводимой современной консервативной терапии.



**РИС. 3.**  
Динамика общей и послеоперационной летальности у больных с гастродуоденальным кровотечением.

## ВЫВОДЫ

1. Широкое внедрение эндоскопических методов гемостаза в лечении больных с гастродуоденальным кровоте-

нием позволяет избежать рецидивов кровотечения у большинства больных и тем самым уменьшает количество экстренных резекций. Хирургическое лечение в таких случаях показано при невозможности эндоскопического гемостаза, то есть резекция желудка при гастродуоденальных кровотечениях становится «операцией отчаяния».

2. На фоне применения современных антисекреторных препаратов оправдано использовать минимальный объем оперативного вмешательства и шире применять экономные резекционные методы оперативного лечения у больных с профузным язвенным ГДК или его рецидивом.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Брискин Б.С., Алиев И.М., Верткий А.Л. Динамика микроциркуляции в слизистой оболочке при различных способах лечения гастродуоденальных язв. Применение лазерной доплеровской флоуметрии в медицинской практике: Матер. Второго всеросс. симп. М. 1998. С. 33-34.
2. Лубянский В.Г., Кривошеков В.Ю., Безмаиерных А.А. Причины возникновения кровотечений у больных с гастродуоденальными язвами. Новые технологии и избранные вопросы клинической хирургии: Материалы III науч.-практ. конф. хирургов Северо-Запада России и XXIV конф. хирургов Республики Карелия. С.-Пб. 2001. Т. 2. С. 114-115.
3. Лукасевич И.И. Прогнозирование течения и хирургическое лечение кровоточащих язв желудка с учетом показателей гастродуоденального кровотечения: Дисс... канд. мед. наук. Моск. мед. ин-т им. Н. А. Семашко. М. 1995. 192 с.
4. Kochler B., Maier M., Benc C. Acute ulcer bleeding. A prospective randomized trial to compare Doppler and Forrest classifications in endoscopic diagnosis and therapy. Dig. Dis. Sci. 1997. № 7. Jul. V. 42. P. 1370-1374.
5. Афанасенко В.П. Принципы тактики и хирургического лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями: Дисс... канд. мед. наук. СамГМУ. Самара. 2000. 219 с.
6. Мидленко В.И., Белоногов Н.И., Смолькина А.В. Лечебно-диагностическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. Хирургия. 2005. № 10. С. 64-67.
7. Мышкин К.И., Боровский М.И., Франкфурт Л.А. Хирургическая тактика при острых гастродуоденальных кровотечениях язвенной этиологии. Хирургия. 1984. № 9. С. 56-60.