

УДК 616.33/.342-002.44-06:616.33-005.1-089-072.1

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХА.С. Дунц¹, А.А. Полежаев², В.И. Макаров², К.В. Стегний², С.В. Юдин²¹ Владивостокская клиническая больница № 2 (690105, г. Владивосток, ул. Русская, 57),² Тихоокеанский государственный медицинский университет (690950, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2)**Ключевые слова:** язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, эндоскопический гемостаз, оперативное лечение.**SURGERY TREATMENT AT ULCER GASTRODUODENAL BLEEDINGS**A.S. Dunts¹, A.A. Polezhaev², V.I. Makarov², K.V. Stegny², S.V. Yudin²¹ Vladivostok clinical hospital (57 Russkaya St. Vladivostok 690105 Russian Federation), ² Pacific State Medical University (2 Ostryakova Ave. Vladivostok 690950 Russian Federation)**Background.** Gastroduodenal bleeding is one of the most dangerous complications of ulcer and it makes up 60% of all bleedings from upper digestive tract.**Methods.** It was conducted the retrospective analysis of treatment results of 418 patients with acute ulcer gastroduodenal bleedings for 2007–2012 in 2 Vladivostok clinical hospital. Assessing the hemostasis it was used the classification of J.A. Forrest (1974).**Results.** 58 patients (13,9%) were admitted to hospital with the bleeding of group Forrest I, the bleeding recurrence was detected in 15 of them (25,9%); of group Forrest II – 213 patients (51%), recurrence – in 21 (9,8%); of group Forrest III – in 147 patients (35,1%), recurrence – in 5 (3,4%). 46 patients were undergone the surgery (11%): 38 (9,1%) – emergency surgery, 8 (1,9%) – elective surgery. The rate of mortality after emergency surgery was 10,6%. There was no mortality after elective surgery. 19 patients of 418 died (4,5%): at gastric ulcer – 9 of 166 (5,4%), at peptic ulcer – 10 of 234 (4,3%).**Conclusions.** The usage of combined methods of endohemostasis and conservative antiulcer and hemostatic therapy enable to reduce the risk of bleeding recurrence, to reduce the number of emergency surgery (to 9,1%) and mortality at continuous pathology (to 4,5%).**Keywords:** peptic ulcer, endoscopic hemostasis, emergency care.

Pacific Medical Journal, 2015, No. 4, p. 45–47.

Гастроудуоденальное кровотечение является одним из опасных осложнений язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, составляющее до 60% среди всех кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта [3, 7, 9]. Количество их, несмотря на достижения фармакологии и широкое применение антихеликобактерной терапии, за последнее время не снизилось, а в ряде регионов возросло в среднем за 3 года на 28%, и гастроудуоденальное кровотечение заняло среди непосредственных причин смерти при язвенной болезни первое место [1, 4, 6]. Сочетание прободения и кровотечения считается наиболее опасным осложнением язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, и встречается в 2,3–17% наблюдений. Смертность при данной комбинации осложнений достигает 83% [2, 5, 8, 13].

Актуальность проблемы острых язвенных гастроудуоденальных кровотечений (ОЯГДК) определяется

Дунц Анастасия Сергеевна – врач-хирург Владивостокской клинической больницы № 2, e-mail: gas.82@bk.ru

высоким уровнем общей летальности, которая в среднем составляет 12%, достигая 50% среди больных пожилого и старческого возраста [3, 6, 10]. Основной причиной ухудшения результатов лечения здесь стали рецидивы, летальность при которых достигает 75% [6, 9, 11, 12]. Вероятность рецидива кровотечения зависит от ряда клинико-эндоскопических факторов, учет которых позволяет индивидуализировать подход к выбору метода лечения, определить показания к оперативному вмешательству и сроки его выполнения [3, 9, 13]. Современные методы эндоскопического гемостаза позволяют добиться остановки язвенного кровотечения у 79–97% больных [1, 3, 9]. Однако настойчивые попытки купировать кровотечение, используя лишь эндоскопические методы, могут приводить к запоздалым оперативным вмешательствам и высокой летальности, достигающей среди больных данной категории 70% [10, 15]. Частота послеоперационных осложнений в зависимости от вида вмешательства при кровоточащей язве составляют 5–40% [5, 6, 9, 14]. Среди хирургов до сих пор отсутствует единое мнение о показаниях к выполнению операций, однако, большинство специалистов считает необходимым индивидуальный подход к выбору метода лечения с учетом состояния пациента, особенностей течения язвенной болезни, характера кровотечения и местных анатомических изменений [6, 11, 14, 15].

Цель исследования: оценка эффективности консервативного и оперативного методов лечения ОЯГДК, а также определение риска их рецидива.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 418 больных с ОЯГДК за 2007–2012 гг. во Владивостокской клинической больнице № 2. Мужчин было 298 (71,3%), женщин – 120 (28,7%). Возраст больных от 19 до 84 лет. Кровотечение из язв желудка диагностировано в 39,5% случаев, кровотечение из язв 12-перстной кишки и гастроэнтеноанастомоза – в 56,2 и 4,3% случаев, соответственно (табл. 1).

Особую группу составили больные пожилого и старческого возраста, число которых за последние годы значительно возросло, и на их долю пришлось 28% наблюдений с тяжелой сопутствующей патологией сердечно-сосудистой, легочной, мочевыделительной систем. Язвенный анамнез был у 167 пациентов (40%), у 78 (18,6%) – отмечен эпизод кровотечения в прошлом и 37 (8,9%) – были ранее оперированы по поводу язвенной болезни. У 136 больных (32,5%) язвенная

Таблица 1

Распределение больных с ОЯГДК в зависимости от пола и возраста

Возраст, лет	Общее кол-во больных	Локализация язвы					
		Желудок		12-перстная кишка		Гастроэнт-роастомоз	
		муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
До 20	10	3	–	7	–	–	–
21–30	59	9	2	45	3	–	–
31–40	55	8	–	32	12	2	1
41–50	80	27	11	28	10	3	1
51–60	95	34	19	21	15	4	2
Более 60	119	26	26	46	16	3	2
<i>Всего:</i>	418	107	58	179	56	12	6

течения, локализации и размеров язвенного поражения, имевшихся осложнений и сопутствующих заболеваний. Назначали инфузионное, гемостатическое и заместительное (по показаниям) лечение, антисекреторные и антибактериальные препараты. При продолжавшемся кровотечении или при риске его рецидива применяли комбинацию различных методов эндоскопического гемостаза: физические (инъекции язвенного дефекта, электрокоагуляцию, аргоноплазменную коагуляцию), химические (орошение спирт-эфирной смесью) и механические (клипирование). Вопрос о выборе сроков, объема и метода оперативного вмешательства при ОЯГДК решался индивидуально и дифференцированно в зависимости от особенностей конкретной клинической ситуации, определяющей степень операционного риска.

Таблица 2

Распределение больных с ОЯГДК в зависимости от локализации и величины язв

Размер язвы	Локализация язвы									Общее кол-во больных	
	Желудок				12-перстная кишка						
	антральный отдел	кардия	малая кривизна	большая кривизна	передняя и задняя стенки	передняя стенка	медиальная стенка	задняя стенка	латеральная стенка	абс.	%
До 0,5 см	5	4	3	5	5	22	4	12	3	63	15,0
0,6–1,0 см	18	11	24	7	9	58	20	32	9	188	45,0
1,1–2,0 см	11	11	21	12	12	–	6	16	6	95	22,7
2,1–3,0 см	–	4	6	4	6	5	–	3	4	32	7,7
3,1–4,9 см	–	4	6	4	4	–	–	–	–	18	4,3
5 см и более	5	4	5	3	4	–	1	–	–	22	5,3
<i>Всего:</i>	39	38	65	35	40	85	31	63	22	418	100,0

Таблица 3

Распределение больных в зависимости от активности ОЯГДК

Кол-во больных	Степень активности кровотечения, по J.A. Forrest						
	Ia	Ib	IIa	IIb	IIc	IIIa	IIIb
Абс.	31	27	35	126	52	110	37
%	7,4	6,5	8,4	30,1	12,4	26,3	8,9

болезнь оказалась выявленной впервые и протекала до эпизода кровотечения бессимптомно. Чаще были отмечены язвы, располагавшиеся на передней стенке 12-перстной кишки и по малой кривизне желудка, размером от 0,6 до 1 см. (табл. 2).

Для диагностики источника и характера кровотечения выполняли неотложную эзофагогастроуденоскопию. При оценке гемостаза пользовались общепринятой рабочей классификацией J.A. Forrest (1974).

Применялась активно-выжидательная тактика, на сегодняшний день признанная стандартом в большинстве ведущих клиник. Консервативную терапию проводили с учетом этиопатогенеза, стадии, тяжести

Результаты исследования. Чаще всего регистрировались спонтанно остановившиеся кровотечения (Forrest II) – 213 наблюдений (51 %). Реже наблюдались язвы с продолжающимся кровотечением (Forrest I) – 58 наблюдений (13,9 %). Гастродуоденальные язвы без признаков кровотечения (Forrest III) были отмечены у 147 больных (табл. 3).

372 пациента (88,9 %) лечились консервативно и 46 подверглись оперативному вмешательству: 38 – в экстренном порядке и 8 – в плановом. Экстренные операции по жизненным показаниям выполнялись на высоте кровотечения при неэффективности эндоскопического гемостаза (7 случаев), при рецидиве кровотечения и неэффективности повторного эндогемостаза (31 случай). Чаще оперировались пациенты с язвами желудка – 31: из них 26 экстренно и 5 планово. Из 46 оперированных у 6 диагностирована пенетрация язв в головку поджелудочной железы. Гастротомия с прошиванием язвенного дефекта выполнена 16 пациентам, в том числе одна – с клиновидной резекцией желудка, одна – с селективной проксимальной ваготомией и еще одна – с перевязкой левой желудочной артерии. Резекции желудка были осуществлены в 22 наблюдениях: 9 – по Бильрот I, 11 – по Бильрот II и 2 – по Ру (в т.ч. в плановом порядке – 8: 6 – по Бильрот I и 2 – по Бильрот II).

Среди 58 больных, поступивших с клиникой активного кровотечения (Forrest I), его рецидив на 1–2-е сутки отмечен в 15 случаях (25,9 %). 11 человек были оперированы в экстренном порядке, у 4 больных гемостаз достигнут путем повторных эндоскопических манипуляций. В 213 наблюдениях неустойчивого гемостаза (Forrest II) использовались превентивные эндоскопические мероприятия, и рецидивы

кровотечения на 3–4-е сутки зарегистрированы у 21 больного (9,8%). Еще в 31 наблюдении повторные эндоскопические вмешательства не увенчались успехом, и пациенты были оперированы. Из 147 больных с картиной состоявшегося кровотечения (Forrest III) рецидив был диагностирован у 5 человек (3,4%). Чаще встречалось рецидивное кровотечение из язв малой кривизны желудка (11 случаев) и из язв задней стенки двенадцатиперстной кишки с размером ниши от 1,5 до 4 см (7 случаев).

Из 418 пациентов умерли 19 (4,5%): при язвенной болезни желудка – 9 из 166 (5,4%), при язвенной болезни 12-перстной кишки – 10 из 234 (4,3%). Из 38 больных, которые были оперированы в экстренном порядке, умерли 4 (10,5%). После плановых операций летальных исходов не было.

Обсуждение полученных данных. Летальность после экстренных операций на высоте ОЯГДК остается высокой. На фоне комплексной противоязвенной терапии и эндоскопического гемостаза вероятность рецидива наиболее высока у больных, поступивших с визуальными признаками активного кровотечения или неустойчивого гемостаза и с большими размерами дефекта. Риск рецидива кровотечения при локализации язвы по малой кривизне желудка повышается в 3 раза и не зависит от локализации поражения при язвенной болезни 12-перстной кишки.

Динамическая эндоскопия с применением комбинированных методов гемостаза в сочетании с консервативной противоязвенной и гемостатической терапией позволяет уменьшить количество экстренных операций на высоте кровотечения и снизить общую летальность при острых язвенных гастродуоденальных кровотечениях.

Литература

1. Алиев С.А., Хадырова Н.М. Выбор метода рациональной хирургической тактики при нестабильном гемостазе у больных с острыми гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии // Хирургия. 2010. № 3. С. 27–30.
2. Афендулов С.А., Журавлев Г.Ю. Хирургическое лечение больных язвенной болезнью. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 336 с.
3. Багненко С.Ф., Мусинов И.М., Курыгин А.А., Синенченко Г.И. Рецидивные язвенные желудочно-кишечные кровотечения. СПб.: Невский диалект; М.: БИНОМ, 2009. 256 с.
4. Багненко С.Ф., Синенченко Г.И., Вербицкий В.Г., Курыгин А.А. Применение протоколов организации лечебно-диагностической помощи при язвенных гастродуоденальных кровотечениях в клинической практике // Вестник хирургии. 2007. № 4. С. 71–75.
5. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии (патогенез, диагностика, лечение): руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 379 с.
6. Ермолов А.С., Тетерин Ю.С., Пинчук Т. П. Комбинированный эндоскопический гемостаз при язвенном гастродуоденальном кровотечении // Хирургия. 2014. № 2. С. 4–7.
7. Лебедев Н.В., Климов А.Е. Язвенные гастродуоденальные кровотечения. М.: БИНОМ, 2010. 176 с.
8. Сажин В.П., Кутакова Е.С., Климов Д.Е. [и др.] Профилактика и лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений // Хирургия. 2011. № 11. С. 20–25.

9. Сажин И.В., Сажин В.П., Савельев В.М. Комплексное применение лапароскопической ваготомии при длительно нерубцующихся язвах после гастродуоденальных кровотечений // Хирургия. 2014. № 3. С. 3–25.
10. Barkun A., Sabbah S., Enns R. [et al.] The Canadian Registry on Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding and Endoscopy (RUGBE): endoscopic hemostasis and proton pump inhibition are associated with improved outcomes in a real-life setting // The American Journal of Gastroenterology. 2004. Vol. 99. P. 1238–1246.
11. Lanas A., Polo-Tomas M., Garcia-Rodriguez L.A., Garcia S. Effect of proton pump inhibitors on the outcomes of peptic ulcer bleeding: comparison of event rates in routine clinical practice and a clinical trial // Scand. J. Gastroenterol. 2013. Vol. 48, No. 3. P. 285–294.
12. Lassen A., Hallas J., Schaffalitzky de Muckadell O.B. Complicated and uncomplicated peptic ulcers in a Danish county 1993–2002: a population-based cohort study // The American Journal of Gastroenterology. 2006. Vol. 101. P. 945–953.
13. Lim C.H., Vani D., Shah S.G. [et al.] The outcome of suspected upper gastrointestinal bleeding with 24-hour access to upper gastrointestinal endoscopy: a prospective cohort study // Endoscopy. 2006. Vol. 38. P. 581–585.
14. Targownik L.E., Nabalamba A. Trends in management and outcomes of acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: 1993–2003 // Clin. Gastroenterol. Hepatol. 2006. No. 4. P. 1459–1466.
15. Viviane A., Alan B.N. Estimates of costs of hospital stay for variceal and nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in the United States // Value Health. 2008. No. 11. P. 1–3.

Поступила в редакцию 18.03.2015.

Хирургическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях

А.С. Дунц¹, А.А. Полежаев², В.И. Макаров², К.В. Стегний², С.В. Юдин²

¹ Владивостокская клиническая больница № 2 (690105, г. Владивосток, ул. Русская, 57), ² Тихоокеанский государственный медицинский университет (690950, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2)

Введение. Гастродуоденальное кровотечение является одним из опасных осложнений язвенной болезни, составляющее до 60% среди всех кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 418 больных 19–84 лет с острыми язвенными гастродуоденальными кровотечениями за 2007–2012 гг. во Владивостокской клинической больнице № 2. При оценке гемостаза пользовались классификацией J.A. Forrest (1974).

Результаты исследования. С кровотечением группы Forrest I поступили 58 больных (13,9%), среди них рецидив кровотечения диагностирован у 15 человек (25,9%); группы Forrest II – 213 больных (51%), рецидив – у 21 (9,8%); группы Forrest III – у 147 больных (35,1%), рецидив – у 5 (3,4%). Были оперированы 46 пациентов (11%): 38 (9,1%) – в экстренном, 8 (1,9%) – в плановом порядке. Летальность после экстренных операций составила 10,6%. После плановых операций летальных исходов не было. Из 418 больных умерли 19 (4,5%): при язвенной болезни желудка – 9 из 166 (5,4%), при язвенной болезни 12-перстной кишки – 10 из 234 (4,3%).

Обсуждение полученных данных. Применение комбинированных методов эндогемостаза в сочетании с консервативной противоязвенной и гемостатической терапией позволяет снизить риск рецидива кровотечения, уменьшить количество экстренных оперативных вмешательств (до 9,1%) и летальность при данной патологии (до 4,5%).

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, эндоскопический гемостаз, оперативное лечение.