

УДК 616.33-002.44-005.1-089.197.3

## ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

А.А. Полежаев<sup>1</sup>, В.И. Макаров<sup>1</sup>, А.С. Дунц<sup>1</sup>, О.В. Перерва<sup>2</sup>, В.А. Дубинкин<sup>1</sup><sup>1</sup>Владивостокский государственный медицинский университет» (690950, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2),<sup>2</sup>Дальневосточный окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства (690022, г. Владивосток, пр-т 100 лет Владивостоку, 161)**Ключевые слова:** язвенные гастродуоденальные кровотечения, хирургическое лечение, оптимизация.

Проведен анализ лечения 182 больных в возрасте от 17 до 96 лет с острыми язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Интенсивная консервативная терапия оказалась эффективной в 176 случаях (96,7%), в экстренном порядке оперированы 6 пациентов (в 4 случаях – резецирующие вмешательства, в 2 – прошивание язвы). Динамическая эндоскопия и комбинированные методы эндоскопического гемостаза позволили ограничиться минимальным количеством хирургических вмешательств на высоте кровотечения и снизить общую летальность при желудочно-кишечных кровотечениях. Последняя составила 7,7% – 14 случаев (все смерти в стационаре без учета доминирующей патологии).

Заболеваемость язвенной болезнью остается высокой и колеблется среди взрослого населения России в пределах 5–20% [2, 11]. Отмечается превалирование осложненных, запущенных форм данной патологии, в связи с чем ежегодно от 10 до 30% больных нуждаются в хирургическом лечении в силу безуспешности консервативной терапии [2, 5, 9]. Кровотечение из желудочных и дуоденальных язв, количество которых возросло в среднем за 3 года на 28%, занимает первое место в структуре причин смерти при язвенной болезни [2]. Частота послеоперационных осложнений в зависимости от вида оперативного вмешательства при кровоточащей язве достигает 5–40% больных, летальность – 7–25% (до 50% среди лиц пожилого и старческого возраста). Особенно высока летальность (25–75%) при рецидиве кровотечения, а при экстренных вмешательствах на высоте кровотечения она в 3 раза выше, чем при операциях, выполненных после его остановки [1, 2, 6, 8, 10]. Комплексная консервативная терапия с использованием эндогемостаза позволяют в ряде случаев избежать неотложной операции при острых язвенных гастродуоденальных кровотечениях, но в 7,6% случаев метод оказывается неэффективным, а у 9% пациентов возникает рецидив кровотечения [8]. Настойчивые попытки остановить кровотечение, используя лишь эндоскопические методики, приводят к запоздалым оперативным вмешательствам и высокой летальности, достигающей среди больных данной категории 70% [7]. По мнению большинства современных хирургов, необходим индивидуальный подход к выбору оперативного лечения с учетом состояния пациента, особенностей течения язвенной болезни, характера кровотечения, анатомических особенностей

области язвы [2, 3, 12, 13]. Выбор оптимальной тактики может быть облегчен путем разработки общедоступных прогностических критериев для выбора метода лечения в каждом конкретном случае с учетом риска возникновения рецидива кровотечения.

Цель исследования: обоснование выбора тактики лечения при язвенных гастродуоденальных кровотечениях.

**Материал и методы.** Проанализированы результаты лечения больных с острыми язвенными гастродуоденальными кровотечениями с 2002 по 2010 г. в клинике кафедры общей хирургии с курсом морской медицины на базе больницы ДВОМЦ г. Владивостока. За этот период в клинику были госпитализированы 182 профильных пациента в возрасте от 17 до 96 лет (117 мужчин и 65 женщин). Основную часть больных составили лица трудоспособного возраста, к группе повышенного операционного риска были причислены 64 человека (35,2%), страдавшие серьезными сопутствующими заболеваниями. В 91 наблюдении (50%) источником кровотечения были язвы желудка, в 84 (46,2%) – язва двенадцатиперстной кишки (ДПК), в 7 (3,8%) – язва гастроэнтероанастомоза. В 11 случаях (6%) язвенные дефекты располагались как в желудке, так и в ДПК.

Язвенный анамнез выявлен у 68 больных (37,4%), в том числе у 44 человек с кровотечением из хронической дуоденальной язвы и у 24 человек с кровотечением из язвы желудка. Желудочный анамнез зарегистрирован в 43 случаях (23,6%). Таким образом, у 71 больного (39%) язвенная болезнь была диагностирована впервые и протекала до эпизода кровотечения бессимптомно.

Для диагностики источника и характера кровотечения выполняли неотложную эзофагогастродуоденоскопию. Гемостаз оценивали по классификации J.A. Forrest. При эндоскопическом исследовании учитывались локализация, размер и глубина язвы, описывались ее края, дно и окружающая слизистая оболочка. По размерам различали малые язвы (до 0,5 см), средние (0,6–1,5 см в желудке и 0,6–1,0 см в ДПК), большие (1,6–3,0 см в желудке и 1,1–2,0 см в ДПК) и гигантские язвы (более 2,5 см в желудке и более 2 см в ДПК) [4]. С наибольшей частотой встречались язвы, локализованные на передней стенке ДПК (67,9% случаев) и теле желудка (30,8% случаев). Также с наибольшей частотой регистрировались эпизоды активного кровотечения из язвы на передней стенке ДПК (66,7%) и из язв кардиального и

Таблица 1

Структура возрастных групп пациентов в зависимости от выраженности язвенного кровотечения, по В.И. Стручкову (1977)

Возраст, годы	Тяжесть кровопотери				
	I	II	III	IV	I-IV
17-30	15	4	5	3	27
31-40	12	5	3	1	21
41-50	14	12	4	5	35
51-60	18	10	5	2	35
61-70	13	15	8	0	36
Более 70	7	8	8	5	28
Всего:	79	54	33	16	182

субкардиального отделов желудка (54,8%). В 48 случаях (26,4%) диагностированы малые язвы (19 в ДПК и 29 в желудке), в 92 случаях (50,5%) – средние язвы (52 в ДПК и 40 в желудке), в 35 случаях (19,2%) большие язвы (17 в ДПК и 18 в желудке), в 7 случаях (3,9%) – гигантские язвы (3 в ДПК и 4 в желудке).

При продолжающемся кровотечении применяли различные методы гемостаза: физические (инъекция язвенного дефекта, электрокоагуляция, аргоноплазменная коагуляция), химические (орошение спирт-эфирной смесью), механические (эндоскопическое клипирование), а также их комбинации.

Наиболее эффективным, доступным и экономически оправданным методами оказались электро- и аргоноплазменная коагуляции. Вопрос о выборе сроков, объема и метода оперативного вмешательства при острых язвенных гастродуоденальных кровотечениях решался индивидуально и дифференцированно в зависимости от конкретной клинической ситуации, определяющей степень операционного риска (интенсивность и длительность кровотечения, объем кровопотери, возраст и тяжесть состояния больного, сопутствующие заболевания, эндоскопическая картина и риск рецидива).

Для определения тяжести кровопотери использовали классификацию В.И. Стручкова (1977), учитывающую дефицит объема циркулирующей крови (ДОЦК): I (легкая) степень кровопотери (ДОЦК до 10%) отмечена у 79 больных (43,4%), II (средняя) степень (ДОЦК до 20%) – у 54 больных (29,7%), III (тяжелая) степень (ДОЦК до 30%) – у 33 больных (18,1%), IV (крайне тяжелая) степень (ДОЦК более 30%) – у 16 больных (8,8%). Причем наиболее тяжелая степень кровопотери пришлось на лиц пожилого и старческого возраста (табл. 1).

При госпитализации всем больным проводили инфузионную, гемостатическую и заместительную (свежезамороженная плазма и эритромаасса) терапию, назначали антисекреторные средства и антибактериальные препараты.

**Результаты исследования.** Спонтанно остановившиеся кровотечения (Forrest II) регистрировались наиболее часто – у 49,4% пациентов. Реже наблюдались

Таблица 2

Распределение больных в зависимости от тяжести состояния и характера кровотечения

Активность кровотечения, по Forrest	Тяжесть кровопотери (кол-во больных), абс.				Кол-во больных		Летальный исход, абс.
	I	II	III	IV	абс.	%	
Ia	5	5	10	1	21	11,6	1
Ib	10	13	6	6	35	19,2	2
IIa	9	7	3	3	22	12,1	1
IIb	14	14	5	2	35	19,2	4
IIc	21	8	3	1	33	18,1	3
III	20	7	6	3	36	19,8	3
Всего:	79	54	33	16	182	100,0	14

гастродуоденальные язвы с продолжающимся кровотечением (Forrest I) – у 30,8% пациентов (табл. 2).

В лечении применялась активно-выжидательная тактика, являющаяся стандартом в ведущих клиниках и хирургических стационарах. Консервативные мероприятия выполнялись с учетом этиопатогенеза, стадии, тяжести течения, локализации и размеров язвенного поражения, имеющихся осложнений и сопутствующих заболеваний.

При гастродуоденоскопии были отмечены частые рецидивы кровотечений (через 3, 6, 12, 24 часа), ввиду чего стратегия лечения была построена на принципах консервативной терапии и проведении диагностического эндоскопического исследования именно с этой кратностью. При активном кровотечении или при риске рецидива выполнялся эндоскопический гемостаз с целью окончательной или временной остановки кровотечения. Экстренные операции проводили на высоте кровотечения по жизненным показаниям: продолжающееся профузное кровотечение, кровопотеря III–IV степени, неэффективность консервативных мероприятий при массивном кровотечении, рецидив кровотечения после его остановки консервативными методами и неэффективности повторного эндогемостаза.

Из 182 больных интенсивная консервативная терапия оказалась эффективной у 176 (96,7%). В экстренном порядке оперированы ввиду продолжающегося кровотечения 6 человек (3,3%). Резецирующие операции выполнены в 4 случаях, причем в 1 из них оперативное пособие было оказано в связи с клиникой перфорации после остановки кровотечения. В данной группе пациентов смертельных случаев не зарегистрировано. В связи с крайней степенью риска радикального вмешательства из-за тяжелых сопутствующих заболеваний 2 больным проведено прошивание язвы.

Из всех больных, находившихся в клинике с диагнозом гастродуоденального кровотечения, умерли 14 (табл. 2), общая летальность составила 7,7%. Основными причинами смерти были острый инфаркт миокарда (5 случаев), рак желудка (1 случай), другая патология и ее

сочетания – ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, хронические обструктивные заболевания легких и др. – (2 наблюдения). Четверо больных в возрасте от 81 до 88 лет, поступившие в крайне тяжелом состоянии и крайне низкими показателями гемоглобина, эритроцитов, гематокрита, умерли в течение первых двенадцати часов с момента госпитализации. Следует отметить, что в 21 наблюдении были показания к экстренному оперативному лечению (в 16 – рецидив кровотечения в стационаре, в 5 – продолжающееся кровотечение). Как указывалось ранее, оперированы были только 6 пациентов, а в 15 случаях эндоскопический гемостаз был продолжен комбинированными методами (в 10 случаях из-за категорического отказа от операции, в 5 случаях – из-за высокой степени оперативного риска). В данной ситуации проводилась контрольно-динамическая эндоскопия. Из этой группы летальный исход зарегистрирован в 1 наблюдении в возрасте 88 лет и был обусловлен острой сердечно-сосудистой недостаточностью, развившейся на фоне кровопотери при продолжающемся кровотечении в течение 2 часов с момента поступления в стационар.

**Обсуждение полученных данных.** Динамическая эндоскопия и комбинированные методы эндоскопического гемостаза позволили ограничиться минимальным количеством операций на высоте кровотечения, снизить общую летальность при желудочно-кишечных кровотечениях с 20–75 до 7,7%. Резецирующие операции не увеличивали риска послеоперационной смертности по сравнению с паллиативными, опасность их проведения даже на высоте кровотечения, по нашему мнению, многими авторами преувеличена. Смертность при язвенных гастроудоденальных кровотечениях не зависела от активности кровотечения при поступлении.

Таким образом, к основным критериям выбора тактики лечения больных с язвенными гастроудоденальными кровотечениями относятся тяжесть кровопотери, эндоскопические признаки продолжающегося кровотечения (степени устойчивости гемостаза) и определение риска анестезии и операции на основании возраста, а также объема предстоящего вмешательства. Должны учитываться устойчивость организма к кровопотере, подчас массивной, и хронические заболевания, декомпенсация которых в раннем послеоперационном периоде на фоне операционного стресса и расстройств гемореологии может привести к летальному исходу. Поэтому показаниями к экстренной операции должны являться продолжающееся кровотечение, если лечебная эндоскопия не проводилась или при неэффективности эндоскопического гемостаза, и рецидив язвенного кровотечения в стационаре. При легкой и средней кровопотере, при небольших язвенных дефектах и немассивном характере возобновления кровотечения допустимо повторное выполнение лечебной эндоскопии. При

явной непереносимости даже паллиативного оперативного вмешательства у больных группы риска консервативная терапия и неоднократное проведение эндогемостаза оправданно, так как часто подобная тактика позволяет добиться устойчивости гемостаза и снизить послеоперационную летальность.

#### References

1. Aliev S.A., Hadyrova N.M. The choice of rational surgical tactic method in the unstable hemostasis for patients with acute gastroduodenal bleeding of ulcer aetiology, *Zhurnal im. N.I. Pirogova*, 2010. No. 3. P. 27 – 30.
2. Afendulov S.A., Zhuravlev G.Ju. The surgical treatment of ulcer patients. M.: GJeOTAR-Media, 2008. 336 p.
3. Gostiwev V.K., Evseev M.A. Gastroduodenal bleeding of ulcer aetiology (pathogenesis, diagnosis, treatment): a guide for physicians. M.: GJeOTAR-Media, 2008. 379 p.
4. Dobrokvashin S.V., Jakupov R.R. The treatment of patients with ulcers gastroduodenal bleeding and prevention of its relapse. Kazan: Tathimfarmpreparaty, 2007. 96 p.
5. Kazymov I.L. Surgical treatment of different types gastroduodenal ulcers bleeding: *the thesis of abstract*. M., 2008. 36 p.
6. Lebedev N.V., Klimov A.E. Gastroduodenal ulcer bleeding. M.: BINOM, 2010. 176 p.
7. Lucevich Je.V., Belov I.N., Prazdnikov Je.N. Diagnosis and treatment of ulcers gastroduodenal bleeding, 50 lekcij po hirurgii pod red. V.S. Saveleva. M.: Media Medika, 2003. P. 260-263.
8. Shapkin Ju.G., Urjadov S.E. Therapeutic and diagnostic tactics for non-ulcer gastroduodenal bleeding, *mat. Vserossijskoj nauchno-prakticheskoj konferencii hirurgov*, Saratov, 2003. P. 169.
9. Shaposhnikov A.V. Peptic ulcer disease. The statistical monitoring, *Rossijskij zhurnal gastrojenterologii, gepatologii, koloproktologii*, 2007. No. 5. P. 39.
10. Shevchenko Ju.L., Korznikova A.A., Stojko Ju.M. i dr. Differential treatment of ulcer gastroduodenal bleeding, *Hirurgija*. 2006. No. 11. P. 18–23.
11. Jarema I.V., Urtaev B.M., Kovalchuk L.A. Surgery of gastric ulcer: a guide for physicians. M.: Medicina, 2004. 204 p.
12. Jensen D.M. Clots and spots on ulcer: why and how to treat, *Langenbeck's Arch. Surg.* 2001, Vol. 386. P. 82–87.
13. Schoenberg M.H. Surgical therapy for peptic ulcer and non-variceal bleeding, *Langenbeck's Arch. Surg.* 2001. Vol. 386. P. 98–103.

Поступила в редакцию 15.03.2012.

#### OPTIMIZING SURGERY ON ULCEROUS GASTRODUODENAL HAEMORRHAGE

A.A. Polezhaev<sup>1</sup>, V.I. Makarov<sup>1</sup>, A.S. Dunts<sup>1</sup>, O.V. Pererva<sup>2</sup>, V.A. Dubinkin<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Vladivostok State Medical University (2 Ostryakova Av. Vladivostok 690950 Russia), <sup>2</sup> Far Eastern District Medical Centre of the Federal Medical Biological Agency (161 100 Year Anniversary of Vladivostok St. Vladivostok 690022 Russia)

**Summary** – The paper analyses the results of treatment of 182 patients aged 17 to 96 years old with acute ulcerous gastroduodenal haemorrhage. The intensive non-surgical treatment proved to be efficient in 176 cases (96,7%). 6 patients were operated urgently (4 cases of resective surgery, 2 cases of ulcer suturing). The dynamic endoscopy and combined methods of endoscopic haemostasis allowed to be limited to the minimum of surgeries at the height of the haemorrhage and decrease the total lethality rate in case of the gastrointestinal haemorrhages. The lethality rate reached 7,7% – 14 cases (all deaths were recorded in the hospital conditions without regard to the prevailing pathology).

**Key words:** ulcerous gastroduodenal haemorrhage, surgery, optimisation.