

Г. К. Жерлов, А. П. Кошель, В. М. Воробьев, Е. И. Маевский

## ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

G. K. Zherlov, A. P. Koshel, V. M. Vorobyov

### SELECTION OF TREATMENT STRATEGY IN PATIENTS HAVING GASTRODUODENAL BLEEDINGS OF ULCEROUS ETIOLOGY

НИИ гастроэнтерологии им. Г. К. Жерлова ГБОУ ВПО СибГМУ Минздравсоцразвития России

© Г. К. Жерлов, А. П. Кошель, В. М. Воробьев, Е. И. Маевский

Проведен анализ результатов лечения 782 больных с язвенной болезнью желудка (239), двенадцатиперстной кишки (488), а также больных с сочетанными язвами (37) и пептической язвой гастроэнтероанастомоза (18), осложненной кровотечением. Общая летальность после операции составила 3,8 %. Считаем, что в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений следует придерживаться индивидуальной активно-выжидательной тактики, основанной на соматическом состоянии пациента, длительности язвенного анамнеза и локализации язвы, наличии эпизодов гастродуоденального кровотечения в прошлом, а также интенсивности кровотечения и эффективности консервативного гемостаза.

**Ключевые слова:** язвенная болезнь желудка, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, хирургическое лечение.

The analysis of treatment results in 782 patients was conducted. There were 239 patients with gastric ulcers, 488 patients with duodenal ulcers, 37 patients with combined ulcers and 18 patients with bleeding peptic ulcers of gastroenteroanastomosis. Postoperative mortality was 3,8 %. Postoperative complications were in 12,2 % patients. We consider that the treatment of ulcerative gastroduodenal bleedings should be based on the individual active and waiting policy concluding in somatic patient's condition, duration of ulcerative anamnesis, presence of gastroduodenal bleedings in the past, ulcer location, and bleeding intensity and effectiveness of conservative hemostasis.

**Key words:** peptic ulcer, duodenal ulcer, surgical treatment.

УДК 616.33/.34-005.1-02-002.44-08-035

#### ВВЕДЕНИЕ

Открытие *H. pylori* и широкое внедрение эрадикационной терапии в лечение язвенной болезни обещало прогрессивное снижение количества операций по поводу данного заболевания. И действительно, в последние годы и в мировой, и в отечественной литературе отмечается общее снижение числа плановых операций при гастродуоденальных язвах. Однако на этом фоне происходит рост числа экстренных вмешательств, обусловленных, в том числе, кровотечением из язвы желудка или двенадцатиперстной кишки [7, 8, 11, 12, 14]. Так, например, по данным В. В. Рыбачкова и И. Г. Дряженкова [9], за последние 5 лет количество больных с кровоточащей язвой увеличилось в 7 раз. Более того, достаточно высоким

и стабильным остается уровень летальности, который на протяжении многих лет колеблется вокруг отметки 10 % и не имеет тенденции к снижению (от 5,7 до 25 %) [7, 10, 15].

Тактика лечения больных с гастродуоденальными геморрагиями за последнее столетие пересматривалась неоднократно. В настоящее время в экстренной хирургии гастродуоденальных язв, осложненных кровотечением, существуют различные варианты, в той или иной степени укладываемые в 3 основных тактических подхода: активный, активно-выжидательный и выжидательный. Число сторонников и противников каждого из них периодически меняется, что обусловлено, с одной стороны, развитием технического прогресса и фармацевтической промышленности, а с другой — переосмыслением этиологии и

патогенеза язвенной болезни. Например, широкое внедрение в общеклиническую практику современной эндоскопической аппаратуры позволяет у 85—95 % больных выполнить остановку кровотечения из аррозированных сосудов в дне язвы, не прибегая к оперативному вмешательству. Появление новых поколений препаратов, позволяющих контролировать желудочную кислотность, позволило достигнуть уровня гипохлоридрии, при котором процессы формирования тромба протекают в оптимальной среде [13], а успехи консервативного лечения язвенной болезни, основанной на эрадикации *Helicobacter pylori*, склоняют чашу весов в пользу активно-выжидательной тактики.

Вместе с тем, до настоящего времени запоздалое решение о необходимости операции, а также рецидивы профузного кровотечения в стационаре, на 2—3-и сут. после поступления, занимают далеко не последнее место в структуре причин летальных исходов при этом осложнении [8]. Подтверждением этому являются цифры, которые приводит А.А. Крылов с соавт. [5]: летальность при активной тактике не превышает 5 %, при активно-выжидательной она достигает 29 %, а «операции отчаяния», выполняемые на фоне рецидива кровотечения, приводят к гибели до 45 % больных.

Таким образом, вопрос о тактике ведения больных с острыми язвенными гастродуоденальными кровотечениями остается открытым и требует дальнейшего рассмотрения.

Цель настоящего исследования заключается в обосновании индивидуальной активно-выжидательной тактики при острых гастродуоденальных кровотечениях.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В работе проведен анализ результатов лечения 782 больных с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии, находившихся в клинике с 1989 по 2004 гг. Среди пациентов

было 587 мужчин и 195 женщин в возрасте от 15 до 89 лет. Сводные данные о больных по полу и возрасту представлены в табл. 1.

Из приведенной таблицы видно, что почти половина (48,2 %) пациентов с гастродуоденальными кровотечениями представлена группой наиболее трудоспособного возраста от 31 до 50 лет.

Все пациенты поступали в приемное отделение в порядке скорой помощи с признаками острого желудочно-кишечного кровотечения. Среднее время от момента начала кровотечения до поступления составило  $17 \pm 2,7$  ч.

Основными жалобами у пациентов при поступлении были — рвота «кофейной гущей» (87 %); мелена (79 %); головокружение (47 %); кратковременный коллапс (17 %). Наличие данных признаков гастродуоденального кровотечения служило показанием для выполнения экстренного эндоскопического исследования верхних отделов пищеварительного тракта. Основной целью экстренной эзофагогастродуоденоскопии была топическая диагностика источника геморагии, оценка состояния сосудистого гемостаза в дне язвы, а также выполнение эндоскопической остановки кровотечения.

Из 782 поступивших пациентов при экстренной ФЭГДС язвенная болезнь желудка была обнаружена у 239 (30,6 %), язвенная болезнь ДПК — у 488 (62,4 %) поступивших, у 37 (4,7 %) пациентов имелись сочетанные гастродуоденальные язвы, а у 18 (2,3 %) — язвы гастроэнтероанастомоза (после операции Бильрот II).

Состояние сосудистого гемостаза в дне язвы оценивали по классификации J. Forrest (1987):

F-I-A — струйное (артериальное) кровотечение из язвы;

F-I-B — капельное (венозное) кровотечение из язвы;

F-II-A — тромбированные сосуды в дне язвы;

F-II-B — сгусток крови, закрывающий язву;

F-II-C — язва без признаков кровотечения;

F-III — источников кровотечения не обнаружено.

Таблица 1

Распределение пациентов с гастродуоденальными кровотечениями по полу и возрасту

Пол/возраст	Всего	Возраст (лет)					
		до 20	21—30	31—40	41—50	51—60	старше 61
Мужчины	587	21	69	161	134	123	79
Женщины	195	8	23	48	34	47	35
Итого	782	29	92	209	168	170	114

Эндоскопический гемостаз осуществляли с применением аргон-усиленного радиочастотного коагулятора «Электропульс-РЧ» (Томск), диатермокоагуляцию выполняли аппаратом Olympus UES-20 с использованием коагулятора CD-1L, в редких случаях применяли инъекционный гемостаз: раствор адреналина 0,1 % — 0,25 в 100,0 0,25 % р-ра новокаина.

После эндоскопического исследования, выяснения источника и локализации геморрагии и проведения эндоскопической остановки кровотечения определялась дальнейшая тактика.

Все пациенты, у которых кровотечение продолжалось или имела место «угроза повторного кровотечения», соответственно *F-I-A*, *F-I-B* и *F-II-A*, *F-II-B* по классификации J. Forrest (1987), госпитализировались в отделение интенсивной терапии. После проведения комплекса интенсивной терапии, направленной на восполнение ОЦК, коррекцию водно-электролитных нарушений, активацию гемостаза, поддержание функции жизненно важных органов выполнялось повторное эндоскопическое исследование для решения вопроса о сроках проведения оперативного вмешательства.

Наличие у пациента струйного артериального кровотечения из язвы (*F-I-A*) на фоне неэффективности эндоскопического гемостаза служило показанием для проведения экстренной операции. При необходимости допускалась короткая предоперационная подготовка.

При наличии капельного венозного кровотечения (*F-I-B*) проводилась гемостатическая терапия, как общая (медикаментозная), так и местная (повторная эндоскопическая). В случае неэффективности консервативного лечения у этой группы больных в течение 6 часов — при контрольной эзофагогастроуденоскопии кровотечение

продолжается, — пациентам предлагалось выполнение экстренной операции.

Эффективность первичного эндоскопического гемостаза составила 92,7 % (725 больных). При этом у 107 (14,8 %) из них возникли рецидивы кровотечения в сроки до 72 часов от первичного гемостаза, что в свою очередь потребовало выполнения экстренной операции или повторного эндоскопического гемостаза.

Если через сутки интенсивной терапии в стационаре сохранялась угроза кровотечения (*F-II-A*, *F-II-B*), пациентам с длительным течением язвенной болезни либо наличием эпизодов гастродуоденального кровотечения в анамнезе настоятельно рекомендовалось выполнение срочной операции.

При отсутствии признаков продолжающегося кровотечения и угрозы кровотечения (*F-II-C*) при эндоскопическом контроле через сутки больных переводили в общехирургическое отделение для дальнейшей терапии с последующим (не ранее 14 сут) решением вопроса о плановом оперативном лечении.

Пациенты группы *F-II-C* и *F-III* либо госпитализировались в стационар для дальнейшего планового обследования, либо им рекомендовалось пройти комплексное обследование в поликлинике по месту жительства.

Всего оперативное лечение по поводу гастродуоденального кровотечения было выполнено у 345 (44,1 %) из 782 пациентов, поступивших в клинику. Операции в экстренном порядке (до 6 часов от поступления) были выполнены у 46 пациентов, что составило 13,3 % от всех оперированных, или 5,9 % от всех пациентов, поступивших с кровотечением. В срочном порядке было оперировано 128 пациентов, 37,1 % и 16,4 % соответственно.

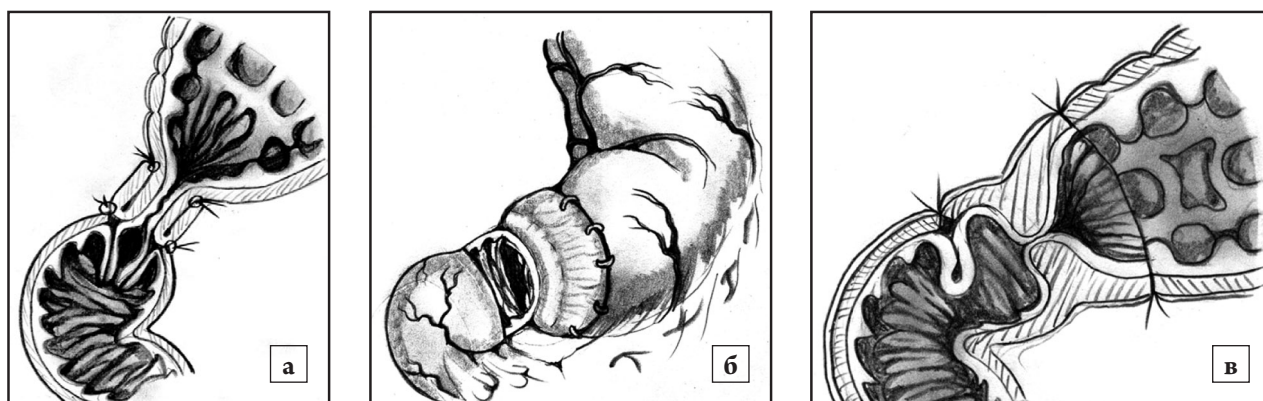


Рис. 1. Окончательный вид операций при гастродуоденальном кровотечении, выполненных в клинике (пояснение в тексте)

Операции спустя 14 и более сут. от момента поступления (в плановом порядке) были выполнены у 170 больных (49,3 % и 21,7 %).

Основной вид операции, принятый в клинике при язвенной болезни желудка и ДПК, осложненной кровотечением — резекция  $\frac{1}{2}$  желудка с формированием пилороподобного гастродуоденоанастомоза (рис. 1а) — был выполнен у 188 (54,5 %) больных. Селективная проксимальная ваготомия с иссечением язвы и дуоденопластикой проведена в собственной модификации у 74 (21,4 %) пациентов (рис. 1б), наконец, пилоросохраняющая резекция, также разработанная в клинике — у 39 (11,3 %) (рис. 1в).

Остальным больным выполнялись иссечение язвы 18 (5,2 %), стволовая ваготомия 9 (2,6 %), резекции пилоробульбарного отдела 9 (2,6 %), экстирпация культи желудка 4 (1,2 %), проксимальная резекция 4 (1,2 %). Более подробно способы выполнения операций были описаны нами ранее [4].

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В ранние сроки после экстренных и срочных операций умерло 13 (3,8 %) больных, в том числе 9 оперированы в срочном порядке (2-е — 3-и сут.) на фоне рецидивного профузного кровотечения. В 4 случаях выполнена резекция  $\frac{1}{2}$  желудка в модификации клиники, в 9 — гастротомия, иссечение язвы. Причиной смерти у 7 больных была острая сердечно-сосудистая недостаточность, у 4 — осложнения со стороны легких (пневмония) у 1 — массивная кровопотеря (больная погибла в течение первых сут после операции). У 1 больного операция иссечения язвы выполнялась после многократных санационных релапаротомий,

выполненных по поводу разлитого гнойного перитонита после перфорации язвы двенадцатиперстной кишки. Смерть больного наступила вследствие полиорганной недостаточности на фоне некупируемого гнойного перитонита.

Послеоперационные осложнения возникли у 42 больных (12,2 %). При этом все осложнения носили характер неспецифических, т.е. характерных для любой операции на органах брюшной полости. Ни в одном случае не отмечено недостаточности швов анастомозов, что обусловлено, на наш взгляд, особенностью используемой технологии формирования гастродуоденального соустья. Частота и характер осложнений представлены в табл. 2.

Как видно из табл. 2, самыми частыми осложнениями были инфильтративно-воспалительные изменения в легких и плевре ( $n = 14$ ), а также гнойные осложнения со стороны послеоперационной раны ( $n = 12$ ).

В раннем послеоперационном периоде мы придерживаемся активной тактики ведения больных (раннее вставание, дыхательная гимнастика, раннее энтеральное питание через микрозонд, установленный в тощую кишку во время операции), что позволило значительно сократить количество легочных осложнений и в последние 5 лет осложнения со стороны легочной системы возникли только у 3 пациентов пожилого возраста на фоне имеющейся выраженной бронхо-легочной патологии.

Средний койко-день после операции составил  $19,5 \pm 3,3$  сут.

Завершая раздел, посвященный выбору объема операции при остром гастродуоденальном язвенном кровотечении, следует отметить следующее. Несмотря на то, что операцией выбора

Таблица 2

### Осложнения операции по поводу гастродуоденальных кровотечений

	n	Легочные осложнения	Сердечно-сосудистые осложнения	Гнойные осложнения	Прочие	%
Резекция $\frac{1}{2}$ желудка	188	6	3 (2)	5	4	9,6 (1,1)
СПВ + иссечение язвы + дуоденопластика	74	2	-	1	-	4,1
Пилоросохраняющая резекция	39	1	1	1	1	7,7
Иссечение язвы	18	4 (4)	6 (5)	4	2 (2)	100 (61,1)
Прочие	26	1	-	2	-	11,5
Итого	345	14 (4)	9 (7)	12	7 (2)	12,2

Примечание: в скобках указано количество умерших больных.

на высоте гастродуоденального кровотечения в нашей клинике принята резекция  $\frac{1}{2}$  желудка в собственной модификации [4], у молодых людей с впервые выявленной язвой двенадцатиперстной кишки, при отсутствии грубой деформации луковицы ДПК, показана селективная проксимальная ваготомия с иссечением язвы и дуоденопластикой.

Выполнение гастротомии и прошивания сосудов в дне язвы считаем возможным только у пациентов пожилого и старческого возраста, на фоне тяжелой сопутствующей патологии, когда технически сложно выполнить иссечение язвы, а время операции ограничено.

В более поздние сроки после кровотечения (в плановом порядке) возможно выполнение всех вариантов резекции желудка и органосохраняющих операций (селективная проксимальная ваготомия + иссечение язвы + дуоденопластика).

Таким образом, в решении вопроса о сроках выполнения операции при острых гастродуоденальных кровотечениях мы считаем целесообразным придерживаться индивидуальной активно-выжидательной тактики. При наличии сомнений в эффективности проводимых консервативных мероприятий, направленных на остановку кровотечения, особенно у пациентов с длительным язвенным анамнезом и наличием в прошлом эпизодов желудочно-кишечных кровотечений, следует более активно предлагать оперативное лечение.

В случае выявления кровотечения *F-I-A* и *F-I-B* необходимо выполнять экстренную операцию в сроки до суток от момента поступления. Операцией выбора при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях следует считать резекцию желудка либо селективную проксимальную ваготомию с иссечением язвы и дуоденопластикой. У пациентов с язвенной болезнью желудка также возможно выполнение пилоросохраняющей резекции. Операции иссечения язвы следует выполнять только в исключительных случаях, когда кровотечение невозможно остановить эндоскопически, а любое другое вмешательство не может быть выполнено в силу крайней тяжести состояния больного. После выполнения подобных операций в раннем послеоперационном периоде следует назначать лечебные дозы внутривенных ингибиторов протонной помпы и проводить динамическое эндоскопическое наблюдение за зоной операции.

В том случае, когда имеет место кровотечение *F-II-A* и *F-II-B* у молодых пациентов с впервые выявленной язвой либо в том случае, когда риск операции высок (пожилой и старческий возраст, тяжелая сопутствующая патология) возможно проведение консервативных мероприятий в условиях отделения интенсивной терапии с обязательным эндоскопическим контролем. Плановое оперативное лечение у этой группы больных следует проводить не ранее 14 сут. от момента кровотечения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Горбунов В. Н. [и др.] Сравнительные результаты хирургического лечения прободных и кровоточащих пилородуоденальных язв // Хирургия. — 1998. — № 9. — С. 14—17.
2. Григорьев С. Г., Корытцев В. К. Хирургическая тактика при язвенных дуоденальных кровотечениях // Хирургия. — 1999. — № 6. — С. 20—22.
3. Евтихов Р. М. [и др.] Пломбировка кровоточащих язв двенадцатиперстной кишки при выполнении стволовой ваготомии с пилоропластикой по Финнею // Хирургия. 1999. — № 4. — С. 22—24.
4. Жерлов Г. К., Баранов А. И., Гибадулин Н. В. Пилорусмоделирующие и пилоруссохраняющие резекции желудка. — М.: МЗ Пресс, 2000. — 144 с.
5. Крылов А. А. [и др.] Неотложная гастроэнтерология. — Л.: Медицина, 1988. — 264 с.
6. Лосев Р. З., Чирков Ю. В. Современные проблемы хирургической тактики при острых кровотечениях из гастродуоденальных язв // Вест. хирургии им. И. И. Грекова. — 1996. — № 6. — С. 28—31.
7. Панцырев Ю. М., Михлев А. И., Федоров Е. Д. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв // Хирургия. — 2003. — № 3. — С. 43—49.
8. Ратнер Г. Л. [и др.] Кровоточащая язва двенадцатиперстной кишки: тактика при ненадежном гемостазе // Хирургия. — 1999. — № 6. — С. 23—24.
9. Рыбачков В. В., Дряженков И. Г. Осложненные гастродуоденальные язвы // Хирургия. — 2005. — № 3. — С. 27—29.
10. Blocksom J. M., Tokioka S., Sugawa C. Current therapy for nonvariceal upper gastrointestinal bleeding // Surg. Endosc. — 2004. — Vol. 18. — P. 186—192/
11. Millat B., Fingerhut A., Borie F. Surgical Treatment of Complicated Duodenal Ulcers: Controlled Trials // World J. Surg. — 2000. — Vol. 24. — P. 299—306.
12. Nikolopoulou V. N. [et al.] Acute upper gastrointestinal bleeding in operated stomach: Outcome of 105 cases // World J. Gastroenterol. — 2005. — Vol. 11, № 29. — P. 4570—4573.

13. Novikov A.I., Serdyuk A.V., Tylok S.A. Increasing efficacy of surgical strategy of treating patients with acute gastric-duodenal bleedings of ulcerous etiology // Сучасна гастроентерологія. — 2004. — № 4. — С. 64—65.
14. Ohmann Ch., Imhof M., Ro H-D. Trends in Peptic Ulcer Bleeding and Surgical Treatment // World J. Surg. — 2000. — Vol. 24. — P. 284—293.
15. Schoenberg M.H. Surgical therapy for peptic ulcer and nonvariceal bleeding // Langenbeck's Arch Surg. — 2001. — Vol. 386. — P. 98—103.

Поступила в редакцию \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.2012 г.

Утверждена \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.2012 г.

**Авторы:**

**Жерлов Г. К.** — д-р мед. наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ, первый директор НИИ гастроэнтерологии СибГМУ, г. Северск.

**Кошель А. П.** — д-р мед. наук, профессор, директор НИИ гастроэнтерологии им. Г. К. Жерлова СибГМУ, зав. кафедрой хирургии ФПК и ПСС ГБОУ ВПО СибГМУ Минздравсоцразвития России, г. Северск.

**Воробьев В. М.** — канд. мед. наук, начальник ОГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы Томской области», г. Томск.

**Маевский Е. И.** — канд. мед. наук, научный сотрудник НИИ гастроэнтерологии им. Г. К. Жерлова, СибГМУ, г. Северск.

**Контакты**

**Кошель Андрей Петрович**

Тел. (8 3823) 56-42-65

e-mail: apk@gastro.tomsk.ru