

ОБОСНОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЯЗВЕННОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

N. V. Trofimov, V. P. Kryshen

CHOICE OF SURGICAL TACTIC AT ULCEROUS BLEEDING FROM UPPER PART ALIMENTARY TRACT

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»
г. Днепропетровск, Украина

Проведен глубокий статистический анализ работы центра желудочно-кишечных кровотечений г. Днепропетровска. За 17 лет работы на стационарном лечении в центре находилось 5 250 больных. Установлено, что проведение комплексной консервативной терапии и использование методов местного эндоскопического гемостаза позволяют уменьшить количество операций и значительно улучшить результаты лечения данной категории больных.

Ключевые слова: язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки, желудочно-кишечное кровотечение.

The deep statistical analysis of set 17 years work of Center of the gastroduodenal bleeding of Dnepropetrovsk. It is set that conducting of complex conservative therapy and methods of local endoscopic haemostais allows to decrease the amount of operations and it is considerably to improve the results of treatment of this category of patients.

Key words: gastric ulcer, ulcer of duodenum, gastroduodenal bleeding.

УДК 616.33/.34-002.44-005.1-089.15

В 1997 г. на базе 2-го хирургического отделения больницы скорой медицинской помощи г. Днепропетровска создан городской центр оказания помощи больным с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии (ЯГДК). За 17 лет работы на стационарном лечении в центре находилось 5 250 больных. Проведен анализ работы центра за истекший период.

Все больные с подозрением на желудочно-кишечное кровотечение подлежат немедленной госпитализации в хирургический стационар [1, 2]. В приемно-диагностическом отделении стационара при первичном осмотре подозрением на ЯГДК являются общепринятые симптомы.

В условиях приемного отделения пациентам проводятся общеклинические исследования (общий анализ крови и мочи, глюкоза крови), определение группы крови, резус-фактора, объема циркулирующей крови (ОЦК), величины и степени кровопотери по формуле Moore, ЭКГ, осмотр терапевтом и кардиологом.

В максимально короткое время после госпитализации больные доставляются в эндоскопическое отделение для верификации источника кровотечения, определения стабильности гемостаза и проведения лечебного эндоскопического гемостаза.

При оценке эндоскопической картины кровоточащей язвы мы используем классификацию

активности кровотечения J. A. N. Forrest. После проведения эзофагогастродуоденоскопии больные с нестабильным гемостазом госпитализируются в отделение реанимации для проведения интенсивной терапии, динамического наблюдения, эндоскопического мониторинга. Пациентов с устойчивым гемостазом госпитализируют в хирургическое отделение, где им проводится:

- 1) восполнение ОЦК по П. Г. Брюсову;
- 2) антисекреторная терапия;
- 3) терапия антиэметиками (метоклопрамид (церукал), ондасетрон, эглонил в суточных дозировках);
- 4) с учетом сопутствующей патологии (хронические заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем) дополнительная симптоматическая терапия;
- 5) антихеликобактерная таблетированная терапия (амоксциллин 1000 мг 2 раза в сутки, кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки).

За 17 лет существования центра оперативное лечение при язвенных гастродуоденальных кровотечениях проведено 1179 больным (22,5%), консервативным методом удалось добиться остановки кровотечения у 4071 (77,5%) больных (рис. 1).

Показаниями к оперативному лечению при ЯГДК являются активное (продолжающееся) кровотечение при неэффективности эндоскопи-

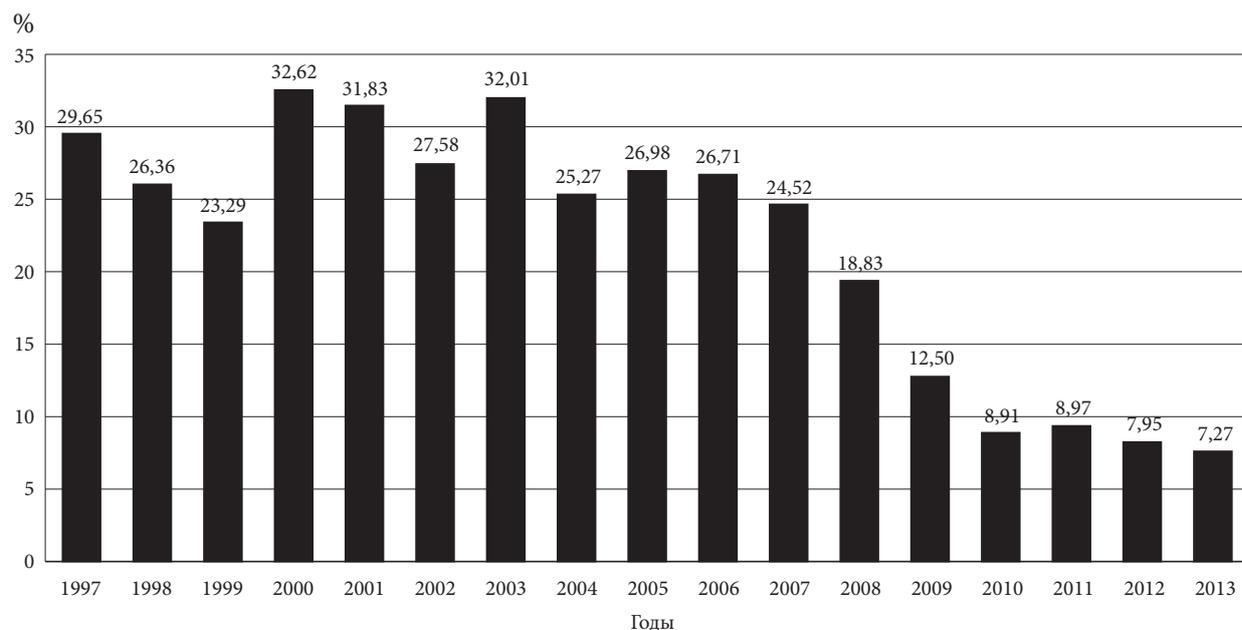


Рис. 1. Динамика оперативной активности по годам

ческого гемостаза и рецидивное кровотечение на фоне проводимой (неэффективной) терапии.

Учитывая локализацию источника кровотечения, объем кровопотери, угрозу развития гиповолемического шока и сопутствующую патологию, для определения объема оперативного вмешательства целесообразно оценить степень операционного риска, которая определяется по сумме баллов: I степень (низкая) – до 24; II степень (высокая) – от 25 до 32; III степень (крайне высокая) – более 32. В зависимости от степени операционного риска выбира-

ется дальнейшая хирургическая тактика при ЯГДК. Хирургическая тактика при I и II степени операционного риска приведена в таблице.

У больных с III степенью риска необходимо ограничиться применением всего комплекса консервативной гемостатической терапии и методов местного эндоскопического гемостаза в связи с непереносимостью даже минимального объема операции.

Анализ видов операций по годам показал значительное снижение числа радикальных за счет увеличения доли органосохраняющих операций (рис. 2).

Хирургическая тактика при I и II степени операционного риска

Локализация источника кровотечения	Вид оперативного вмешательства	
	I степень операционного риска	II степень операционного риска
Язва желудка	Резекция желудка по Бильрот I, Бильрот II	Прошивание или иссечение язвы
Язва двенадцатиперстной кишки (ДПК) или пилорического отдела желудка	Стволовая ваготомия с дренирующими операциями (пилоропластика по Гейнеке–Микуличу, Джаду, Финнею)	Прошивание язвы со стволовой ваготомией
Низкие (залуковичные) язвы ДПК	Стволовая ваготомия с пилоропластикой	Прошивание язвы со стволовой ваготомией
Циркулярные, «зеркальные» язвы ДПК	1. Антрум-резекция со стволовой ваготомией. 2. Стволовая ваготомия и пилоропластика	Прошивание язвы и стволовая ваготомия
Гигантские язвы ДПК	Антрум-резекция со стволовой ваготомией	Прошивание язвы и стволовая ваготомия
Язвы гастроэнтероанастомоза	Резекция по Ру	Прошивание язвы и стволовая ваготомия
Двойная локализация язв (кровоточащая язва ДПК и неосложненная язва желудка)	1. Антрум-резекция со стволовой ваготомией. 2. Стволовая ваготомия и пилоропластика	Прошивание язвы и стволовая ваготомия

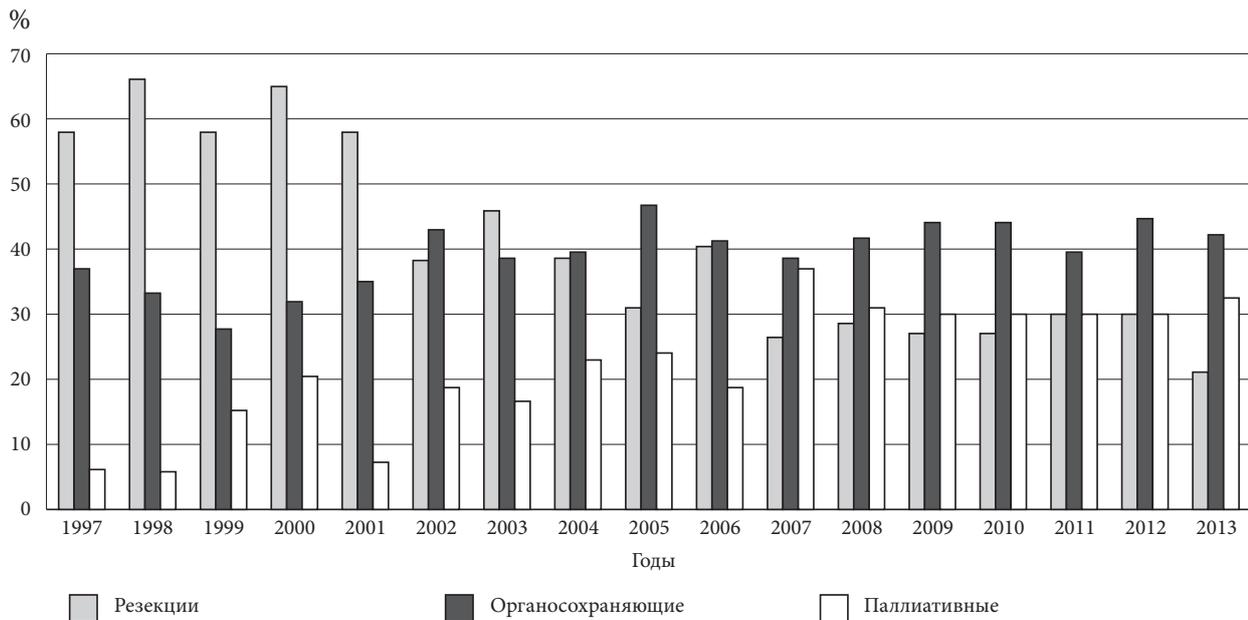


Рис. 2. Динамика видов операций по годам

Проведение комплексной консервативной терапии и использование методов местного эндоскопического гемостаза способствуют уменьшению числа обширных операций при ЯГДК у больных с I степенью операционного риска и исключают их проведение при высоком операционном риске.

ВЫВОДЫ

1. Выбор вида операции зависит от локализации источника кровотечения, объема кровопотери и общего состояния больного.

2. При чрезвычайно высоком риске оперативного вмешательства, когда используются методы лечебной эндоскопии, основные мероприятия следует направить на профилактику рецидива кровотечения.

3. Применение комплексной противоязвенной терапии (современные антисекреторные, антихеликобактерные препараты, гастроцитопротекторы, а также проведение адекватной инфузионно-трансфузионной терапии) позволило снизить количество операций в 2,5 раза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ганжий В. В., Гавриленко Т. С. Алгоритм хирургической тактики при желудочно-кишечных кровотечениях язвенной этиологии // *Клінічна хірургія*. – 2007, № 5–6. – С. 8–10.
2. Шепетько Е. Н., Фомин П. Д., Заплавский А. В. и др. Тактика и результаты хирургического лечения гастродуоденальных язв, осложнённых острым кровотечением, в специализированном центре желудочно-кишечных кровотечений // *Клінічна хірургія*. – 2007, № 5–6. – С. 88.
3. Грубник Ю. В., Московченко И. В., Фоменко В. А., Карлюга В. А. Профилактика тромбозомболических осложнений у больных пожилого и старческого возраста при язвенном желудочно-кишечном кровотечении // *Клінічна хірургія*. – 2007, № 11–12. – С. 17–18.
4. Лебедев Н. В., Кумов А. Е., Бархударова Т. В., Малкаров М. А. Тактика лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями // *Вестник хирургии им. Грекова*. – 2007, № 4. – С. 76–79.
5. Багненко С. Ф., Синченко Г. И., Вербицкий В. Г. и др. Применение протоколов организации лечебно-диагностической помощи при язвенных гастродуоденальных кровотечениях в клинической практике // *Вестник хирургии им. Грекова*. – 2007, № 4. – С. 71–75.

REFERENCES

1. Ganzhiy V. V., Gavrilenko T. S. Algorithm hirurgicheskoy taktiki pri zheludochno-kishechnykh krvotecheniyyah yazvennoy etiologii [The algorithm of surgical tactics for gastro-intestinal bleeding ulcer etiology] // *Klinichna hirurgiya – Clinical Surgery*, 2007, no. 5–6, pp. 8–10.
2. Shepet'ko Ye. N., Fomin P. D., Zaplavskiy A. V. et al. Taktika i rezul'taty hirurgicheskogo lecheniya gastroduodenal'nyh yazv, oslozhnyonnyh ostrym krvotecheniem, v specializirovannom centre zheludochno-kishechnykh krvotecheniy [Tactics and results of surgical treatment of gastroduodenal ulcers with acute bleeding in a specialized gastrointestinal bleeding center] // *Klinichna hirurgiya – Clinical Surgery*, 2007, no. 5–6, p. 8.

3. Grubnik Yu.V., Moskovchenko I.V., Fomenko V.A., Karlyuga V.A. Profilaktika tromboembolicheskikh oslozheniy u bol'nykh pozhilogo i starchykh vozrasta pri yazvennom zheludochno-kishechnom krvotochenii [Prevention of thromboembolism in patients of elderly and senile age with ulcerative gastro-intestinal bleeding] // Klinichna hirurgiya – Clinical Surgery, 2007, no. 11–12, pp. 17–18.
4. Lebedev N.V., Kumov A.Ye., Barkhudarova T.V., Malkarov M.A. Taktika lecheniya bol'nykh s jazvennymi gastroduodenal'nymi krvotochenijami [The treatment tactics of patients with gastroduodenal ulcer bleeding] // Vestnik hirurgii im. Grekova, 2007, no. 4, pp. 76–79 (in Russian).
5. Bagnenko S.F., Sinchenko G.I., Verbitskiy V.G. et al. Primenenie protokolov organizacii lechebno-diagnosticheskoy pomoshhi pri jazvennykh gastroduodenal'nykh krvotochenijah v klinicheskoy praktike [The application of medical diagnostic aid protocols in ulcerative gastroduodenal bleeding in clinical practice] // Vestnik hirurgii im. Grekova, 2007, no. 4, pp. 71–75 (in Russian).

*Поступила в редакцию 15.11.2014
Утверждена к печати 03.12.2014*

Авторы:

Трофимов Николай Владимирович – канд. мед. наук, доцент кафедры общей хирургии Днепропетровской медицинской академии (г. Днепропетровск).

Крышень Валерий Павлович – д-р мед. наук, профессор, профессор кафедры общей хирургии Днепропетровской медицинской академии (г. Днепропетровск).

Контакты:

Трофимов Николай Владимирович

e-mail: nikolay_trofimov@list.ru