

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: выбор тактики при кровотечении

Жерлов Г.К., Кошель А.П., Воробьев В.М., Ермолаев Ю.Д.

Gastroduodenal ulcers: the choice of surgical policy in gastrointestinal bleeding

Zherlov G.K., Koshel A.P., Vorobiyov V.M., Yermolayev Yu.D.

НИИ гастроэнтерологии СибГМУ, г. Северск, Томская обл.

© Жерлов Г.К., Кошель А.П., Воробьев В.М., Ермолаев Ю.Д.

Язвенные гастродуоденальные кровотечения являются актуальной проблемой экстренной хирургии в связи с частой встречаемостью и высокой летальностью. 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.

Выбор тактики лечения основывался на данных экстренной фиброгастроскопии, с помощью которой устанавливали локализацию и тяжесть кровотечения по шкале J. Forrest. Лечение начинали в условиях отделения интенсивной терапии с обязательным эндоскопическим контролем «по программе». В экстренном порядке оперировано 5,9% больных, в срочном порядке — 16,4% пациентов от всех поступивших с кровотечением. В отсроченном и плановом порядке оперативное лечение проведено у 21,7% больных. Послеоперационная летальность составила 3,8%. Осложнения после операции имели место у 12,2% больных.

По результатам исследования сделан вывод, 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 (по J. Forrest) и эффективности консервативного гемостаза.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, неварикозное кровотечение, хирургическое лечение.

Ulcerative gastroduodenal bleedings remain the actual problem of emergency surgery because of quite frequency and high mortality. 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 gastroenteranastomosis.

The choice of surgical policy was based on emergency fibrogastroscopy findings. According to these findings the locality and severity of bleeding were defined using J. Forrest scale. The treatment began in intensive care with obligatory endoscopic control "by the program". Emergency operations were performed in 5,9% cases and urgent operations were performed in 16,4% cases of all patients who suffered with bleeding. There were 21,7% patients with operative treatment in remote and planned order. Postoperative mortality was 3,8%. Postoperative complications were in 12,2% patients.

There were 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 (using J. Forrest scale) and effectiveness of conservative hemostasis.

Key words: peptic ulcer, nonvariceal gastrointestinal bleeding, surgical treatment.

УДК 616.33–002.44–005.1–08

Введение

Кровотечение из язвы желудка или двенадцатиперстной кишки (ДПК) является одной из самых актуальных проблем urgentной хирургии [8—10, 12—14]. Стабильно высоким остается уровень летальности, который колеблется в пределах 10% [8, 11, 15].

В настоящее время в хирургии язвенной болезни, осложненной гастродуоденальными кровотечениями, различают активную, активно-выжидательную и выжидательную тактику. Вместе с тем число сторонников и противников каждой из них периодически меняется. Так, широкое внедрение в клиническую практи-

ку современной эндоскопической техники, позволяющей проводить остановку кровотечения из аррозированных сосудов в дне язвы, появление новых поколений противоязвенных, кислотоснижающих и гемостатических средств, совершенствование методов консервативного лечения язвенной болезни склоняют чашу весов в пользу активно-выжидательной тактики. Однако до настоящего времени среди основных причин летальных исходов при желудочно-кишечном кровотечении далеко не последнее место занимает запоздалое решение о необходимости операции [9]. Так, по данным А.А. Крылова с соавт. [6], если летальность при активной тактике не превышает 5%, то при активно-выжидательной она достигает 29%, «операции отчаяния», выполняемые на фоне рецидива кровотечения, приводят к гибели до 45% больных.

Большинство хирургов считают, что единственным радикальным способом остановки кровотечения при гастродуоденальных язвах является резекция желудка [2, 6]. Вместе с тем в последнее время отмечается увеличение числа органосохраняющих операций (различные варианты ваготомии с иссечением кровоточащей язвы и дренирующими операциями) [1, 3, 7].

Широкое использование лапароскопической техники позволило предложить при кровоточащих язвах ДПК выполнение лапароскопической ваготомии либо задней стволовой с передней селективной проксимальной ваготомией и пилоропластикой из мини-доступа [8]. При язве желудка стремятся к выполнению пилоросохраняющей резекции [9].

Целью данного исследования явилось обоснование индивидуальной активно-выжидательной тактики при острых гастродуоденальных кровотечениях.

Материал и методы

С 1989 по 2004 г. под наблюдением находилось 782 больных с гастродуоденальными кровотечениями. 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.

Таблица 1
Распределение пациентов с гастродуоденальными кровотечениями по полу и возрасту

Пол	Всего	Возраст, лет					
		До 20	21—30	31—40	41—50	51—60	Старше 60
Мужчины	587	21	69	161	134	123	79
Женщины	195	8	23	48	34	47	35

Итого | 782 29 92 209 168 170 114

Из табл. 1 видно, что почти половина (48,2%) пациентов с гастродуоденальными кровотечениями представлена группой наиболее трудоспособного возраста — от 31 до 50 лет.

Пациенты поступали в приемный покой клиники в порядке скорой помощи с признаками острого желудочно-кишечного кровотечения. Среднее время от момента начала кровотечения до поступления составило $(17,0 \pm 2,7)$ ч.

Среди основных жалоб при поступлении были: рвота «кофейной гущей» (87%), мелена (79%), головокружение (47%), кратковременный коллапс (17%).

Всем пациентам, поступающим с признаками гастродуоденального кровотечения, в приемном отделении выполнялась экстренное эндоскопическое исследование верхних отделов пищеварительного тракта. Целью экстренной эзофагогастродуоденоскопии была топическая диагностика источника геморрагии, оценка состояния сосудистого гемостаза в дне язвы по классификации J. Forrest (1987) и попытка эндоскопической остановки кровотечения.

Оценка состояния сосудистого гемостаза по J. Forrest:

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.

По результатам экстренной эзофагогастродуоденоскопии язвенная болезнь желудка обнаружена у 239 (30,6%) пациентов, язвенная болезнь ДПК — у 488 (62,4%), у 37 (4,7%) пациентов имелись сочетанные гастродуоденальные язвы, у 18 (2,3%) — язвы гастроэнтероанастомоза (после операции Бильрот II).

После эндоскопического исследования и выяснения источника и локализации геморрагии определялась дальнейшая тактика лечения.

Результаты и обсуждение

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 ком-

плекса интенсивной терапии, направленной на восполнение объема циркулирующей крови, коррекцию водно-электролитных нарушений, активацию гемостаза, поддержание функции жизненно важных органов, выполнялось повторное эндоскопическое исследование для решения вопроса о сроках проведения оперативного вмешательства.

Пациенты со струйным (артериальным) кровотечением из язвы (F-I-A) при неэффективности эндоскопического гемостаза после короткой предоперационной подготовки поступали в операционную для проведения экстренной операции.

При наличии капельного (венозного) кровотечения (F-I-B) проводилась гемостатическая терапия, как общая (медикаментозная), так и местная (эндоскопическая). В случае неэффективности консервативного лечения в течение 6 ч (когда при контрольной эзофагогастродуоденоскопии кровотечение продолжалось) пациентам этой группы предлагалось выполнение экстренной операции.

Если через сутки интенсивной терапии сохранялась угроза кровотечения (F-II-A, F-II-B), пациентам с длительным течением язвенной болезни либо наличием эпизодов гастродуоденального кровотечения в анамнезе настоячиво 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 групп 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.

Из 782 пациентов, поступивших в клинику с диагнозом «гастродуоденальное кровотечение», оперированы 345 (44,1%) (табл. 2). В том числе в экстренном порядке (до 6 ч от момента поступления) были опери-

рованы 46 пациентов, что составило 13,3% от всех оперированных больных, или 5,9% от всех поступивших с кровотечением. В срочном порядке оперированы 128 (37,1 и 16,4% соответственно) пациентов.

В отсроченном и плановом порядке (более 14 сут от момента поступления) оперативному лечению подверглись 170 больных, что составило 49,3 и 21,7% соответственно.

Основной вид операции — резекция 1/2 желудка в модификации клиники — был выполнен 188 (54,5%) больным. Селективная проксимальная ваготомия с иссечением язвы и дуоденопластикой проведена 74 (21,4%) пациентам, пилоруссохраняющая резекция — 39 (11,3%), 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%). Способы выполнения операций были описаны ранее [4].

Все операции выполнялись с применением прецизионного подслизисто-подслизистого шва И.Д. Кирпатовского [5] в модификации Г.К. Жерлова [4].

В клинике операцией выбора на высоте гастродуоденального кровотечения является резекция 1/2 желудка в модификации клиники.

Вместе с тем у молодых людей с впервые выявленной язвой ДПК при отсутствии грубой деформации луковицы показана селективная проксимальная ваготомия с иссечением язвы и дуоденопластикой. Выполнение гастротомии и прошивания сосудов в дне язвы считается 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).

Таблица 2

Консервативное и оперативное лечение больных с гастродуоденальными кровотечениями, абсолютное число (%)

Патология	Всего	Консервативное лечение	Оперативное лечение
Язвенная болезнь желудка	239 (30,6)	115 (48,1)	124 (51,9)
Язвенная болезнь ДПК	488 (62,4)	299 (61,3)	189 (38,7)
Сочетанные язвы желудка и ДПК	37 (4,7)	14 (37,8)	23 (62,2)
Язвы гастроэнтероанастомоза	18 (2,3)	9 (50,0)	9 (50,0)

Итого

782 (100)

437 (55,9)

345 (44,1)

В ранние сроки после экстренных и срочных операций умерло 13 (3,8%) больных, из которых 9 пациентов были оперированы в срочном порядке (2—3-и сут) на фоне рецидивного профузного кровотечения. В 4 случаях выполнена резекция 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 суток после операции). И у 1 больного операция иссечения язвы выполнялась после многократных санационных релапаротомий, выполненных по поводу разлитого гнойного перитонита после перфорации язвы ДПК. Смерть больного наступила вследствие полиорганной недостаточности на фоне некупируемого гнойного перитонита.

Всего послеоперационные осложнения имели место у 42 больных (12,2%). Следует отметить, что все осложнения были неспецифическими, т.е. характерными для любой операции на органах брюшной полости. Ни в одном случае не отмечено недостаточности швов анастомозов, что обусловлено особенностью применяемой технологии формирования гастродуоденального соустья.

Частота и характер осложнений представлены в табл. 3, из которой видно, что самыми частыми осложнениями были инфильтративно-воспалительные изменения в легких и плевре (14 случаев), а также гнойные осложнения со стороны послеоперационной раны (12 случаев). В раннем послеоперационном периоде придерживались активной тактики ведения больных (раннее вставание, дыхательная гимнастика,

раннее энтеральное питание через микрозонд, установленный в тощую кишку во время операции).

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

Выводы

Таким образом, в решении вопроса о сроках выполнения операции при острых гастродуоденальных кровотечениях необходимо 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 больного в стационар. Операцией выбора при этом должна быть резекция желудка либо селективная проксимальная ваготомия с иссечением язвы и дуоденопластикой, у пациентов с язвенной болезнью желудка возможно выполнение пилоросохраняющей резекции. В том случае, когда имеет место кровотечение F-II-A и F-II-B у молодых пациентов с впервые выявленной язвой, либо в 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 начала кровотечения.

Таблица 3
Осложнения операции по поводу гастродуоденальных кровотечений (в скобках указано количество умерших больных)

Вид операции	n	Осложнения							
		Легочные		Сердечно-сосудистые		Гнойные		Прочие	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Резекция 1/2 желудка	188	6	3,2	3 (2)	1,6 (1,1)	5	2,7	4	2,1
СПВ + иссечение язвы + дуоденопластика	74	2	2,7	—	—	1	1,4	—	—
Пилоросохраняющая резекция	39	1	2,6	—	—	—	—	1	2,6
Иссечение язвы	18	4 (4)	22,2 (22,2)	6 (5)	33,3 (27,8)	4	22,2	2 (2)	11,1 (11,1)
Прочие	26	1	3,8	—	—	2	7,7	—	—
<i>Итого</i>	345	14 (4)	4,1 (1,2)	9 (7)	2,6 (2,02)	12	3,5	7 (2)	2,02 (0,6)

Примечание. СПВ — селективная проксимальная ваготомия; *n* — количество пациентов.

Литература

1. Горбунов В.Н., Сытник А.П., Корнев Н.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., Ватагин С.А., Чугуевский В.М., Дроздов С.В. Пломбировка кровоточащих язв двенадцатиперстной кишки при выполнении стволовой ваготомии с пилоропластикой по Финнею // Хирургия. № 4. 1999. 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. Кирпатовский И.Д. Кишечный шов и его теоретические основы. М.: Медицина, 1964. 174 с.
6. Крылов А.А., Земляной А.Г., Михайлович В.А., Иванов А.И. Неотложная гастроэнтерология. Л.: Медицина, 1988. 264 с.
7. Лосев Р.З., Чирков Ю.В. Современные проблемы хирургической тактики при острых кровотечениях из гастродуоденальных язв // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. 1996. № 6. С. 28—31.
8. Панцырев Ю.М., Михлев А.И., Федоров Е.Д. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв // Хирургия. 2003. № 3. С. 43—49.
9. Ратнер Г.Л., Корытцев В.К., Катков В.К., Афанасенко В.П. Кровотоочащая язва двенадцатиперстной кишки: тактика при ненадежном гемостазе // Хирургия. 1999. № 6. С. 23—24.
10. Рыбачков В.В., Дряженков И.Г. Осложненные гастродуоденальные язвы // Хирургия. 2005. № 3. С. 27—29.
11. Blocksom J.M., Tokioka S., Sugawa C. Current therapy for nonvariceal upper gastrointestinal bleeding // Surg. Endosc. 2004. V. 18. P. 186—192.
12. Millat B., Fingerhut A., Borie F. Surgical Treatment of Complicated Duodenal Ulcers: Controlled Trials // World J. Surg. 2000. V. 24. P. 299—306.
13. Nikolopoulou V.N., Thomopoulos K.C., Theocharis G.I. et al. Acute upper gastrointestinal bleeding in operated stomach: Outcome of 105 cases // World J. Gastroenterol. 2005. V. 11. № 29. P. 4570—4573.
14. Ohmann Ch., Imhof M., Ro H.-D. Trends in peptic ulcer bleeding and surgical treatment // World J. Surg. 2000. V. 24. P. 284—293.
15. Schoenberg M.H. Surgical therapy for peptic ulcer and nonvariceal bleeding // Langenbeck's Arch Surg. 2001. V. 386. P. 98—103.

Поступила в редакцию 26.08.2005 г.