

Е. В. Изотова

**КРОВОТОЧАЩАЯ ЯЗВА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ:
СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ**

Научный руководитель: канд. мед. наук, ассист. Г. А. Соломонова

2-я кафедра хирургических болезней,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. Проведен анализ тактики лечения 174 пациентов с кровоточащей дуоденальной язвой, лечившихся в УЗ «ГК БСМП» г. Минска в 2009-2015 гг. Всем выполнялся эндоскопический гемостаз. Проводилась гемостатическая, противоязвенная терапия. Оперировано 23. Послеоперационная летальность составила 4,3%. Общая летальность – 1,2%.

Ключевые слова: язва двенадцатиперстной кишки, кровотечение, лечение.

Resume. The analysis of tactics of treatment of 174 patients with a bleeding duodenal ulcer, treated in HI «City clinical emergency hospital» of Minsk in 2009-2015. Endoscopic hemostasis was performed

for all of them. Antiulcer, hemostatic therapy was performed. 23 patients were operated. Postoperative lethality amounted 4,3%. Total lethality was 1,2%.

Keywords: duodenal ulcer, bleeding, treatment.

Актуальность. Хроническая язва желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) – широко распространенное заболевание желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), занимающее ведущие позиции в структуре заболеваний органов ЖКТ. По данным литературы, данная патология диагностируется у 6-15% взрослого населения [1]. Язва ДПК является наиболее распространенной причиной острых желудочно-кишечных заболеваний и составляет от 55% до 85% от всех кровотечений из верхних отделов ЖКТ [5, 10].

Язва ДПК встречается в 4-5 раз чаще, чем язва желудка [4, 6]. За последние годы удельный вес кровотечений в структуре осложненной язвы ДПК превысил отметку 20% [10]. Послеоперационная летальность до сих пор достаточно высока и составляет от 3,5% до 50% [3, 9, 10], при повторных кровотечениях – от 30% до 75% [2].

Цель: дать оценку тактике лечения пациентов с кровоточащей язвой двенадцатиперстной кишки.

Задачи:

1. Проанализировать методы лечения пациентов, лечившихся в ГК БСМП г. Минска с 2009 г. по 2015 г. по поводу язвы ДПК, осложненной кровотечением.
2. Сравнить эффективность использования различных методов лечения.

Материал и методы. Исследовано 174 пациента, проходивших лечение в ГК БСМП г. Минска с 2009 г. по 2015 г. по поводу кровоточащей дуоденальной язвы.

Возраст пациентов – 53,5 года (25%-75% квантили – 39-64, min 17, max 93) (рисунок 1).

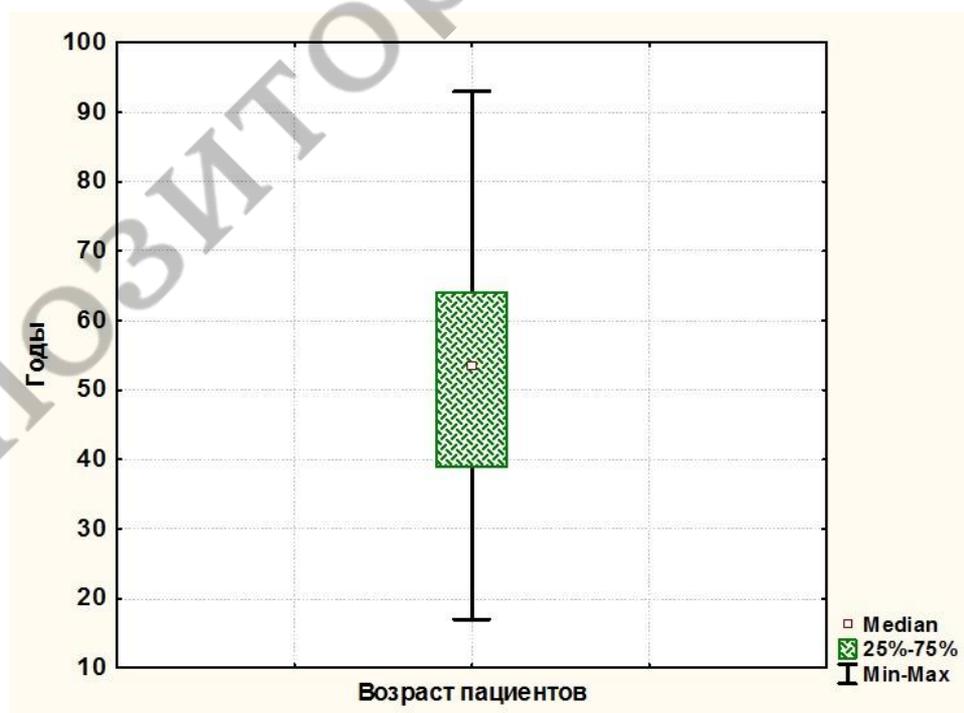


Рисунок 1 – Распределение пациентов по возрасту

Язвенный анамнез отмечал 91 пациент (52,3%). Длительность его – 8 лет (25%-

75% квантили – 4-15, min 0,08, max 40). От 1 года до 5 лет он был у 56 (32,2%) пациентов, от 5 до 10 лет – у 9 (5,2%), свыше 10 лет – у 25 (14,4%).

17 (9,8%) пациентов отмечали в анамнезе операции по поводу кровоточащей дуоденальной язвы. Ушивание прободной язвы выполнено 4, иссечение прободной язвы – 5, прошивание кровоточащего сосуда в язве – 8 пациентам.

Кровотечение в анамнезе отмечали 57 пациентов. Повторным оно было у 28 (16,1%) пациентов, третьим – у 21 (12,1%), четвертым – у 8 (4,6%).

В сроки до 6 часов от начала кровотечения госпитализировано 96 пациентов (55,2%), в сроки от 7 до 24 часов – 12 (6,9%), свыше 24 часов – 66 пациентов (37,9%) (рисунок 2).

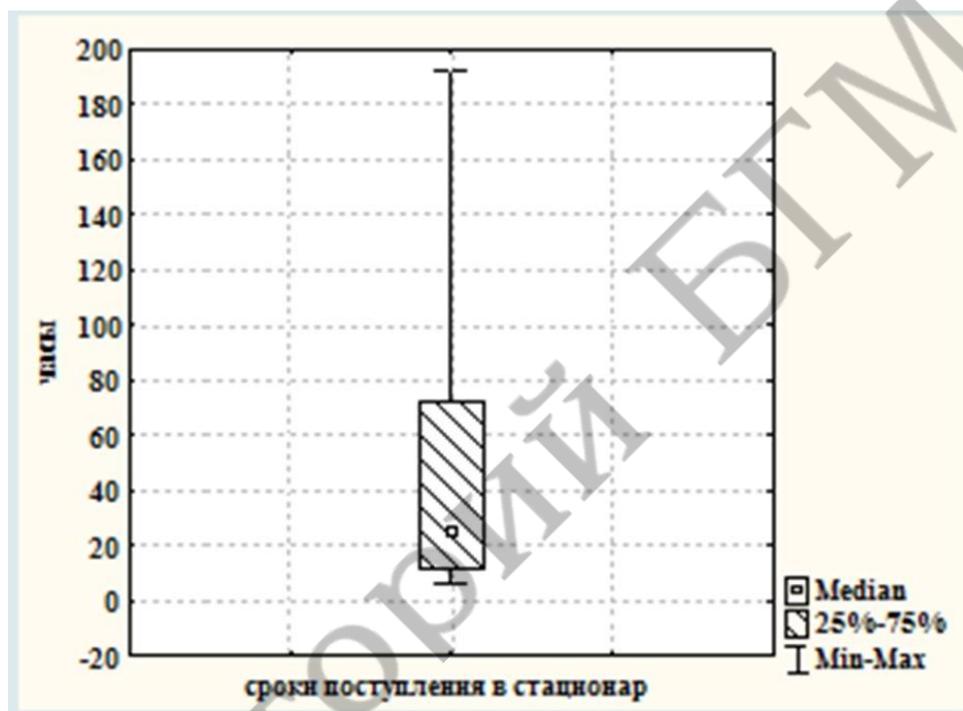


Рисунок 2 – Сроки госпитализации пациентов с кровоточащей дуоденальной язвой в 2009-2015 гг.

Кровотечение проявилось рвотой кровью и "кофейной гущей" у 43 больных (24,7%), меленой – у 66 (37,9%), рвотой кровью и "кофейной гущей" в сочетании с меленой – у 41 (23,6%).

У 147 (84,5%) пациентов была отмечена кровопотеря тяжелой степени. Объем кровопотери составил 1395,9 мл (25%-75% квантили – 700-2126, min 434, max 3008) или 30,9% (25%-75% квантили – 10,4-45,6, min 5,1, max 72,5). У остальных он был меньше 5%.

При поступлении всем выполнялась эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС). Продолжающееся кровотечение было у 52 пациентов (29,9%) – Forrest 1. Состоявшееся кровотечение (Forrest 2) и нестабильный гемостаз – у 89 (51,1%). Всем пациентам во время ЭГДС выполнили гемостаз, который был достигнут. Явления стабильного гемостаза (Forrest 3) констатированы у 33 (19%).

С целью контроля стабильности гемостаза повторно ЭГДС выполнена 133 пациентам (76,4%). Наличие рецидива кровотечения констатировано у 10 (5,7%). Им повторно выполнили эндоскопический гемостаз.

Проводилась гемостатическая, противоязвенная терапия, восполнялся объём циркулирующей крови. Пациентам перелито 542,5 мл (25%-75% квартили – 506-1042, min 220, max 3577) эритроцитарной массы, 600 мл (25%-75% квартили – 510-1200, min 250, max 3290) СЗП.

Результаты и их обсуждение. При эффективности эндоскопического гемостаза консервативно лечились пациенты, у которых:

1. Язва выявлена впервые, легкая степень кровопотери.
2. Имелась тяжелая сопутствующая патология.
3. Отказались от операции.

Консервативная терапия проведена 151 пациенту. Умер 1 (0,7%).

Оперировано 23 пациента (13,2%). Показанием к операции явились: продолжающееся кровотечение у 2 (1,1%), рецидив кровотечения – у 10 (5,7%) пациентов, высокий риск рецидива кровотечения – у 5 (2,9%). В связи с неэффективностью консервативной терапии в отсроченном периоде оперирован 6 (3,4%).

Пенетрация язвы в соседние органы имела место у 19 (10,9%) пациентов, прободение было у 15 (8,6%). Явления стеноза отмечены у 8 (4,6%).

Прошивание кровоточащего сосуда в дне язвы выполнено 4 (2,3%) пациентам. У одного возник рецидив кровотечения в послеоперационном периоде. Оперирован повторно.

Иссечение и экстрадюденизация кровоточащей и пенетрирующей язвы ДПК в сочетании с поперечной дуоденопластикой по новой разработанной методике проведено у 15 (8,6%) пациентов [7, 8]. Послеоперационный период у них протекал без особенностей.

При локализации патологического процесса на расстоянии менее 0,5 см от пилорического жома иссечение язвы ДПК, пилоропластика по Джадду выполнена 2 (1,1%). В послеоперационном периоде возник рецидив кровотечения. Больной оперирован повторно, выполнено прошивание кровоточащей язвы. На 3-и сутки наступил летальный исход.

Резекция желудка по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финстерера проведена 2 (1,1%) пациентам. Было 1 осложнение – несостоятельность культи ДПК.

Послеоперационная летальность – 4,3% (1 пациент).

Общая летальность – 1,2% (2 пациента).

Выводы:

1 Предложенная тактика лечения пациентов с дуоденальными язвенными кровотечениями приводит к хорошим результатам, может применяться при данной патологии.

E. V. Izotova

**BLEEDING DUODENAL ULCER:
MODERN CLINICAL MANAGEMENT OF PATIENTS**

*Tutor: assistant G. A. Solomonova
2nd Department of surgical diseases,
Belarusian State Medical University, Minsk*

Литература

1. Варианты течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / И.Г. Джитава [и др.] // *Анналы хирургии*. – 2010. – № 3. – С. 13–16.
2. Гостищев, В.К. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии (патогенез, диагностика, лечение) : рук. для врачей / В.К. Гостищев, М.А. Евсеев. – М. : ГОЭТАР-Медицина, 2008. – 384 с.
3. Использование радиоволнового эндоскопического гемостаза в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений / А.И. Черепанини [и др.] // *Анналы хирургии*. – 2011. – № 6. – С. 47–50.
4. Лебедев, Н.В. Язвенные гастродуоденальные кровотечения / Н.В. Лебедев, А.Е. Климов. – М. : БИНОМ, 2010. – 175 с.
5. Лечение гастродуоденальных язвенных кровотечений в условиях многопрофильного стационара неотложной помощи / Л.Ф. Тверитнева [и др.] // *Хирургия*. – 2003. – № 12. – С. 44–47.
6. Маев, И.И. Язвенная болезнь / И.И. Маев, А.А. Самсонов. – М. : Миклош, 2009. – 429 с.
7. Способ поперечной дуоденопластики при пенетрирующей язве двенадцатиперстной кишки : пат. 7976 Респ. Беларусь, МПК С1 А 61В 17/03 / Г.А. Соломонова, Н.В. Завада ; заявитель ГУО “Белорусская медицинская академия последипломного образования”. – № а 20030467 ; заявл. 27.05.2003 ; опублик. 30.04.2006 // *Афіцыйны бюл. / Нац. цэнтр інтэлектуал. уласнасці*. – 2006. – № 2. – С. 41.
8. Соломонова, Г.А. «Диагностика и лечение кровоточащей пенетрирующей язвы двенадцатиперстной кишки» / Г.А. Соломонова, Н.В. Завада. – Минск, БелМАПО, 2015. – 202 с.
9. Canadian clinical practice algorithm for the management of patients with nonvariceal upper-gastrointestinal bleeding / A. Barkun [et al.] // *Can. J. Gastroenterol.* – 2004. – Vol. 18, № 10. – P. 605–609.
10. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding / A.N. Barkun [et al.] // *Ann. Intern. Med.* – 2010. – Vol. 152, № 2. – P. 100–119.