

Е. В. Изотова

**ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТОЧАЩЕЙ ЯЗВЫ
ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

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

2-я кафедра хирургических болезней,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. Проведен анализ лечения 174 пациентов с язвой двенадцатиперстной кишки осложненной кровотечением. Всем выполнялся эндоскопический гемостаз. Проводилась гемостатическая, противоязвенная терапия. Оперировано 5. Летальность составила 1,5 %.

Ключевые слова: дуоденальная язва, кровотечение, лечение.

E. V. Izotova

FEATURES OF THE TREATMENT OF BLEEDING ULCER DUODENUM

Tutor: assistant G. A. Solomonova

2nd Department of surgical diseases,

Belarusian State Medical University, Minsk

Resume. The analysis of treatment of 174 patients with duodenal ulcer complicated by bleeding was made. Endoscopic hemostasis was performed for all of them. Antiulcer, hemostatic therapy was performed. 5 patients were operated. Lethality amounted to 1,5 %.

Keywords: duodenal ulcer, bleeding, treatment.

Актуальность. Язва ДПК встречается в 4-5 раз чаще, чем желудочная [3, 4]. Доля кровотечений в структуре осложненной дуоденальной язвы за последние годы превысила 20%. Пенетрация кровоточащей дуоденальной язвы в соседние органы и ткани наблюдается в 63% случаев. Послеоперационная летальность остается высокой и составляет от 3,5 до 50 % [2], при рецидивах кровотечения – 30-75% [1].

Цель: проведение анализа методов диагностики и лечения пациентов с кровоточащей дуоденальной язвой по материалам ГК БСМП г. Минска.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 174 медицинских карт стационарных пациентов, лечившихся в 1, 2, 3 хирургических отделениях ГК БСМП г. Минска за 2009–2015 гг.

Применялись клинический, лабораторный, эндоскопический, рентгенологический, ультразвуковой и статистический методы исследования. Клиническое исследование было основано на всестороннем анализе жалоб, анамнестических данных и результатов объективного обследования пациентов с язвой ДПК, осложненной кровотечением.

Определение степени тяжести проводилось на основании классификации степеней тяжести кровотечений в соответствии с «Клиническими протоколами диагностики и лечения пациентов с острыми хирургическими заболеваниями», 2015 г.

Обработка данных проводилась с помощью программного пакета MS Office 2010.

Результаты и их обсуждение. По поводу язвы ДПК, осложненной кровотечением, за указанный период лечились 174 пациента.

Соотношение мужчин и женщин составило 1,95:1 (м : ж).

Возраст пациентов – $52,2 \pm 18,14$ лет ($M \pm \sigma$).

Язвенный анамнез отмечали 91 пациент (52,3%). Средняя длительность его составила $6,82 \pm 4,78$ лет ($M \pm \sigma$). 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%).

Ранее оперировано 17 (9,8%) пациентов. Ушивание прободной язвы выполнено 4, иссечение прободной язвы – 5, прошивание кровоточащего сосуда в язве – 8.

Кровотечение было повторным у пациентов 28 (16,1%), третьим – у 21 (12,1%), четвертым – у 8 (4,6%).

В первые 6 часов от начала кровотечения госпитализировано 96 пациентов (55,2%). В сроки от 7 до 24 часов доставлено 12 (6,9%). Свыше 24 часов от начала кровотечения до момента госпитализации прошло у 66 пациентов (37,9%).

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%).

Подавляющее количество пациентов поступало с кровопотерей легкой (27%) или тяжелой (60,3%) степени.

Объем кровопотери составил у 147 пациентов $1596,9 \pm 1051,3$ мл ($M \pm \sigma$) или $30,9 \pm 18,45\%$ ($M \pm \sigma$). 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%). Им во время ЭГДС выполнялся гемостаз, достигнут у 118. Явления стабильного гемостаза (Forrest 3) констатированы у 33 (19%).

С целью контроля стабильности гемостаза повторно ЭГДС выполнена 133 пациентам (76,4%). В связи с рецидивом кровотечения это пособие проведено 10 пациентам (5,7%). Повторно эндоскопический гемостаз выполнен 14 пациентам (8,0%). Всего ЭГДС выполнено $2,47 \pm 1,05$ ($M \pm \sigma$) раз в расчете на 1 пациента.

После госпитализации проводилась гемостатическая, противоязвенная терапия, восполнялся объем циркулирующей крови. Пациентам перелито $999,5 \pm 994,7$ мл ($M \pm \sigma$) эритроцитарной массы, $1355 \pm 2534,4$ мл ($M \pm \sigma$) СЗП.

Консервативно лечились следующие пациенты при эффективности эндоскопического гемостаза: с впервые выявленной язвой, при легкой степени кровопотери; при наличии сопутствующей патологии; при отказе от операции.

Количество койко-дней у пациентов, лечившихся консервативно, составило $9,77 \pm 5,2$ дня ($M \pm \sigma$).

Оперировано 23 пациента (13,2%). Показанием к операции явились: продолжающееся кровотечение у 16 (9,2%), высокий риск рецидива кровотечения – у 1 (0,6%), рецидив кровотечения – у 5 (2,9%) пациентов. В связи с неэффективностью консервативной терапии в отсроченном периоде оперирован 1 (0,6%).

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

Выполнены следующие операции: прошивание кровоточащего сосуда в язве – 4 (2,3%); иссечение язвы ДПК и поперечная дуоденопластика (ПД) – 1 (0,6%); иссечение язвы ДПК и экстродуоденизация (ЭД), ПД – 14 (8%) (применялось у пациентов с осложненной дуоденальной язвой); иссечение язвы ДПК и пилоропластика по Джадду – 2 (1,1%); резекция желудка по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финстерера – 2 (1,1%); резекция желудка по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финстерера в сочетании с папиллосфинктеродуоденоанастомозом – 1 (0,6%); резекция желудка по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финстерера в сочетании с терминолатеральным гастродуоденоанастомозом – 1 (0,6%).

У 3 пациентов возникли следующие осложнения: несостоятельность культи ДПК после проведенной резекции желудка по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финстерера, в связи с чем проведена релапаротомия; рецидив кровотечения, возникший после прошивания сосуда в язве и пилоропластики по Гейнеке-Микуличу; вновь возникшая на 13-е сутки кровоточащая язва ДПК после иссечения прободной язвы ДПК и пилоропластики по Джадду. В последнем случае после осуществления гастродуоденотомии, прошивания сосуда, продольного ушивания желудка и ДПК на 3-и сутки пациент умер. Послеоперационная летальность составила 4,3%.

Койко-день до операции составил $1,13 \pm 2,94$ дня ($M \pm \sigma$), после операции – $12,87 \pm 6,92$ дня ($M \pm \sigma$). Койко-день у оперированных был $14 \pm 8,76$ дня ($M \pm \sigma$).

Общая летальность – 1,1%.

Заключение. По результатам исследования были сделаны следующие выводы: основное количество пациентов с язвой ДПК, осложненной кровотечением, поступило в стационар до 6 часов от начала кровотечения; более половины пациентов поступали со стадией Forrest 2 (51,1%) и тяжелой степенью кровопотери (60,3%); 52,3% пациентов имели длительный язвенный анамнез; основным методом остановки кровотечения был эндоскопический гемостаз, что подчеркивает важность начала терапии именно с этого метода остановки кровотечения; целесообразно применение для оперативного лечения осложненной дуоденальной язвы нового способа: иссечения и ЭД язвы, ПД; среднее количество койко-дней у пациентов, лечившихся консервативно, было в 1,4 раза меньше, чем у пациентов, лечившихся оперативно, поэтому использование консервативной методики остановки кровотечения, при ее эффективности, позволяет уменьшить длительность пребывания пациентов в стационаре, что является экономически эффективным.

Информация о внедрении результатов исследования. По результатам настоящего исследования опубликованы 1 статья в сборнике материалов, 1 тезис доклада, получен 1 акт внедрения в образовательный процесс (2-я кафедра хирургических болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет»), 2 акта внедрения в производство (1-е, 2-е хирургические отделения УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»; 3-е хирургическое отделение УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»).

Литература

1. 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.
2. Использование радиоволнового эндоскопического гемостаза в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений / А.И. Черепанини [и др.] // Анналы хирургии. – 2011. – № 6. – С. 47–50.
3. Лебедев, Н.В. Язвенные гастродуоденальные кровотечения / Н.В. Лебедев, А.Е. Климов. – М. : БИНОМ, 2010. – 175 с.
4. Маев, И.И. Язвенная болезнь / И.И. Маев, А.А. Самсонов. – М. :Миклош, 2009. – 429 с.