

**Е. В. Изотова**

## **КРОВОТОЧАЩАЯ ЯЗВА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

**Научные руководители канд. мед. наук, ассист. Г. А. Соломонова**

*2-я кафедра хирургических болезней,*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Резюме.** Проведен анализ лечения 67 пациентов с язвой двенадцатиперстной кишки осложненной кровотечением, лечившихся в УЗ «ГК БСМП» г. Минска в 2013–2015гг. Всем выполнялся эндоскопический гемостаз. Проводилась гемостатическая, противоязвенная терапия. Оперировано 5. Летальность составила 1,5 %.

**Ключевые слова:** дуоденальная язва, кровотечение, лечение.

**Resume.** The analysis of treatment of 67 patients with duodenal ulcer complicated by bleeding, treated in HI «City clinical emergency hospital» of Minsk was made in 2013–2015. 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.** Гастродуоденальная язва (ГДЯ) является широко распространенным заболеванием, занимает одну из ведущих позиций в структуре заболеваний органов желудочно–кишечного тракта, диагностируется у 6–15% взрослого населения [1, 4, 20, 21]. На протяжении последних десятилетий частота осложненной ГДЯ не снижается [12, 14, 16, 19]. Как причина острых желудочно–кишечных кровотечений язва желудка и ДПК является наиболее распространенной, составляет 55–85% от всех кровотечений из верхних отделов желудочно–кишечного тракта [8, 15].

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

**Цель:** провести анализ методов диагностики и лечения пациентов с кровоточащей дуоденальной язвой по материалам ГК БСМП г. Минска.

### **Задачи:**

- 1 Выявить наиболее часто встречающиеся признаки дуоденального кровотечения.
- 2 Изучить сроки доставки пациентов с кровоточащей дуоденальной язвой в стационар.
- 3 Определить степень кровопотери у данной категории пациентов.
- 4 Дать оценку эффективности метода эндоскопического гемостаза.
- 5 Определить наиболее частую локализацию кровоточащей язвы двенадцатиперстной кишки (ДПК) по эндоскопическим и операционным данным.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ 67 медицинских карт стационарных пациентов, лечившихся в 1, 2, 3 хирургических отделений ГК БСМП

г. Минска за 2013–2015гг.

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.

Лабораторные показатели биохимических и общих анализов крови, мочи, свертывающая система исследовались с помощью общепринятых методов в клинических лабораториях ГК БСМП г. Минска.

**Результаты и их обсуждение.** По поводу язвы ДПК, осложненной кровотечением, за указанный период лечилось 67 пациентов. Соотношение мужчин и женщин составило 2,05:1. Возраст пациентов –  $52,4 \pm 17,37$  лет (таблица 1).

**Таблица 1.** Распределение пациентов по полу и возрасту, находившихся в стационаре с диагнозом язва ДПК, осложненная кровотечением, за 2013–2015гг.

Возраст (в годах)	Всего пациентов		Пол			
			женщины		мужчины	
	абсолютное	%	абсолютное	%	абсолютное	%
< 20	1	1,5	1	4,5	–	–
20–29	8	11,9	–	–	8	17,8
30–39	8	11,9	2	9,1	6	13,3
40–49	12	17,9	5	22,7	7	15,6
50–59	13	19,4	5	22,7	8	17,8
60–69	14	21,0	3	13,7	11	24,4
70–79	8	11,9	4	18,2	4	8,9
>80	3	4,5	2	9,1	1	2,2
Итого	67	100	22	100	45	100

Язвенный анамнез отмечали 35 пациентов (52,4%). Средняя длительность его составила  $6,82 \pm 4,78$  лет: от 1 года до 5 лет – у 22 (32,5%), от 5 до 10 лет – у 3 (4,8%), свыше 10 лет – у 10 (14,3%) пациентов.

Ранее оперировано 6 (9,5%). Им выполнено: ушивание прободной язвы 1, иссечение прободной язвы 2, прошивание кровоточащего сосуда в язве – 3.

Кровотечение было повторным у пациентов 11 (16,4%), третьим – у 8 (11,9%),

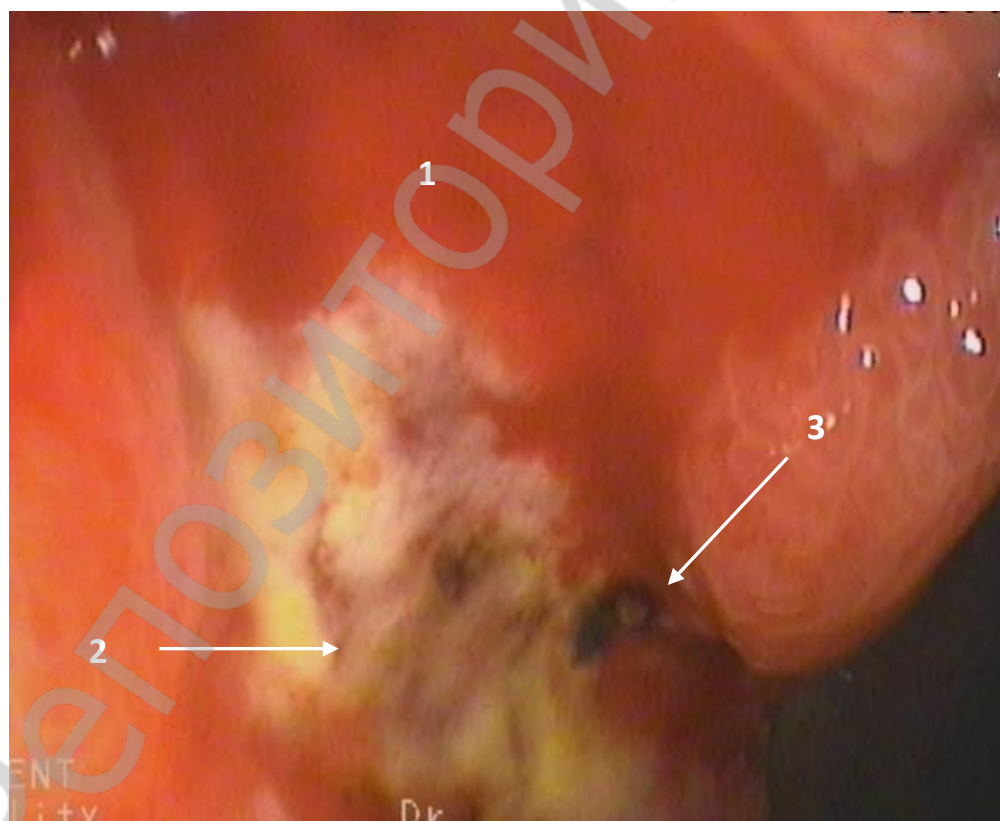
четвертым – у 3 (4,5%).

До 6 часов от начала кровотечения госпитализировано 55 пациентов (82%). В сроки от 6 часов до 24 доставлено 2 (3%). Свыше 24 часов от начала кровотечения до момента госпитализации прошло у 10 пациентов (15%).

Кровотечение проявилось рвотой кровью и "кофейной гущей" проявилось у 17 больных (24,6%), меленой – у 26 (38,1%), рвотой кровью и "кофейной гущей" в сочетании с меленой – у 16 (23,8%).

Показатели красной крови при поступлении были следующими: Hb –  $108,9 \pm 30,52$  г/л, эритроциты –  $3,62 \pm 0,95 \cdot 10^{12}$ /л, Ht –  $31,9 \pm 8,1\%$ . Объем кровопотери составил у 54 пациентов  $1273,7 \pm 632,5$ мл или 19,91%. У остальных он был меньше 5%.

При поступлении всем выполнялась эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС). Продолжающееся кровотечение было у 17 пациентов (25%) – Forrest 1 (рисунок 1). Состоявшееся кровотечение (Forrest 2) и нестабильный гемостаз – у 35 (52%). Им во время ЭГДС выполнялся гемостаз, достигнут у 30. Явления стабильного гемостаза (Forrest 3) констатированы у 15 (23%).



1 – слизистая ДПК, покрытая кровью; 2 – хроническая язва; 3 – кровоточащий сосуд  
**Рисунок 1** – Язва ДПК, осложненная продолжающимся кровотечением

С целью контроля стабильности гемостаза ЭГДС выполнена 65 пациентам (97%). В связи с рецидивом кровотечения это пособие проведено 5 больным (7,5%). Повторно эндоскопический гемостаз выполнен проведено 3 пациентам (4,5%). Всего ЭГДС выполнено  $2,24 \pm 1,1$  раз в расчете на 1 пациента. По результатам эндоскопических исследований язва чаще локализовалась на задней+верхней стенках – у 20 пациентов (29,4%), только на задней стенке – у 15 (22%), на задней+верхней+передней – у 9 (13,7%).

После госпитализации проводилась гемостатическая, противоязвенная терапия, восполнялся объём циркулирующей крови. Пациентам перелито  $1353,5 \pm 1437,8$  мл эритроцитарной массы,  $1826 \pm 3883$  мл свежезамороженной плазмы.

Консервативно лечились следующие пациенты при эффективности эндоскопического гемостаза:

1. С впервые выявленной язвой, легкой степени кровопотери (< 15%).
2. Наличии сопутствующей патологии.
3. Отказе от операции.

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

Пенетрация язвы в соседние органы имела место у 2 (3%) пациентов, прободение наблюдалось у 3 (4,5%). Явления стеноза были у 3 (4,5%).

Выполнены следующие операции: прошивание кровоточащего сосуда в язве – 2 (3%); иссечение язвы ДПК – 2 (3%); резекция желудка по Бильрот–2 в модификации Гофмейстера–Финстерера в сочетании с папиллосфинктеродуоденоанастомозом – 2 (3 %). У 1 пациента было осложнение: несостоятельность культи ДПК, в связи с чем проведена релапаротомия. Умер 1 пациент (20%),

Койко–день до операции составил  $1 \pm 1,55$  дней, после операции –  $17,2 \pm 9,95$  дней. Койко–день у оперированных был  $18,2 \pm 10,53$  дней.

Общая летальность – 1,5%.

#### **Выводы:**

1 Основное количество пациентов с язвой ДПК, осложненной кровотечением, поступило в стационар до 6 часов от начала кровотечения.

2 Кровоточащая дуоденальная язва чаще выявлялась у мужчин (68 %).

3 Более половины пациентов (52 %) поступали со стадией Forrest 2 и тяжелой степенью кровопотери.

4 52,4 % пациентов имели длительный язвенный анамнез.

5 Основным методом остановки кровотечения был эндоскопический гемостаз.

6 По данным ЭГДС и операционным язвенный процесс чаще локализовался на задней и верхней стенках ДПК 35 (51,4 %).

*E. V. Izotova*

**BLEEDING DUODENAL ULCER**

*Tutor Assistant G. A. Solomonova*

*2nd Department of surgical diseases,  
Belarusian State Medical University, Minsk*

**Литература**

1. Авоян, К.М. Характеристика лиц, впервые признанных инвалидами вследствие язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, перенесших резекцию желудка / К.М. Авоян // Клинич. медицина. – 2006. – № 5. – С. 69–73.
2. Асадов, С.А. Формирование дуоденальной культи при резекции желудка по поводу "трудных" язв двенадцатиперстной кишки / С.А. Асадов, Я.С. Салехов, Э.Э. Алиев // Хирургия. – 2004. – № 2. – С. 78–81.
3. Асадов, С.А. Хирургическое лечения осложненных язв двенадцатиперстной кишки : автореф. ... дис. д-ра мед. наук : 14.00.27 / К.В. Асадов ; Рос. ун-т Дружбы народов. – М., 2004. – 32 с.
4. Варианты течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / И.Г. Джитава [и др.] // Анналы хирургии. – 2010. – № 3. – С. 13–16.
5. 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.