

**СОВРЕМЕННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ С
ПРИМЕНЕНИЕМ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ РАДИКАЛЬНЫХ МЕТОДИК**

Туромша В.И., Неверов П.С.*

Белорусский государственный медицинский университет,
1-я кафедра хирургических болезней

*УЗ «10-я ГКБ», Центр гастродуоденальных кровотечений, г. Минск

Ключевые слова: гастродуоденальная язва (ГДЯ), кровотечение, виды операций.

Резюме. В статье приведены результаты ретроспективного анализа медицинских карт пациентов с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии. Определена срочность выполнения и виды открытых оперативных вмешательств при данной патологии. Изучены ближайшие результаты применения дифференцированной хирургической тактики и органосохраняющих операций при геморрагических осложнениях язвенной болезни.

Resume. Results of the retrospective analysis of medical records of patients with gastroduodenal bleedings of an ulcer etiology are given in article. Urgency of performance and types of open surgeries at this pathology is defined. The immediate results of application of the differentiated surgical tactics and organ-preserving operations at hemorrhagic complications of stomach ulcer are studied.

Актуальность. Несмотря на значительный прогресс антисекреторной терапии в консервативном лечении пептической гастродуоденальной язвы (ГДЯ), проблема язвенных кровотечений не теряет актуальности[1,2,3]. В крупных хирургических центрах Москвы общая летальность при данной патологии достигает 6%, послеоперационная – 12,6%. Некоторые авторы приводят цифры общей летальности до 14%. Последнее десятилетие характеризуется резким снижением числа плановых операций по поводу язвенной болезни и, в то же время, ростом числа экстренных операций по поводу развившихся осложнений.

Цель: определить роль миниинвазивных эндоскопических операций и открытых радикальных органосохраняющих вмешательств в лечении ГДЯ, осложненных кровотечением.

Задачи:

1. Изучить структуру осложнений гастродуоденальных язв
2. Проанализировать виды эндоскопических и открытых хирургических вмешательств при кровоточащей ГДЯ;
3. Оценить ближайшие результаты лечения.

Материалы и методы

Проведён ретроспективный анализ 2290 медицинских карт пациентов, пролеченных на базе городского Центра гастродуоденальных язвенных кровотечений (ЦГДЯК) УЗ «10 ГКБ г. Минска» в 2012-2014 годах, которым проводились эндоскопические и/или открытые оперативные вмешательства по поводу геморрагических осложнений гастродуоденальной язвы. Запросы

формировались с использованием автоматизированной информационно-аналитической системы «Клиника». Обработка данных проводилась с помощью программных пакетов MS Office 2010.

Результаты и обсуждение

За 3 года в ЦГДЯК пролечено 5173 пациента, из них 2290 – с кровоточащей ГДЯ и пептической язвой гастроэнтероанастомоза. Мужчины составили 67,56%, женщины – 32,44%. Средний возраст пациентов $54,7 \pm 17,23$ (M \pm δ) года. В группе пациентов, перенесших открытые вмешательства, эти показатели несколько отличались: мужчин было 76,71%, средний возраст составил $48,7 \pm 14,34$ года. Считаем, что причиной этому явлению является более частое истинное гиперацидное повреждение слизистой оболочки у сравнительно молодых пациентов, резистентное к консервативной терапии. В свою очередь, это обуславливает необходимость выполнения радикального хирургического вмешательства. Основным методом диагностики являлась экстренная эзофагогастродуоденоскопия, источник и характер язвенного кровотечения определялся в соответствии с классификацией J. Forrest (1987). Оперировано 779 пациентов, выполнено 940 вмешательств (765 эндоскопических гемостазов (ЭГ) и 175 открытых операций). Чаще всего применялся инъекционный ЭГ (672; 87,8% от всех эндоскопических манипуляций), реже при наличии технических условий производилось клипирование кровоточащего сосуда (93; 12,2%) с помощью клип-аппликатора НХ-5QR-1А фирмы «OLYMPUS» и одноразовых клипс с прямыми (НХ-600-090) и тупыми (НХ-600-135) углами изгиба браншей. Для работы с клип-аппликатором использовался операционный эндоскоп. У 37 пациентов с выраженной сопутствующей патологией и высоким риском оперативного вмешательства пришлось выполнять повторную эндоскопическую остановку кровотечения, у четырех пациентов выполнено 3 ЭГ, у четырех – 4 ЭГ, у двух больных произведено 5 ЭГ. У 22 больных в течение суток после ЭГ развился рецидив кровотечения (у 9 после повторного ЭГ), потребовавший выполнения неотложной открытой операции. Остальные пациенты из этой группы (15; 40,5%) пролечены консервативно.

Следует отметить, что лишь у 42,86% больных не наблюдалось клинически значимой сопутствующей патологии. У остальных пациентов наблюдались различные формы ишемической болезни сердца с атеросклерозом аорты и ее ветвей (37; 21,1%), артериальная гипертензия (42; 24%), дисциркуляторная энцефалопатия (7; 4%), признаки недостаточности кардии (13; 7,53%), явления токсического или вирусного гепатита (11; 6,3%). Реже выявлялся реактивный панкреатит (7), желчнокаменная болезнь (11), дивертикулярная болезнь (2), пневмонии (2), остеохондроз позвоночника (5), мочекаменная болезнь (4), нефроптоз (2), синдром Лериша (1). У каждого пятого пациента (20,55%) имелось сочетание соматической патологии. Наличие выраженной соматической патологии у пожилых пациентов обуславливает развитие симптоматических (в том числе медикаментозных) эрозивно-язвенных поражения желудка и 12-перстной кишки на фоне атрофии слизистой оболочки и снижения секреторной активности. Выполнение открытых операций

таким пациентом не имеет патогенетического обоснования и выполняется для спасения жизни при неэффективности ЭГ и комплексной гемостатической терапии.

На момент поступления у трети пациентов, которым потребовалось выполнение радикального вмешательства, выявлено продолжающееся кровотечение (F-I-A 21,92%; F-I-B 6,85%). Нестабильно остановившееся кровотечение наблюдалось в 25,34% случаев (F-II-A 15,07%, F-II-B 10,27%). Во всех случаях выполнялась попытка ЭГ: инъекционным введением 70% спирта с 0.18% адреналином у 40,41% пациентов, клипированием кровоточащего сосуда у 4,76% больных. Сочетание методик применено у 2 пациентов. Остальные пациенты поступили с признаками состоявшегося стабильно остановившегося кровотечения (F-III, 42,47%) и с минимальным риском рецидива (F-II-C, 3,42%). Таким пациентам эндоскопический гемостаз не выполнялся. Кровопотеря тяжелой степени выявлена у 86 (49,32%) пациентов, средней степени тяжести у 30 (17,12%). Треть пациентов перенесли легкую (25,34%) и минимальную (8,22%) кровопотерю. Уровень местного гемостаза по Forrest и тяжесть кровопотери у оперированных пациентов демонстрируют сильную корреляционную связь (r -критерий Спирмена 0,71 со степенью безошибочного прогноза более 95%, $p < 0.05$). Это связано с тем, что пациенты поступали в разные сроки от начала кровотечения с разной степенью развития постгеморрагической гемодилуции. Тем не менее, у 84% пациентов, поступающих со стабильно остановившимся кровотечением или минимальным риском рецидива, наблюдалась кровопотеря легкой степени. У 77% пациентов с продолжающимся или нестабильно остановившимся кровотечением имелась кровопотеря тяжелой степени. У части пациентов (19; 23%) преимущественно молодого и среднего возраста ($42,3 \pm 14,42$ года) достигался спонтанный стабильный гемостаз при тяжелой кровопотере.

Неотложно (экстренно) оперировано 55 (31,43%) пациентов с тяжелым продолжающимся кровотечением (Forrest I A, Forrest I B) при невозможности ЭГ, с рецидивом кровотечения в стационаре при неэффективном ЭГ. Срочная операция производилась больным с повторившимся кровотечением, у которых повторно выполненный ЭГ оказался нестабильным, и пациентам с высоким риском рецидива кровотечения (14; 8,23%). Отсроченные операции были произведены пациентам с язвенной болезнью (106; 60,57%), устойчивой к медикаментозной терапии и выполнялись через 2 недели после гемостаза, без выписки из отделения.

У значительной части пациентов (56,7%), оперированных по поводу кровоточащей язвы 12-перстной кишки, выявлены множественные осложнения патологического процесса: признаки стеноза имели место в 11,1% случаев, пенетрации – в 21,1%, сочетания стеноза и пенетрации – в 21% случаев. У 2 пациентов на фоне кровотечения, стеноза и пенетрации развилась перфорация верхней стенки ДПК. Кровоточащие язвы желудка сравнительно реже сопровождались другими осложнениями (21,6%), у 8 пациентов наблюдалась пенетрация язвы в левую долю печени и поджелудочную железу, признаки стеноза выхода из желудка – у 3 пациентов.

Открытые вмешательства по поводу кровоточащей язвы 12-перстной кишки выполнены у 116 (из 175; 66,3%) пациентов, у 84 (72,4%) в виде органосохраняющей радикальной дуоденопластики, у 25 из них вмешательство было дополнено СПВ. Также произведено 15 изолированных лапароскопических СПВ. Методом выбора при кровоточащей язве желудка оставалась резекция (40 из 58, 69%), однако предпочтение отдавалось более функциональному варианту Бильрот-1 (29, 50%), у 5 пациентов выполнены пилоросохраняющие резекции, 5 пациентов оперировано лапароскопически (4 медиогастральных резекции и одна Бильрот-1). Иссечение желудочной язвы с гастропластикой и дуоденотомия с прошиванием сосуда и дуоденопластикой (паллиативные операции) выполнялись только при симптоматических эрозивно-язвенных кровотечениях и синдроме портальной гипертензии, при безуспешности повторных ЭГ и консервативного лечения.

Было выполнено 5 релапаротомий (0.3%): по поводу несостоятельности анастомоза – 2, эвентрации – 1, внутрибрюшного кровотечения – 1, некроза головки поджелудочной железы – 1. Рецидивов гастродуоденального кровотечения и летальных исходов не было.

Выводы:

1. Несмотря на некоторые недостатки, инъекционный эндоскопический гемостаз является методом выбора при продолжающемся язвенном кровотечении.

2. Концентрация пациентов с кровоточащей ГДЯ в одном клиническом центре позволила разработать и применить четкую тактическую схему со стратификацией рисков рецидива кровотечения, своевременным применением эндоскопических и открытых оперативных вмешательств.

3. Учитывая множественный характер осложнений дуоденальных язв, следует акцентировать внимание на их выявление и своевременную коррекцию.

4. У пациентов группы высокого операционного риска квалифицированное выполнение эндоскопического гемостаза (в том числе повторного) позволяет избежать более травматичного открытого вмешательства.

5. Среди лиц трудоспособного возраста патогенетически оправданы радикальные оперативные вмешательства, в то время как у пожилых пациентов с симптоматическими эрозивно-язвенными поражениями желудка и 12-перстной кишки предпочтение следует отдавать миниинвазивным методам достижения гемостаза.

6. Применение современных малоинвазивных технологий и органосохраняющих радикальных методик хирургического лечения позволило избежать летальных исходов среди пациентов с гастродуоденальными язвенными кровотечениями.

Литература

1. Шорох, Г.П. Язвенные гастродуоденальные кровотечения: тактика и лечение / Г.П. Шорох, В.В. Климович. - Минск: ГИПП "Промпечать", 1998. - 155 с.

2.Козырев, М.А. Гастродуоденальные язвы / М.А. Козырев, И.М. Марковская. – Минск: Беларусь, 2007.- 139 с.

3.Оноприев, В. И. Этюды функциональной хирургии язвенной болезни / В. И. Оноприев : Краснодар, 1995. 294 с.

Репозиторий БГМУ