

НОВЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ЛЕЧЕНИИ КРОВОТОЧАЩЕЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ

Соломонова Г.А.¹, Третьяк С.И.², Изотова Е.В.²

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск,
Республика Беларусь

²УЗ «Дзержинская центральная районная больница» Республика Беларусь

Актуальность. Хроническая язва двенадцатиперстной кишки диагностируется у 6-15% взрослого населения [3, 4, 5]. За последние годы удельный вес кровотечений в структуре осложненной дуоденальной язвы превысил 20%. Пенетрация кровоточащей дуоденальной язвы в соседние органы и ткани наблюдается в 63% случаев. Стабильно высоким остается уровень летальности, который колеблется в пределах 3,5-50%, при рецидивах кровотечения – 30-75% [3, 4, 5].

Цель: дать оценку тактики лечения пациентов с язвой двенадцатиперстной кишки (ДПК), осложненной кровотечением.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 295 пациентов с язвенным дуоденальным кровотечением. Они лечились в хирургических отделениях УЗ «ГК БСМП» г. Минска в 2009–2018 г.г. Возраст пациентов – 51,7±18,5 лет. Старше 60 лет было 96 (32,5%) пациентов.

Объем кровопотери определялся по формуле Moore. У 178 (60,3%) пациентов он составил 30,4% (25%-75% квартили – 18-44,9%, min 15,1, max 76,6), в абсолютных цифрах – 1412,7 мл (25%-75% – квартили – 623-2006,7, min 218,1, max – 4684). У 48 пациентов (16,4%) кровопотеря была легкой степени, у остальных – средней.

При поступлении всем пациентам выполнялась эзофагогастродуоденоскопия (ЭГД-скопия), по показаниям – гемостаз. Эндоскопическая остановка кровотечения проводилась раствором 70% спирта и 0,1% раствором адреналина или 0,5-1% раствором этоксисклерола. Продолжающееся кровотечение констатировано у 88 пациентов (29,8%) – Forrest 1. Остановившееся кровотечение (Forrest 2) и нестабильный гемостаз – у 150 (51%). Им во время ЭГД-скопии выполнялся гемостаз. Последний был достигнут. У остальных гемостаз был стабилен (Forrest 3).

С целью контроля стабильности гемостаза повторно через 2-6 часов

повторно ЭГД-скопия выполнена 225 пациентам (76,3%). Наличие рецидива кровотечения установлено у 17 (5,7%). Повторно эндоскопический гемостаз выполнен 20 (8,2%). Всего ЭГД-скопия выполнена $2,47 \pm 1,05$ раза в расчете на 1 пациента.

После госпитализации проводилась гемостатическая, противоязвенная терапия, восполнялся объём циркулирующей крови. Пациентам перелито $999,5 \pm 994,7$ мл эритроцитарной массы, $1355 \pm 2534,4$ мл свежезамороженной плазмы.

Результаты.

Консервативно лечилось 263 пациента (89,1%), умерло 3 (1,14%), койко-день составил $9,77 \pm 5,2$. У них:

- эндоскопический гемостаз эффективен,
- язва выявлена впервые,
- легкая степень кровопотери,
- имела тяжелая сопутствующая патология,
- отказались от операции.

Показаниями к операции у 32 пациентов (10,9%) явились:

- рецидив кровотечения – 23 пациента,
- высокий риск рецидива кровотечения – 7 пациентов,
- продолжающееся кровотечение – 1 пациент,
- неэффективность консервативной терапии – 1 пациент.

Во время операции язва чаще локализовалась на верхней (латеральной) + задней стенках ДПК (22 пациента – 68,8%). Переднюю и верхнюю (латеральную) стенки она занимала у 3 пациентов (9,4%). Язва имела двойную локализацию (2 язвы) у 5 пациентов (15,5%), множественную (3 язвы) – у 2 (6,3%).

У большинства пациентов наряду с кровотечением имели место другие осложнения дуоденальной язвы. У 27 пациентов (87,4%) язва пенетрировала в соседние органы и ткани. Чаще пенетрация была в поджелудочную железу, гепатодуоденальную связку, или оба этих органа (22 пациента – 96,3%). В гепатодуоденальную связку и желчный пузырь пенетрация была у 1 пациентки (3,7%).

Явления стеноза имелись у 11 пациентов (34,4%). Субкомпенсированный стеноз был у 8 (72,7%), компенсированный – у 2 (18,2%), декомпенсированный – у 1 (9,1%).

Перфорация язвы была у 21 пациента (65,6%).

Выполнены следующие операции. При локализации язвы на верхней и задней стенках, пенетрации в поджелудочную железу, гепатодуоденальную связку проводилось иссечение, экстрадуденизация язвы, поперечная

дуоденопластика [1, 2]. Она выполнена 21 пациенту (65,6%). Послеоперационный период протекал без особенностей. При контрольном рентгенологическом исследовании, проведенном на 12-14 сутки после операции, нарушения моторно-эвакуаторной функции не выявлено.

Такой методический подход имеет следующие преимущества:

- отсутствует обширная мобилизация ДПК,
- не нарушается ее кровоснабжение,
- не травмируются холедох, поджелудочная железа,
- уменьшается угроза развития панкреатита,
- снижается опасность повреждения сосудов, проходящих в гепатодуоденальной связке, кровотечения.

6 пациентам (18,8%) с тяжелой сопутствующей патологией, выполнено прошивание кровоточащего сосуда в дне язвы. В послеоперационном периоде у 1 возник рецидив кровотечения. Оперирован повторно.

У 3 (9,4%) патологический процесс локализовался в области пилоруса. Им проведено иссечение язвы, пилоропластика по Джадду. В послеоперационном периоде возник рецидив кровотечения. Оперирован повторно. Выполнено прошивание кровоточащего сосуда. Летальный исход наступил на 3-и сутки.

Двоим (6,2%) выполнена резекция желудка по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финстерера. Было 1 осложнение – несостоятельность культи ДПК.

Послеоперационная летальность составила 3,1%.

Койко-день до операции был $1,13 \pm 2,94$; после операции – $12,87 \pm 6,92$ дня. Длительность пребывания в стационаре составила $14 \pm 8,76$ дня.

Общая летальность – 12%.

Выводы.

1. Большинство пациентов с язвой двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением (60,4%), поступило в стационар с тяжелой степенью кровопотери ($30,9 \pm 18,45\%$).

2. В последние годы наблюдается рост числа пациентов с сочетанными осложнениями язвы двенадцатиперстной кишки (87,4%).

3. В связи с эффективностью эндоскопического гемостаза, медикаментозной терапии, имеет место снижение оперативной активности у пациентов с кровоточащей язвой двенадцатиперстной кишки.

4. Применяемая тактика лечения пациентов с дуоденальными язвенными кровотечениями приводит к хорошим результатам и может использоваться в клинической практике.

Литература

1. 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 ; опубл. 30.04.2006 // Афіцыйны бюл. / Нац. цэнтр інтэлектуал. уласнасці. – 2006. – № 2. – С. 41.
2. Соломонова, Г.А. Диагностика и лечение кровотокающей пенетрирующей язвы двенадцатиперстной кишки / Г.А. Соломонова, Н.В. Завада. – Минск, БелМАПО, 2015. – 202 с.
3. Черноусов А.Ф. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки /А.Ф. Черноусов, Т.В. Хоробрых, П.М. Богопольский. – Москва : Практическая медицина, 2016. – 351 с.
4. Management of Infection Guidance for Primary Care in Ireland [Electronic resource]. – April 2011. – Mode of access : <http://www.nmic.ie>. – Date of access : 1.02.2011.
5. Yeomans, N. The ulcer sleuths: the search for the cause of peptic ulcers / N. Yeomans // J. Gastroenterol. Hepatol. – 2011. – Vol. 26, suppl. 1. – P. 35–41.