

## ВИДЕОЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛИГИРОВАНИЕ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Лагеца А. Б.

*ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России», Ростов-на-Дону, Россия (344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29), e-mail: lagezaab@list.ru*

С целью устранения недостатков традиционных (гастродуоденотомических) методов остановки язвенных кровотечений и связанных с ними осложнений, авторами разработан способ видеэндохирургического лигирования кровоточащих язв желудка и двенадцатиперстной кишки с эндоскопической ассистенцией. Представлен опыт лечения 493 больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями в Городской больнице скорой медицинской помощи г. Ростова-на-Дону. 27 больных оперированы по оригинальной методике. В группу сравнения вошли 52 пациента, которым для остановки кровотечения была выполнена лапаротомия, гастродуоденотомия и прошивание кровоточащей язвы, иссечение язвы или резекция желудка. Полученные авторами результаты позволяют говорить о высокой эффективности метода, возможности его применения как одного из способов остановки желудочно-кишечных кровотечений из язв, расположенных на передней стенке желудка и 12-ой кишки, в специализированных urgentных хирургических стационарах.

Ключевые слова: язвенное кровотечение, оперативное лечение, прошивание источника кровотечения.

## ENDOVIDEOSURGICAL LIGATION OF HAEMORRHAGES FROM GASTRODUODENAL ULCERS

Lageza A. B.

*GBOU VPO "Rostov State Medical University", Ministry of Health Russia, Rostov-on-Don, Russia (344022 Rostov-on-Don, 29, Nahichevan street), email: lagezaab@list.ru*

In order to address the shortcomings of the traditional (gastroduodenotomical) methods of stopping bleeding ulcers and their related complications, the authors have developed an endovideosurgical method of ligation of bleeding ulcers of the stomach and duodenum with endoscopic assistance. The experience has been presented in the treatment of 493 patients with gastroduodenal ulcer bleeding in the Municipal Emergency Hospital of Rostov-on-Don. 27 patients were operated using the original method. The control group included 52 patients, who underwent laparotomy, gastroduodenotomy and sew bleeding ulcers, excision ulcers or resection gastrum, in order to stop the gastroduodenal bleeding. The results obtained authors suggest a high efficiency of the method, its application as a way to stop gastrointestinal bleeding from ulcers, located on front wall gastrum or duodenum, in specialized emergency surgical hospitals.

Key words: ulcer bleeding, surgical treatment, ligation of source of bleeding.

### Введение

В лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений (ЯГДК) на протяжении последних 15–20 лет основной приоритет принадлежит эндоскопическим методам, позволяющим добиться окончательного гемостаза в 80–97 % случаев по данным разных авторов [6,7,8]. Способствует данному факту комбинированное применение нескольких способов эндоскопического лечения при наличии современного оборудования и обученного персонала на фоне адекватной противоязвенной медикаментозной терапии.

Несмотря на это, доля оперированных больных по поводу острых гастродуоденальных кровотечений (ОГДК) в течение последних 10–15 лет уменьшилась, однако остается довольно высокой. По данным министерства здравоохранения разных

административных единиц и организаций здравоохранения оперируются от 10 до 20 % больных с ОГДК [2,3,5,9].

В структуре оперативных вмешательств, по данным разных авторов, преобладают резекционные методы – до 50–75 %. Отказ от гастродуоденотомии с прошиванием кровоточащего сосуда в язве связан с большим количеством рецидивов кровотечений, связанных с прорезыванием лигирующих швов [1,4]. При этом такие хирургические вмешательства сопровождаются высокой летальностью – до 15 % и большим количеством послеоперационных осложнений – от 30 до 45 %, среди которых необходимо выделить: рецидивные кровотечения из прошитых язв, несостоятельность гастродуоденотомической раны, кровотечения из зоны данной раны, стенозирование пилорoduоденального канала в раннем и позднем послеоперационном периоде, развитие гнойно-воспалительных интраперитонеальных осложнений, осложнений со стороны лапаротомной раны (нагноение, эвентерация, формирование послеоперационных грыж).

### **Цель исследования**

Исследование выполнено с целью снижения травматичности и улучшения результатов хирургических вмешательств по поводу ЯГДК.

### **Материалы и методы**

Нами проведен проспективный анализ результатов лечения 493 больных с ОГДК, находившихся на лечении в хирургическом отделении МБУЗ ГБСМП г. Ростова-на-Дону. Все пациенты получили адекватное обследование в объеме осмотра, клинического и биохимического анализов крови и мочи, ультразвуковых, рентгенологических и эндоскопических методов диагностики. Из средств эндоскопической остановки кровотечения использовались введение в область язвенного дефекта спирт-адреналиновой смеси, а также монополярная и аргоноплазменная коагуляции. Окончательный гемостаз эндоскопически достигнут у 414 больных (84 %). Оперировано 79 больных.

Показанием к экстренной операции явилось профузное кровотечение или его рецидив, при безуспешности эндоскопического гемостаза (Forrest I А,В). К срочным операциям (в течение 12–24 часов) – высокий риск рецидива кровотечения при нестабильном гемостазе.

Мы являемся сторонниками минимизации объема экстренного и срочного оперативного лечения по поводу кровотечения из острых гастродуоденальных язв. В связи с этим в структуре оперативных вмешательств преобладают органосохраняющие операции:

1. Лапаротомия, гастро-, дуоденотомия, прошивание источника кровотечения – 9 больных (17,3 %).
2. Лапаротомия, иссечение язвы желудка с пилоропластикой – 38 больных (73,0 %).
3. Дистальные резекции желудка – 5 больных (9,6 %).

4. Оригинальная методика видеоэндохирургического прошивания язвенного дефекта со стороны серозного слоя – 27 пациентов (34,2 %).

Нами разработан способ лечения кровоточащих язв желудка и двенадцатиперстной кишки, находящихся на передней стенке (патент на изобретение №2301639 от 27.06.2007г.), который заключается в прошивании кровоточащей язвы одним – тремя сквозными интракорпоральными швами со стороны серозного слоя без вскрытия просвета органа во время эндохирургической операции. Локализация язвенного дефекта и контроль гемостаза осуществляется путем выполнения интраоперационной эзофагогастродуоденоскопии.

Данный метод позволяет устранить недостатки традиционных (гастродуоденотомических) способов остановки кровотечений:

- ограничение визуализации источника кровотечения допустимым размером гастродуоденотомической раны;
- нанесение дополнительной травмы передней брюшной стенке;
- нанесение дополнительной травмы желудочно-кишечной стенке, как в зоне гастродуоденотомии, так и на протяжении от нее при ревизии, эвакуации сгустков крови и визуализации источника кровотечения;
- обсеменение брюшной полости гастродуоденальным содержимым;
- деформацией в зоне ушивания гастродуоденотомной раны.

Применение данного метода оперативного лечения возможно при локализации острой язвы на передней стенке желудка или луковицы 12-ПК, а также при достаточной эндоскопической визуализации язвенного дефекта (отсутствие больших сгустков, «слепков желудка»).

Организационно и методически эндовидеохирургические операции осуществляли следующим образом. При выявлении во время эзофагогастродуоденоскопии кровоточащей язвы передней стенки желудка или двенадцатиперстной кишки с отсутствием эффекта от консервативной и эндоскопической гемостатической терапии, а также в случаях рецидива язвенной геморрагии больного подавали в операционную. Бригадой анестезиологов проводилась краткосрочная предоперационная подготовка непосредственно на операционном столе. Затем больного вводили в наркоз и укладывали в обратное положение Тренделенбурга. Инструментальные троакары устанавливали над пупком и по наружным краям прямых мышц живота так, чтобы они образовывали прямоугольный треугольник. При этом угол 90 ° созданного треугольника располагался над пупком, а правый катет был в два раза длиннее левого катета. Видеолапароскоп вводили через троакар, установленный в пупочной области, накладывали карбоксиперитонеум 12 мм рт. ст., выполняли обзорную

лапароскопию и осмотр серозного покрова желудка или двенадцатиперстной кишки в области предполагаемого расположения кровоточащей язвы.

Затем производили видеогастродуоденоскопию, во время которой врач-эндоскопист указывал хирургу зону расположения данной язвы путем трансиллюминации через желудочную или дуоденальную стенку. Для лучшей визуализаций язвы интенсивность внутрибрюшинного освещения на лапароскопической стойке снижали.

Врачом-хирургом сопоставлялись видимые изображения язвы на лапароскопической и эндоскопической стойках, уточнялась проекция язвенного дефекта и кровоточащего сосуда на серозную оболочку стенки желудка или двенадцатиперстной кишки. После этого прошивали кровоточащую язву сквозным Z-образным интракорпоральным швом. Контроль проведения иглы и остановки язвенного кровотечения осуществляли на мониторе видеоэндоскопической стойки. Как правило, кровоточащий сосуд при этом располагался между двумя стежками Z-образного шва. При затягивании шва кровотечение останавливалось. В случаях сомнительного гемостаза допускали наложение второго аналогичного шва, который позволял получить надежный гемостаз. Оценка степени гемостаза производилась оперирующим хирургом на экране видеоэндоскопической стойки. После достижения окончательного гемостаза, с целью герметизации гемостатических швов, поверх них фиксировали прядь большого сальника. После этого инструменты и троакары удаляли из брюшной полости, накладывали швы на раны передней брюшной стенки. В желудок устанавливали назогастральный зонд № 18 или № 20 для его декомпрессии и контроля гемостаза в течение 3–4 суток после операции.

Интраоперационной кровопотери, связанной непосредственно с хирургическим вмешательством, не было. Продолжительность операции составила в среднем 30 минут.

В послеоперационном периоде больные получали симптоматическую, антибактериальную и противоязвенную терапию, на 7 – 12 день проводилась контрольная эзофагогастродуоденоскопия.

По данному методу оперировано 27 больных (основная группа). В группу сравнения включены 52 пациента, оперированные традиционно. Данные группы больных были сопоставимы по возрасту, полу, характеру основного заболевания и выраженности сопутствующей патологии.

### **Результаты**

В группе больных, оперированных эндохирургически, не отмечалось смертельных исходов и осложнений, обусловленных оперативным доступом и способом прошивания источника кровотечения. Имевшие место осложнения в данной группе были связаны с сопутствующими заболеваниями и снижением резистентности организма на фоне

постгеморрагической анемии, нарушений свертывающей системы крови и разрешились после адекватной консервативной терапии. Наблюдались данные осложнения в 14,8 % случаев (4 больных): у 1 больного – острая сердечнососудистая недостаточность, у 2 пациентов – тромбозы вен нижних конечностей и в 1 случае – застойная пневмония и острая дыхательная недостаточность.

В группе сравнения послеоперационная летальность составила 13,5 % (7 пациентов). Осложнения развились в 28,8 % случаев (15 пациентов): рецидивные кровотечения из ушитой язвы – 7,7 % (у 3 пациентов кровотечение остановлено эндоскопически, а у 1 больного – путем повторного оперативного лечения); нагноения лапаротомной раны – 15,4 % (8 пациентов, у 2 из которых развилась эвентерация и потребовалась релапаротомия); несостоятельность гастродуоденотомной раны – 3,8 % (у одного больного свищ закрылся консервативно на 16 суток, а во втором случае понадобилась повторная операция); острая сердечнососудистая недостаточность – 13,5 % (7 пациентов); пневмония в раннем послеоперационном периоде – 3,8 % (2 пациента).

Общая продолжительность стационарного лечения в контрольной группе больных составила в среднем 19 дней, длительность послеоперационного периода – 17,6 суток, а среди пациентов, оперированных лапароскопически – 12,1 и 10,4 дней, соответственно.

### **Заключение**

Таким образом, данная методика эндохирургического лигирования источника кровотечения является малоинвазивным и надежным способом остановки гастродуоденальных кровотечений из язв, расположенных на передней стенке желудка и 12-ой кишки, предупреждает развитие ряда грозных послеоперационных осложнений, характерных для традиционных методик, позволяет снизить травматичность хирургического вмешательства и сокращает срок послеоперационного пребывания больных в стационаре.

### **Список литературы**

1. Бабкин О. В., Мовчун В. А., Бабкин Д. О. Выбор метода операции в лечении желудочно-кишечных кровотечений // Материалы XI съезда хирургов Российской Федерации. – Волгоград, 2011. – С.647.
2. Барыков В. Н. Желудочно-кишечные кровотечения как хирургическая проблема в Челябинской области // Материалы XI съезда хирургов Российской Федерации. – Волгоград, 2011. – С.649.

3. Бондарев Г. А., Лазаренко В. А., Иванов С. В., Троянов Г. В. Динамика язвенных гастродуоденальных кровотечений в Курской области за 30 лет // Материалы Второго съезда хирургов ЮФО. – Пятигорск, 2009. – С. 76.
4. Гарелик П. В., Довнар И. С., Шевчук Д. А. Язвенные гастродуоденальные кровотечения. Тактика, лечение в условиях специализированного центра // Материалы XI съезда хирургов Российской Федерации. – Волгоград, 2011. – С.656.
5. Лобанков В. М., Лызиков А. Н., Призенков А. А. Язвенные кровотечения в Беларуси: тенденции двух десятилетий // Материалы XI съезда хирургов Российской Федерации. – Волгоград, 2011. – С.674.
6. Савельев В. М., Сажин В. П., Юрищев В. А., Юрищев В. А., Грыженко С. В., Климов Д. Е., Сажин И. В., Нуждихин А. В. Эндоскопические подходы к лечению эзофагогастродуоденальных кровотечений // Материалы Второго съезда хирургов ЮФО. – Пятигорск, 2009. – С.95.
7. Селезнев Ю. А., Баширов Р. С., Баширов С. Р., Гайдаш А. А., Гольчик А. В. Место лечебной эндоскопии в комплексном лечении больных с язвенными желудочно-кишечными кровотечениями // Эндоскопическая хирургия. – 2010. – № 1. – С. 48-51.
8. Ситников В. Н., Бондаренко В. А., Турбин М. В., Кулешов О. И., Лагеза А. Б., Дегтярев О. Л. Роль эндоскопических методов в лечении гастродуоденальных кровотечений // Материалы XI съезда хирургов Российской Федерации. – Волгоград, 2011. – С.691.
9. Филонов Л. Г., Черкасов М. Ф. и др. Хирургическая помощь больным желудочно-кишечными кровотечениями в Ростовской области за последнее 20-летие в зеркале статистики // Материалы Второго съезда хирургов ЮФО. – Пятигорск, 2009. – С.98-99.

**Рецензенты:**

Таранов Иван Ильич, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой военно-полевой и военно-морской хирургии с курсом военно-полевой терапии ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ростов-на-Дону.

Грошили Виталий Сергеевич, д-р мед. наук, заведующий кафедрой хирургических болезней № 2 ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ростов-на-Дону.