

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Черкасов М.Ф.¹, Лагеца А.Б.¹

¹ГБОУ 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 совершенствования и упрощения дифференцированного подхода к тактике лечения язвенных гастроудоденальных кровотечений авторами разработан алгоритм лечебно-диагностических мероприятий. Выделены клинико-лабораторные и эндоскопические критерии высокого риска кровотечения, сочетание двух из которых является показанием к выполнению срочному оперативному лечению. Представлен опыт лечения 493 больных с язвенными гастроудоденальными кровотечениями в Городской больнице скорой медицинской помощи г. Ростова-на-Дону. Оперированы 79 (16%) больных. Окончательный гемостаз достигнут эндоскопически у 414 пациентов, в том числе у 84 (17%) после рецидива кровотечения. Полученные данные послеоперационной и общей летальности позволяют говорить об эффективности метода, возможности его применения как одного из способов определения тактики лечения больных с язвенными гастроудоденальными кровотечениями в хирургических стационарах с целью улучшения результатов лечения данной патологии.

Ключевые слова: язвенное кровотечение, тактика лечения, оперативное лечение.

SURGICAL TACTICS TREATMENT OF HAEMORRHAGES FROM GASTRODUODENAL ULCERS

Cerkasov M.F.¹, Lageza A.B.¹

¹GBOU VPO "Rostov State Medical University", Ministry of Health Russia, Rostov-on-Don, Russia (344022 Rostov-on-Don, 29, Nahichevan street, email: lagezaab@list.ru

With a view to improve and simplify the differential and tactical approach to the treatment of ulcerative gastroduodenal bleeding, an algorithm for therapeutic and diagnostic procedures has been developed by authors. Clinical and laboratory and endoscopic criteria for a high risk of bleeding have been marked, and a combination of the both of them is an indication for performing urgent surgery. Our experience in the treatment of 493 patients, with gastroduodenal ulcer bleeding, was shown in the Municipal Emergency Hospital in Rostov-on-Don. 79 (16%) patients were operated. Final endoscopic hemostasis was achieved in 414 patients, including 84 (17%) after recurrent bleeding. The obtained postoperative data and overall mortality rate shows the efficiency of this method, with its application as a means of determining the surgical tactics in the treatment of patients with gastroduodenal ulcer bleeding in surgical departments in order to improve the treatment results of this disease.

Keywords: ulcer bleeding, tactics of the treatment, surgical treatment.

Введение

Число больных с язвенными гастроудоденальными кровотечениями (ЯГДК) из года в год растет и составляет 46-103 на 100 000 взрослого населения в год. Общая летальность при данной патологии остается высокой, хотя в последние годы имеет тенденцию к снижению с 8-9 % до 1,5-3% [2, 5, 10].

В лечении язвенных гастроудоденальных кровотечений на протяжении последних 15 – 20 лет основной приоритет принадлежит эндоскопическим методам, позволяющим добиться окончательного гемостаза в 80-97% случаев [7, 8]. Способствует данному факту комбинированное применение нескольких способов эндоскопического лечения при наличии современного оборудования и обученного персонала на фоне адекватной противоязвенной

медикаментозной терапии. Однако до настоящего времени остаются спорными вопросы хирургической тактики, определения показаний к операций, сроков ее выполнения и объема оперативного вмешательства. Так, например, в резолюции Всероссийской конференции хирургов «Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки» (Саратов, 2003 г.) было сказано, что «экстренная операция показана больным с профузным кровотечением, у которых консервативные мероприятия, включая эндоскопические, были неэффективными, а также больным с рецидивом кровотечения». Вместе с тем за последнее десятилетие появилось много публикаций о возможности достижения окончательной остановки кровотечения и после его рецидива с использованием комбинации эндоскопических методов гемостаза [2, 4, 6], что нашло отражение в резолюции Пленума Проблемной комиссии «Неотложная хирургия» межведомственного научного Совета по хирургии РАМН и Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 06.04.2012г., где рекомендуют использовать комбинированный метод эндоскопического гемостаза, а «оперативное лечение производить при невозможности достичь надежного гемостаза с помощью использования нехирургических методов». Доля оперированных больных по поводу острых гастродуоденальных кровотечений остается довольно высокой. По данным министерств здравоохранения разных регионов оперируются от 10 до 20% больных с ЯГДК [5, 10].

В структуре оперативных вмешательств, по данным разных авторов, преобладают резекционные методы – до 50 – 75 % [1, 2, 9]. Отказ от гастродуоденотомии с прошиванием кровоточащего сосуда в язве связан с большим количеством рецидивов кровотечений, связанных с прорезыванием лигирующих швов. При этом 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 пилородуоденального канала в раннем и позднем послеоперационном периоде, развитие гнойно-воспалительных интраперитонеальных осложнений, осложнений со стороны лапаротомной раны (нагноение, эвентрация, формирование послеоперационных грыж).

Цель исследования

Исследование выполнено с целью улучшения результатов лечения ЯГДК путем применения разработанного алгоритма лечебной тактики.

Материалы и методы

Нами проведен анализ результатов лечения 493 больных с ЯГДК, находившихся на лечении в хирургическом отделении МБУЗ «Городская больница скорой медицинской

помощи» г. Ростова-на-Дону. Мужчины составили 79,1%, женщины – 20,9%. Язвенный анамнез выявлен у 73% пациентов, у 17% – кровотечение явилось первой манифестацией язвенной болезни. Все пациенты получили адекватное обследование в объеме осмотра, клинического и биохимического анализов крови и мочи, ультразвуковых, рентгенологических и эндоскопических методов диагностики. По степени кровопотери, согласно классификации А.И. Горбашко (1974), больные распределились следующим образом: легкая степень – 28%, средняя – 39,1%, тяжелая – 32,9%. Источник кровотечения локализовался в двенадцатиперстной кишке в 59%, в желудке – в 41% случаев. Продолжающееся кровотечение из язвы (Forrest 1a,b) при поступлении выявлено у 20,7% больных, в 45% случаев активность кровотечения была оценена как Forrest 2a,b,c и в 34,3% случаев признаков кровотечения на момент исследования в выявленном язвенном дефекте не обнаружено (Forrest 3).

Эндоскопически окончательный гемостаз достигнут у 414 больных (84%). Из средств эндоскопической остановки кровотечения использовали введение в область язвенного дефекта спирт-адреналиновой смеси, а также монополярную и аргоноплазменную коагуляции.

Оперировано 79 больных (16%). Показания к оперативному лечению определяли согласно разработанному нами алгоритму лечебной тактики при ЯГДК. В структуре оперативных вмешательств преобладают органосохраняющие операции:

1. Лапаротомия, иссечение язвы желудка, двенадцатиперстной кишки с пилоропластикой – 38 больных (73,0%).
2. Дистальные резекции желудка – 5 больных (9,6%). Выполнены у больных с сочетанием нескольких осложнений язвенной болезни.
3. Лапаротомия, гастро-, дуоденотомия, прошивание источника кровотечения – 9 больных (17,3%). Произведены при крайне тяжелом состоянии больных и высоким риском выполнения радикальных операций.
4. Оригинальная методика видеоэндохирургического прошивания язвенного дефекта со стороны серозного слоя под эндоскопическим контролем – 27 пациентов (34,2%).

Для снижения инвазивности хирургического лечения 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 осуществляются путем выполнения интраоперационной эзофагогастродуоденоскопии [3]. Применение данного метода

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

Результаты и обсуждение

С 2007 г. в лечении больных с ЯГДК использовали разработанный алгоритм лечебной тактики, учитывающий как эндоскопические, так и клиничко-лабораторные показатели высокого риска рецидива кровотечения. Самым сложным и дискуссионным в предложенном алгоритме является оценка риска рецидива кровотечения в случае нестабильного гемостаза и выставление показаний к срочному оперативному лечению. Данному вопросу посвящено множество публикаций за последнее десятилетие. Общепринятым на данный момент является прогнозирование риска повторной геморрагии на основании эндоскопических данных с использованием классификации J. Forrest, на что есть непосредственное указание в резолюции Пленума Проблемной комиссии «Неотложная хирургия» (Пятигорск, 2011 г.). Данное положение, на наш взгляд, не совсем полно отвечает на поставленную задачу. Несомненно, необходимо учитывать клиничко-лабораторные показатели общего состояния больного. По этому поводу предложены оригинальные методики, шкалы оценки риска рецидива кровотечения. Большинство из них содержит сложные формулы, таблицы, что не упрощает задачу и не экономит время принятия решения хирургом и определения тактики лечения конкретного больного [4].

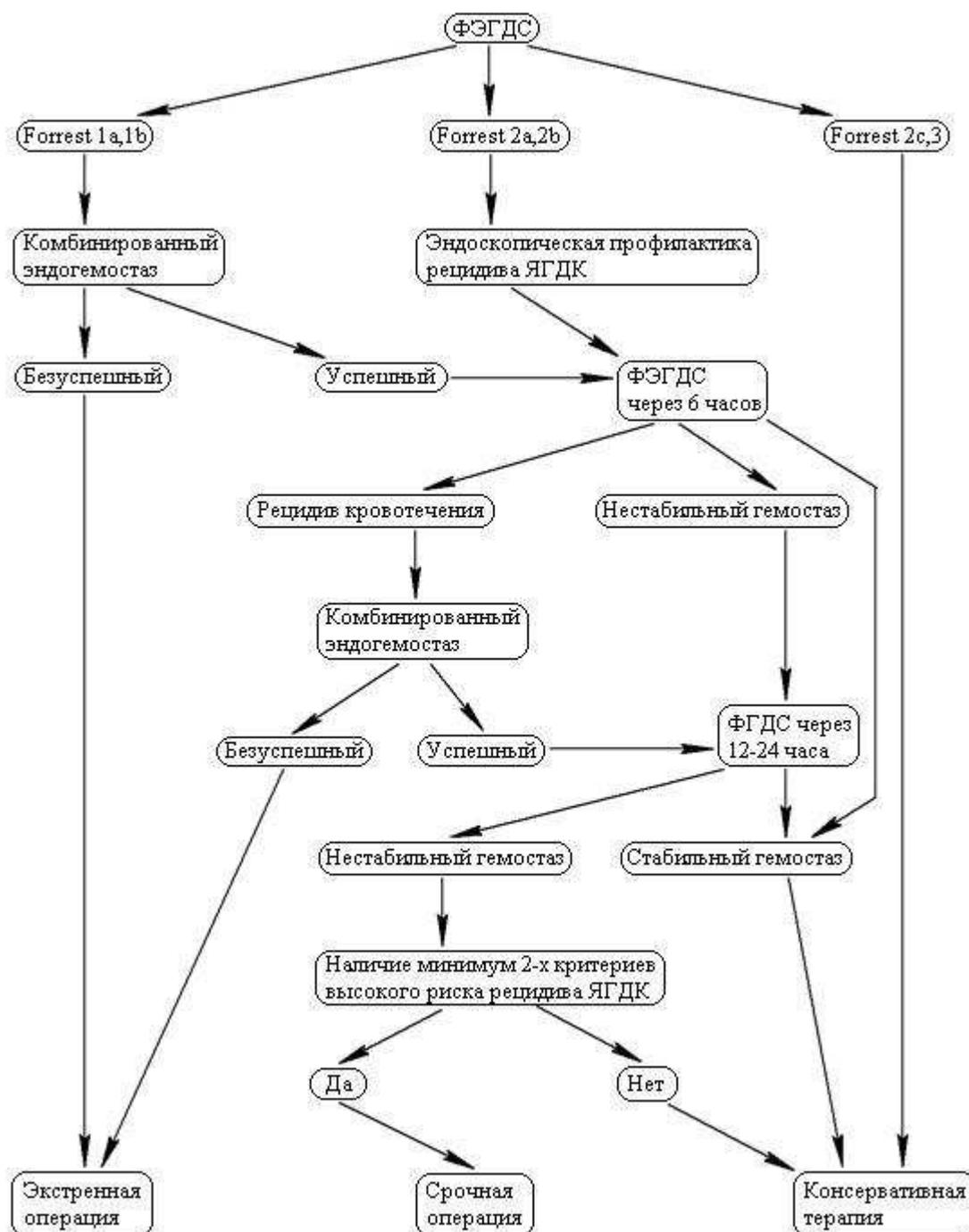
Нами выделены следующие дополнительные критерии высокого риска рецидива кровотечения:

– Клиничко-лабораторные:

1. Клинические признаки геморрагического шока, обильная рвота кровью, обильная многократная мелена, уровень гемоглобина ниже 50г\л при поступлении в стационар.
2. Возраст пациента более 60 лет, наличие тяжелой сопутствующей патологии

– Эндоскопические:

3. Локализация язвы в проекции крупных сосудов (задняя стенка луковицы 12 перстной кишки, высокие желудочные язвы по малой кривизне).
4. Язвенный дефект более 1,3 см в желудке и 0,8 см в ДПК, наличие других осложнений язвенной болезни (пенетрация, стеноз).



Алгоритм лечебной тактики при ЯГДК

Наличие у больного сочетания любых двух из четырех критериев после контрольной ФЭГДС через 12-24 часа является показанием к срочному оперативному лечению. Показаниями к экстренной операции является безуспешность эндоскопического гемостаза при активном кровотечении Forrest 1a,1b, а также рецидиве кровотечения после первичного или повторного комбинированного эндоскопического гемостаза. Рецидив кровотечения не является абсолютным показанием к экстренному оперативному лечению. При наличии опытного эндоскописта, необходимого оборудования при комбинированном применении методов эндоскопического гемостаза повторная эндоскопическая остановка кровотечения

позволила завершить лечение 84 (17%) больных с рецидивом кровотечения консервативно. Особо важная роль при этом принадлежит круглосуточной парентеральной антисекреторной терапии с использованием ингибиторов протонной помпы. Наличие у больного сочетания любых двух из четырех критериев высокого риска рецидива кровотечения после контрольной ФЭГДС через 12-24 часа является показанием к срочному оперативному лечению.

Послеоперационная летальность составила 8,9%, общая – 1,4%. Осложнения развились в 24% случаев: рецидивные кровотечения из ушитой язвы – 5 % (у 3 пациентов кровотечение остановлено эндоскопически, а у 1 больного – путем повторного оперативного лечения); нагноения лапаротомной раны – 10,1 % (8 пациентов, у 2 из которых развилась эвентерация и потребовалась релапаротомия); несостоятельность гастродуоденотомной раны – 2,5 % (у одного больного свищ закрылся консервативно на 16 сутки, а во втором случае понадобилась повторная операция); острая сердечно-сосудистая недостаточность – 10,1% (8 пациентов); пневмония в раннем послеоперационном периоде – 5 % (3 пациента); тромбозы вен нижних конечностей – у 2 пациентов (2,5 %).

Заключение

Таким образом, разработанный алгоритм и выделенные критерии высокого риска рецидива кровотечения позволяют оптимально выбрать дифференцированный подход к тактике лечения ЯГДК и добиться удовлетворительных результатов лечения данной патологии, согласующихся с большинством современных публикаций.

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. Василенко Ю.В., Филимонов М.И., Прокушев В.С. Оптимизация лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений // Материалы V Конгресса московских хирургов «Неотложная и специализированная хирургическая помощь». – Москва, 2013. – С. 84-85.
3. Лагеза А.Б. Видеоэндохирургическое лигирование язвенных гастродуоденальных кровотечений // Современные проблемы науки и образования. – 2013. - № 2. – URL: <http://www.science-education.ru/108-8803>.
4. Лебедев Н.В., Климов А.Е. Лечение больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями // Хирургия. – 2009. - № 11. – С. 10-13.

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. Луцевич Э.В., Белов И.Н. Лечение гастродуоденальных кровотечений. От хирургии к терапии? // Хирургия. – 2008. - № 1. – С. 4-7.
7. 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.
8. 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.
9. Таранов И.И., Мамедов М.А. Особенности хирургического лечения больных с кровоточащими язвами двенадцатиперстной кишки, пенетрирующими в гепатобиллиарную систему // В сб. VI Всероссийская конференция общих хирургов, объединенная с VI Успенскими чтениями. – Тверь, 2010. – С. 109.
10. Филонов Л.Г., Черкасов М.Ф., Мельнов А.В., Филонов И.Л. 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 И.И., д.м.н., 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.

Дегтярев О.Л., д.м.н., доцент кафедры хирургических болезней ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, г. Ростов-на-Дону.