

ХИРУРГИЯ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Мидленко В.И., Смолькина А.В., Барбашин С.И., Слесарева Е.В., Чавкин П.М.,
Дёмин В.П.

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет», Ульяновск, e-mail: smolant1@yandex.ru

Цель: улучшить результаты лечения больных язвенными гастродуоденальными кровотечениями (ЯГДК) путем депонирования тромбина под клеевую пленку при клеевых аппликациях лифузолом. Исследования проводились на кафедре госпитальной хирургии, анестезиологии, реаниматологии, урологии, травматологии и ортопедии Ульяновского государственного университета. Под наблюдением находились 110 больных ЯГДК. Одним из принципов метода лечения больных в предоперационный период было применение дифференцированного подхода к использованию гемостатических препаратов (традиционная консервативная терапия) на фоне эндоскопического гемостаза источника кровотечения. С этой целью все пациенты случайным распределением были разделены на группы: I – первая группа сравнения (40 человек) – традиционная активно-выжидательная тактика с назначением в комплексном лечении системной гемостатической терапии; II – вторая группа сравнения (30 человек) – локальный гемостаз аэрозольным клеем «Лифузоль» в сочетании с назначением системной гемостатической терапии; III – основная группа (40 человек) – эндоскопическая аппликация аэрозольным клеем «Лифузоль» с депонированием под клеевую пленку тромбина по разработанной методике. При дефиците факторов свертывания крови проводилась трансфузия свежемороженой плазмы с целью восполнения объема циркулирующей крови без применения препаратов, используемых с гемостатической целью. Таким образом, в основной исследуемой группе нам удалось добиться гемостаза у 92,3 %, больных, тогда как в первой группе сравнения – лишь у 25,5 %, а при аппликации аэрозольным клеем «Лифузоль» без тромбина в сочетании с назначением системной гемостатической терапии – 66,7 % больных с продолжающимся кровотечением. При повторных аппликациях аэрозольным клеем «Лифузоль» с тромбином в течение трех суток с момента поступления нам удалось снизить количество рецидивов кровотечения до 16,7 %, тогда как в первой группе сравнения ЯГДК рецидивировало у 61,5 % больных, во второй группе – у 25,0 %.

Ключевые слова: язвенные гастродуоденальные кровотечения, гемостаз.

SURGERY ULCERATIVE GASTRODUODENAL BLEEDINGS

Midlenko V.I., Smolkina A.V., Barbashin S.I., Slesareva E.V., Chavkin P.M.,
Demin V.P.

FGBOU VO "Ulyanovsk State University", Ulyanovsk, e-mail: smolant1@yandex.ru

Objective: To improve the results of treatment of patients with gastroduodenal ulcer bleeding (GDUB) by thrombin of the deposit under the adhesive film with adhesive appliqués Lifuzol. The studies were conducted at the department of hospital surgery, anesthesiology, intensive care, urology, traumatology and orthopedics Ulyanovsk State University. The study included 110 patients GDUB. One of the principles of the method of treatment of patients in the preoperative period was the use of a differentiated approach to the use of hemostatic drugs (traditional conservative therapy) against the background of endoscopic hemostasis of bleeding source. To this end, all patients randomly distributed were divided into groups: I – The first comparison group (40 people) – traditional actively-expectant management with the appointment in the integrated treatment of systemic hemostatic therapy; II – a second comparison group (30 people) – a local hemostasis aerosol glue "Lifuzol" in conjunction with the appointment of systemic hemostatic therapy; III – the main group (40 people) – endoscopic application spray glue "Lifuzol" with depositing a thrombin glue film by the developed technique. At deficiency of coagulation factors was conducted transfusion of fresh frozen plasma to replenish blood volume without the use of drugs used with the haemostatic purpose. Thus, the primary study group we managed to achieve hemostasis in 92.3 % of patients, while in the first control group – only 25.5 %, while aerosol adhesive application "Liphuzol" free thrombin in conjunction with the purpose of systemic hemostatic therapy – 66.7 % of patients with continued bleeding. Repeated appliqués spray glue "Lifuzol" thrombin within three days from receipt we were able to reduce the amount of bleeding recurrence to 16.7%, while in the first group of comparison GDUB recurred in 61.5 % of patients in the second group – 25 0 %.

Keywords: gastroduodenal ulcer bleeding, hemostasis.

количество пациентов с кровотечениями из хронических язв желудка и ДПК составляет 90–160 человек на 100 000 населения и имеет отчетливую тенденцию к увеличению [1,7]. Число больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями (ЯГДК) из года в год растет и составляет 46–103 на 100 000 взрослого населения в год [9]. Лечение больных с кровоточащими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) до сих пор является одной из сложных проблем в urgentной хирургии [6], так как непосредственные результаты хирургического лечения осложненной кровотечением язвенной болезни нельзя назвать удовлетворительными, сохраняются высокие цифры летальности и послеоперационных осложнений [3,4]. Однако нельзя недооценивать осложнений без кровотечения, которые могут отягощать жизненный прогноз [2]. Многие авторы считают одной из причин неудовлетворительных результатов хирургического лечения ЯГДК выполнение операций по экстренным показаниям без предоперационной подготовки и фактическому снижению количества радикальных и условно-радикальных операций при оперативном лечении данной патологии [5,8].

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных язвенными гастродуоденальными кровотечениями путем депонирования тромбина под клеевую пленку при клеевых аппликациях лифузоле.

Материал и методы исследования

Исследования проводились на кафедре госпитальной хирургии, анестезиологии, реаниматологии, урологии, травматологии и ортопедии медицинского факультета им. Г.З. Биктимирова Ульяновского государственного университета.

Под наблюдением находились 110 больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Одним из принципов метода лечения больных в предоперационный период было применение дифференцированного подхода к использованию гемостатических препаратов (традиционная консервативная терапия) на фоне эндоскопического гемостаза источника кровотечения.

С этой целью все пациенты случайным распределением были разделены на группы:

I – первая группа сравнения (40 человек) – традиционная активно-выжидательная тактика с назначением в комплексном лечении системной гемостатической терапии.

II – вторая группа сравнения (30 человек) – локальный гемостаз аэрозольным клеем «Лифузоль» в сочетании с назначением системной гемостатической терапии.

III – основная группа (40 человек) – эндоскопическая аппликация аэрозольным клеем «Лифузоль» с депонированием под клеевую пленку тромбина. При дефиците факторов свертывания крови проводилась трансфузия свежезамороженной плазмы с целью восполнения объема циркулирующей крови без применения препаратов, используемых с

гемостатической целью.

Всех больных подвергали клиническому обследованию по общепринятой схеме. Диагноз заболевания ставится на основании жалоб больного, тщательного изучения анамнеза, данных объективного исследования. Характер язвенного процесса, его локализация уточнялись фиброгастродуоденоскопией (ФГДС) эндоскопом "СIF - 30" фирмы "Olympus".

Для локального гемостаза нами использовался метод аппликации клеем «Лифузоль» с тромбином. Данная методика эндоскопического гемостаза разработана проф. В.И. Мидленко и применяется в комплексном лечении больных ЯГДК в г. Ульяновске с 1993 г.

При ЯГДК, перед лечебной ФГДС толстым зондом промывают желудок, освобождая его от излившейся крови и пищевых масс. После освобождения желудка от содержимого выполнялась экстренная ФГДС, уточняя локализацию язвы и характер кровотечения. Через инструментальный канал вводили 5 мл 96 % раствора этилового спирта для промывания и дегидротации язвы, используя тефлоновый катетер. К проксимальному концу катетера фиксировали часть трубки от одноразовой системы длиной 10 см. Расстояние от конца катетера до язвы 1 см. В трубку вводили 310 ед. тромбина. К трубке плотно через насадку подсоединяли баллон с аэрозольным клеем «Лифузоль». Нажимали на насадку. Клей, выходя из баллона, выполнял функцию своеобразного «поршня», доставляя препарат непосредственно к язве, заклеивая ее и депонируя тромбин под пленкой клея. Дозировка вводимого тромбина 310 ед., разведенного в 1,5 мл 0,9 % физиологического раствора. За больным осуществляли клиническое наблюдение, в частности введение нозогастрального зонда для контроля рецидива кровотечения, исследование пульса и артериального давления в динамике, а также использовали лабораторные тесты – содержание эритроцитов, гемоглобина и гематокрита. Через 24 часа проводилось контрольная эндоскопия и повторная аппликация клеем «Лифузоль» с тромбином для предупреждения рецидива кровотечения. Данный способ гемостаза неэффективен при стенозах и грубых деформациях луковицы ДПК, когда введение эндоскопа технически не представляется возможным.

Результаты исследования

Среди больных преобладали мужчины – 67 (60,9 %), меньше женщины – 43 (39,1 %). Локализации язвенного процесса представлена в таблице 1.

Таблица 1

Локализация язвенного процесса

Локализация	Количество	
	Абс. число	%
Желудок	38	34,6

Двенадцатиперстная кишка	59	53,6
Двойная локализация	13	11,8
Всего	110	100

Диапазон продолжительности заболевания язвенной болезнью был очень широкий и колебался от нескольких месяцев до 45 лет (табл. 2).

Таблица 2

Распределение больных ЯГДК по длительности заболевания

Локализация язвы	Длительность заболевания (в годах)							
	0	<1	1-5	6-10	11-20	21-30	31-40	> 40
Желудок	13	6	6	5	1	3	2	2
ДПК	17	2	3	6	18	6	6	1
Двойная локализация	3	1	3	2	2	0	2	0
Всего:	33	9	12	13	21	9	10	3

33 (30 %) человека, поступивших в клинику по поводу кровотечения, больными себя не считали, и осложнение у них возникло среди полного благополучия, что характерно именно для лиц пожилого и старческого возраста и объясняется это снижением функций многих органов.

У большинства пациентов наблюдалось упорное длительное течение болезни с частыми обострениями.

Сроки госпитализации больных с момента развития кровотечения варьировали от нескольких часов до нескольких суток (табл. 3). Необходимо отметить, что в первые сутки с момента начала кровотечения в стационар поступило 34,5 % больных, из них 20,9 % – до 6 часов. Подавляющее большинство больных (65,5 %) поступили в клинику в сроки более суток с начала развития осложнения язвенной болезни. Большинство больных не обращали внимания на мелену и однократную рвоту кофейной гущей, а обращались за медицинской помощью при повторных этих признаках или при выраженной слабости и головокружении.

Таблица 3

Сроки госпитализации больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями

Сроки госпитализации	Локализация язвы			Всего
	Желудок	ДПК	Двойная	

	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
До 6 часов	6	5,4	14	12,8	3	2,7	23	20,9
7–12 часов	6	5,4	3	2,7	1	0,9	10	9,0
13–24 часа	1	0,9	3	2,7	1	0,9	5	4,6
25–48 часов	9	8,2	18	16,4	0	0	27	24,6
47–72 часа	5	4,6	9	8,2	4	3,7	18	16,4
Более 72 часов	11	10,0	12	10,9	4	3,7	27	24,6

Из 40 больных первой группы сравнения 8 (20 %) пациентов в стационар поступили с продолжающимся ЯГДК. 13 (32,5 %) – с неустойчиво остановившимся кровотечением и 19 (47,5 %) имелись эндоскопические признаки устойчиво остановившегося кровотечения. Ввиду неэффективности проводимой консервативной терапии 6 (15 %) больным в ближайшие часы с момента поступления была выполнена экстренная операция. В дальнейшем ещё 7 пациентам в связи с рецидивом и угрозой повторного кровотечения было выполнено оперативное лечение – резекция желудка. Послеоперационные осложнения имели место у 8 (42,1 %) больных: несостоятельность культи ДПК – 1, анастомозит – 3, тромбоэмболия легочной артерии – 1, инфаркт миокарда – 1, пневмония – 2. Умер 1 пациент в возрасте 78 лет.

Таким образом, изолированное назначение системной гемостатической терапии без локального лечения ЯГДК не дало ожидаемого результата хирургического лечения данного контингента больных.

Из 30 больных второй группы сравнения только 9 (30 %) пациентов поступили с продолжающимся ЯГДК. Из всех поступивших в клинику с продолжающимся кровотечением гемостаз комбинированным методом достигнут у 6 (66,7 %) на фоне отсутствия эффекта от клеевой аппликации и назначения общей гемостатической терапии 3 больным выполнена операция в экстренном порядке. В группе больных, поступивших с картиной неустойчивого гемостаза (16 чел.), рецидив кровотечения, несмотря на выполнение повторных аппликаций клеем «Лифузоль», возник у 4 (25 %) больных, которые также были оперированы в экстренном порядке.

Всего во второй группе исследования операция выполнена 22 (73,3 %) больным, из них 3 (13,6 %), из них 3 (13,6 %) пациентам – спустя 2–3 часа с момента поступления в клинику при неэффективности консервативной терапии, 4 (18,2 %) – при рецидиве ЯГДК и 15 (68,2 %) – в плановом порядке.

Выполнялись следующие виды оперативных вмешательств: гастродуоденотомия с

прошиванием кровоточащей язвы-2, прошивание язвы в сочетании со стволовой ваготомией-2, иссечение язвы с пилоропластикой по Гейнеке – Микуличу выполнено 3 больным. Резекция желудка по Бильрот-I произведена 8 пациентам, четверо оперировано по Бильрот-II в модификации Гофмейстера – Финстерера и трое – по Бильрот-II в модификации Витебского.

Послеоперационные осложнения развились у 5 (22,7 %) больных этой группы, из них у 1 больного наблюдалась тромбоэмболия легочной артерии, у 1 возник послеоперационный панкреонекроз, у одного – рецидив кровотечения после прошивания язвы. У 1 пациента возникла двухсторонняя пневмония и ещё у одного 78 летнего больного в раннем послеоперационном периоде диагностирован мелкоочаговый инфаркт миокарда. Также умер один больной.

Из 40 больных основной группы (третьей группы исследования) 13 (32,5 %) поступило в клинику с продолжающимся кровотечением, у 18 (45,0 %) – имела место угроза рецидива кровотечения и 9 (22,5 %) поступило со стабильно остановившимся ЯГДК.

У 6(46,2 %) больных, поступивших с продолжающимся кровотечением из язвы желудка, при использовании эндоскопических аппликаций с тромбином гемостаз был достигнут во всех случаях. При продолжающемся кровотечении из язв ДПК – 7 больным аппликация аэрозольным клеем «Лифузоль» с тромбином по разработанной методике успешно у 6 больных, у одного же пациента кровотечение остановить локальным методом не удалось, и он был оперирован в экстренном порядке. В итоге, из 13 больных, поступивших в клинику с продолжающимся кровотечением, гемостаз был достигнут у 12 (92,3 %) больных.

Рецидив кровотечения возник у 3 (16,7 %) из 18 – с признаками неустойчивого гемостаза, причем одной больной 82 лет, которой в связи с высоким операционным риском выполнить операцию не представлялось возможным, повторными аппликациями с тромбином удалось добиться остановки кровотечения.

При локализации источника ЯГДК в желудке кровотечение у пациентов этой группы не повторялось. У больных с дуоденальной локализацией – рецидив возник у 1 пациента на первые сутки и у одного на 3 сутки после первичной остановки кровотечения. У больного с двойной локализацией язв рецидив язвы ДПК возник на 2 день пребывания в клинике.

Из 40 больных основной группы оперировано 18 (45,0 %) человек, из них мужчин – 16 (88,9 %) и женщин – 2 (11,1 %). В экстренном порядке при неэффективности локального лечения оперирован 1 больной и 2 – при рецидиве, остальные 15 (83,3 %) пациентов были оперированы в плановом порядке. Выполнялись следующие операции: иссечение кровоточащей язвы с пилоропластикой по Гейнеке – Микуличу выполнено 2 (11,1 %) больным, резекция желудка по Бильрот-I с наложением термино-латерального анастомоза –

7 (38,9 %), резекция желудка по Бильрот-I произведена 6 (33,3 %) пациентам, резекция желудка по Бильрот-II в модификации Гофмейстера – Финстерера – 3 (16,7 %).

Послеоперационные осложнения имели место в этой группе у 3 (16,7) больных, из них панкреанекроз – 1, анастомозит – 1, и у одного больного послеоперационный период осложнился несостоятельностью культи ДПК и развитием перитонита, который в дальнейшем умер.

Таким образом, в основной исследуемой группе нам удалось добиться гемостаза у 92,3 %, больных, тогда как в первой группе сравнения – лишь у 25,5 %, а при аппликации аэрозольным клеем «Лифузоль» без тромбина в сочетании с назначением системной гемостатической терапии (II группа сравнения) – 66,7 % больных с продолжающимся кровотечением.

При повторных аппликациях аэрозольным клеем «Лифузоль» с тромбином в течение трех суток с момента поступления нам удалось снизить количество рецидивов кровотечения до 16,7 % , тогда как в первой группе сравнения ЯГДК рецидивировало у 61,5 % больных, во второй группе – у 25,0 %. У больных с остановившимся кровотечением гемостаз по предложенной методике был достигнут в 100 % случаев.

Выводы

Депонирование тромбина под пленкой аэрозольного клея «Лифузоль» является простым и надежным способом гемостаза, способствующим устойчивой остановке кровотечения у подавляющего большинства (92,3 %) больных с ЯГДК и позволяющим в более короткие сроки восстановить объем циркулирующей крови и провести полноценную предоперационную подготовку со значительным снижением числа послеоперационных осложнений.

Выполнение повторных аппликаций аэрозольным клеем «Лифузоль» в течение первых трех суток лечения ЯГДК позволяет значительно сократить количество рецидивов кровотечения по сравнению с таковым при назначении традиционной гемостатической терапии.

Список литературы

1. Клинические рекомендации: язвенные гастродуоденальные кровотечения. – Москва; Воронеж, 2014. – 12 с.
2. Климашевич А.В., Козлов А.А., Зимин А.В. и др. Нестандартные осложнения антикоагулянтной терапии в клинической практике. Что делать? // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2015. – № 1-2. – С. 44-49.

3. Кукош М.В., Ветюгов Д.Е., Разумовский Н.К. Современное состояние диагностики и лечения гастродуоденальных кровотечений // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2014. – № 1. – С. 50-52.
4. Лебедев Н.В., Климов А.Е., Бархударов А.А. Гастродуоденальные язвенные кровотечения // Хирургия. – 2014. – № 8. – С. 23-27.
5. Мидленко В.И., Белоногов Н.И., Ванюшин П.Н., Смолькина А.В., Барбашин С.И. Алгоритм ведения больных при язвенных гастродуоденальных кровотечениях // Казанский медицинский журнал. – 2008. – № 3. – С. 238-241.
6. Никольский В.И., Сергацкий К.И. Хирургическая тактика при острых гастродуоденальных изъязвлениях, осложненных кровотечением (обзор литературы)// Уральский медицинский журнал. – 2010. – № 04 (69). – С. 16-21.
7. Смолькина А.В., Хусаинов Ш.И., Рогова Ю.Ю. и др. Экономические потери в связи с терапевтическим лечением язвенной болезни желудка и ДПК в Ульяновской области // Онкология сегодня: пациент, государство, медицинское сообщество. Материалы VII Российской научно-практической конференции. – Ульяновск, 2011. – С. 299-301.
8. Чернооков А.И., Карапетян М.М., Белых Е.Н. и др. Хирургическая тактика при послеоперационных кровотечениях из хронических гастродуоденальных язв после неотложных вмешательств при язвенной болезни // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2014. – № 3-4. – С. 58-64.
9. Черкасов М.Ф., Лагеза А.Б. Хирургическая тактика при лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 6; URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=11165>.