

УДК 616.34-005.1

*Б.С. Коваленко, С.А. Колесников, А.А. Копылов***СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ПРИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ***Белгородский государственный университет, Белгород, Россия*

Проанализирован опыт лечения 564 больных с язвенными кровотечениями. Эндоскопический гемостаз осуществлен в 202 случаях, эффективность как средства окончательного гемостаза составила 61,4%. Ключевым звеном при определении показаний к операции явилось оценка риска рецидива. Принцип органсбережения, позволяющий облегчить течение раннего послеоперационного периода, должен превалировать над принципом радикализма в отношении язвенной болезни. Оперативная активность составила 13,8%, послеоперационная летальность – 7,7%.

Частота встречаемости язвенных кровотечений, напрямую зависящая от социального здоровья общества, на протяжении последних лет имеет отчетливую тенденцию к росту. Сегодня еще ждет своего научного объяснения факт снижения за последние 10 лет на 80-90% заболеваемости язвенной болезнью в экономически развитых странах, и связанное с этим уменьшение количества плановых хирургических вмешательств. Вместе с тем число осложнений язвенной болезни (перфорация, кровотечение, стеноз) при локализации язвы в двенадцатиперстной кишке не уменьшилось, а при желудочных язвах даже возросло. Показатели сложности и летальности, представленные еще классиками желудочной хирургии в середине XX века, существенно не изменяются [5, 6]. Тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях остается одной из проблем неотложной хирургии.

Наибольший интерес представляет эволюция лечебной тактики с колебаниями от максимального консервативизма до абсолютной радикальности, что подтверждает мысль о том, что при язвенных кровотечениях ключевую роль играет искусство прогнозирования рецидива [1, 2, 4]. Но даже принятие верного решения о необходимости операции это еще не залог успеха, т.к. остается открытым вопрос о характере вмешательства [3]. По данным последнего десятилетия [7, 8, 9] эндоскопический гемостаз и современные антисекреторные препараты сыграли существенную роль в профилактике рецидивов гастродуоденальных кровотечений.

**Цель** данной публикации – проанализи-

ровать опыт лечения 564 больного с язвенными кровотечениями с 2005 по 2010 гг. в Муниципальной городской клинической больнице № 1 г. Белгорода.

**Материал и методы**

В исследуемой группе был 121 пациент с кровотечением из язв желудка, из них мужчины составили 67,8% (82), женщины – 32,2% (39); хронических язв 69,4% (84), острых 30,6% (37).

С кровотечением из язв двенадцатиперстной кишки было 443 пациента, из них мужчины составили 74,3% (329), женщины – 25,7% (114); хронических язв было 66,1% (293), острых – 33,9% (150).

Хирургическая тактика основывается на оценке риска рецидива. Риск рецидива определяется по нескольким критериям: локализация, размер и глубина язвенного дефекта, признаки классификации Форрест. Распределение больных в соответствии с классификацией Форрест представлено на рисунке.

Из 564 пациентов с язвенным кровотечением оперированы 78 (13,8%), из них лишь 12 по поводу продолжающегося кровотечения, а 66 в связи с рецидивом либо с его высоким риском, в т.ч. и после эндоскопического гемостаза. Эндоскопический инфильтрационный гемостаз осуществлен в 202 случаях (35,8%). В остальных 362 случаях при первичном эндоскопическом исследовании гемостаз признан устойчивым.

Спектр операций, используемых при язвенных кровотечениях довольно широк. Наша клиника придерживается следующих прин-

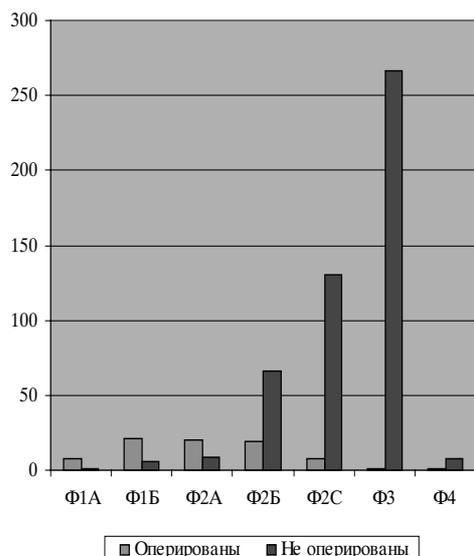


Рис. Распределение пациентов по Forrest

ципов: язвенный дефект обязательно должен быть вынесен за пределы кишечной трубки, различные варианты прошивания язв не используем ввиду низкой надежности гемостаза; объем вмешательства, по возможности, должен быть минимальным, направленным

на остановку кровотечения; желательнее отдавать предпочтение органосохраняющим вмешательствам; операции радикальные по отношению к язвенной болезни допустимы при стабильном состоянии больного и нетяжелой кровопотере. В связи с вышесказанным, из 78 выполненных вмешательств 41 (52,6%) – резекция 2/3 желудка, 31 (39,7%) – сегментарные дуоденопластики, 6 (7,7%) – мостовидные дуоденопластики (иссечение язвы).

### Результаты и обсуждение

Эндоскопический гемостаз в 8 случаях (4%) оказался совершенно не эффективным, в 194 случаях (96,0%) явился эффективным средством временного гемостаза, а средством окончательного гемостаза – в 124 случаях (61,4%), причем чем более выражен периульцерозный инфильтрат, тем менее он эффективен. Внедрение в практику эндоскопического гемостаза на оперативную активность и частоту рецидива кровотечения существенного влияния не оказало, но позволило выигрывать драгоценное время на компенсацию больного и адекватную предоперационную подготовку.

Ближайшие результаты оперативного лечения

Таблица 1.

Критерии	Органсберегающие, n=28	Органуносящие, n=41
Длительность стационарного лечения	9,7 сут	13,2 сут
Продолжительность постельного режима	1,6 сут	2,4 сут
Продолжительность зондового питания	2,6 сут	4,2 сут
Раневые осложнения	3 (10,7%)	6 (14,6%)
Перитонеальные осложнения	0	2 (4,9%)
Общесоматические осложнения	2 (7,1%)	5 (12,2%)
Летальность	2 (7,1%)	4 (9,8%)

Отдаленные результаты оперативного лечения

Таблица 2.

Критерии	Органсберегающие, n=12	Органуносящие, n=19
Рецидив язвенной болезни на фоне профилактического лечения	2 (16,7%)	1 (5,3%)
Болезни оперированного желудка	0	4 (21,1%)
Послеоперационные грыжи	1 (8,3%)	2 (10,5%)

Ближайшие результаты оперативного лечения представлены в таблице 1, отдаленные – в таблице 2.

### **Выводы**

1. Эндоскопический гемостаз уровня общего хирургического стационара городского звена является эффективным средством временного гемостаза для предоперационной подготовки больного, но, к сожалению, не оказывает существенного влияния на возникновение рецидива.

2. Оценка риска рецидива – ключевое звено в определении хирургической тактики.

3. В операциях по поводу язвенных кровотечений принцип органосбережения, позволяющий облегчить течение раннего послеоперационного периода, должен превалировать над принципом радикализма в отношении язвенной болезни.

### **СУЧАСНА ТАКТИКА ПРИ ВИРАЗКОВИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ КРОВОТЕЧАХ**

*Б.С. Коваленко, С.А. Колесніков, О.О. Копілов*

Був проаналізований досвід лікування 564 хворих з виразковими кровотечами. Ендоскопічний гемостаз був здійснений в 202 випадках, ефективність як засобу остаточного гемостазу склала 61,4%. Ключовою ланкою при виборі показань до операції з'явилося оцінка ризику рецидиву. Принцип органозбереження, до дозволяє полегшити перебіг раннього післяопераційного періоду, повинен превалувати над принципом радикалізму у відношенні виразкової хвороби. Оперативна активність склала 13,8%, післяопераційна летальність – 7,7%.

### **CONTEMPORARY TACTICS IN ULCER GASTRODUODENAL BLEEDING**

*B.S. Kovalenko, S.A. Kolesnikov, A.A. Kopilov*

An experience of treatment of 564 patients with ulcer bleeding is analyzed. Endoscopic treatment was made in 202 cases and it was efficient definite in 61,4%. The main indications for surgical treatment were high risk of relapse. The principle of tissue-saving to relief postoperative period must prevail over radical methods of ulcer surgery. Operative activity was 13,8%, postoperative mortality – 7,7 %.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Гостишев В.К. Патогенетические аспекты рецидивов гастродуоденальных язвенных кровотечений / В.К. Гостишев, М.А. Евсеев // Хирургия. – 2004. – № 5.
2. Гостишев В.К. Прогностические критерии рецидивов острых гастродуоденальных язвенных кровотечений. / В.К. Гостишев, М.А. Евсеев, Р.А. Меграбян // Материалы Всероссийской конференции «Современные проблемы хирургического лечения больных язвенной болезнью». Саратов, 2003. – С. 104-105.
3. Затевахин И.И. Новые технологии в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений. / И.И. Затевахин, А.А. Щеголев, Б.Е. Титков. – М., 2000. – 166 с.
4. Лапина Т.Л.. Лечение эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки / Т.Л. Лапина // РМЖ. – 2001. – Т. 9, № 13-14.
5. Юдин С.С. Этюды желудочной хирургии / С.С. Юдин. – М.: Бинном, 2003. – 423 с.
6. Яицкий Н.А. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. / Н.А. Яицкий, В.М. Седов, В.П. Морозов. – М., 2002. – 376 с.
7. Hwai-Jeng L. A prospective randomized trial showing that omeprazole prevents rebleeding in patients with bleeding peptic ulcers / L. Hwai-Jeng, Lo. Wen-Ching, F. Lee // Courtesy Archives of Internal Medicine. – 1998. – Vol. 158. – P. 54-58.
8. Netzer P. Effect of readmission of omeprazole and famotidine in maintenance of intragastrical pH. / P. Netzer, C. Gaia, M. Sandoz // Am J Gastroenterol. – 1999. – Vol. 94 (2). – P. 351-7.
9. Вербицкий В.Г. Желудочно-кишечные кровотечения язвенной этиологии / В.Г. Вербицкий, С.Ф. Багненко, А.А. Курыгин. – С.-Пб., «Политехника», 2004. – С. 70-85.

Стаття надійшла 25.03.2011