

КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616.33/.342-002.44-005.1-089

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

В. Н. Репин¹, А. А. Чудинов², О. С. Гудков^{1*}, М. В. Репин¹, А. П. Рыжаков², В. А. Костин²

¹Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е. А. Вагнера,

²Медико-санитарная часть № 9 им. М. А. Тверье, г. Пермь, Россия

SURGICAL TACTICS FOR TREATMENT OF PATIENTS WITH ULCEROUS GASTRODUODENAL HEMORRHAGES

V. N. Repin¹, A. A. Chudinov², O. S. Gudkov^{1*}, M. V. Repin¹, A. P. Ryzhakov², V. A. Kostin²

¹Perm State Academy of Medicine named after Academician E. A. Wagner,

²Medical Unit № 9 named after M. A. Tverie, Perm, Russian Federation

Цель. Усовершенствовать тактику лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями путем обоснованного выбора показаний, срока и способа операции.

Материалы и методы. Представлены результаты лечения 4580 больных с язвенными кровотечениями. Язва желудка имела у 36 % больных, у остальных – язва двенадцатиперстной кишки (ДПК). В приемном отделении проводились срочные клинические исследования и эзофаго-гастродуоденоскопия. При продолжающемся кровотечении из мелких сосудов гемостаз достигался орошением спиртом и аргон-плазменной коагуляцией; из крупных – инфильтрацией раствором адреналина и коагуляцией. Комплексное лечение направлено на стабилизацию гемодинамики, восполнение кровопотери, подавление желудочной секреции ингибиторами протонной помпы. При подозрении на рецидив кровотечения проводили повторную гастроскопию. Операция осуществлена 1880 (43 %) больным. В экстренном порядке, при продолжающемся кровотечении и безуспешности гемостаза, оперированы 455 пациентов. Резекция желудка проведена 393 больным, гастрэктомия – 15 и прошивание сосудов в язве – 43. Срочные операции проведены 415 пациентам при опасности рецидива кровотечения у больных с гигантскими язвами, при наличии крупных тромбированных сосудов в язве, кровопотере тяжелой степени. Резекция желудка выполнена 382 больным, иссечение язвы с ваготомией – 33. Через 1–2 недели после поступления оперированы 1011 больных с длительным язвенным анамнезом и перенесенными ранее осложнениями. Резекция желудка осуществлена 620 пациентам, селективная проксимальная ваготомия (СПВ) – 391. Представлен способ ушивания культи ДПК при сложных ситуациях и методика формирования культи желудка.

© Репин В. Н., Чудинов А. А., Гудков О. С., Репин М. В., Рыжаков А. П., Костин В. А., 2014

e-mail: reseda2@yandex.ru

тел. 8 912 985-07-05

[Репин В. Н. – доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии № 2 с курсом гематологии и трансфузиологии ФПК и ППС; Репин М. В. – доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургии ФПК и ППС; Гудков О. С. (*контактное лицо) – кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской хирургии № 2 с курсом гематологии и трансфузиологии ФПК и ППС; Чудинов А. А. – заведующий эндоскопическим отделением; Костин В. А. – врач-эндоскопист; Рыжаков А. П. – врач-эндоскопист].

Результаты. Из 455 оперированных в экстренном порядке умерли 91 (20 %), в том числе 19 из 43 после прошивания сосудов в язве. После срочных операций умерли 17 (4,1 %). Из 1011 человек, оперированных в плановом порядке, умерли 8 (0,8 %). Общая послеоперационная летальность составила 6,1 %. Из 2700 неоперированных больных умерли 35 человек. В целом госпитальная летальность составила 3,3 %.

Выводы. Лечение пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями остается сложной проблемой. Лечить их целесообразно в специализированных центрах. Эзофагогастродуоденоскопия при поступлении, эндоскопический гемостаз, стабилизация гемодинамики, восполнение кровопотери и непрерывное наблюдение за больным с объективной оценкой состояния являются важнейшими мероприятиями при поступлении больного. Показания к операции должны быть строго обоснованными. Необходимо ограничивать экстренные операции за счет проведения повторных гастроскопий и эндоскопических методов гемостаза, чтобы оперировать при необходимости в срочном порядке. При экстренных и срочных вмешательствах оправданы резецирующие операции. При отсроченных операциях у больных с язвами двенадцатиперстной кишки эффективна селективная проксимальная ваготомия.

Ключевые слова. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, кровотечения, хирургическая тактика.

Aim. To improve the tactics for treatment of patients with ulcerous gastroduodenal hemorrhages by means of grounded choice of indications, terms and surgical technique.

Materials and methods. The results of treatment of 4580 patients with ulcerous hemorrhages are presented. Stomach ulcer was diagnosed in 36 %, the rest – duodenal ulcer. At the admission department, urgent clinical analyses and esophagogastroduodenoscopy were performed. In case of continuing hemorrhage from small vessels, hemostasis was reached using alcohol irrigation and argon-plasmic coagulation, from large vessels – adrenalin solution infiltration and coagulation. Complex treatment was directed to stabilization of hemodynamics, blood replacement, inhibition of gastric secretion using proton pump inhibitors. In case of arising suspicion for hemorrhage relapse, repeated gastroscopy was conducted. The number of operated patients was 1880 (43 %). Urgently, 455 patients with continuing bleeding and failure of hemostasis were operated; 393 patients underwent stomach resection, 15 – gastrectomy, 43 – vascular suturing in the ulcer; 415 patients underwent urgent operations when there occurred a danger of bleeding relapse in patients with gigantic ulcers, presence of large thrombosed vessels in the ulcer, severe blood loss. 382 patients underwent stomach resection, 33 – excision of ulcer with vagotomy. One or two weeks after admission to the hospital, 1011 patients with long ulcerous anamnesis and earlier experienced complications were operated; 620 patients underwent stomach resection, 391 – selective proximal vagotomy (SPV). The technique of duodenal stump suturing in complicated situations and the method of gastric stump formation are presented in the paper.

Results. Out of 455 urgently operated patients 91 (20 %) died, including 19 of 43 after vascular suturing in the ulcer. After urgent surgeries, 17 (4,1 %) patients died. Out of 1011 patients operated according to the plan, 8 (0,8 %) patients died. The total postoperative lethality was 6,1 %. Among 2700 patients who were not operated 35 died. The total hospital lethality was 3,3 %.

Conclusions. Treatment of patients with ulcerous gastroduodenal hemorrhages remains a complicated problem. These patients should be treated at specialized centers. Esophagogastroduodenoscopy, endoscopic hemostasis, stabilization of hemodynamics, blood replacement and continuous follow-up observation of a patient with objective assessment of health status are the most important measures when patients are admitted to the hospital. Indications for operation should be strictly grounded. It is necessary to limit urgent operations at the expense of repeated gastroscopies and endoscopic methods of hemostasis so as to operate only in urgent cases. Resecting surgeries are justified in case of emergency and urgent interventions. In case of delayed operations, the most effective for patients with duodenal ulcer is selective proximal vagotomy.

Key words. Stomach and duodenal ulcer, hemorrhage, surgical tactics.

ВВЕДЕНИЕ

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки является одним из распространенных заболеваний, имеющих хроническое рецидивирующее течение, на фоне которого у многих больных возникают опасные для жизни осложнения. Самыми тяжелыми из них остаются кровотечения. Актуальность проблемы лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений определяется высоким уровнем общей летальности, достигающей 5–14 %, а послеоперационной – от 4,8 до 35,0 % [1, 2, 4, 5]. При рецидивах кровотечения в стационаре летальность достигает 14–45 % [6, 7].

Цель исследования – усовершенствовать тактику лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями путем обоснованного выбора показаний, срока и способа операции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В работе представлены результаты лечения 4580 пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями в условиях городского центра, профилированного для больных с желудочными кровотечениями. На основании клинического обследования установлено, что у 36 % причиной кровотечения была хроническая язва желудка, у остальных 64 % – язва двенадцатиперстной кишки (ДПК).

В приемном отделении всем больным проводили неотложные клинические исследования, включая оценку гемодинамики, результаты лабораторных исследований, тяжесть кровопотери по А. И. Горбашко (1974). Здесь же, после кратковременной подготовки при тяжелом состоянии пациента, осуществляли неотложную эзофагогастродуоденоскопию. Оценивали локализацию язвы, размеры язвенного дефекта, состояние

гемостаза по классификации J. A. Forest (1974). При наличии мелких кровоточащих сосудов в язве гемостаз достигался орошением спиртом и аргоно-плазменной коагуляцией. Вокруг крупных кровоточащих сосудов проводили инфильтрацию раствором адреналина с последующей аргоно-плазменной коагуляцией.

Больных госпитализировали в отделение экстренной хирургии. Комплексное лечение было направлено на стабилизацию гемодинамики, восполнение кровопотери, подавление желудочной секреции. Состояние больного и результаты лечения регистрируются в карте непрерывного наблюдения. При подозрении на рецидив кровотечения проводили повторную гастроскопию и гемостаз.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Из общего числа госпитализированных оперированы 1880 (43 %) человек, в том числе 348 с гигантскими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки. При оценке показаний и сроков проведения операции придерживались активной индивидуально обоснованной тактики.

В экстренном порядке оперированы 455 (24,2 %) больных. Показаниями к операции были продолжающееся кровотечение или рецидив кровотечения при безуспешности эндоскопического гемостаза. Резекция желудка проведена 393 (86,6 %) пациентам, гастрэктомия – 15 при подозрении на малигнизацию гигантской язвы желудка. Иссечение язвы ДПК в сочетании с ваготомией сделано 3 больным. В связи с крайней степенью риска радикальной операции из-за сопутствующей патологии 43 пациентам осуществлено прошивание кровоточащих сосудов в язве.

Срочные операции – в течение первых-вторых суток от поступления – проведены 415 (22 %) больным. Показаниями к этим

операциям были высокая вероятность рецидива кровотечения у больных с каллезными язвами больших размеров, наличие в язве крупных тромбированных сосудов, свежих сгустков крови, тяжелая кровопотеря, особенно у людей с редкой группой крови. Резекция желудка проведена 382 (92 %) пациентам, иссечение язвы в сочетании с СПВ – 33 (8 %).

Отсроченно, спустя 1–2 недели от поступления, оперированы 1011 больных (53,7 %). Показаниями к ним, кроме кровотечения, были длительный язвенный анамнез, перфорации и кровотечения в анамнезе, пилоростенозы, пенетрирующие язвы, язвы на фоне хронической дуоденальной непроходимости. Резецирующие операции осуществлены 620 больным, 391 (39 %) пациенту с язвами ДПК выполнена селективная проксимальная ваготомия (СПВ).

Все анастомозы формировались однорядными непрерывными швами синтетическими рассасывающимися нитями, и во время операции устанавливали ирригатор ниже дистального соустья для энтерального питания с первого дня после операции.

При проведении резецирующих операций возникали сложности ушивания культи ДПК у больных с гигантскими пенетрирующими язвами ДПК, особенно постбульбарной локализации. По нашему опыту, наиболее надежным является усовершенствованный нами метод С. В. Кривошеева [3]. При отделении ДПК от язвы максимально сохраняется ее передняя стенка, задняя стенка выделяется на 5–8 мм ниже края язвы. Сохранившаяся передняя стенка ушивается непрерывным швом рассасывающейся нитью в виде конуса. В отличие от методики автора, на основание конуса накладывается один кисетный шов, и культя погружается в просвет кишки. Язву желательнее тампонировать салником на ножке, а правое подреберье всегда дренировать широкой резиновой полосой (рис. 1).

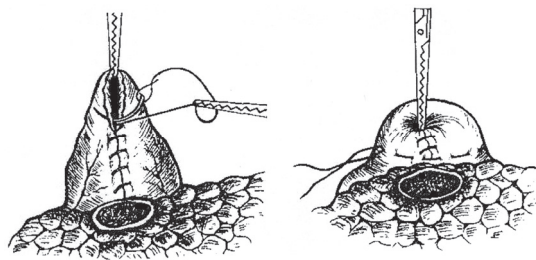


Рис. 1. Этапы ушивания культи двенадцатиперстной кишки при гигантских пенетрирующих язвах

Резекции желудка при дуоденальных язвах проводились экономно и дополнялись селективной ваготомией. Формируя культю желудка, мы стремились придавать ей форму обычного желудка, то есть создавали искусственный пилорический канал и угол культи желудка. На уровне намеченной резекции желудок пересекали со стороны большой кривизны в поперечном направлении на 4 см, а затем прошивали аппаратом УО-40 параллельно большой кривизне, а далее скрепочный шов под тупым углом продолжался до уровня резекции по малой кривизне. Скрепочные швы погружали серозно-мышечными швами. Сформированную таким образом культю желудка можно свободно анастомозировать как с ДПК, так и с тощей кишкой (рис. 2). Вариантом выбора считаем позадиободочный анастомоз по принципу Бальфура. Гастроэнтероанастомоз переводим в нижний этаж и фиксируем культю желудка в окне брыжейки ободочной кишки (рис. 3). Ирригатор для питания устанавливаем во время формирования межкишечного соустья.

Из 455 больных, оперированных в экстренном порядке, умер 91. Из их числа 20 были оперированы на фоне продолжающегося кровотечения, 71 – в связи с рецидивом кровотечения. Среди них резецирующие операции были выполнены 70, гастрэктомия – 2 и прошивание сосудов в язве – 19. Послеоперационная летальность составила 20 %.

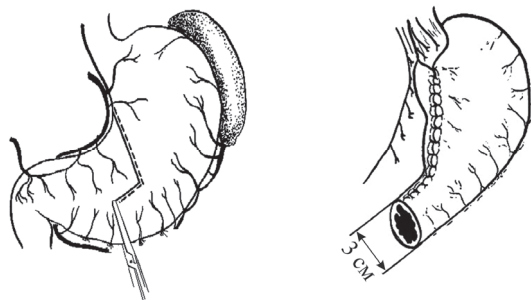


Рис. 2. Схема резекции желудка с формированием пилорического канала и угла культи желудка

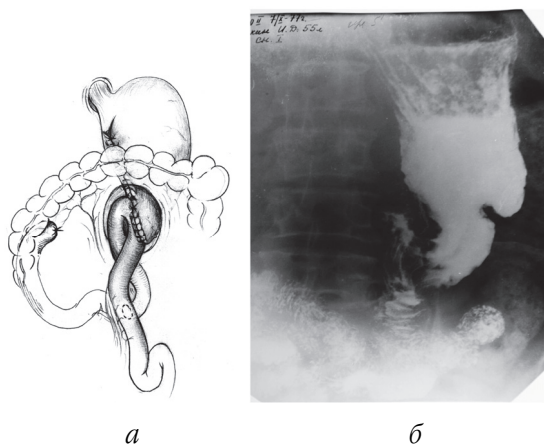


Рис. 3. Заключительный этап резекции желудка с позадиободочным анастомозом по принципу Бальфура (а); рентгенограмма культи желудка с пилорическим каналом через год после операции (б)

После срочных операций, осуществленных 419 больным, умерли 17 человек. Одному из них была проведена гастрэктомия, остальным – резекция желудка. Послеоперационная летальность составила 4,1 %.

После 1011 операций, проведенных в отсроченном порядке, умерли 8 человек, в том числе 1 больной после СПВ. Летальность – 0,8 %.

В целом из 1880 оперированных больных умерли 116 человек. Послеоперационная летальность составила 6,1 %. Причиной смерти у 58,6 % умерших была острая сердечно-сосудистая недостаточность, легочно-сердечная недостаточность, инфаркт мио-

карда; у 19 % – полиорганная дисфункция. Указанные осложнения были обусловлены тяжелой кровопотерей еще до поступления в стационар, кровопотерей при рецидиве кровотечения в стационаре. Более половины этих больных были в возрасте старше 60 лет, отягощенные фоновой патологией. Несостоятельность разных анастомозов среди умерших составила 11,2 %.

Из 2700 неоперированных больных умерли 35 человек, и таким образом общая госпитальная летальность – 3,3 %.

Выводы

Кровотечение является самым опасным осложнением язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. В связи с высокой распространенностью язвенной болезни проблема имеет социальное значение. Больных с гастродуоденальными кровотечениями целесообразно госпитализировать в специализированные отделения. Гастроскопия при поступлении позволяет оценить локализацию язвы, ее размеры и состояние гемостаза. При продолжающемся кровотечении надо применять все имеющиеся в распоряжении методы гемостаза. При кровотечении из крупных сосудов наиболее эффективным методом гемостаза является инфильтрация кровоточащего сосуда раствором адреналина с последующей его аргонно-плазменной коагуляцией. При подозрении на рецидив кровотечения показана повторная гастроскопия и гемостаз.

Важнейшим резервом снижения летальности является ограничение экстренных операций, особенно в ночное время. Этого можно достичь лишь при адекватном наблюдении за больным и проведением повторного эндоскопического гемостаза при рецидиве кровотечения. Рецидив кровотечения можно предполагать при гигантских и постбульбарных язвах ДПК, тела и кардиального отдела желудка, особенно при наличии в язве крупных тромбированных сосудов, свежих сгустков крови. Таких больных

следует оперировать в срочном порядке в дневное время в течение первых-вторых суток, включая пациентов с рецидивом кровотечения после повторного гемостаза. В срочном порядке целесообразно оперировать больных с тяжелой кровопотерей после интенсивной подготовки. Пациентов с длительным язвенным анамнезом и ранее перенесенными осложнениями следует оперировать, не выписывая из стационара.

Выбор операции должен быть обоснованным. При экстренных и срочных вмешательствах предпочтительны резецирующие операции – как надежный метод гемостаза и излечения больного от язвенной болезни. В определенной вынужденной ситуации кровоточащую язву можно иссечь или прошить кровоточащие сосуды. При плановых операциях выбор метода определяется локализацией язвы и ранее перенесенными осложнениями. При язвах двенадцатиперстной кишки предпочтительна селективная проксимальная ваготомия.

Важнейшую роль в исходе операции, восполнения кровопотери имеет энтеральное питание с первого дня после операции с применением солевых растворов и стандартных питательных смесей.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Багненко С. Ф., Синенченко П. И., Вербичский В. Г. Применение протоколов организации лечебно-диагностической помощи при язвенных гастродуоденальных кровотечениях в клинической практике. Вестник хирургии имени И. И. Грекова 2007; 4: 71–75.
2. Гостищев В. К., Евсеев М. А. Проблема выбора метода лечения при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях. Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова 2007; 7: 7–10.
3. Кривошеев С. В. Обработка культи двенадцатиперстной кишки методом «погружного капюшона». Хирургия 1951; 11: 35–36.
4. Лебедев Н. В., Климов А. Е., Бархударова Т. В. Тактика лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Вестник хирургии имени И. И. Грекова 2007; 4: 76–79.
5. Луцевич Э. В., Белов И. Н. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений. От хирургии к терапии? Хирургия. Журнал имени Н. И. Пирогова 2008; 1: 4–7.
6. Шаткин Ю. Г., Капалов С. В., Матвеева Е. Н. Активная тактика в лечении кровоточащей язвы. Хирургия. Журнал имени Н. И. Пирогова 2004; 9: 29–31.
7. Шевченко Ю. Л., Корзникова А. А., Стойко Ю. М. Дифференцированное лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений. Хирургия. Журнал имени Н. И. Пирогова 2006; 11: 18–23.

Материал поступил в редакцию 24.06.2014