

УДК 616.33./342-002.44-005.1-07-089

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЯЗВЕННЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

*Ю. В. Петров**, *С. В. Федоров*, *С. Н. Хунафин*, *А. Ф. Власов*

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия

SURGICAL TACTICS IN ULCEROUS GASTROINTESTINAL HEMORRHAGES

*Yu. V. Petrov**, *S. V. Fedorov*, *S. N. Khunafin*, *A. F. Vlasov*

Bashkir State University of Medicine, Ufa, Russian Federation

Цель. Провести анализ результатов хирургического лечения при желудочно-кишечных кровотечениях.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 464 больных с кровотечением из хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки. В зависимости от лечения пациентов разделили на две группы. В первой (контрольной, $n=111$) лечение язвенных кровотечений проводилось традиционными методами, во второй (основной, $n=353$) было исследовано морфологическое и гистологическое состояние сосудов и архитектоники в зоне язвы. В качестве критерия для определения хирургической тактики при язвенных гастродуоденальных кровотечениях можно использовать вид кровотечения: артериальное или венозное.

Результаты. По виду кровотечения больные распределились: 58 (16,4 %) имели артериальное кровотечение, а 295 (83,6 %) – венозное. Дифференциальную диагностику вида кровотечения проводили по клиническим, эндоскопическим и лабораторным данным. Впервые разработан метод оценки значимости использования вида кровотечения в качестве критерия для определения хирургической тактики при язвенных гастродуоденальных кровотечениях (патент РФ на изобретение № 2407445 от 27.10.2010 г.).

Выводы. Эффективность консервативной терапии в среднем составила 80 %, в том числе при венозном – 78,2 %, при артериальном – 1,8 %. Требуется применение активной хирургической тактики у больных с артериальным видом кровотечения и активно-дифференцированной тактики – при венозном.

Ключевые слова. Язвенные гастродуоденальные кровотечения, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, желудочно-кишечные кровотечения.

Aim. To analyze the results of surgical treatment of gastrointestinal hemorrhages.

Materials and methods. The results of treatment of 464 patients with hemorrhages from chronic gastric and duodenal ulcers were analyzed by us. Patients were divided into two groups depending on treatment. In group 1 (control, $n=111$), treatment of ulcerous hemorrhages was performed with traditional techniques, in group 2 (main, $n=353$) – morphological and histological status of vessels and architectonics in the zone of

© Петров Ю. В., Федоров С. В., Хунафин С. Н., Власов А. Ф., 2014

e-mail: petrovura@inbox.ru

тел. 8 (347) 228 77 00

[Петров Ю. В. (*контактное лицо) – аспирант кафедры скорой помощи и медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузиологии ИПО; Федоров С. В. – доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургии с курсами эндоскопии и стационарзамещающих технологий ИПО; Хунафин С. Н. – доктор медицинских наук, профессор кафедры скорой помощи и медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузиологии ИПО; Власов А. Ф. – кандидат медицинских наук, доцент кафедры скорой помощи и медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузиологии ИПО].

ulcer was studied. The type of hemorrhage (arterial or venous) can be used as a criterion for determination of surgical tactics in ulcerous gastroduodenal hemorrhages.

Results. According to the type of hemorrhage, patients were distributed in the following way: 58 (16,4 %) had arterial hemorrhage, but 295 (83,6 %) – venous. Differential diagnosis was carried out by clinical, endoscopic and laboratory data. For the first time, the method for assessment of significance of using the type of hemorrhage for determination of surgical tactics in ulcerous gastroduodenal hemorrhages was developed (RF Patent Invention №2407445; 27.10.2010).

Conclusions. Efficiency of conservative therapy was on average 80%: venous hemorrhage – 78,2%, arterial – 1,8%. So, it needs to use an active surgical tactics for patients with arterial type of hemorrhage and active-differential one – for those with venous type of hemorrhage.

Key words. Ulcerous gastroduodenal hemorrhages, gastric and duodenal ulcer, gastrointestinal hemorrhages.

ВВЕДЕНИЕ

Желудочно-кишечное кровотечение диагностируется у 10–15 % больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. У 10–14 % из них кровотечение заканчивается летальным исходом, а при рецидиве возрастает до 30–40 % и не имеет тенденции к уменьшению.

В настоящее время общепризнанной эндоскопической классификацией источника кровотечения является классификация J. A. Forrest (1974). Степень тяжести кровотечения положена в основу классификации А. И. Горбашко (1989), которая выделяет легкую, среднюю и тяжелую степень, учитывающие как величину кровопотери, так и состояние самого больного. Каждая из них применяется в сугубо практических целях и отвечает на конкретные вопросы в выборе тактики лечения больных с гастродуоденальными кровотечениями. Классификация степени тяжести кровопотери позволяет определить объем и интенсивность заместительной инфузионной терапии. Классификация источника кровотечения помогает определиться со срочностью выполнения операции. Тяжесть состояния больного ориентирует в выборе объема оперативного вмешательства.

В настоящее время возможности осуществления полноценного локального гемостаза существенно расширились за счет внедрения сверхширококанальных эндоскопов,

орошения, инъекционных методов лигирования, клипирования, аргоноплазменной коагуляции [2, 3, 4].

Вместе с тем настойчивые попытки остановить кровотечение, используя эндоскопические методики, приводят в конечном итоге к запоздалым оперативным вмешательствам, упущению благоприятных сроков их выполнения и высокой летальности, достигающей среди таких больных 70 % [5].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами проанализированы результаты лечения 464 больных с кровотечением из хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки, которые находились на лечении в больнице № 18 г. Уфы в период 2007–2014 гг. Морфологические исследования проведены в Бюро судебно-медицинской экспертизы г. Уфы. Объектом морфологического исследования стали аутопсийные микро- и макропрепараты желудка и двенадцатиперстной кишки 25 больных. В зависимости от проведенного лечения пациентов разделили на две группы: I группу (контрольную) составили 111 человек, у которых лечение язвенных кровотечений проводилось традиционными методами. Вторую (основную) группу – 353 больных, из которых у 59 исследовано морфологическое и гистологическое состояние сосудов и архитектоники в зоне язвы.

Таблица 1

Распределение больных в исследуемых группах по возрасту и полу

Пол больных в исследуемых группах	Возраст, лет								Всего		
	17-30		31-50		51-75		Старше 75				
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
I	м	5	4,5	29	26,1	29	26,1	7	6,3	70	63,1
	ж	3	2,7	10	9,1	22	19,8	6	5,4	41	36,9
II	м	15	4,2	94	26,7	112	31,7	40	11,3	261	73,9
	ж	4	1,2	36	10,2	41	11,6	11	3,1	92	26,1

Как видно из табл. 1, мужчин в I группе было 70 (63,0 %), женщин 41 (36,9 %), во II группе – 261 (73,9 %) и 92 (26,1 %) соответственно. Большинство больных находились в трудоспособном возрасте (25–65 лет): 88,3 % в I группе и 85,6 % – во II. Средний возраст больных мужчин составил 48,0±0,67 г. (от 18 до 85 лет), женщин – 58,3±1,0 г. (от 17 до 93 лет). Остальные 11,7 % больных I группы и 14,4 % – II относились к пожилой и старческой группе.

По наличию сопутствующей патологии пациентов распределили следующим образом: у 32,5 % имелось одно сопутствующее заболевание, у 27,4 % – их было два, у 40,1 % – три и более; из заболеваний чаще всего диагностировалась ишемическая болезнь сердца (42,5 %), гипертоническая болезнь (31,2 %) и их сочетание.

Язва двенадцатиперстной кишки была источником кровотечения у 77 (69,4 %) человек в I группе и у 210 (59,5 %) – во II; хроническая язва желудка – у 23 (20,7 %) – в I группе и у 130 (36,8 %) – во II; кровотечение из сочетанных хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки наблюдалось в 11 случаях (9,9 %) – в I группе и в 13 (3,7 %) – во II.

В исследовании преобладали больные с тяжелой и крайне тяжелой кровопотерей: 77 (69,4 %) – в I группе и 128 (36,3 %) – во II.

Лечение в большинстве случаев (81 %) проводилось консервативное, гораздо реже (19 %) – оперативное.

Общая летальность по ГКБ № 18 за период 2007–2014 гг. составила 3,5 %, а послеоперационная – 2,1 %.

Известными критериями для определения тактики и показаний к операции в разное время являлись:

- 1) длительность заболевания;
- 2) характер язвы;
- 3) рецидив кровотечения;
- 4) эндоскопические критерии.

Однако ни один из этих критериев не позволяет четко определить тактику лечения. Как правило, временно остановившееся при падении артериального давления кровотечение ориентирует хирурга на продолжение консервативной терапии. Но часто наблюдаются рецидивы, причем профузного кровотечения, которые ни хирурги, ни эндоскописты прогнозировать не могут из-за отсутствия прогностических критериев.

В качестве критерия для определения хирургической тактики при язвенных гастродуоденальных кровотечениях мы предлагаем вид кровотечения – артериальное, венозное.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

На основании ретроспективного анализа по виду кровотечения больные распределились таким образом: из 353 больных артериальное кровотечение диагностировано у 58 (16,4 %), а венозное – у 295 (83,6 %). При артериальном виде кровотечения эндоскопический гемостаз был стабилен у 1 (0,3 %) человека, а у 57 (16,0 %) применен хирургический метод. При венозном виде кровотечения эндоскопический гемостаз был стабилен у 18 (5,1 %), у 1 (0,3 %) использован хирургический и у 276 (78,2 %) – консервативный метод.

Микроскопически эрозия сосудистой стенки выглядит таким образом (рис. 1, 2).

Дифференциальную диагностику вида кровотечения предлагаем проводить по клиническим, эндоскопическим и лабораторным данным.

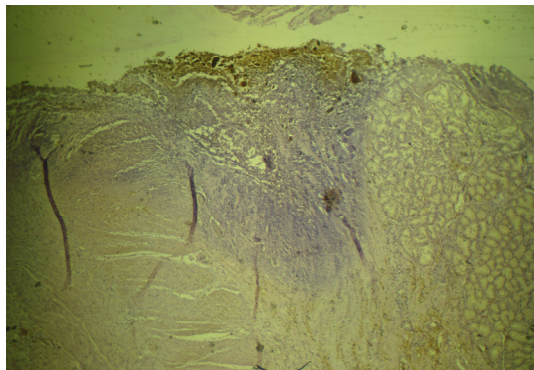


Рис. 1. Дно хронической язвы с обострением. Ко дну подходит эрозированный (венозный) сосуд с лимфоцитарным инфильтратом в стенке

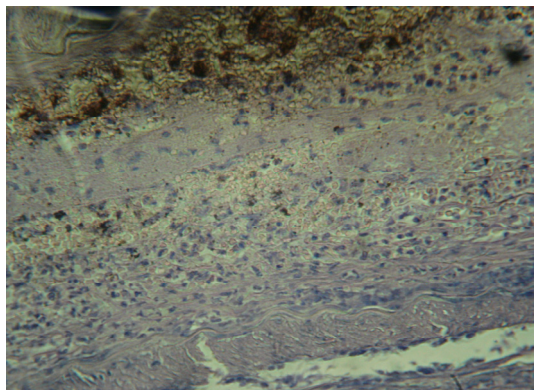


Рис. 2 Артериальный сосуд. Выраженный периваскулярный фиброз

Пациенты, поступившие в стационар с гастродуоденальным кровотечением, предъявляли жалобы на слабость, головокружение, холодный пот и рвоту. При артериальном виде кровотечения слабость была выраженная у 60,3 % человек, при венозном виде кровотечения слабость была умеренная у 63,4 %, головокружение при артериальном выраженное – у 51,4 %, головокружение умеренное – у 79 % при венозном виде кровотечения, холодный пот присутствовал при артериальном кровотечении у 13,8 %, отсутствовал у 96,9 % при венозном, рвота со сгустками крови была при артериальном кровотечении у 41,4 % больных, при венозном со сгустками крови – у 2,1 %.

Из объективных признаков мы оценивали общее состояние, бледность кожных покровов и слизистых, частоту пульса, уровень артериального давления и кал. При артериальном виде кровотечения общее состояние было тяжелое и критическое, бледность кожных покровов и слизистых выраженная, с мраморным оттенком, тахикардия выраженная, гипотония выраженная и критическая, кал измененный – «мелена». При венозном кровотечении общее состояние было чаще удовлетворительное, бледность кожных покровов и слизистых умеренная, тахикардия выраженная, гипотония умеренная, кал неизмененный.

Среди эндоскопических данных мы изучили 5 параметров: содержимое желудка, характер кровотечения, цвет стекающей крови, цвет тромба и характер язвенного дефекта.

При артериальном виде кровотечения содержимое желудка было со сгустками крови, кровотечение струйное, кровь алого цвета, тромб алого цвета, видимый сосуд и фиксированный тромб. При венозном кровотечении содержимое желудка было по типу «кофейной гущи», кровь темного цвета, тромб темного цвета, черное пятно и фиксированный тромб.

При артериальном виде кровотечения у 74,2 % больных определена средняя и тяжелая степень кровопотери; при венозном виде – у 70,5 % степень тяжести кровопотери умеренная и средней тяжести.

Из 353 больных рецидив был у 44 человек, из них у 72,4 % – артериальный вид кровотечения, а при венозном виде рецидив отмечен у 0,7 %.

При артериальном кровотечении, как правило, анамнез короткий, наблюдаются признаки геморрагического шока, рецидива кровотечения. Гемостатическая терапия может дать лишь временный эффект на фоне снижения артериального давления.

При венозном же кровотечении анамнез длительный, нет признаков геморрагического шока, состоявшееся кровотечение не

рецидивирует. Гемостатическая терапия эффективна.

Тактика хирурга при определении вида кровотечения становится очевидной. Так, при артериальном кровотечении показана экстренная или срочная операция, так как быстро прогрессирует анемия, как правило, наступает рецидив профузного кровотечения с развитием декомпенсированного геморрагического шока. При рецидиве показана активная хирургическая тактика. Предпринимаемая «операция отчаяния» (по С. С. Юдину) в таких случаях или запаздывает, или на фоне глубокой анемии и гемической гипоксии завершается послеоперационными осложнениями.

При венозном же кровотечении аррозированная стенка вены быстро закрывается тромбом, и из-за низкой скорости кровотока и венозного давления кровотечение не возобновляется. Врач-реаниматолог может уверенно продолжить гемостатическую, заместительную и противоязвенную терапию. Показания к экстренной операции, как правило, не возникают.

Таким образом, в качестве критерия для определения хирургической тактики при язвенных гастродуоденальных кровотечениях можно использовать его вид, а дифференциальную диагностику вида кровотечения проводить по клиническим, эндоскопическим и лабораторным данным.

Впервые разработан метод оценки значимости использования вида кровотечения в качестве критерия для определения хирургической тактики при язвенных гастродуоденальных кровотечениях (патент РФ на изобретение № 2407445 от 27.10.2010 г.).

Выводы

1. При анализе материала выявлено, что 74 % мужчин находились в работоспособном возрасте. В клинику большинство больных доставляются позже 24 часов от начала кро-

вотечения, то есть уже при развившихся гемодинамических расстройствах.

2. Более 50 % больных поступали в клинику с тяжелой кровопотерей. Эффективность консервативной терапии в среднем составила 80,0 %, в том числе при венозном – 78,2 %, а при артериальном – 1,8 %. Это требует применения активной хирургической тактики у больных с артериальным видом кровотечения и активно-дифференцированной тактики – при венозном.

3. Выделение артериального, венозного и капиллярного вида кровотечения позволяет оптимизировать тактику хирургического лечения у больных гастродуоденальными язвенными кровотечениями и снизить общую летальность до 3,5 %.

Библиографический список

1. Горбашко А. И. Пути улучшения результатов лечения острых желудочно-кишечных кровотечений. Вестник хирургии 1989; 142 (6): 16–21.
2. Луцевич Э. В., Ярема И. В., Бахшалиев Б. Р. Диагностика и лечение желудочно-кишечных кровотечений. Хирургия 1991; 9: 55–60.
3. Петров В. П., Шемякин И. С. О хирургической тактике при гастродуоденальных кровотечениях язвенной этиологии. Вестн. хирургии им. Грекова 1990; 9: 120–122.
4. Юдин С. С. Этюды желудочной хирургии. М: Медгиз 1955; 264.
5. Сацукевич В. Н., Сацукевич Д. В. Факторы риска острых осложнений гастродуоденальных язв. М: Либерея 1999; 416.
6. Forrest J. A. N., Finlayson N. D. L., Shearman D. J. L. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. Lancet 1974; 11: 395–397.

Материал поступил в редакцию 15.10.2014