

# Тактика лечения кровоточащих гастродуоденальных язв

Канд. мед. наук И.А. КАЗЫМОВ, проф. Ф.С. КУРБАНОВ

## The treatment of gastroduodenal ulcer bleeding

I.L. KAZIMOV, F.S. KURBANOV

Научный центр хирургии им. акад. М.А. Топчибашева (дир. — акад. Б.А. Агаев) Минздрава Азербайджанской Республики, Баку, кафедра госпитальной хирургии (зав. — проф. Ю.В. Таричко) Российского университета дружбы народов, Москва

На основании анализа результатов лечения 1279 больных изучены особенности терапии язвенных гастродуоденальных кровотечений (ГДК), а также их исходы в зависимости от применяемой тактики и выбора методов. Разработана активно-индивидуальная тактика лечения больных с язвенными ГДК. Разработаны оптимальные алгоритмы хирургического лечения с учетом индивидуальных особенностей больного. Уточнены показания и доказана высокая эффективность консервативного лечения, включающего первичный и повторный эндоскопический гемостаз, при острых язвенных ГДК, что позволяет снизить уровень хирургической агрессии и преимущественно выполнять радикальные операции в отсроченном порядке. Детализированы показания к оперативному лечению больных с ГДК при язвенных поражениях желудка и ДПК, доказана высокая эффективность и безопасность органосохраняющих операций. На основании изучения результатов доказана высокая эффективность разработанной индивидуально-активной тактики лечения больных с язвенными ГДК.

Treatment data of 1279 patients with gastroduodenal ulcer bleeding are analyzed. Outcomes are comparatively analyzed depending on the chosen treatment modality. Optimal treatment algorithm is worked out. The expediency of conservative ulcer bleeding treatment, including primary and repeated endoscopic hemostasis, is proved. It allows performing deferred planned reconstructive operations, thus decreasing the operative risk substantially. Indications for the operative treatment of ulcer bleeding are specified, as well as efficacy and safety of organ-saving methods is proved.

### Введение

Широкое распространение язвенной болезни (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) обуславливает неугасающий интерес к дальнейшему совершенствованию методов ее консервативного и оперативного лечения [1, 4, 8, 10]. За последние 15–20 лет в РФ и странах СНГ регистрируется увеличение более чем в 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> раза числа больных с осложненным течением ЯБ [2, 6]. При этом остаются нерешенными вопросы, касающиеся выбора тактики и способа лечения язв, осложненных профузным гастродуоденальным кровотечением (ГДК), что отражается в сохранении неприемлемо высокой частоты осложнений и летальности [3, 5, 7, 9, 11, 12].

### Материал и методы

С 1988 по 2007 г. в ГКБ №5, Научном центре хирургии им. акад. М.А. Топчибашева (Баку), ЦКБ №2 им. Н.А. Семашко ОАО РЖД (Москва) находились под наблюдением 1279 пациентов с кровоточащими язвами желудка и ДПК, в том числе у 281 больного была язва желудка и у 998 — язва ДПК.

Большинство (1063 человека, или 83,1%) составили люди наиболее работоспособного возраста — 20–60 лет. Длительность язвенного анамнеза у больных была от 1 года до 35 лет. Среди 116 (9,1%) больных с коротким язвенным анамнезом (менее 3 лет) были 79 человек, у которых кровотечение явилось первым признаком ЯБ. До поступления к нам 99 (7,7%) больных уже были экстренно оперированы; выполнено ушивание язв по поводу кровотечения (58 больных) и перфорации язвы (41 человек). У 928 (72,6%) больных при поступлении диагностировано состоявшееся ГДК, у 351 (27,4%) — продолжающееся ГДК. Согласно классификации Форреста, в зависимости от интенсивности ГДК больные распределились следующим образом: F-I-A — 94 (7,4%), F-I-B — 257 (20,1%), F-II-A — 323 (25,3%), F-II-B — 352 (27,5%), F-II-C — 253 (19,8%).

Обследование больных включало лабораторные методы, экстренную эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС) и ультразвуковое исследование. Рентгеноконтрастное исследование и измерение желудочной секреции выполняли в плановом порядке после достижения надежного гемостаза в язве и стабилизации состояния больных.

### Результаты и обсуждение

При ЭГДС у 281 (22,0%) больного выявлена язва желудка (у 193 — с признаками состоявшегося, у 88

© И.А. Казымов, Ф.С. Курбанов, 2009

© Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова, 2009  
*Khirurgiia (Mosk) 2009; 1: 33*

— продолжающегося ГДК). У 998 (78,0%) больных обнаружена язва ДПК, в том числе у 735 (73,6%) диагностировано состоявшееся, у 263 (26,4%) — продолжающееся ГДК. Из 98 (7,7%) больных с сочетанными язвами желудка и ДПК кровотечение одновременно из двух язв диагностировано у 16, у остальных 82 кровоточила только язва ДПК.

В наших клиниках к началу 90-х годов был достаточно хорошо отработан и принят единообразный план лечения больных с кровоточащими язвами желудка и ДПК. Эндоскопический гемостаз (эндогемостаз) предпринимали во время первичной ЭГДС у всех пациентов с продолжающимся ГДК и у больных с признаками ненадежного спонтанного гемостаза. Чаще всего использовали диатермокоагуляцию кровоточащих язв. При рецидиве ГДК выполняли экстренную операцию, не предпринимая попыток повторного эндогемостаза, так как считали его бесполезным и даже вредным, затягивающим выполнение операции у тяжелобольного. Вместе с тем мы понимали, что такую активную тактику лечения больных с язвенными ГДК необходимо индивидуализировать. Поэтому, начиная с 2000 г., мы стали, во-первых, осуществлять повторный эндогемостаз всеми доступными методами в случае возникновения рецидива ГДК в стационаре. Такой подход себя оправдал: значительно снизилось число экстренных, в большинстве паллиативных операций, которые приходилось выполнять в неблагоприятных условиях. Во-вторых, выполняя операции даже в экстренном порядке, мы стали в большинстве наблюдений делать их в полном объеме, т.е. радикально.

За 20 лет наблюдения, которые охватывает наша работа, ежегодное число поступающих больных с кровоточащими язвами желудка и ДПК (около 60—80, в среднем 70) оставалось приблизительно одинаковым, т.е. частота язвенных ГДК, по нашим данным, за последние 20 лет не снизилась. Мы условно выделили два периода в нашей работе (1988—1999 и 2000—2007 гг.) в зависимости от применяемой тактики лечения — в первом периоде активной, во втором — активно-индивидуальной (табл. 1).

В обоих периодах работы оперативная активность была практически одинаковой, но в первом периоде преобладали экстренные операции по поводу язвенного желудочно-кишечного кровотечения, во втором периоде число отсроченных операций заметно превысило число экстренных. При этом доля отсроченных операций выросла с 42,7 до 51,9% (рис. 1).

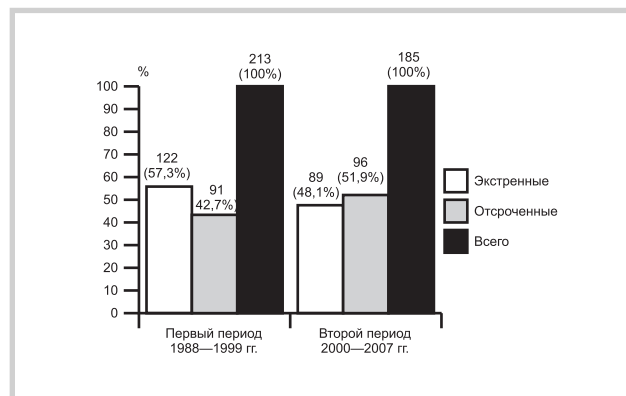


Рис. 1. Распределение операций по поводу язвенных ГДК по периодам.

Эта цифра (51,9% отсроченных операций) в определенной мере характеризует успешность консервативного лечения, включающего эндогемостаз.

Дело в том, что у значительной части больных, которым были выполнены экстренные операции, показаниями к ним послужили эндоскопические признаки ненадежного гемостаза (размеры язвы более 1 см и большая ее глубина, тромбированный сосуд или свежий сгусток в язве и др.). Но наш опыт свидетельствует о том, что абсолютно надежного гемостаза в язве не существует. Поэтому показаниями к экстренной операции должны являться только техническая невозможность и неэффективность эндогемостаза.

Всего резекцию желудка при осложненных кровотечениях язвах желудка и ДПК мы применили у 112 (28,1%) из 398 оперированных больных. Чаще всего выполняли резекцию желудка по Бильрот-II в модификации Я.Д. Витебского (72,2% больных), которая сравнительно несложна и обеспечивает хорошую разгрузку приводящей петли анастомоза. В большинстве наблюдений (72,3%) резекция желудка была сделана в отсроченном порядке. Доля экстренных резекций желудка была значительно меньше, чем доля органосохраняющих операций (27,7 и 42,1% соответственно).

Во втором периоде более чем в 2 раза снизилась доля операций ушивания и иссечения кровоточащей язвы, заметно снизилась доля резекции желудка, при этом почти в 2,5 раза возросла доля органосохраняющих операций (рис. 2). Резекцию желудка считаем операцией выбора при желудочных язвах, но при кровоточащих язвах ДПК в большинстве на-

Таблица 1. Способы лечения больных с хроническими кровоточащими язвами желудка и ДПК

Способ лечения	1988—1999 гг.	2000—2007 гг.	Всего больных
Консервативный	461 (68,4)	420 (69,4)	881 (68,9)
Оперативный	213 (31,6)	185 (30,6)	398 (31,1)
Итого	674 (100)	605 (100)	1279 (100)

Примечание. Здесь и в табл. 2: в скобках — показатели в процентах.



**Рис. 2.** Способы и число операций у больных с хроническими кровоточащими язвами желудка и ДПК по периодам.

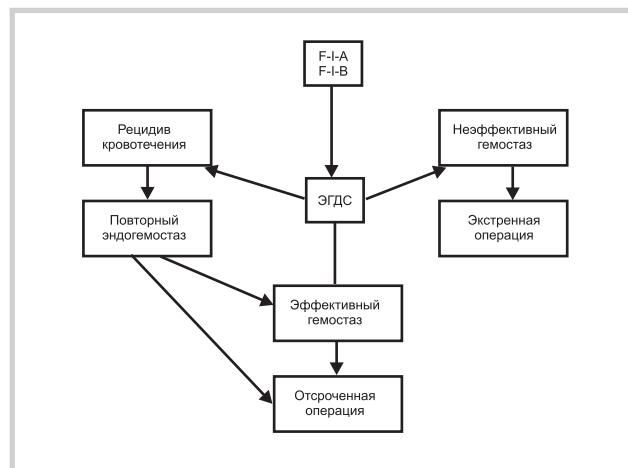
блюдений выполняем ваготомию с пилоропластикой.

Таким образом, разработанные нами алгоритмы лечения больных с хроническими язвами желудка и ДПК, осложненными гастродуоденальным кровотечением, в настоящее время выглядят следующим образом.

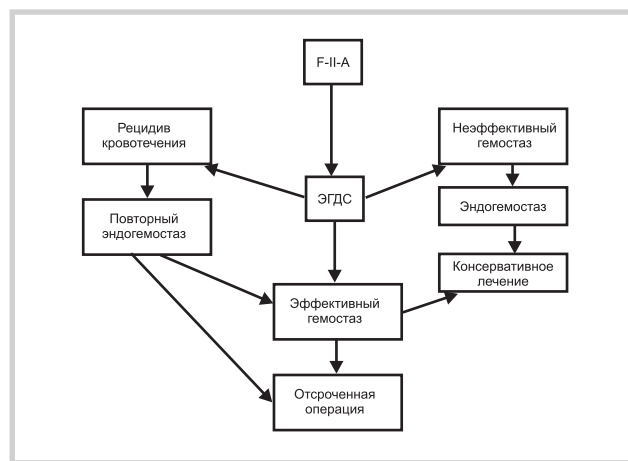
1. При активном ГДК из язвы желудка или ДПК (F-I-A и F-I-B) сразу применяем все доступные методы эндогемостаза, комбинируя диатермокоагуляцию с орошениями и подслизистыми инъекциями лекарственных средств. При невозможности или явной неэффективности эндогемостаза выполняем экстренную операцию. При достижении относительно надежного гемостаза продолжаем консервативное лечение и обследование больного в полном объеме, после чего назначаем отсроченную операцию. При рецидиве ГДК в стационаре проводим повторную лечебную ЭГДС, при ее успехе также назначаем отсроченную операцию (рис. 3).

2. При состоявшемся ГДК, когда язвенный кратер закрыт свежим сгустком крови (F-II-A) и гемостаз является ненадежным, выполняем эндоскопические инъекции лекарственных средств в подслизистый слой вокруг язвы, стараясь не повредить кровяной сгусток. По достижении эффективного гемостаза продолжаем консервативное лечение и обследование больного. В дальнейшем назначаем отсроченную операцию или, если больной отказывается от нее, переводим его в терапевтический стационар для лечения. При рецидиве кровотечения выполняем повторную лечебную ЭГДС и в дальнейшем поступаем также, как и в первом варианте (рис. 4).

3. При состоявшемся ГДК из язвы желудка или ДПК и относительно надежном спонтанном гемостазе (по данным ЭГДС) на фоне постоянно проводимого консервативного лечения готовим больного к отсроченной операции. При отказе больного от оперативного лечения переводим его в терапевтический стационар после контрольной ЭГДС, подтвер-



**Рис. 3.** Алгоритм лечения больных с активным кровотечением из хронической язвы желудка или ДПК.



**Рис. 4.** Алгоритм лечения больных с состоявшимся кровотечением из хронической язвы желудка и ДПК при ненадежном гемостазе.

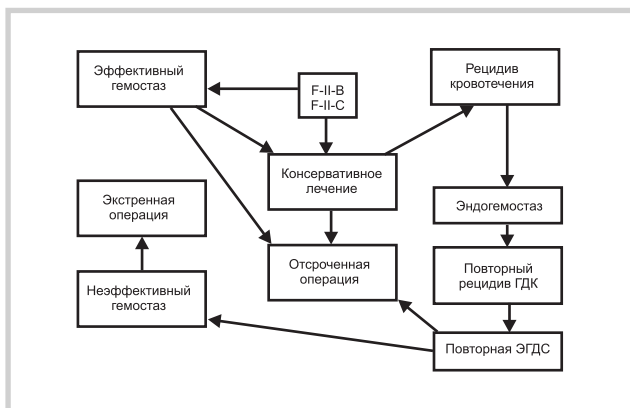
дившей отсутствие угрозы рецидива ГДК и тенденцию язвы к заживлению.

При рецидиве ГДК в стационаре повторяем лечебную ЭГДС, если это необходимо, применяя все допустимые способы гемостаза (орошения, диатермокоагуляция, инфильтрация подслизистого слоя лекарственными средствами), и выполняем экстренную операцию только при невозможности или неудаче повторного эндоскопического гемостаза (рис. 5).

Таким образом, в лечении больных с язвенными ГДК мы применяем активно-индивидуальную тактику, которая предусматривает:

1. Раннее выявление причины ГДК на основании быстрого обследования больного на фоне проведения интенсивного консервативного лечения, направленного на остановку кровотечения.

2. Активное использование методов первичного и повторного эндогемостаза, что позволяет снизить



**Рис. 5.** Алгоритм лечения больных с состоявшимся ГДК из хронической язвы желудка или ДПК при ненадежном гемостазе.

уровень хирургической агрессии, уменьшить число экстренных операций минимального объема.

3. Преимущественное выполнение операций в отсроченном порядке, что дает возможность шире использовать органосохраняющие вмешательства, которые надежны, но более безопасны для больного.

После 141 операции ушивания или иссечения кровоточащей язвы желудка (25 больных) и ДПК (116) мы наблюдали осложнения у 31 (22%) больного. При этом у 18 (12,8%) больных развились тяжелые осложнения (рецидив кровотечения из ушитой язвы, несостоятельность швов ДПК, несостоятельность швов желудка, гастростаз, острый панкреатит, спаечная кишечная непроходимость), у 5 больных они послужили причиной релапаротомии. После операций минимального объема умерли 2 (1,4%) из 141 больного. Развитие тяжелых осложнений после таких операций свидетельствует о том, что они далеко не безобидны. Поэтому мы считаем, что в настоящее время имеет смысл резко сократить показания к выполнению паллиативных вмешательств в пользу более радикальных и физиологичных органосохраняющих операций.

Из 112 больных, которым была сделана резекция желудка по поводу кровоточащих язв желудка и ДПК (31 экстренно, 81 в отсроченном порядке) послеоперационные осложнения развились у 23 (20,5%). Умерли от тяжелых осложнений 3 больных после резекции желудка (летальность 2,9%).

Отдаленные результаты резекции желудка изучены у 57 (50,9%) пациентов. Хорошим признан результат у 42 (73,7%), удовлетворительным — 13 (22,8%) и плохим — у 2 (3,5%) больных.

После 145 органосохраняющих операций при язве ДПК, осложненной ГДК, в ближайшем послеоперационном периоде осложнения развились всего у 11 (7,6%) больных. Специфические для ваготомии осложнения возникли у 5 (3,5%) больных. После органосохраняющих операций умер 1 (0,7%) больной от массивной тромбоэмболии легочной артерии.

Таким образом, частота осложнений после органосохраняющих операций при хронических язвах ДПК составила 11,7%, т.е. в 2 раза меньше, чем после операций ушивания и иссечения кровоточащих язв (22%) и после резекции желудка (20,5%). Различия статистически достоверны ( $p < 0,05$ ).

Проанализировав частоту послеоперационных осложнений у больных с хроническими кровоточащими язвами желудка и ДПК, мы отметили ее снижение во 2-м периоде работы с 21,1 до 14,1% (табл. 2).

Эти различия статистически достоверны ( $p < 0,05$ ). Такое улучшение результатов мы связываем с внедрением активно-индивидуальной тактики лечения больных с кровоточащими язвами желудка и ДПК, более широким использованием органосохраняющих операций во втором периоде работы.

В отдаленном периоде после ваготомии в сроки от 1 года до 10 лет (в среднем через 2,2 года) в клинике обследованы 59 (40,7%) пациентов (еще 20 человек были обследованы методом анкетирования). Из обследованных амбулаторно и стационарно 59 пациентов отличный и хороший результат отмечен у 53 (89,8%), удовлетворительный — у 5 (8,5%) и плохой — у 1 (1,7%).

В целом доля хороших отдаленных результатов после резекции желудка составила 73,7%, в то время как после ваготомии — 89,8%. Это различие статистически недостоверно ( $p > 0,05$ ), тем не менее результатами органосохраняющих операций, выполняемых нами при язвах ДПК более 20 лет, мы вполне удовлетворены. Сравнительно несложные, полностью сохраняющие такой важный орган, как желудок, обеспечивающие быстрый положительный клинический эффект, они стали в наших клиниках методом выбора хирургического лечения осложненных язв ДПК.

**Таблица 2.** Частота послеоперационных осложнений у больных с хроническими кровоточащими язвами желудка и ДПК

Способ операций	1988—1999 гг.		2000—2007 гг.		Всего	
	а	б	а	б	а	б
Ушивание, иссечение язвы	101 (48,4)	23 (22,7)	40 (21,6)	8 (20)	141 (35,4)	31 (22)
Резекция желудка	65 (30,5)	14 (21,5)	47 (25,4)	9 (19,1)	112 (28,1)	23 (20,5)
Органосохраняющая операция	47 (21,1)	8 (17)	98 (53)	9 (9,2)	145 (36,5)	17 (11,7)
Итого	213 (100)	45 (21,1)	185 (100)	26 (14,1)	398 (100)	71 (17,8)

*Примечание:* а — число операций, б — число больных с осложнениями.

Следовательно, используемая нами активно-индивидуальная тактика лечения больных с острыми ГДК из язв желудка и ДПК дала положительные результаты. Снижение доли экстренных операций минимального объема в виде ушивания и иссечения кровоточащих язв желудка и ДПК, сопровождающихся большим количеством опасных осложнений, и весьма травматичной в экстренных ситуациях резекции желудка за счет повышения доли надежных и безопасных органосохраняющих операций позволяет рассчитывать на дальнейшее улучшение результатов лечения этого тяжелого контингента больных.

Таким образом, частота язвенных ГДК на протяжении последних 20 лет не имеет тенденции к снижению. Современное комплексное консервативное лечение, включающее комбинированный эндоскопический гемостаз (при необходимости повторный), дает возможность остановить острое ГДК из большинства (по нашим данным, не менее 51,9%) гастродуоденальных язв. Это значительно изменяет активную лечебную тактику, резко снижает уровень хирургической агрессии, что позволяет выполнять отсроченные радикальные операции в наиболее благоприятных условиях.

Показанием к экстренной операции при язвенном ГДК должна являться только невозможность достижения гемостаза консервативными мерами, включающими комбинированные методы первичного и повторного эндогемостаза. При этом методом выбора являются органосохраняющие вмешательства, выполняемые как экстренно (42,1%), так и в отсроченном порядке (57,9%). Доля экстренных резекций желудка в наших наблюдениях в 1,5 раза меньше, чем доля экстренных органосохраняющих

операций (27,7 и 42,1% соответственно), так как меньшие по объему и менее тяжелые для пациента органосохраняющие операции лучше всего демонстрируют свои преимущества именно в таких экстренных ситуациях, как профузное язвенное ГДК.

Доля экстренных операций по поводу хронических язв желудка и ДПК, осложненных ГДК, составившая в первом периоде работы (1988—1999 гг.) 57,3%, во втором периоде (2000—2007 гг.) снизилась до 48,1% на фоне увеличения доли радикальных отсроченных операций с 42,7 до 51,9%. При этом доля паллиативных операций уменьшилась с 48,4 до 21,6%, резекции желудка — с 30,5 до 25,4%, в то же время доля органосохраняющих операций возросла с 21,1 до 53%. Такое изменение спектра операций положительно отразилось на результатах лечения: осложнения после органосохраняющих операций развились у 11,7% больных, т.е. в 2 раза меньше, чем после операций ушивания и иссечения язв и после резекции желудка ( $p < 0,05$ ).

Разработанная активно-индивидуальная тактика лечения больных с язвенными ГДК основана на раннем выявлении его источника на фоне проведения лечебных мероприятий, направленных на остановку кровотечения с активным использованием первичного и повторного эндогемостаза, что позволяет снизить уровень хирургической агрессии и выполнить большинство операций в отсроченном порядке. В основе улучшения результатов хирургического лечения больных с язвенными ГДК лежит снижение доли экстренных паллиативных операций и резекции желудка, сопровождающихся большим числом осложнений, за счет увеличения доли органосохраняющих вмешательств, которые надежны и гораздо более безопасны для больного.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Агаев Б.А., Курбанов Ф.С., Ширинов З.Т. Хирургическое лечение патологических синдромов после резекции желудка и ваготомии. *Surgey* (Азербайджан) 2005; 2: 8—14.
2. Велигоцкий Н.Н., Трушин А.С., Велигоцкий А.Н., Комарчук В.В. Современные методы хирургического лечения осложненных форм язвенной болезни. Третий конгресс Ассоциации хирургов им. Н.И. Пирогова, 15—17 ноября 2001. М 2001; 161.
3. Затевахин И.И., Щеголев А.А., Титков Б.Е. Новые технологии в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений. М 2001; 220.
4. Климов А.Е., Лебедев Н.В., Войташевская Н.В. и др. Тактика лечения больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением. *Рос мед журн* 2007; 2: 16—18.
5. Курыгин А.А., Лебедев Н.Н., Багненко С.Ф., Курыгин А.А. Послеоперационные желудочно-кишечные язвы. Ст-Петербург: Политехника 2004; 168.
6. Лобанков В.М. Хирургия язвенной болезни на рубеже XXI века. *Хирургия* 2005; 1: 58—64.
7. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв. *Хирургия* 2003; 3: 43—49.
8. Станулис А.И., Кузеев Р.Е., Гольдберг А.П. Хирургическая тактика и оперативное лечение при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением. *Информедиа Паблшерз* 2005; 140.
9. Ярема И.В., Уртаев Б.М., Ковальчук Л.А. Хирургия язвенной болезни желудка. М: Медицина 2004; 304.
10. Freston J.W. Management of peptic ulcers: emerging issues. *World J Surg* 2000; 24: 3: 250—255.
11. Garnett W.R. History of acid suppression: focus on the hospital setting. *Pharmacotherapy* 2003; 23: 10: 56—60.
12. Kang J.Y., Elders A., Majeed A. et al. Recent trends in hospital admissions and mortality rates for peptic ulcer in Scotland 1982—2002. *Aliment Pharmacol Ther* 2006; 24: 1: 65—79.

Поступила 09.06.08