

## **Тактика лечения больных с острыми гастродуоденальными язвенными кровотечениями**

В.В.СКОРЛЯКОВ, А.И.МАСЛОВ, Э.М.БАРОКОВ

### **Tactic in management of patients with acute gastroduodenal bleeding ulcers**

V.V.SKORLAKOV, A.I.MASLOV, E.M.BAROKOV

Ростовский государственный медицинский университет

В работе приведен многолетний опыт лечения язвенных кровотечений из хронических и острых язв. Авторы рассматривают трёхэтапный метод лечения таких больных. Первый этап – эндоскопическая остановка кровотечения (коагуляция, обкалывание, клипирование). При стабильной остановке кровотечения – курс лечения согласно современным принципам; далее – исследование функционального состояния желудка и 12-перстной кишки (в т.ч. кислотопродукция, ошелачивающая функция, реакция вагуса на блокаторы, моторика и др.); после этого – принятие решения о лечебной тактике.

*Ключевые слова:* язвенные кровотечения, хронические язвы, острые язвы

Our vast experience in management of acute and chronic bleeding ulcers is used in this study. Three stage protocols are used in management of all subjects. First stage included endoscopic offended vessel arrest by coagulation, clipping and injection of normal saline with adrenalin. Following successful bleeding arrest modern principles are used for further management. In second stage the stomach and duodenal functions are investigated i.e. motor, acid secretion, vagal response to acid blockers etc. Then the definitive line management is determined.

*Key words:* bleeding ulcers, acute ulcers, chronic ulcers

Проблема лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений в настоящее время является одной из наиболее актуальных в современной хирургии. Острое кровотечение является самым частым и грозным осложнением язвенной болезни [1-3].

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с острыми гастродуоденальными язвенными кровотечениями (ОГДЯК) путём индивидуализации показаний к выбору лечебной тактики, методу и объёму оперативного пособия.

### **Материалы и методы**

Под нашим наблюдением были 326 пациентов с острыми гастродуоденальными язвенными кровотечениями, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении МЛПУЗ горбольницы №1 им. Н.А.Семашко г. Ростова-на-Дону и ожоговом центре БСМП №2 г. Ростова-на-Дону с 1985 по 2007 гг.

С учётом цели исследования все пациенты были разделены на 2 группы. Первую (контрольную) группу составили 172 пациента с ОГДЯК, которым проводилось обследование и лечение по общепринятой (традиционной) методике. Вторую группу (154 больных) составили больные с ОГДЯК, которым обследование и лечение осу-

ществлялось по методике, разработанной на кафедре общей хирургии РостГМУ.

Всех больных контрольной и основной групп обследовали общеклиническими физикальными методами по органам и системам, а также выполняли общепринятые лабораторные и инструментальные методы исследования. У больных с ОГДЯК основной группы эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС) выполнялась с обязательным осмотром большого дуоденального сосочка и биопсией зоны язвенного процесса. Кроме того, выполняли полипозиционную рентгеноскопию желудка, рентгенографию органов грудной клетки и брюшной полости (по показаниям), электрокардиографию, измерение артериального давления, частоты пульса и дыхания, колоноскопию (по показаниям), ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства, определение кровопотери. По показаниям привлекали врачей-консультантов: анестезиолога-реаниматолога, терапевта, уролога, гинеколога, онколога и др. С целью диагностики патологического процесса и контроля за состоянием больных исследовали кислотность желудочного сока, моторику желудка, определение *Helicobacter pylori*, состояние вегетативной нервной системы, кислотно-щелочное состояние, электролиты и

хлориды сыворотки крови, общий белок и др. В послеоперационном периоде контролировали состояние послеоперационной раны и дренажей, ди-

намическое состояние органов и систем пациента. Распределение больных по степени кровопотери представлено в таблице 1.

Таблица 1

**Распределение больных в контрольной и основной группах по степени тяжести кровопотери**

Причина острых гастродуоденальных язв	Степень кровопотери			
	I	II	III	IV
Количество больных				
Химические вещества				
- основная группа	12	20	10	-
- контрольная группа	15	31	8	1
Дистресс-изъязвления				
- основная группа	18	24	9	4
- контрольная группа	19	22	7	2
Психо-эмоциональные стрессы				
- основная группа	4	3	1	-
- контрольная группа	7	3	-	-
Первично-трофические расстройства				
- основная группа	13	27	9	2
- контрольная группа	16	23	5	2

Как видно из таблицы 1 в основной, и в контрольной группах больных преобладали I и II степени тяжести кровопотери (78,6% и 79,06%, соответственно). При этом отмечалось преобладание в основной группе пациентов с кровопотерей III-IV степеней тяжести – 35 (22,7%), а в контрольной – 27 (15,6%) больных.

У больных основной группы, при поступлении, на фоне применения средств общего воздействия на гемостаз (хлористый кальций, викасол, инфузии эритроцитарной массы), проводилась «активная» эндоскопическая остановка кровотечения (орошение нитратом серебра, обкалывание тканей вокруг язвы физиологическим раствором с адреналином, электрокоагуляция, клипирование). При отсутствии эффекта от проводимой гемостатической терапии решался вопрос об оперативном пособии, при этом предпочтение отдавалось органосохраняющим операциям (иссечение язвы и др.) с целью последующего полноценного обследования и определения объема необходимого хирургического вмешательства.

По способу лечения больные были разделены на две группы: лечившиеся консервативно и лечившиеся хирургическим методом (табл. 2).

Как видно из таблицы 2, пациенты, пролеченные консервативно в основной группе (79,2%) значительно преобладают над числом больных, получавших консервативную терапию в контрольной группе (61,0%). Количество пациентов,

Таблица 2

**Распределение больных по способу лечения**

Способ лечения	Группы больных	
	I группа (основная) n=154	2 группа (контрольная) n=172
Консервативное лечение	122	105
Хирургическое лечение		
- экстренные операции	26	51
- срочные операции	6	16

получавших хирургическое лечение в основной и контрольной группах – соответственно, 32 (20,7%) и 67 (38,9%).

**Результаты и их обсуждение**

Комплексное лечение больных с ОГДЯК, особенно с применением антисекреторных препаратов и эндоскопического гемостаза, привело к сокращению в основной группе пациентов, по сравнению с контрольной, числа экстренных оперативных пособий на 18,2% (табл. 2).

При исследовании кислотопродукции у больных основной группы с ОГДЯК было установлено, что всех больных с язвенными кровотечениями можно разделить на три группы:

а) агрессивное течение язвенной болезни – прогнозируются в дальнейшем осложнения; этим больным показано оперативное лечение с индивидуальным выбором метода оперативного пособия;

б) пациенты, которые могут лечиться у терапевта, но при наблюдении у хирурга – возможны неустойчивые результаты лечения;

в) больные с нормальными показателями кислотообразующей функции желудка, которые с успехом (без рецидива в течение 5 лет) могут лечиться у терапевта.

При исследовании состояния вегетативной нервной системы (ВНС) в основной группе пациентов с помощью вариационной компьютерной пульсометрии нами оценивался тонус симпатического и парасимпатического отделов ВНС, при этом выделено 9 функциональных классов в зависимости от их исходного тонуса. При прогностически неблагоприятных показателях тонуса ВНС предлагалось оперативное вмешательство в объёме резекции желудка.

Полученные нами результаты исследования моторной функции желудка и 12-перстной кишки имели важное место в выборе тактики дальнейшего лечения больных основной группы. Так, при нарушении моторики желудка и 12-перстной кишки, не корректируемой прокинетиками, консервативная терапия язвенной болезни будет бесперспективной. При нарушении моторики желудка, 12-перстной кишки и патологии БДС, нельзя восстановить физиологический пассаж пищи – чаще всего приходится выполнять операцию Бильрот II, т.е. здесь не может ставиться вопрос об органосохраняющей операции.

Таким образом, все хирургические операции у больных с ОГДЯК должны быть строго индивидуальными.

Результаты летальных исходов в контрольной и основной группах приведены в таблице 3.

Как видно из таблицы 3, летальность в основной группе после оперативных вмешательств меньше на 9,7%.

Таблица 3

**Результаты летальных исходов в контрольной и основной группах**

Исследуемые группы	Контрольная		Основная	
	Оперативное	Консервативное	Оперативное	Консервативное
Летальность Абс. / (%)	22 (33,3%)	3 (1,7%)	8 (24,6%)	2 (1,3%)

Следует особо отметить, что полноценное обследование больных с ОГДЯК имеет важное значение для пациентов после их выписки из стационара. Так, 29 больных основной группы после выписки из стационара находились под динамическим наблюдением в течение 3-7 месяцев, получали полноценный курс противоязвенной терапии, были обследованы и, после предоперационной подготовки, по показаниям были оперированы в плановом порядке.

Летальных исходов не наблюдалось.

В то же время, 27 больных контрольной группы, находившиеся без диспансерного наблюдения (не получали своевременного противоязвенного лечения и не обследовались), были повторно госпитализированы в экстренном порядке в течение 2-4 лет после выписки и оперированы в связи с рецидивом кровотечения.

У 6 (27,2%) больных данной группы был зафиксирован летальный исход.

**Выводы**

1. Лечебная тактика при ОГДЯК у больных, поступивших по скорой помощи, заключается в эффективном применении методов остановки кровотечения и лечения, включающих динамическую лечебную эндоскопию, трансфузионную и гемостатическую терапию в условиях реанимационного отделения.

2. Экстренные хирургические вмешательства при ОГДЯК должны выполняться только при неэффективной остановке кровотечения. В случае опасности повторного кровотечения показана срочная операция. При этом должны выполняться минимальные по объёму оперативные пособия, направленные на спасение жизни пациента.

3. Больные после остановки язвенного гастродуоденального кровотечения подлежат всестороннему комплексному исследованию и противоязвенной терапии с последующим определением лечебной тактики.

## Список литературы

1. *Баев О.В., Кравченко И.В.* Тактика лечения больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложнённой кровотечением. Сборник: «Кафедра общей хирургии РостГМУ, 1988-2008 гг.», Ростов-на-Дону 2008; 65-66.
2. *Чернов В.Н., Маслов А.И., Бароков Э.М.* Обследование и лечение больных с острыми гастродуоденальными язвами. *European journal of natural history* 2007; 6: 78-79.
3. *Чернов В.Н., Скорляков В.В., Баев О.В., Темирёв А.А.* Диагностика и лечение осложнённых форм язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Материалы V Всероссийской конференции общих хирургов, объединённой с Пленумами проблемных комиссий РАМН «Неотложная хирургия» и «Инфекция в хирургии» Межведомственного научного совета по хирургии. Москва-Ростов-на-Дону, 2008; 63-66.

Поступила 29.09.09 г.

## Информация об авторах

1. Скорляков Владимир Валентинович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии Ростовского государственного медицинского университета, e-mail: novikysia@mail.ru
2. Маслов Александр Иванович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии Ростовского государственного медицинского университета, e-mail: novikysia@mail.ru
3. Бароков Эльдар Мухамедович – врач-ординатор кафедры общей хирургии Ростовского государственного медицинского университета, e-mail: novikysia@mail.ru