

Н.А.Жанталинова

**ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ  
ПРИ КРОВОТОЧАЩИХ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ***Институт медицинского образования НовГУ*

There has been carried on the analysis of surgical treatment results of 210 patients with big and giant ulcers of stomach and duodenum complicated by bleeding. Rate of bleeding accounted 55,3% of the total number of observations. In most patents localization of ulcers was noted on the posterior wall of stomach (66,9%) and duodenum (63,5%). Bleeding of severe degree was marked most frequently in gastric localization it was 52,1% but in duodenal one – 55,4% operation of choice was resection of stomach performed on 87,1% of patients beside Bilrot-I – in 59,6%, Bilrot-II – in 40,4%. Organ preserving types of operations were performed on 13 (6,2%) patients, palliative operations – on 11 ones (5,2%). Post-operative lethality was 6,2%.

**Введение**

Одной из сложных проблем является выбор хирургической тактики при больших и гигантских (БиГ) язвах желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), отличающихся наиболее агрессивным течением. Гигантские язвы желудка (ГЯЖ) и ДПК относят к наиболее тяжелым формам язвенной болезни. Такие язвы плохо поддаются медикаментозной терапии, и в 40-50% случаев осложняются кровотечением, а в 40-70% — пенетрируют в соседние органы.

Одним из манифестирующих острых осложнений является кровотечение. Ряд авторов выделяют гигантские гастродуоденальные кровоточащие язвы, как особую форму язвенной болезни [1,2]. Частота встречаемости острого кровотечения из гигантских гастродуоденальных язв колеблется в широких пределах: 9,1 — 21,2% [3,4]. У других авторов она значительно выше — 50,6 — 64,3% [5,6]. По наблюдению В.В.Вахидова и соавт. [7] кровотечение у больных с гигантскими гастродуоденальными язвами встречалось в 39,8% случаев и зачастую носило профузный характер, тогда как при обычных язвах кровотечение было лишь в 12,4% случаев.

Язвы более 2 см в диаметре чаще локализовались по малой кривизне желудка и задней стенке ДПК и явились источником рецидивного кровотечения в 60% наблюдений [8]. Операцией выбора при кровоточащих желудочных язвах считают резекцию желудка [9], к прошиванию или иссечению язв рекомендуют прибегать при крайне тяжелом состоянии больных.

Ю.М.Панцырев и соавт. [10] при гастродуоденальных кровотечениях язвенной этиологии методом выбора считают стволовую ваготомию (СтВ) с пилоропластикой в сочетании с прошиванием (иссечением) кровоточащей язвы, при пенетрации — экстродуоденизацию язвы. Резекция желудка выполнялась авторами в случаях локализации язвы в желудке.

**Материал и методы**

Под наблюдением находилось 210 больных с БиГ язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненными кровотечением: 157 мужчин (74,8%) и 53 женщины (25,2%) в возрасте от 21 до 78 лет. Больных с БиГ язвами желудка было 124, с БиГ язвами

ДПК — 85, у одного пациента были сочетанные язвы желудка и ДПК.

Сопутствующая патология отмечена у 89 (39,4%) больных. Наиболее распространенной была патология сердечно-сосудистой системы: ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия (52,8%), далее следуют заболевания внепеченочных желчных путей, поджелудочной железы, костно-суставной системы (26,6%), хронические заболевания легких (16,8%), цирроз печени (5,6%).

Анализ результатов исследований основывался на клинических данных, локализации источника кровотечения, степени кровопотери по А.И.Горбашко [11] и состояния гемостаза по классификации J.Forrest.

**Результаты и их обсуждение**

Распределение больных по возрасту у мужчин отличалось в сравнении с женщинами. Соотношение мужчин и женщин в возрастной группе 21-40 лет составило 1:9, в возрасте 41-60 лет — 1:3,5, а старше 60 лет — 1:1, что свидетельствует об увеличении уровня заболеваемости язвенной болезнью у женщин в период пре- и постменопаузы. Наибольшее число больных среди мужчин отмечено в трудоспособном возрасте — от 31 до 60 лет, что составило 53,9%.

Больные были все госпитализированы в экстренном порядке, хотя обратились за медицинской помощью в разные сроки с момента кровотечения. Так, в сроки от 2 до 12 часов с момента кровотечения обратились 85 (37,6%) пациентов. В сроки от 24 до 48 часов обратились 105 (46,5%), причем у четырех больных отмечен рецидив кровотечения дома, что заставило вызвать скорую помощь. Позже трех суток с момента заболевания госпитализированы 36 (15,9%) пациентов, у которых в момент поступления эндоскопическая картина свидетельствовала об остановившемся кровотечении, а клинически была выраженная постгеморрагическая анемия.

При поступлении основные жалобы больных были на «рвоту кофейной гущи», черный стул, кратковременный коллапс и выраженную слабость. Язвенный анамнез выявлен у 102 пациентов из общего числа (48,8%): у 41 (40,2%) — от одного до четырех лет, у 32 (31,4%) — от 5 до 9 лет, у 29 (28,4%) — от

10 до 20 лет. Желудочно-кишечное кровотечение в анамнезе отметили 20 (9,5%) пациентов, страдавших язвенной болезнью желудка и ДПК. Ранее перенесенные операции, в основном ушивание прободной язвы, были у 17 (8,1%) пациентов. У 108 (51,4%) больных язвенный анамнез отсутствовал, и кровотечение явилось первым проявлением заболевания.

По результатам проведенной экстренной эзофагогастродуоденоскопии источником кровотечения у 124 (54,9%) больных явилась язва желудка, у 85 (37,6%) — язва ДПК. У больного с сочетанием язвы желудка и ДПК источником кровотечения была язва желудка.

Язвенный дефект в 83 (66,9%) наблюдениях локализовался по малой кривизне желудка, на задней стенке. Локализация язв в проксимальном отделе желудка выявлена в 8,1% случаев, в антральном — в 16,9%. Что касается локализации язв в ДПК, то наибольшее число их — 54 (63,5%) — также было на задней стенке луковицы.

У 51 (24,3%) больного состояние гемостаза было F-II-A, у 43 (20,5%) — F-II-B. Активное артериальное кровотечение (F-I-A) отмечено у 27 (12,8%) пациентов, а подтекание крови из краев язвы слабой интенсивности (F-I-B) — у 31 (14,8%). Больные с состоянием гемостаза F-I-A, F-I-B, F-II-A, F-II-B были госпитализированы в реанимационное отделение для проведения интенсивной гемостатической, дезагрегантной и антиоксидантной терапии. Пациентам с F-I-A после проведения кратковременной предоперационной подготовки была произведена экстренная операция. Больным с F-I-B после проведения интенсивной терапии выполнялась контрольная эндоскопия, в случае неэффективности лечения часть пациентов прооперированы в экстренном порядке в сроки до 6 часов с момента госпитализации. Больных с язвой, но без признаков кровотечения (F-II-C) на момент осмотра госпитализировали в хирургическое отделение.

Кровотечение как одиночное осложнение выявлено у 141 (67,1%) больного, а в 69 (32,8%) случаях оно сочеталось с другими осложнениями. При этом наиболее часто — в 45 (65,2%) случаях — имело место сочетание кровотечения с пенетрацией, что наблюдалось как при локализации язвы в желудке, так и в ДПК. В 13 (18,8%) случаях отмечалось сочетание кровотечения, пенетрации и стеноза. Сочетания кровотечения с перфорацией, кровотечения и стеноза составили 7,2% и 8,7% соответственно.

При локализации язвы в желудке и кровотечении как единственном осложнении тяжелая степень кровопотери составила 52,4%, при локализации в ДПК — 55,3%, при сочетанных осложнениях — 52,2%. На легкую и среднюю степень кровопотери приходится от 21,8% до 28,2%. Таким образом, как видим, превалировала тяжелая степень кровопотери.

Из 210 госпитализированных больных с БиГ язвами желудка и ДПК, осложненных гастродуоденальным кровотечением, в экстренном порядке были оперированы 69 (32,8%). В эту группу вошли больные с F-I-A, F-I-B, F-II-A с угрозой рецидива

кровотечения. В клинике после госпитализации рецидив кровотечения отмечен у семи (3,3%) пациентов, а у четырех (1,8%), как указывалось выше, — дома до обращения в стационар. Все эти больные поступили в поздние сроки с остановившимся кровотечением и картиной гиперкоагуляции. Срочно (в течение 24 часов) были оперированы 54 (25,7%) больных с нестабильным гемостазом, наличием рыхлого тромба и эпизодом кровотечения в анамнезе. В сроки от трех до пяти суток были оперированы 71 (33,8%) пациент, а 16 (7,6%) — в более поздние сроки: от 7 до 12 суток. Всем больным проводилась наряду с гемостатической дезагрегантная и антиоксидантная терапия.

Основной операцией была резекция желудка, выполненная 183 (87,1%) больным, причем желудочная локализация язвы имела место у 124 из них, дуоденальная — у 59. Резекция желудка по Бильрот-I применена в 109 (59,6%) случаях; резекция по Бильрот-II выполнена 74 (40,4%) больным: в 21 случае в модификации Гофмейстера — Финстерера, в 53 — по Витебскому, что составило 28,3% и 71,6% соответственно. В 102 (55,7%) случаях резекции желудка применен однорядный непрерывный шов викрилом №4 по разработанной в клинике методике.

В трех (0,7%) случаях была выполнена гастрэктомия ввиду высокой локализации язвы с обширным инфильтративным процессом и подозрением на малигнизацию.

Органосохраняющие операции выполнены 13 (6,2%) больным: в пяти случаях СтВ с иссечением язвы и пилоропластикой по Джадду, в семи — с иссечением переднестеночной язвы и пилоропластикой по Гейнеку — Микуличу, в одном — дуоденопластика.

Паллиативные операции проведены 11 (5,2%) больным в крайне тяжелом состоянии, обусловленном тяжелой степенью кровопотери на фоне сопутствующей патологии. В этих наблюдениях была выполнена гастро- и дуоденотомия с прошиванием кровоточащей язвы.

После операций, выполненных в экстренном, срочном и отсроченном порядке, умерли 13 больных, что составило 6,2%. После резекции желудка умерли трое (1,6%) больных: в двух случаях причиной смерти явилась несостоятельность швов анастомоза, в одном — острая сердечно-сосудистая недостаточность. После паллиативных вмешательств умерли четверо (36,4%). Рецидив кровотечения в этой группе был у шести (54,5%) больных, что явилось показанием для повторного вмешательства. В четырех случаях причиной смерти явилась острая сердечно-сосудистая недостаточность на фоне сопутствующей патологии. В двух из них выполнялось прошивание язвы, в двух других — стволовая ваготомия с иссечением и пилоропластикой и резекция желудка. Летальный исход наступил в течение 1-3 суток после операции. После органосохраняющих операций умерли двое (14,3%): в одном случае ввиду развившегося рецидива кровотечения, а в другом летальность была обусловлена гепато-церебральной недостаточностью на фоне цирроза печени и кровотечения из язвы ДПК, по поводу чего и оперирован.

**Выводы**

1. Наиболее часто имела место заднестеночная локализация больших и гигантских гастродуоденальных язв.

2. Операцией выбора при кровотечениях из больших и гигантских гастродуоденальных язв была резекция желудка, выполненная в 87,1% случаев.

3. Применение органосохраняющих операций при больших и гигантских язвах желудка и ДПК не всегда представляется возможным в силу выраженных воспалительно-инфильтративных процессов в пилородуоденальной зоне и деформации близлежащих анатомических структур, а также частой заднестеночной локализации язв как в желудке, так и ДПК, сопровождающейся деструкцией стенки органа.

4. Применение стволовой ваготомии в экстренных ситуациях является наименее травматичной и патогенетически обоснованной, хотя этот вид операции приводит к денервации и других органов.

5. Паллиативные операции привели к большому числу рецидивов кровотечения (54,5%) и высокой летальности (36,4%). Применение их при кро-

вотечениях из больших и гигантских язв желудка и ДПК является малоэффективным.

1. Мартиросов Ю.К. // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 1997. №6. С.73-75.
2. Петухов В.М., Назаренко П.М., Биличенко В.Б. // Мат. конф. «Актуальные вопросы медицинской науки и фармации». Курск, 2000. С.219-221.
3. Николаев Н.О., Гришин С.Г., Багинский Е.М. и др. // Хирургия. 1988. №5. С.29-34.
4. Доценко А.П., Зайчук А.И. // Клинич. хирургия. 1989. №8. С.45-48.
5. Графов А.К. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Воронеж, 2002. 23 с.
6. Гоер Я.В., Тутченко Н.И., Соломко А.В. // Клинич. хирургия. 1989. №8. С.43-45.
7. Вахидов В.В., Калиш Ю.И., Богданов-Березовский А.Г. // Хирургия. 1990. №3. С.17-19.
8. Стойко Ю.М., Багненко С.Ф., Курыгин А.А., Вербицкий В.Г., Скрябин О.Н. // Хирургия. 2002. №8. С.32-35.
9. Жерлов Г.К., Кошель А.П., Гибадулин Н.В., Кейян С.В., Рудая Н.С. // Вестн. хирургии. 2001. №2. С.18-21.
10. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д. // Хирургия. 2003. №3. С.43-49.
11. Горбашко А.И. Острые желудочно-кишечные кровотечения. Л.: Медицина, 1982. 240 с.