ИЗУЧЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КРОВОТОЧАЩИМИ ЯЗВАМИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В СОЧЕТАНИИ С ДРУГИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

К.Х.ХАТАМОВ, И.В.МЕЛЬНИК, А.Ф.АБДУРАИМОВ

The results of treatment of the patients with the bluding duodenal ulcer combined with the other complication of ulcer

K.X.KHATAMOV, I.V.MELNIK, A.F.ABDURAIMOV

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Изучены результаты лечения 267 больных с кровоточащими язвами двенадцатиперстной кишки в сочетании с другими осложнениями язвенной болезни. У 23 пациентов кровотечение из язвы наблюдалось на фоне перфорации. У 244 основным экстренным осложнением явилось кровотечение. Указаны преимущества резекции желудка, которая надежно устраняет язвенный субстрат. Паллиативные вмешательства оправданы при больших размерах язвенных инфильтратов и грубой пенетрации только у крайне тяжелых больных с массой сопутствующих патологий, в терминальной стадии разлитого перитонита.

The results of treatment of 267 patients with duodenal ulcer bluding combined with the other complications were studied. In 23 cases the bluding was combined with perforation. Bluding was the single main complication in 244 observed patients. In majority cases it is necessary to perform the resection of stomach as radical measure of disposing of the ulcer.The organ-preserving operations are limited due to infiltration of the penetration and a large size of the ulcer. These are the reasons of small efficacy of the palliative manipulations. They should be performed in patients with advanced stage of disease, severe complications and advanced stage of peritonitis.

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ДПК) остается одной из наиболее сложных проблем хирургической гастроэнтерологии. Взгляды на патогенез такого мультифакторного заболевания, каким является язвенная болезнь, постоянно меняются. Хорошие результаты дает консервативная терапия высокоэффективными противоязвенными препаратами. Однако запущенные формы заболевания, наличие у одного пациента нескольких сочетанных осложнений язвенной болезни вызывают существенные затруднения в выборе лечебной тактики [1-4].

Материал и методы

Нами проанализированы результаты лечения 267 пациентов в возрасте от 19 до 75 лет с кровотечениями из хронических язв двенадцатиперстной кишки, сочетающимися с другими осложнениями язвенной болезни: перфорацией, стенозом, пенетрацией. Среди больных 85,8% составляли лица мужского пола. Все они находились на стационарном лечении в отделе экстренной хирургии РНЦЭМП и в отделении хирургии Сырдарьинского филиала РНЦЭМП в 2000 – 2008 гг.

Данные о различных сочетаниях осложнений язвенной болезни представлены в таблице 1.

Результаты и обсуждение

С клинической картиной перфорации язвы госпитализированы 23 больных. У 9 из них, помимо перфорации, имелось кровотечение из язв, у 12, кроме кровотечения и перфорации, выявлен стеноз луковицы двенадцатиперстной кишки различной степени выраженности, у 2 больных отмечались перфорация, кровотечение и пенетрация. У всех пациентов на первый план выступала клиническая картина перфорации полого органа и перитонита, поэтому наличие параллельно с перфорацией и кровотечения из язвы до операции ни у одного больного диагностировать не удалось. В результате при определении объема оперативного вмешательства были допущены ошибки, которые стали причиной летальных исходов.

Как было отмечено выше, сочетание перфорации и кровотечения наблюдалось у 9 пациентов. До операции из-за тяжести состояния, болевого синдрома и типичной клинической картины перитонита эндоскопическое исследование у них не выполнялось. Интраоперационно у 2 больных выявлен местный, у 2 – диффузный, у 5 - разлитой перитонит. У 2 в брюшной полости обнаружен серозный, у 3 – серозно-фибринозный, у 4 - гнойный экссудат. У 7 пациентов язва локализовалась на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки, интраоперационно по установленному назогастральному зонду выделялась «кофейная гуща», что, помимо перфорации, позволило заподозрить кровотечение из язвы. У этих больных произведена операция Джадда. Ваготомия не выполнялась. У 2 – х пациентов кровотечение из язвы до операции и интраоперационно не диагностировано. Им выполнено ушивание язвы. Однако в раннем послеоперационном периоде у них был стул черного цвета, отмечалось снижение уровня гемоглобина, резкое падение гемодинамики. В обоих случаях наступил летальный исход, причиной которого послужил тяжелый декомпенсированный геморрагический шок вследствие профузного кровотечения. На аутопсии, помимо ушитой язвы на передней стенке, обнаружена вторая «каллезная» язва на задней стенке луковицы с наличием аррозированных сосудов.

Послеоперационные осложнения наблюдались у 7 па-

Таблица 1. *Распределение больных с сочетанными осложнениями язвенной болезни по полу и возрасту*

Осложнение	Возраст, лет					Пол		Число больных
	до 19	19-44	45-59	60-74	> 75	муж	жен	абс. (%)
Перфорация Кровотечение	-	2	4	3	-	9	-	9 (3,4)
Перфорация Кровотечение Стеноз	-	10	-	2	-	11	1	12 (4,5)
Перфорация Кровотечение Пенетрация	-	-	2	-	-	2	-	2 (0,7)
Кровотечение Пенетрация	1	41	42	9	-	79	14	93 (34,8)
Кровотечение Стеноз	1	39	18	8	2	49	19	68 (25,5)
Кровотечение Стеноз Пенетрация	2	41	30	8	2	79	4	83 (31,1)
Итого, абс. (%)	**4(1,5)**	**133(49,8)**	**96(36)**	**30 (11,2)**	**4 (1,5)**	**229 (85,8)**	**38 (14,2)**	**267 (100)**

Таблица 2. *Распределение больных в зависимости от тяжести кровопотери и геморрагического шока*

Осложнение	Число б - х	Степень тяжести кровопотери			Степень геморрагического шока				
		легкая	средняя	тяжелая тяжелая	крайне	без шока	I	II	III
Кровотечение Пенетрация	93	62	13	15	3	21	61	8	3
Кровотечение Стеноз	68	50	8	8	2	14	48	4	2
Кровотечение Стеноз Пенетрация	83	61	12	7	3	19	54	6	4
Итого, абс.(%)	**244(100)**	**173(70,9)**	**33(13,5)**	**30(12,3)**	**8(3,3)**	**54(22,1)**	**163(66,8)**	**18(7,4)**	**9(3,7**

циентов: пневмония - у 4, острый инфаркт миокарда – у 1, несостоятельность швов в месте ушивания и перитонит – у 2. Им выполнена релапаротомия с резекцией желудка. Послеоперационный период протекал тяжело, с развитием полиорганной недостаточности и закончился летальными исходами. Послеоперационная летальность в группе составила 44,4%.

Сочетание перфорации, кровотечения и стеноза имело место у 12 пациентов. Интраоперационно у 5 больных выявлен местный, у 6 – диффузный, у 1 - разлитой перитонит. У 2 в брюшной полости был серозный, у 9 – серозно-фибринозный, у 1 – гнойный экссудат. 10 из них выполнена резекция желудка, 2 – ушивание перфоративного отверстия язвы и наложение впередиободочного гастроэнтероанастомоза с энтеро-энтероанастомозом по Брауну. В послеоперационном периоде пневмония развилась у 3-х пациентов, нагноение раны - у 1, недостаточность культи ДПК - у 1. деструктивный панкреатит – у 1. Послеоперационная летальность в группе составила 16,7%.

Перфорация с кровотечением и пенетрацией имела место у 2 пациентов. Интраоперационно у 1 больного выявлен местный, у 1- разлитой перитонит. У 1 пациента в брюшной полости имел место серозный, у 1 – серозно-фибринозный экссудат. Обоим пациентам выполнена резекция желудка. Послеоперационный период протекал гладко. Осложнений и летальных исходов не было.

У 244 пациентов при поступлении имелась клиническая картина желудочно-кишечного кровотечения. Основными симптомами были общая слабость - 92%. рвота «кофейной гушей» - 82%, наличие оформленного стула черного цвета - 80%, головокружение - 61%, обморочное состояние - 24%. Степень тяжести кровопотери оценивали по классификации П. Г. Брюсова (1997). Легкая степень кровопотери имела место у 173 (70,9%),средней степени - у 33 (13,5%), тяжелая – у 30 (12,3%), крайне тяжелая – у 8 (3,3%) пациентов. Тяжесть геморрагического шока оценивали по классификации Г.А.Рябова (1979). У 54 (22,1%) больных при поступлении гемодинамические показатели были стабильные, признаки геморрагического шока отсутствовали. Шок I степени диагностирован у 163 (66,8%), II – у 18 (7,4%), III - у 9 (3,1%) больных (табл. 2).

Основным методом обследования больных этой группы являлась эзофагогастродуоденофиброскопия, целью которой было выявление источника кровотечения, оценка надежности установившегося в язве гемостаза в соответствии с классификацией Forrest (1987) (табл.3).

Продолжающееся кровотечение – Forrest IA и IB - при поступлении наблюдалось соответственно у 9 (3,7%) и 19 (7,8%). У остальных пациентов имело место остановившееся (состоявшееся) кровотечение (Forrest IIA, IIB, IIC, III).

Таблица 3. *Характер гемостаза в язве по Forrest (1987)*

Осложнение	Число б - х	Характер гемостаза в язве по Forrest					
		IA	IB	IIA	IIB	IIC	III
Кровотечение Пенетрация	93	3	8	16	36	29	1
Кровотечение Стеноз	68	2	3	7	28	23	5
Кровотечение Стеноз Пенетрация	83	4	8	16	22	25	8
Итого, абс.(%)	**244(100)**	**9(3,7)**	**19(7,8)**	**39(1,6)**	**86(35,2)**	**77(31,6)**	**14(5,7)**

С целью остановки кровотечения и укрепления гемостаза в язве у 97 (39,8%) больных применялись различные эндоскопические методики (табл.4).Столь низкий процент их использования связан со значительными техническими трудностями. Язвы, как правило, были с грубыми рубцовыми краями, глубокие, вызывающие выраженную деформацию стенки. Нередко язвенный дефект находился за участком стеноза, который невозможно пройти эндоскопом, либо язва была полностью заполнена сгустком крови. В таких условиях манипулировать инжектором или коагуляционным зондом крайне затруднительно. Однако при наличии необходимого оборудования и специалиста попытки остановить кровотечение даже на несколько часов эндоскопическим путем всегда оправданы. Это дает возможность провести инфузионную терапию, заготовить необходимые препараты крови и оперировать больного в стабильном состоянии до наступления рецидива в более выгодных условиях. Если кровотечение имеет профузный характер, и кровь заливает смотровой объектив эндоскопа, не позволяя произвести прицельную коагуляцию, манипуляцию необходимо прекратить, и больного экстренно оперировать.

Попытка остановить кровотечение эндоскопическим путем предпринята у всех больных, поступивших с активным продолжающимся кровотечением по Forrest IA, IB. В условиях активного артериального кровотечения первичный гемостаз с применением диатермокоагуляции достигнут всего у 4 из 9 больных (у 2 из них диатермокоагуляция дополнена склерозированием периметра язвы и особенно зоны кровотечения р - ром 76% этанола). В дальнейшем, в течение первых 3-х суток пребывания в клинике эти пациенты оперированы в связи с высоким риском рецидива кровотечения или возникшим рецидивом. Эффективность первичного эндоскопического гемостаза при активном артериальном кровотечении составила 44,4%. Остальные больные в связи с продолжающимся кровотечением оперированы в экстренном порядке.

Более высокий показатель эффективности эндоскопического гемостаза получен при кровотечении из язвы венозного характера Forrest IB. Остановить кровотечение удалось у 16 (84,2%) пациентов. Рецидив кровотечения возник у 5 (31,5%) больных, подвергнутых экстренному оперативному вмешательству. Наиболее эффективным оказался эндоскопический гемостаз с комбинацией диатермокоагуляции и склерозирования этанолом.

Применение эндоскопического гемостаза в условиях остановшегося кровотечения Forrest IIA, IIB направлено на укрепление тромба, тромбирование кровоточащего сосуда и, как следствие, предупреждение возникновения рецидива кровотечения.

Сочетание кровотечения и пенетрации хронической язвы имело место у 93 больных. В экстренном порядке (в течение 2-х часов с момента поступления) оперированы 5 больных, срочно (в 1-3-и сутки) – 36, отсрочено (на 4 – 7-е сутки) – 46. В экстренном порядке оперативное вмешательство проведено также 6 пациентам с рецидивом. Показанием к выполнению экстренного вмешательства во всех случаях явилось продолжающееся кровотечение из хронических язв ДПК: у 3 – Forrest IA, у 2 – IB. У 3-х пациентов произведена резекция желудка. Летальные исходы наступили вследствие перитонита на фоне несостоятельности культи ДПК (1) и деструктивного панкреатита (1). Пациент, у которого осуществлено иссечение язвы передней стенки луковицы ДПК с пилоропластикой по Финнею и стволовой ваготомией, выписан после курса консервативной терапии по поводу гастростаза в удовлетворительном состоянии. У 1-го больного после прошивания кровоточащей язвы задней стенки луковицы ДПК в последующем развился рецидив кровотечения, приведший к летальному исходу. Во всех случаях при обработке культи ДПК и мобилизации язвы мы столкнулись со значительными техническими трудностями. Немаловажную роль в танатогенезе сыграло продолжающееся на момент взятия на операцию кровотечение и массивная общая кровопотеря.

В связи с развитием рецидива кровотечения также в экстренном порядке (в течение 2-х часов с момента наступления рецидива) 6 больным выполнена резекция желудка. Причиной летальных исходов, которые наступили у 3-х из них в ближайшем послеоперационном периоде, явились массивная кровопотеря и геморрагический шок. Послеоперационная летальность после экстренных операций составила 54,5%.

В срочном порядке оперированы 36 больных. Показанием к оперативному вмешательству служил высокий риск рецидива кровотечения, сохранение признаков нестойкого гемостаза в язвенном дне. 34 пациентам выполнена резекция желудка, 2-м - иссечение язв передней стенки луковицы ДПК с пилоропластикой по Финнею с селективной проксимальной ваготомией. Причиной летальных исходов (4) стали инфаркт миокарда (2), двусторонняя абсцедирующая пневмония на фоне аспирации с дыхательной недостаточностью (1), перитонит на фоне несостоятельности гастроэнтероанастомоза с развитием полиорганной недостаточности (1). Пос-

Таблица 4. *Распределение больных в зависимости от методики эндоскопического гемостаза*

Эндоскопический гемостаз	Число б - х	Характер гемостаза в язве по Forrest			
		IA	IB	IIA	IIB
Диатермокоагуляция	37	6	4	10	17
Диатермокоагуляция и склерозирование спиртом	35	2	12	11	10
Склерозирование спиртом	25	1	3	5	16
Итого, абс.(%)	**97(39,8)**	**9(100)**	**19(100)**	**26(66,7)**	**43(50)**

леоперационная летальность составила 11,1%.

В отсроченном порядке оперированы 46 больных с хроническими «каллезными» язвами с множественными кровотечениями в анамнезе. Во всех случаях выполнена резекция желудка. Летальные исходы в этой группе обусловлены тромбоэмболией легочной артерии (1) и перитонитом на фоне недостаточности культи ДПК (1). Послеоперационная летальность составила 4,4%.

Сочетание кровотечения, пенетрации и стеноза имелось у 83 пациентов. В экстренном порядке в связи с развитием рецидива кровотечения оперированы 9 из них. Рецидивы кровотечения возникли у 10,8%. Эта категория больных является особенно тяжелой в связи с наличием у них кровопотери и выраженных электролитных расстройствах на фоне, как правило, декомпенсированного стеноза. Всем больным выполнена резекция желудка. В послеоперационном периоде отмечалось 3 летальных исхода, причиной которых явились несостоятельность культи ДПК с развитием перитонита и полиорганная недостаточность вследствие длительного лечения (1), прогрессирование почечной недостаточности на фоне выраженной кровопотери с развитием уремии (1), инфаркт миокарда (1). Послеоперационная летальность составила 33,3%.

Срочно оперативное вмешательство выполнено 51 пациенту. С целью подготовки к оперативному вмешательству им проводилась массивная консервативная терапия, направленная на компенсацию кровопотери и водно-электролитных расстройств. Всем больным выполнена резекция желудка. Отмечено 5 летальных исходов вследствие несостоятельности культи ДПК с развитием перитонита и полиорганной недостаточности (2), тромбоэмболии легочной артерии (1), декомпенсации сердечно-сосудистой системы на фоне имеющейся исходной патологии сердца (2). Послеоперационная летальность составила 9,8%.

Отсроченные операции выполнены у 23 больных. Объем вмешательства – резекция желудка. Летальных исходов было 2 вследствие деструктивного панкреатита (1) и прогрессирования печеночной недостаточности на фоне недиагностированного до операции цирроза печени (1).

Наиболее «благоприятным» для оперирующего хирурга является сочетание кровотечения и стеноза, которое наблюдалось у 68 наших пациентов. Отсутствие пенетрации язвы за пределы органа позволяет, как правило, достаточно адекватно и анатомично провести мобилизацию язвы, без травмирования прилежащих соседних органов. Летальные исходы (2) наступили вследствие рецидива кровотечения и запоздалого взятия пациентов на операцию. Наличие стеноза не позволило осмотреть область язвы и провести эндоскопический гемостаз. Отсутствие рвоты кровью или «кофейной гущей» ввело врачей в заблуждение о стабильном состоянии больных. Показанием к взятию больных на операцию послужил резко возникший коллапс с падением уровня гемоглобина. Однако на фоне тяжелой кровопотери и шока развилась полиорганная недостаточность, приведшая к смерти. Среди оперированных в срочном и отсроченном порядке летальных исходов не наблюдалось. Все пациенты выписаны.

Заключение

Лечение пациентов с несколькими сочетанными осложнениями язвенной болезни является одной из наиболее сложных проблем экстренной хирургии. Тяжесть состояния больных обусловлена наличием перитонита и кровопотери. В большинстве случаев необходимо стремиться к выполнению резекции желудка как операции, надежно устраняющей язвенный субстрат и являющейся патогенетически обоснованной. Выполнение органосохраняющих вмешательств, как правило, ограничено, в связи с большими размерами язвенных инфильтратов, грубой пенетрацией. Паллиативные вмешательства (прошивание кровоточащей язвы, ушивание перфоративного отверстия) малоэффективны из-за грубых инфильтративно-некротических изменений в язвенном инфильтрате. В послеоперационном периоде вследствие некроза места прошивания часто возникает прорезывание наложенных швов и повторное, нередко фатальное для пациента, рецидивное кровотечение. Ушивание перфоративного отверстия по Оппелю – Поликарпову в условиях грубой пенетрации и имеющегося стенозирования приводит к полному закрытию просвета луковицы и ДПК, что требует наложения гастроэнтероанастомоза с анастомозом Брауна и ваготомии. Использование этих вмешательств показано только крайне тяжелым больным вследствие сопутствующей патологии, возраста, терминальной стадии разлитого перитонита.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Велигоцкий Н. Н., Трушин А. С., Велигоцкий А. Н., Комарчук В. В.* Современные методы хирургического лечения осложненных форм язвенной болезни. 3-й конгресс Ассоциации хирургов им. Н. И. Пирогова М 2001; 3: 161.
2. *Климов А. Е., Лебедев Н.В., Войташевская Н.В.* Тактика лечения больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением. Рос мед журн 2007; 2: 16-18.
3. *Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д.* Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв. Хирургия 2003; 3: 43-49.
4. *Лебедев Н.В., Климов А.Е., Бархударова Т.В., Макаров М.А.* Тактика лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Вестн хир

Ўн икки бармоқли ичак ярасининг қонаши бошқа асоратлар билан қўшилиб келганда олиб борилган даво натижаларининг таҳлили

К.Х.Хатамов, И.В.Мельник, А.Ф.Абдураимов
Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази

Ўн икки бармоқли ичак ярасининг қонаши 267 нафар беморда яранинг бошқа асоратлари билан қўшилиб келган. Шундан 23 та беморда қон кетиш яра перфорацияси фонида кузатилди, яна 244 беморда эса бошқа шошилинч бўлмаган асоратлар (стеноз ва пенетрация) фонида юзага келди. Патогенетик даво сифатида яра субстратини тўлиқ йўқотишга йуналтирилган ошқозон резекциясини қўллаш максадга мувофиқлиги уқтирилган. Аъзони сақлаб қолувчи амалиётлар эса фақат яра инфильтрати йирик бўлганда ва пенетрация чуқурлигида ахволи оғир, кўплаб ёндош касалликлари бор беморларда ва перитонитнинг терминал босқичида қўллаш зарурлиги тавсия қилинган.