

Г.И. Синенченко¹, В.Г. Вербицкий¹, А.Е. Демко^{1,2},
А.О. Парфёнов¹, А.Н. Секеев¹,
М.Г. Зайцев², А.В. Косачев¹

Хирургическая тактика лечения язвенной болезни желудка, осложненной кровотечением

¹Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

²Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург

Резюме. В настоящее время эндоскопический гемостаз является «золотым» стандартом в лечении пациентов, страдающих язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Общая летальность при язвенных гастродуоденальных кровотечениях, по данным отдела организации скорой помощи научно-исследовательского института скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, в Санкт-Петербурге в 2016 г. составила 5%, а послеоперационная – 8,5%. Транскаатетерная артериальная эмболизация, благодаря развитию эндоваскулярных методик гемостаза, является альтернативой паллиативным оперативным вмешательствам при неэффективности консервативного лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений с применением эндоскопических методик гемостаза, особенно в группе пациентов с высоким риском операции и неблагоприятного исхода. Установлено, что снижение летальности у больных, страдающих язвенными желудочными кровотечениями, может быть достигнуто благодаря уменьшению количества паллиативных вмешательств, более широкому применению ангиографической эмболизации для профилактики и лечения рецидива кровотечения и расширению показаний для срочных радикальных операций вне рецидива геморрагии. Применение транскаатетерной артериальной эмболизации у пациентов пожилого возраста с тяжелой соматической патологией и рецидивным язвенно-желудочным кровотечением позволяет предупредить возникновение повторного рецидива кровотечения и выполнить гемостаз. Успех выполнения процедуры транскаатетерной артериальной эмболизации зависит от множества факторов. В первую очередь, от анатомических особенностей пациента. В одном случае у пациента имелся стеноз проксимального сегмента желудочно-селезеночного ствола на 60%, что не позволило выполнить процедуру. Немаловажным является выбор агентов для эмболизации в зависимости от локализации и диаметра источника кровотечения. Успех также зависит от технического оснащения стационара и опыта хирурга. Отсутствие существенных отличий по показателю летальности между основной и контрольной группами, по нашему мнению, обусловлено тяжестью общесоматического состояния пациентов, включенных в исследование. Полученные результаты определяют необходимость дальнейших исследований с целью оптимизации показаний и методики выполнения транскаатетерной артериальной эмболизации в неотложной хирургии гастродуоденальных кровотечений.

Ключевые слова: язвенная болезнь, язва желудка, кровотечение, рецидив кровотечения, транскаатетерная артериальная эмболизация, послеоперационная летальность, эндоскопический гемостаз, эндоваскулярный гемостаз, пожилой возраст.

Введение. У лиц пожилого возраста локализация источника кровотечения в желудке встречается в 1,7 и 3 раза чаще, чем дуоденальные язвы [4, 6]. По мнению Г.К. Карипиди, И.С. Кос [2], среди пожилых пациентов в 60% случаев неэффективность эндоскопического гемостаза и возникновение рецидива геморрагии на фоне консервативного лечения связана с локализацией язвы желудка в области тела и субкардиального отдела [1, 2]. Учитывая данные факты, лечение кровоточащих язв желудка имеет особую актуальность в проблеме желудочно-кишечных кровотечений [11].

В лечении неварикозных гастродуоденальных кровотечений (НВГДК) за последние несколько десятилетий произошли коренные изменения. Эндоскопический гемостаз является «золотым» стандартом в лечении пациентов, страдающих язвенными кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. В национальных [5] и международных

рекомендациях [8] отражено современное состояние проблемы лечения НВГДК. В зависимости от возможностей лечебного учреждения, при рецидиве язвенных гастродуоденальных кровотечений (ЯГДК) в национальных рекомендациях предполагается возможность выбора между повторным эндоскопическим гемостазом, транскаатетерной артериальной эмболизацией (ТАЭ) и экстренной операцией. Таким образом, остается нерешенным вопрос показаний к срочной операции и выбора тактики лечения при рецидиве ЯГДК [10].

Цель исследования. На основании анализа результатов хирургической тактики у пациентов, страдающих язвенными желудочными кровотечениями (ЯЖК), за период 2014–2015 гг. уточнить показания к оперативному вмешательству и ТАЭ для улучшения исходов лечения данной категории больных.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни 260 больных, страдающих кровотечением из язв желудка, которые находились на лечении во 2-й клинике (хирургии усовершенствования врачей) Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова на базе Научно-исследовательского института скорой помощи им. И.И. Джанелидзе в 2014–2015 гг.

В обследовании и лечении больных, страдающих ЯЖК, придерживались «Национальных клинических рекомендаций» [5] и «Протоколов диагностики и лечения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости» [6]. Основными задачами обследования больных, страдающих ЯЖК, являлись: клиническая оценка состояния пациента, установление источника кровотечения, определение степени тяжести кровопотери и устойчивости гемостаза. На основании полученных данных определялась хирургическая тактика лечения у каждого конкретного больного и прогнозировалось дальнейшее течение заболевания.

Проведен анализ результатов лечения 20 пациентов с рецидивным гастродуоденальным кровотечением в условиях НИИ СП им. И.И. Джанелидзе за период с 2013 по 2016 г., у которых была предпринята попытка эндоваскулярного гемостаза для остановки продолжающегося ЯЖК и профилактики рецидива геморрагии. В основную группу были включены пациенты пожилого возраста ($66,7 \pm 7,8$ лет) с высокой коморбидностью и кровопотерей более 30% объема циркулирующей крови (ОЦК). Тяжесть состояния по шкале APACHE II [12] составляла: у 14 пациентов – 26 и более баллов, а у 4 пациентов – 20–25 баллов. В 6 случаях источник кровотечения локализовался в области задней стенки пилорического канала, у 14 пациентов – в области малой кривизны, тела и субкардиального отделов желудка. У 8 больных отмечен каллезный характер язвенного дефекта размером 2 см и более. Активность кровотечения по классификации J.A. Forrest (1974) [9] составила: F 1A – в 2 случаях, F 1B – в 3, F 2A и F 2B, соответственно, у 10 и 5 пациентов. В трех случаях попытки эндоскопического гемостаза рецидивного ЯЖК оказались неэффективными. В 10 наблюдениях применялась комбинация клеевой композиции и микроспиралей в качестве эмболизирующего агента, в 4 – микроспирали, в 3 – только клеевая композиция, а комбинация микроспиралей и гемостатической губки – в оставшихся 3 случаях. В контрольную группу вошли 30 пациентов, страдающих ЯЖК, схожие по возрастным показателям и тяжести сопутствующей патологии, которым ТАЭ не выполнялась. Распределение пациентов, включенных в исследование, выглядело следующим образом: мужчин было 140 (54%), женщин – 120 (46%). Возраст пациентов варьировал от 48 до 93 лет. Средний возраст составил $68,2 \pm 7,3$ лет.

Результаты и их обсуждение. Согласно классификации «Американского общества анестезиологов

(ASA) [1], группу риска составили 75 (29%) больных с IV–V степенью тяжести соматического состояния и высоким риском радикального хирургического вмешательства – 3 «Э» степени. Число пациентов, поступивших в стационар с тяжелой и крайне тяжелой кровопотерей, составило 102 человека (39%). Показано, что среди пациентов с тяжелой и крайне тяжелой кровопотерей чаще встречались больные пожилого возраста. «Язвенный» анамнез имели 38% поступивших больных, страдающих ЯЖК, более 20% – с длительностью его более 3 лет. Ранее перенесли язвенное кровотечение четверо больных. Эндоскопически локализация язвенного дефекта в кардиальном отделе желудка отмечена у 54 (21%) больных, в теле желудка – у 153 (59%), в антральном и пилорическом отделах – 53 (20%) случая.

С клиникой и эндоскопической картиной продолжающегося кровотечения (F I a, b) поступили 65 (25%) пациентов, признаки высокого риска рецидива (F II a, b) визуализировались у 71 (27%) больного, низкий риск рецидива, состоявшегося ЯЖК (F II c, III) отмечен в 124 (48%) случаях. У 54% больных язвенный дефект имел размеры более 1 см, более 2 см – в 21% случаев.

Эндоскопический гемостаз оказался неэффективным в 9 (13%) случаях среди 65 пациентов с продолжающимся ЯЖК. Данным пациентам выполнены неотложные оперативные вмешательства, в семи случаях – паллиативные в виде прошивания или иссечения источника кровотечения.

Консервативное лечение, согласно Национальным рекомендациям [11], предпринято у 251 пациента. В 14 (5,6%) случаях возник рецидив кровотечения, по поводу которого 11 пациентам выполнены неотложные оперативные вмешательства, как правило, в объеме прошивания или иссечения кровоточащей язвы. 3 больных с рецидивом лечились консервативно после успешного эндоскопического гемостаза.

В связи с неблагоприятной динамикой эндоскопических признаков геморрагии по данным контрольной фиброгастродуоденоскопии 10 пациентам с высоким риском рецидива в течение суток после поступления произведены срочные радикальные операции. Таким образом, 30 пациентов из 260 были прооперированы, оперативная активность составила 12%.

Общая летальность при кровоточащих язвах желудка составила 13,8%, среди случаев с тяжелой и крайне тяжелой степенью кровопотери она составила 21,6% (табл. 1).

При проведении консервативной терапии летальность отмечена на уровне 14,3%, тогда как послеоперационная летальность составила 10%. Данное соотношение еще более разнится при кровопотере тяжелой и крайне тяжелой степени.

Наличие тяжелой конкурирующей патологии среди пациентов с легкой (8,1%) и средней (9,5%) степенью кровопотери объясняет высокую общую летальность в данных группах. Так, у 3 пациентов с кровопотерей средней степени тяжести имели ме-

Таблица 1

Результаты оперативного и консервативного лечения язвенных желудочных кровотечений различной степени тяжести

Тяжесть кровопотери	Консервативное лечение		Оперативное лечение	
	количество больных	летальность, %	количество больных	летальность, %
Легкая	70/6*	8,6	4/0	0
Средняя	78/7	8,9	6/1	–
Тяжелая и крайне тяжелая	82/20	24,4	20/2	10,0

Примечание: * – в числителе – количество больных, в знаменателе – умерших.

сто злокачественные заболевания, у трех больных прогрессирующая ишемическая болезнь сердца осложнилась острым инфарктом миокарда и тромбозом легочной артерии, по одному больному умерло на фоне тяжелого сепсиса и острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). Умерла пациентка 73 лет, подвергшаяся оперативному вмешательству, показаниями к которому явился рецидив кровотечения в первые сутки госпитализации. Больной выполнена гастротомия, прошивание кровоточащей язвы желудка. Пациентка умерла на 3 сутки послеоперационного периода на фоне развившегося тяжелого ОНМК.

Среди пациентов с тяжелой степенью кровопотери летальность составила 24,4% при оперативном лечении и 10% – при консервативном. Группу больных с тяжелыми ЯЖК, подвергшихся консервативному лечению, составили в основном пожилые пациенты с сопутствующими заболеваниями в стадии декомпенсации, имевшие высокий риск операции при эндоскопических признаках неустойчивого гемостаза. Как правило, неблагоприятный исход был обусловлен не рецидивом кровотечения, а нарушением функции жизненно важных органов и систем на фоне тяжелой постгеморрагической анемии и гипоксии. Эти же нарушения развивались у части пациентов группы риска и при меньшей кровопотере (до 30% ОЦК), являясь основной причиной смерти при ЯГДК средней степени тяжести.

Результаты лечения 75 пациентов, страдающих ЯЖК, отнесенных к «группе риска операции», представлены в таблице 2.

Среди пациентов «группы риска операции» общая летальность почти в 2 раза превышала таковую в группе больных, не входящих в данную категорию (21,3 и 10,8% соответственно). У 45,3% пациентов данной группы отмечалась кровопотеря тяжелой степени.

Низкая оперативная активность у данной категории больных вполне обоснована и составила 4%: прооперировано лишь трое пациентов с благопри-

Таблица 2

Результаты лечения пациентов, страдающих язвенными желудочными кровотечениями в «группе риска операции»

Показатель	Больные «группы риска операции», n=75		Больные, не отнесенные к «группе риска операции», n=185		
	абс.	%	абс.	%	
Степень кровопотери	легкая	24	32	50	27
	средняя	17	22,7	67	36,2
	тяжелая и крайне тяжелая	34	45,3	68	36,8
Общая летальность	16	21,3	20	10,8	
Операционная активность	3	4	27	14,6	
Послеоперационная летальность	0		3	11,1	

ятным исходом. Показаниями к операции в 2 случаях явился рецидив кровотечения в стационаре, в одном – высокий риск рецидива из гигантской каллезной язвы желудка. Среди пациентов, не отнесенных к «группе риска операции», оперативная активность составила 14,6% с послеоперационной летальностью 11%. Частота рецидива у больных «группы риска операции» оказалась существенно выше, по сравнению с общей группой (5,6%), и составила 10,7% (8 из 75 больных).

Результаты хирургического лечения в зависимости от вида оперативного вмешательства представлены в таблице 3.

Выявлено, что ранний послеоперационный период у пациентов, перенесших паллиативные операции, протекает хуже, по сравнению с группой больных, прооперированных радикально. Так, после радикальных вмешательств рецидива кровотечения не отмечено, в то время как после гастротомии и прошивания язвы он развился у 2 из 18 больных, а осложнения возникли у 3 из 18 пациентов. 11 пациентам с рецидивом кровотечения в стационаре и в 7 случаях

Таблица 3

Результаты хирургического лечения больных ЯЖК в зависимости от вида оперативного вмешательства

Показатель	Резекция желудка	Гастротомия, прошивание (иссечение) язвы	Пилоропластика с ваготомией и прошиванием язвы
Количество вмешательств	7	18	5
Осложнения	1	3	1
Рецидивы кровотечения	0	2	0
Летальность	0	3 (16,7%)	0

из 9 при неэффективности первичного эндоскопического гемостаза были выполнены паллиативные вмешательства. В срочном порядке выполнялись только радикальные операции.

Несмотря на достаточно низкое число рецидивов на фоне консервативной терапии, в 14 (5,6%) случаях из 251 его возникновение оказывает существенное влияние на исход лечения кровоточащих язв желудка. Из 14 пациентов с рецидивом кровотечения в стационаре прооперированы по неотложным показаниям 11. В послеоперационном периоде умерло 3 больных. Трём пациентам в связи с наличием тяжелой сопутствующей патологии проводилась консервативная терапия, при этом умерла одна больная на 11-е сутки нахождения в стационаре от острой сердечно-сосудистой недостаточности на фоне тяжелой кровопотери. Общая летальность среди больных, у которых отмечен рецидив ЯЖК в стационаре, составила 28,6% (4 из 14 пациентов с рецидивом), без рецидива – 13,5%.

Высокий уровень летальности был обусловлен следующими факторами: во-первых, это группа соматически наиболее тяжелых пациентов, перенесших, как правило, массивное ЯЖК. Во-вторых, вследствие высокого риска неотложной операции, проведение консервативной терапии этим больным не имело успеха и привело к рецидиву кровотечения, что существенно ухудшало и без того тяжелое их состояние.

Установлено, что возникновение рецидива ЯЖК существенно ухудшает результаты лечения. Снижение числа рецидивов ЯЖК за счет упреждающей срочной операции, а также повышение эффективности комплексного консервативного лечения больных «группы риска операции» с использованием ТАЭ представляют собой важные проблемы хирургии желудочных кровотечений язвенной этиологии.

Технически успешными оказались 19 (95%) из 20 наблюдений при использовании ТАЭ для остановки рецидива кровотечения. Из-за анатомических особенностей у одного пациента эмболизацию выполнить не удалось: имелся стеноз проксимального сегмента желудочно-селезеночного ствола на 60%. Клиническая эффективность ТАЭ была достигнута во всех 19 случаях технически успешной эмболизации. В 3 (15%) наблюдениях отмечен неблагоприятный исход лечения после выполнения ТАЭ. Вследствие острой сердечной недостаточности на фоне постинфарктного кардиосклероза скончалась одна пациентка на третьи сутки после эндоваскулярного гемостаза. Причиной смерти в двух других случаях послужила декомпенсация тяжелых, конкурирующих с ЯЖК общесоматических заболеваний. В основной группе рецидива кровотечения и осложнений ТАЭ не отмечено. В контрольной группе умерли 7 пациентов (23,3%). У 4 (13,3%) пациентов возник повторный рецидив кровотечения. Удалось выполнить повторный эндоскопический гемостаз с благоприятным исходом двум пациентам, паллиативное оперативное вмешательство выполнено в 2-х случаях.

Таким образом, применение ТАЭ в группе пациентов пожилого возраста с тяжелой соматической патологией и рецидивным ЯЖК позволяет предупредить возникновение повторного рецидива кровотечения и выполнить гемостаз. По нашему мнению, отсутствие существенных отличий между основной и контрольной группами, включенных в исследование по показателю летальности, обусловлено тяжестью общесоматического состояния пациентов. С целью оптимизации показаний и методики выполнения ТАЭ в неотложной хирургии гастродуоденальных кровотечений полученные результаты определяют необходимость дальнейших исследований. Немаловажным является выбор агентов для эмболизации в зависимости от локализации и диаметра источника кровотечения.

Заключение. По нашему мнению, улучшение результатов лечения язвенной болезни желудка, осложненной кровотечением, может быть достигнуто за счет более широкого применения ангиографической эмболизации для профилактики и лечения рецидива кровотечения, расширения показаний для срочных радикальных операций вне рецидива геморрагии и снижения количества паллиативных вмешательств.

При неэффективности консервативного лечения язвенных кровотечений с применением эндоскопического гемостаза у пациентов с высоким риском операции и неблагоприятного исхода как альтернатива паллиативным оперативным вмешательствам предлагается транскатетерная артериальная эмболизация источника геморрагии, оценка места и роли которой в клинической практике требует дальнейших исследований.

Литература

1. Гостищев, В.К. Острые гастродуоденальные кровотечения: концепция хирургической тактики / В.К. Гостищев, М.А. Евсеев, Г.Б. Иванов // Мат. XI съезда хирургов Российской Федерации. – М., 2011. – С. 659–60.
2. Карпиди, Г.К. Клинические особенности язвенных гастродуоденальных кровотечений у больных пожилого и старческого возраста / Г.К. Карпиди, И.С. Кос, Я.В. Канксидис // Куб. научн. мед. вестник. – 2013. – № 3 (138). – С. 81–84.
3. Кретинин, С.В. Тактика при гастродуоденальных кровотечениях / С.В. Кретинин, В.С. Тарасенко // Вестн. экспер. и клин. хирург. – 2014. – Прилож. 1. – С. 46–47.
4. Лазебник, Л.Б. Клинические проявления болезни и пожилой возраст / Л.Б. Лазебник, В.Н. Дроздов // Заболевания органов пищеварения у пожилых. – М.: Анахарсис, 2003. – С. 25–34.
5. Национальные клинические рекомендации. Острые гастродуоденальные кровотечения. – Воронеж, 2014. – 9 с.
6. Протоколы диагностики и лечения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. – 3-е изд., испр. и доп. – СПб.: СПб НИИ СП им. И.И. Джanelидзе. – 2015. – С. 68
7. American Society of Anesthesiologists. New classification or physical status // Anesthesiology. – 1963. – № 24. – P. 111.
8. Barkun, A.N., International Consensus Recommendations on the Management of Patients with Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding / A.N. Barkun, M. Bardou, E.J. Kuipers // Ann. Intern. Med. – 2010. – Vol. 152, № 2. – P. 101–113.
9. Forrest, J.A.H. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. / J.A.H. Forrest, N.D.C. Finlayson, D.J.C. Shearman // The Lancet. – 1974. – Vol. 304, № 7877. – P. 394–397.

10. Holster, I.L. Management of acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: current policies and future perspectives / I.L. Hostler, E.J. Kuipers // World J. Gastroenterol. – 2012. – Vol. 18, № 11. – P. 1202–1207.
11. Khamaysi, I. Acute upper gastrointestinal bleeding (UGIB): initial evaluation and management / I. Khamasi, I.M. Granlek // Clinical gastroenterology. – 2013. – Vol. 27, № 5. – P.633–38.
12. Wagner, D.P. Acute physiology and chronic health evaluation (APACHE II) and Medicare reimbursement / D.P. Wagner, E.A. Draper // Health Care Financing Review. – 1984. P. 22–29.

G.I. Sinenchenko, V.G. Verbitskii, A.E. Demko, A.O. Parfenov, A.N. Sekeev, M.G. Zaitsev, A.V. Kosachev

Surgical tactics treatment of the peptic ulcer of the stomach, complicated by bleeding

Abstract. Currently, endoscopic hemostasis is the «gold» standard in the treatment of patients suffering from ulcerative gastroduodenal bleeding. General mortality in ulcerative gastroduodenal bleeding according to the Department of ambulance organization of the research Institute of emergency care. I.I. Dzhanelidze in St. Petersburg in 2016 was 5%, and postoperative 8,5%. Transcatheter arterial embolization, due to the development of endovascular hemostasis techniques, is an alternative to palliative surgery in the failure of conservative treatment of ulcerative gastroduodenal bleeding using endoscopic hemostasis techniques, especially in the group of patients with high risk of surgery and adverse outcome. It was found that the reduction in mortality in patients with gastric ulcer bleeding can be achieved by reducing the number of palliative interventions, wider use of angiographic embolization for the prevention and treatment of recurrent bleeding and expanding indications for urgent radical operations outside the recurrence of hemorrhage. The use of transcatheter arterial embolization in elderly patients with severe somatic pathology and recurrent gastric ulcer bleeding can prevent the recurrence of bleeding and perform hemostasis. The success of the transcatheter arterial embolization procedure depends on many factors. Primarily from the anatomical features of the patient. In one case, the patient had a 60% stenosis of the proximal segment of the gastrointestinal splenic trunk, which did not allow the procedure to be performed. Important is the choice of agents for embolization depending on the location and diameter of the source of bleeding. Success also depends on the technical equipment of the hospital and the experience of the surgeon. The absence of significant differences in mortality between the main and control groups, in our opinion, is due to the severity of the General somatic condition of patients included in the study. The obtained results determine the need for further studies to optimize the indications and methods of transcatheter arterial embolization in emergency surgery of gastroduodenal bleeding.

Key words: peptic ulcer, gastric ulcer, bleeding, recurrence of bleeding, transcatheter arterial embolization, postoperative mortality, endoscopic hemostasis, endovascular hemostasis, elderly age.

Контактный телефон: +7-921-576-82-05; e-mail: vmeda-nio@mail.ru