

УДК 616.33/34-002.44-005

**Ж.Н. КЫЖЫРОВ<sup>1</sup>, Б.Б. БАЙМАХАНОВ<sup>2</sup>, М.М. САХИПОВ<sup>2</sup>,  
А.Т. ЧОРМАНОВ<sup>2</sup>, Г.Т. БЕРИСТЕМОВ<sup>2</sup>, Н.Т. КЕМЕЛХАНОВ<sup>2</sup>**<sup>1</sup>Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы,<sup>2</sup>Городская клиническая больница №7, г. Алматы

## ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ



Кыжыров Ж.Н.

**Цель работы.** Оценить результаты работы индивидуально-активной хирургической тактики при язвенных гастродуоденальных кровотечениях с учетом клинико-эндоскопической оценки состояния локального гемостаза в динамике и прогностических критериев риска рецидива кровотечения в Городской клинической больнице №7 г. Алматы.

**Материал и методы.** В работе проанализированы результаты лечения 829 больных в возрасте от 21 до 83 лет с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Мужчин было 532 (64%) женщины – 297 (36%).

**Результаты и обсуждение.** Из 829 обследованных пациентов оперативное вмешательство произведено 327. Хирургическая активность составила 39,4%. Послеоперационная летальность составила 6,7%, общая летальность – 7,3%.

**Вывод.** На основании сравнительной оценки эффективности органосохраняющих операций и резекции желудка, выполняемых по неотложным показаниям, целесообразно применение резекции желудка по Бильрот-II как операции, патогенетической более обоснованной, дающей низкую послеоперационную летальность.

**Ключевые слова:** гастродуоденальные язвенные кровотечения, хирургическая тактика, неотложная хирургия язвенной болезни, резекция желудка, послеоперационную летальность.

**В** настоящее время при лечении больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями (ЯГДК) применяют несколько тактических подходов – от слишком активного до почти полностью отрицающего оперативное вмешательство [1, 2, 4, 6, 8, 11]. Неотложные операции по поводу массивных ЯГДК сопровождаются все еще высокой летальностью 5-15%, а в группе больных пожилого и старческого возраста она 20-25%. При запоздалых вмешательствах, выполняемых на фоне тяжелой кровопотери, а также при рецидиве кровотечения послеоперационная летальность – 25-55% [1, 3, 4, 5, 8, 10].

За последние годы сторонники активной хирургической тактики при ЯГДК считают одним из существенных факторов, способствующих снижению общей и послеоперационной летальности в этой категории больных. По сведениям многих авторов, применение активной хирургической тактики в сочетании с индивидуально-дифференцированным выбором адекватного объема и метода операции дает возможность заметно уменьшить число «операций отчаяния» и снизить уровень послеоперационных осложнений и летальности, частота которых варьирует от 12 до 17% и от 2,9 до 19,5% соответственно [1, 4, 8, 11].

Клинический опыт многих хирургов показывает, что при квалифицированном применении различных эндоскопических методов локального гемостаза можно обеспечить временную остановку кровотечения у 70–90,7% больных и оперировать их в отсроченном порядке после соответствующей

подготовки в оптимальных условиях с наименьшим риском [1, 2, 5, 7, 8, 9, 10].

Цель настоящего исследования – оценить результаты работы индивидуально-активной хирургической тактики при ЯГДК с учетом клинико-эндоскопической оценки состояния локального гемостаза в динамике и прогностических критериев риска рецидива кровотечения в Городской клинической больнице №7 г. Алматы.

### Материал и методы

Проведен анализ результатов лечения 829 пациентов с ЯГДК, из суммарного числа (1485) больных, госпитализированных по поводу ЖКК различной этиологии за 2011-2014 гг. в ГКБ №7 г. Алматы. Мужчин было 532 (64%), женщин – 297 (36%). Возраст больных от 21 до 83 лет.

Группу повышенного операционного риска составили 256 (30,8%) больных пожилого и старческого возраста, страдающих различными серьезными сопутствующими заболеваниями. Сроки поступления и источники кровотечения приведены ниже (табл. 1, 2).

Наиболее тяжелые, профузные кровотечения вызывали язвы, локализовавшиеся по малой кривизне желудка. Язвенный анамнез продолжительностью 5 лет и более имели 548 (66,1%) больных. У 128 (15,4%) больных желудочно-кишечное кровотечение послужило первым клиническим проявлением язвенной болезни. Активность ЯГДК и степень тяжести кровопотери определили по J. Forrest и по А.И. Горбашко (табл. 3, 4).

**Контакты:** Кыжыров Жанбай Налтайханович, д-р мед. наук, профессор кафедры интернатуры и резидентуры по хирургии КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы. Тел + 7 701 780 20 98, e-mail: zanbai.k@mail.ru

**Contacts:** Zhanbai Naltaikhanovich Kyzhyrov, Doctor of medical sciences, Professor of chair of internship and residency on surgery of KazNMU n.a. S. D. Asfendiyarov, Almaty c. Ph. + 7 701 780 20 98, e-mail: zanbai.k@mail.ru

Таблица 1 – Распределение больных по срокам поступления

Сроки поступления	Число больных	
	абс.	%
В течение 1-х суток	137	16,5
В течение 3 суток	415	50,1
По истечении 3 суток	213	25,7
На фоне хронической ишемии	64	7,7

Таблица 2 – Распределение больных по источникам кровотечения

Источник кровотечения	Число больных	
	абс.	%
Язва ДПК	278	33,5
Язвы желудка по Johnson, 1965 г.	392	47,2
I тип – медиогастральная язва	494	59,6
II тип – сочетанная язвенная болезнь желудка и ДПК	159	19,2
III тип – пилородуоденальная язва	176	21,2

Диагностический комплекс: анамнез, объективные данные, клиничко-лабораторные исследования, эндоскопические методы диагностики, полипозиционная рентгеноскопия желудка и ДПК водной взвесью бария сульфата и УЗИ брюшной полости.

Вопрос о выборе сроков, объема и метода оперативного вмешательства при ЯГДК решали индивидуально и дифференцированно в зависимости от особенностей конкретной клинической ситуации, определяющей степень операционного риска, интенсивность и длительность кровотечения, объем кровопотери, возраст и тяжесть состояния больного, сопутствующие заболевания, интраоперационные технические условия и личный опыт хирурга.

Для определения хирургической тактики использовали эндоскопические данные о состоянии локального гемостаза

Таблица 3 – Распределение больных в зависимости от активности ЯГДК по J. Forrest

Активность кровотечения по классам J. Forrest (F)	Число больных	
	абс.	%
F I a	44	5,3
F I b	92	11,1
F II a	147	17,7
F II b	82	9,9
F II c	125	15,1
F III	339	40,9
Всего	829	100

Таблица 4 – Тяжесть кровопотери (по А.И. Горбашко, 1982)

Степень кровотечения	Дефицит ОЦК	Число больных	
		абс.	%
I (легкая)	до 20%	171	20,6
II (средняя) степень	20-30%	306	37
III (тяжелая) степень	< 30%	236	28,4

как устойчивый и неустойчивый (В.П. Петров с соавт., 1987). К устойчивому гемостазу относили отсутствие свежей крови в просвете желудка и ДПК, видимой пульсации в зоне кровотечения и наличие плотного фиксированного белого цвета тромба; для неустойчивого гемостаза характерно наличие старой или свежей крови в желудке или ДПК, пульсирующего кровотечения из сосуда в язвенном кратере и рыхлого тромба красного или желто-коричневого цвета.

В качестве хирургического пособия выполняли как органосохраняющие операции – гастродуоденотомию с прошиванием кровоточащего сосуда или язвы, иссечение кровоточащей язвы, так и резекцию желудка. Традиционно методом выбора при выполнении неотложных операций у больных с ЯГДК считаем резекцию  $\frac{2}{3}$  желудка по Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера.

При обосновании выбора оптимальных сроков оперативных вмешательств руководствовались установками, которых в настоящее время придерживаются большинство хирургов: экстренную, срочную и раннюю плановую (отсроченную) операцию при ЯГДК.

Экстренную операцию производили на высоте активного кровотечения в любое время суток по жизненным показаниям больным (классы F Ia и F Ib) с продолжающимся профузным кровотечением на фоне геморрагического шока, кровопотери тяжелой и крайне тяжелой степени; с массивным кровотечением, у которых консервативные мероприятия, в том числе эндоскопические методы гемостаза, оказались неэффективными; с рецидивом кровотечения после его остановки в результате консервативного лечения в стационаре.

Срочную операцию считали показанной больным со средней степенью кровопотери (классы F IIa и F IIb) и остановившимся кровотечением при нестабильном гемостазе с наличием эндоскопических признаков угрозы рецидива кровотечения, а также больным с тяжелой степенью кровопотери, воздержавшимся по каким-либо причинам от экстренной операции. Оптимальным сроком выполнения срочной операции считаем 24 – 72 ч с момента поступления больных в стационар.

Раннюю плановую (отсроченную) операцию выполняли на 14 – 18-е сутки после поступления больного с остановившимся кровотечением при условии достижения стабильного гемостаза, адекватного восполнения кровопотери, полноценной коррекции гомеостаза, детального обследования пациента (классы F IIc и F III).

#### Результаты и обсуждение

С внедрением в клиническую практику диагностической и лечебной видеоэндоскопии, разработка достоверных критериев определения тяжести кровотечения и величины кровопотери позволили нам более объективно оценить состояние больных и прогнозировать исход лечения.

В лечении больных применяли активную хирургическую тактику, основанную на индивидуально-дифференцированной оценке результативности консервативной терапии.

Прогностические критерии рецидива язвенного кровотечения (И.М. Гельфанд с соавт., 1983): абсолютные критерии угрозы рецидива – «гигантские» (более 2 см в диаметре) каллезные язвы желудка и ДПК или уровень

Таблица 5 – Относительные критерии угрозы рецидива кровотечения

Показатели	Относительные критерии угрозы рецидива	Балл
Клиническая характеристика кровотечения	<ul style="list-style-type: none"> <li>· высокая интенсивность кровотечения</li> <li>· коллапс в анамнезе</li> </ul>	1
Эндоскопическая характеристика гемостаза	<ul style="list-style-type: none"> <li>· любое кровотечение, остановленное эндоскопически или</li> <li>· тромбированные сосуды в дне язвы или</li> <li>· язва, прикрытая сгустком крови</li> </ul>	1
Эндоскопическая характеристика язвы	<ul style="list-style-type: none"> <li>· глубокая язва 1,3 см – для желудка или</li> <li>· глубокая язва 0,8 см – для ДПК</li> </ul>	1

Hg >50 г на литр (при острой кровопотере), относительные критерии угрозы рецидива по трем интегральным показателям с использованием балльной шкалы (табл. 5). Если сумма баллов 2-3, то риск кровотечения высок. Срок применения прогноза 10 дней от начала кровотечения.

Прогнозирование риска рецидива кровотечения с учетом комплексной интерпретации клинико-лабораторных показателей и данных локального гемостаза, полученных при активной контрольно-динамической видеэндоскопии, проводили через 6, 12, 24, 48 и 72 ч при подозрении на рецидив кровотечения.

Комплексная оценка этих показателей позволила сформулировать диагностическую и лечебную программу при ЯГДК как индивидуальноактивную, слагающуюся из активной диагностической (контрольно-динамической эндоскопии) и индивидуально-активной хирургической тактики.

Из 829 обследованных пациентов оперативное вмешательство произведено 327. Хирургическая активность составила 39,4%. Неотложные операции выполнены 315 (96,3%) больным, в том числе экстренные – 230 (73%). Всем больным произведена гастродуоденотомия с прошиванием кровоточащей язвы и сосуда. Из них умерли 18 (7,4%) больных. И срочные – 85 (27%). У 69 больных – гастродуоденотомии с прошиванием кровоточащей язвы и сосуда, у 16 больных – резекции  $\frac{2}{3}$  желудка, из них по Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера у 10 больных и по Бильрот-I у 6 больных. В этой группе умерли 4 больных после гастродуоденотомии с прошиванием кровоточащей язвы (3) и резекции желудка (1). Ранние плановые операции – 5 (2,0%) больным. Летальности нет. После неотложных операций умерли 22 (7%) больных. Послеоперационная летальность – 6,7% (из 327 больных умерли 22). Общая летальность – 7,3% (из 829 больных умерли 61). Анализ послеоперационной летальности в зависимости от сроков выполнения хирургических вмешательств и возраста умерших показал, что в группе больных, оперированных в неотложном порядке, лица старше 60 лет составили 61,1% (т.е. 11 из 18 умерших). Активная хирургическая тактика позволила снизить послеоперационную летальность с 12,2 до 6,7%, общую летальность с 10,7 до 7,3%.

#### Выводы

Активная хирургическая тактика, выбор оптимального срока, объема и метода оперативного вмешательства больных с ЯГДК должны носить индивидуально-дифференцированный характер с учетом конкретной клинической ситуации, локализации язвы, тяжести кровопотери и степени нарушения в системе гомеостаза, а также состояния

больного. Послеоперационная летальность составила 6,7%, общая – 7,3%.

На основании сравнительной оценки эффективности органосохраняющих операций и резекции желудка, выполняемых по неотложным показаниям, целесообразно применение резекции желудка по Бильрот-II как операции, патогенетически более обоснованной, дающей низкую послеоперационную летальность.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Алиев С.А., Хыдырова Н.М. Выбор метода рациональной хирургической тактики при нестабильном гемостазе у больных с острыми гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии // Хирургия. – 2010. – №2. – С. 30-37
- 2 Винокуров М.М., Капитонова М.А. Тактика лечения больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением // Хирургия. – 2008. – №2. – С. 33–36
- 3 Гостищев В.К., Евсеев М.А. Проблема выбора метода лечения при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях // Хирургия. – 2007. – №7. – С. 7-11
- 4 Гостищев В.К., Евсеев М.А. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии (патогенез, диагностика, лечение). – М: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 384 с.
- 5 Казымов И.Л., Курбанов Ф.С. Тактика лечения кровоточащих гастродуоденальных язв // Хирургия. – 2009. – №1. – С. 33–37
- 6 Лебедев Н.В., Климов А.Е., Бархударова Т.В., Малкаров М.А. Тактика лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями // Вестн. хир. – 2007. – №4. – С. 76–79
- 7 Лебедев Н.В., Климов А.Е. Прогноз рецидива кровотечения из гастродуоденальных язв // Хирургия. – 2009. – №2. – С. 33–37
- 8 Шапкин Ю.Г., Капралов С.В., Матвеева Е.Н. и др. Активная тактика в лечении кровоточащей язвы // Хирургия. – 2004. – № 9. – С. 29–31
- 9 Шевченко Ю.Л., Корзникова А.А., Стойко Ю.М., Бадуров Б.Ш. Дифференцированное лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений // Хирургия. – 2006. – №1. – С. 18–23
- 10 Adamsen S. Behandling af blodende gastroduodenalt peptisk ulcus // Ugeskr Laeger. – 2007. – Vol. 169 (17). – P. 1551–1555
- 11 Barkun A., Bardou V., Marshall J.R. for the Nonvariceal Upper GI Bleeding Consensus Conference Group. Consensus Recommendations for Managing Patients with Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding // Ann Intern Med. – 2003. – Vol. 139 (10). – P. 843–857

## Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Ж.Н. ҚЫЖЫРОВ<sup>1</sup>, Б.Б. БАЙМАХАНОВ<sup>2</sup>, М.М. САХИПОВ<sup>2</sup>,  
А.Т. ШОРМАНОВ<sup>2</sup>, Г.Т. БЕРИСТЕМОВ<sup>2</sup>,  
Н.Т. КЕМЕЛХАНОВ<sup>2</sup>

С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, Алматы қ.,  
№7 қалалық клиникалық ауруханасы, Алматы қ.

**АСҚАЗАНҰЛТАБАР ОЙЫҚ ЖАРАСЫНАН ҚАН КЕТУІ БАР  
НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУ**

**Жұмыс мақсаты.** Алматы қаласы, №7 қалалық клиникалық ауруханасында асқазанұлтабар ойық жарасынан қан кетуде жергілікті қан тоқтату өзгерістерінің клиникалық – эндоскопиялық жағдайы мен қан кетудің қайталану қаупін болжау өлшемдерін бағалауды қамтумен қоса жеке – белсенді хирургиялық емдеу тәсілінің жұмыс нәтижелерін бағалау.

**Материал және әдістері:** Асқазанұлтабар ойық жарасынан қан кетуі бар 21 мен 83 жас аралығындағы 829 науқастарды емдеу нәтижелеріне талдау жүргізілді. Ер кісілер 532 (64%) болды, әйелдер – 297 (36%).

**Нәтижелері және талқылауы.** Анықталған 829 науқастардың ішінде 327-не операция жасалды Хирургиялық белсенділік 39,4 пайызды құрады. Операциядан кейінгі өлім көрсеткіші 6,7 пайыз болды, жалпы өлім – 7,3 пайыз.

**Қорытынды.** Асқазанды кесу мен ағзаны сақтау операцияларының тиімділігін салыстырмалы бағалау негізінде операциядан кейінгі өлімді төмендететін, аурудың пайда болуына көбірек негізделген, шұғыл көрсеткіштерге байланысты Бильрот-II бойынша жасалатын асқазанды кесу операциясын қолдану орынды.

**Негізгі сөздер:** асқазанұлтабар ойық жарасынан қан кету, хирургиялық тәсіл, ойық жара ауруының шұғыл хирургиясы, асқазанды кесу, операциядан кейінгі өлім.

## SUMMARY

Zh.N. KYZHYROV<sup>1</sup>, B.B. BAIMAKHANOV<sup>2</sup>, M.M. SAHIPOV<sup>2</sup>,  
A.T. CHORMANOV<sup>2</sup>, G.T. BERISTEMOV<sup>2</sup>,  
N.T. KEMELHANOV<sup>2</sup>

Kazakh National Medical University n.a. S.D. Asfendiyarov,  
Almaty c.,

City Clinical Hospital №7, Almaty c.

**TREATMENT PROTOCOL OF WITH GASTROINTESTINAL  
BLEEDINGS**

**Objective.** To evaluate the results of the individual active surgical tactics in gastroduodenal ulcer bleeding based on clinical and endoscopic assessment of local hemostasis in dynamics and prognosis criteria for risk of recurrence bleeding in City Clinical Hospital №7 Almaty.

**Materials and methods.** We analyzed the results of treatment of 829 patients aged 21 to 83 years with gastroduodenal ulcer bleeding. Men were 532 (64%) of women – 297 (36%).

**Results and discussion.** Of the 829 patients studied surgery performed 327. Surgical activity was 39.4%. Postoperative mortality was 6.7%, the overall mortality rate – 7.3%.

**Conclusion:** On the basis of a comparative evaluation of the effectiveness of operations and organ resection performed for urgent indications it is expedient to use gastrectomy Billroth-II as operations pathogenetic more reasonable, giving a low postoperative mortality.

**Key words:** gastroduodenal ulcer bleeding, surgical tactics, emergency surgery ulcer disease, gastric resection, postoperative mortality.

Для ссылки: Кыжыров Ж.Н., Баймаханов Б.Б., Сахипов М.М., Чорманов А.Т., Беристемов Г.Т., Кемелханов Н.Т. Лечение больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями // J. Medicine (Almaty). – 2015. – No 8 (158). – P. 26-29

Статья поступила в редакцию 23.07.2015 г.

Статья принята в печать 12.08.2015 г.