



Н. В. Трофимов,
В. П. Крышень,
А. В. Чухриенко,
П. В. Лященко

Днепропетровская
медицинская академия МОЗ
Украины, г. Днепр

© Коллектив авторов

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Резюме. Нами проанализированы результаты оперативного лечения 28 пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями язвенной этиологии. Категория из 16 больных, у которых течение основного заболевания отягощено кардиоваскулярной патологией и группа сравнения — 12 пациентов. Резекционные методы применялись у 9 больных (32,2 %), из которых — 1 (3,6 %) резекция желудка по Ру, 1 (3,6 %) — субтотальная резекция желудка, 7 (25 %) резекций желудка по Бильрот-П, из которых 1 пациент (3,6 %) с локализацией язвы в двенадцатиперстной кишке и 6 (21,4 %) — с желудочной локализацией. Паллиативные методы оперативного лечения наблюдались у 7 больных (25 %), из них гастротомия, прошивание кровоточащей язвы — у 6 пациентов (21,4 %) и 1 операция (3,6 %) в объеме прошивания язвы гастроэнтероанастомоза. Так же выполнялись оперативные вмешательства, которые можно назвать условно-радикальными. Иссечение язвенного дефекта с пилоропластикой по Финнею и Гейнеке-Микуличу наблюдались у 2 (7,1 %) и 6 (21,4 %) пациентов, антрумэктомия из стволовой ваготомией — у 4 пациентов (14,3 %). Общая послеоперационная летальность у больных с желудочно-кишечными кровотечениями язвенного генеза составила в 10,7 %. Послеоперационная летальность в группе больных с сопутствующей кардиоваскулярной патологией 12,5 %, в группе сравнения 8,33 %.

Ключевые слова: *желудочно-кишечные кровотечения, кардиоваскулярная патология, послеоперационная летальность.*

Введение

Желудочно-кишечные кровотечения являются важной проблемой в ургентной хирургии органов брюшной полости. Особая категория больных — лица высокого операционного риска. Данная группа представлена пациентами как из хронической кардиоваскулярной патологией, так и с острыми инфарктами миокарда, аритмиями различного генеза, острыми нарушениями мозгового кровообращения, состояниями после аортокоронарного шунтирования, шунтирования почечных артерий. Наиболее частой причиной летального исхода является рецидив кровотечения. На сегодняшний день решение проблемы гастродуоденальных кровотечений стало возможным благодаря развитию эндоскопии. С помощью данного метода врач может идентифицировать локализацию источника, размеры, эндоскопическую характеристику, выполнить профилактику рецидива кровотечения или эндоскопический гемостаз с последующим контролем эффективности. Эндоскопия является малоинвазивным методом в лечении гастродуоденальных язв, уменьшая при этом проведение операций на высоте кровотечения.

Тем не менее остается высоким показатель послеоперационной летальности, в частности

у больных с кардиоваскулярной патологией, которая составляет 20-50 % по данным многих авторов, таких как Березницкий Я.С., Шепетько Е.Н., Братусь В.Д., Фомин П.Д., Бойко В.В., Матвийчук Б.О. [1,2].

Показания к операции вырабатывают исходя из прогноза рецидива кровотечения и оценки витальных функций больных. Сопутствующая патология, в свою очередь, заставляет сдержаннее относиться к оперативным вмешательствам по поводу рецидива кровотечения. При подозрении последнего выполняют повторные ЭГДС с проведением местного гемостаза, которые дают возможность оперировать в отсроченном периоде, после нормализации витальных показателей, либо, при неуспешном гемостазе — на высоте кровотечения, то есть в экстренном порядке.

Большую часть в структуре оперативных вмешательств занимают резекционные методы. Паллиативные методы, в основном, не применяются из-за отсутствия радикального устранения морфологического субстрата заболевания и наличия послеоперационных осложнений, которые являются техническими — прорезывание швов, несостоятельность гастротомической или дуоденотомической раны, рецидив кровотечения из данной



зоны, стенозирование пилородуоденального канала, за счет чего повышается послеоперационная летальность [3].

Цель исследований

Определение особенностей лечебной тактики при желудочно-кишечном кровотечении у больных с сопутствующей кардиоваскулярной патологией, выбора хирургического метода лечения.

Материалы и методы исследований

Проанализировали лечебно-диагностическую тактику у больных с гастродуоденальными кровотечениями (n=488), в частности с патологией сердечно-сосудистой системы (n=329) в КУ «Днепропетровская КОСМП» ДГС в период за 2017 год. Прооперировано 28 пациентов. Данные распределили на две группы: I – оперированные пациенты с кардиоваскулярной патологией (n=16) – 57,14 %, II – группа контроля (n=12) – 42,86 %. Женщин — 6 (21,4 %), мужчин — 22 (78,6 %), средний возраст которых составлял — 55 лет. Самому старшему было 86 лет, младшему — 26 лет.

Обработка проведена с использованием статистических программ и методов: общеклинических — эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) с определением локализации, размеров дефектов и состояния местного гемостаза; лабораторных методов — общий клинический анализ крови — гемоглобин, количество эритроцитов, цветовой показатель, гематокрит. Статистическую обработку материалов исследования проводили с использованием методов биостатистики, которые были включены в пакет программ Statistica 6.1. Для оценки вероятности различий средних величин — критерий достоверности (p) по Стьюденту для несвязанных совокупностей, характеристика стандартного отклонения выборочного среднего освещена с помощью стандартной ошибки средней ($\pm m$). Для построения диаграмм использовали Microsoft Excel 2013.

Результаты исследования и их обсуждение

Проанализировав результаты оперированных 28 пациентов по поводу гастродуоденального кровотечения за 2017 год, установили, что резекционные методы применялись у 9 больных (32,14 \pm 8,83 %), из них – резекция желудка по Ру – 1 (3,57 \pm 3,51 %), 1 (3,57 \pm 3,51 %) субтотальная резекция желудка, 7 (25 \pm 8,18 %) резекций желудка по Бильрот-II, из которых 1 пациент (3,57 \pm 3,51 %) – с локализацией язвы в ДПК и 6 (21,43 \pm 7,75 %) – с желудочной локализацией. Паллиативные методы оперативного лечения были использованы у 7 больных (25 \pm 8,18), из них гастротомия, прошивание кровоточащей язвы – у 6 пациентов (21,43 \pm 7,75 %) и 1 операция (3,57 \pm 3,51 %) в объеме прошивания язвы гастроэнтероанастомоза. Так же выполнялись опе-

рации, которые можно назвать условно-радикальными. Иссечение язвенного дефекта с пилоропластикой по Финнею и Гейнеке-Микуличу — у 2 (7,14 \pm 4,87 %) и 6 (21,43 \pm 7,75 %) пациентов, антрумэктомия из стволовой ваготомией — у 4 пациентов (14,29 \pm 6,61 %).

У пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями, которые страдают патологией сердечно-сосудистой системы, большая и массивная кровопотери наблюдалась у 6 (37,50 \pm 12,10 %) и 2 (12,5 \pm 8,27 %) пациентов соответственно, средняя степень наблюдалась у 4 больных (25 \pm 10,83 %), малая степень кровотечения была выявлена у 4 пациентов и составляла 25 \pm 10,83. У больных группы контроля большая степень кровопотери определялась у 6 (50 \pm 14,43), средняя – у 5 (41,67 \pm 14,23 %), малая – у 1 (8,33 \pm 7,98 %), массивная – не наблюдалась (p>0,05). Рассмотрев тактику оперативного лечения можно указать на следующие моменты: 6 пациентов с кардиоваскулярной патологией, имеющие большую степень кровопотери, были оперированы: 1 (16,67 \pm 15,22 %) – активная тактика и радикальная методика, 2 (33,33 \pm 19,24 %) – активная тактика, условно-радикальная методика, 1 (16,67 \pm 15,22 %) – активная тактика и паллиативная методика, 2 (33,33 \pm 19,24 %) – активно-выжидательная и радикальная. Пациенты с массивной кровопотерей: 2 пациента (100 %) – активно-выжидательная тактика и условно-радикальная методика. Из группы контроля с большой степенью кровопотери оперированы 6 пациентов: 2 (33,33 \pm 19,24 %) – активная тактика и паллиативная методика, 1 (16,67 \pm 15,22 %) – активная тактика условно-радикальная методика, 2 (33,33 \pm 19,24 %) – активно-выжидательная тактика и радикальная методика и 1 пациент (16,67 \pm 15,22 %) – активно-выжидательная тактика и условно-радикальная методика (рис. 1).

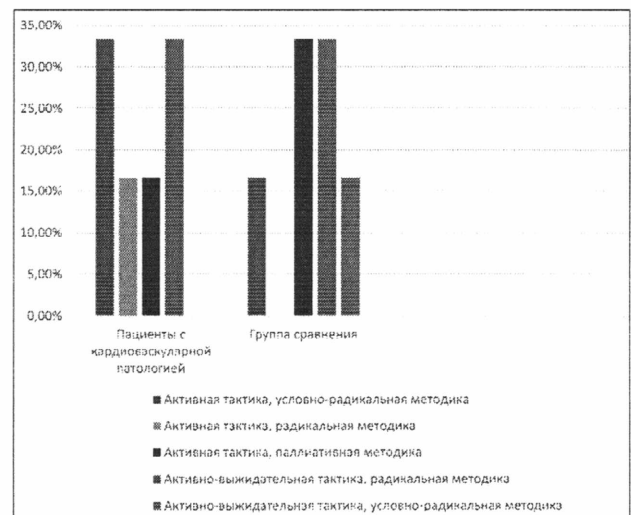


Рис.1. Распределение тактики и методики оперативных вмешательств у групп пациентов с кардиоваскулярной патологией и группы сравнения с большой кровопотерей

Оценили состояние местного эндоскопического гемостаза кровотечения по классификации Forrest [4,5]. Пациентов с сопутствующей кардиоваскулярной патологией – 16. Активное кровотечение F I определялось у 5 пациентов, что составляет 31,25 %±11,59 %, нестабильный гемостаз с высоким риском развития рецидива кровотечения F II – у 9 пациентов (56,25 %±12,40 %), стабильный гемостаз F III – у 2 пациентов (12,5 %±8,27 %). В группе сравнения 12 человек. Из них F I определялось у 3 пациентов, что составляет 25 %±12,5 %, F II – у 8 пациентов (66,67 %±13,61 %), а F III – у 1 пациента (8,33 %±7,98 %) ($p>0,05$). На «высоте» кровотечения прооперировано в группе пациентов с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы 5 (31,25 %±11,59 %) человек. Активная тактика применялась у 3 (18,75 %±9,71 %) пациентов, из них 1 (6,25 %±6,05 %) паллиативный метод оперативного вмешательства и 2 (12,5 %±8,27 %) — условно-радикальных. Активно выжидательная тактика — у 2 (12,5 %±8,27 %) больных, из них паллиативный метод – 1 (6,25 %±6,05 %) пациент, условно радикальный — 1 пациент (6,25 %±6,05 %).

Что касается группы сравнения – то все пациенты были прооперированы согласно активной тактики, паллиативных операций – 2 (16,67 %±10,76 %), условно-радикальная — 1 (8,33 %±7,98 %) (рис. 2).

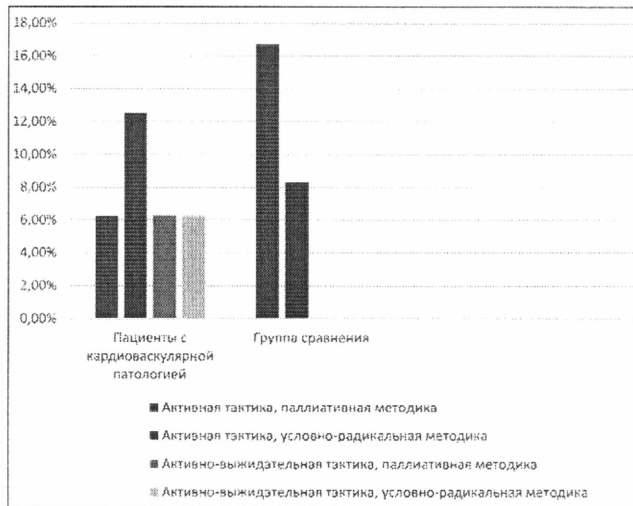


Рис.2. Распределение тактики и методики оперативных вмешательств у больных с кардиоваскулярной патологией и группы сравнения, которые были прооперированы на «высоте» кровотечения

Предоперационный период составлял от 2 часов до 8 суток. Из группы пациентов с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы ($n=16$) в течении первых суток прооперировано 3 (18,75 %±9,76) пациента с активным кровотечением F I, 4 (25 %±10,83 %) – с нестабильным гемостазом и высоким риском развития рецидива кровотечения F II, 1 (6,25 %±6,05 %) – со стабильным

гемостазом F III. В течении 2–4 суток от момента поступления прооперировано 1 (6,25 %±6,05 %) пациент с F I, 3 (18,75 %±9,76 %) пациента с F II и 1 (6,25 %±6,05 %) — с F III. На 5–8 сутки выполнено оперативное вмешательство у 1 (6,25 %±6,05 %) пациента с F I и 2 (12,5 %±8,27 %) — с F II. Что касается группы контроля – то в первые сутки прооперировано 3 (25 %±12,5 %) пациента с активным кровотечением F I, 3 (25 %±12,5 %) — с нестабильным гемостазом и высоким риском развития кровотечения F II, 1 (8,33 %±7,98 %) — со стабильным гемостазом F III. В течении 2-4 суток от момента поступления выполнены оперативные вмешательства 4 (33,33 %±13,61) пациентам с F II. На 5–8 сутки оперирован 1 (8,33 %±7,98 %) пациент с F II.

Выделив группу пациентов с сопутствующей кардиоваскулярной патологией и группу сравнения, можно проследить следующее. Оперированная категория пациентов с патологией сердечно-сосудистой системы составляет 16 человек. Объемы операций распределились следующим образом: резекционные методики применялись хирургами в 5 случаях (31,25 %±11,59 %), из них резекция желудка по Ру – 1 (6,25 %±6,05 %), резекция желудка по Б-II с локализацией язвенного дефекта в двенадцатиперстной кишке — 1 (6,25 %±6,05 %), резекция желудка по Б-II с локализацией язвы в желудке – 3 (18,75 %±9,76 %). Паллиативные операции наблюдались в 4 случаях (25 %±10,83 %). Гастротомия, прошивание язвенного дефекта – 3 (18,75 %±9,76), прошивание язвы гастроэнтероанастомоза – 1 (6,25 %±6,05 %). Условно радикальные операции выполнены 7 пациентам (43,75 %±12,40 %). Иссечение язвенного дефекта с пилоропластикой по Финнею — 2 (12,5 %±8,27 %), иссечение язвенного дефекта с пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу — 4 (25 %±10,83), антрумэктомия, СтВ — 1 (6,25 %±6,05 %). Группа сравнения составляла 12 человек. У них резекционные операции применялись у 4 пациентов (33,33 %±13,61 %), из которых резекция желудка по Бильрот-II выполнена 3 пациентам (25 %±12,5 %), а субтотальная резекция желудка была выполнена 1 пациенту (8,33 %±7,98). Паллиативные методы оперативного лечения были использованы у 3 пациентов (25 %±12,5 %): гастротомия, прошивание кровоточащей язвы. Условно радикальные операции выполнены 5 пациентам (41,67 %±14,23 %), 2 из которых — пилоропластика по Гейнеке-Микуличу (16,67 %±10,76 %), 3 (25 %±12, %) - антрумэктомия, СтВ ($p>0,05$).

Исходя из вышеизложенного можно сказать о том, что в структуре оперативного лечения группы пациентов с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы резекционные и паллиативные распределились следующим образом — 31,3 и 25 % соответственно. Тогда, как



условно радикальные методы преобладают и составляют 43,8 %. В группе сравнения, радикальные и условно радикальные распределили 33,3 и 41,7 % соответственно. Паллиативные методы — 25 %. Графически данные наблюдения можно изобразить следующим образом (рис. 3).

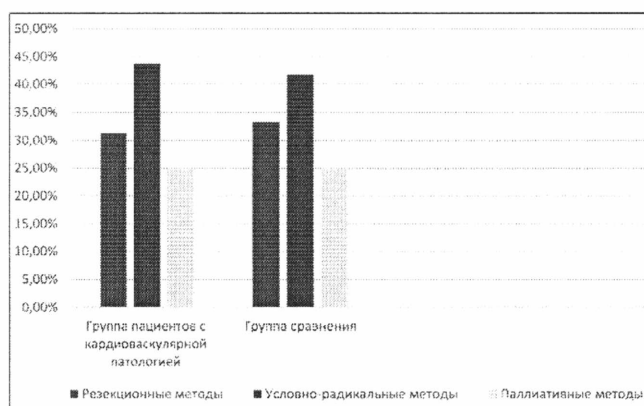


Рис.3. Распределение методик оперативного вмешательства у пациентов различных групп

Распределение типов операций в группах существенно не отличаются, но при остром инфаркте миокарда, аритмии различной этиологии, острым нарушением мозгового кровообращения, состоянием после аорто-коронарного шунтирования в 100 % случаев применялась паллиативная методика [6, 7].

Послеоперационная летальность составляла (12,5±8,27) % в группе пациентов с патологией сердечно-сосудистой системы, (8,33±7,98) % в группе контроля. В первой группе летальность выше и связана с наличием кардиоваскулярной патологии, приемом препаратов по схеме «двойной» или стандартной гипотензивной терапии,

которые включают в себя антикоагулянты, антиагреганты, которые влияют на реологические свойства крови, а также наличием послеоперационных осложнений — несостоятельность анастомоза, рецидива кровотечения.

Актуальным остается вопрос предоперационной подготовки и послеоперационной терапии с учетом сопутствующей патологии, так как они оказывают влияние на характер течения и продолжительность послеоперационного периода [8].

Выводы

1. Высокая частота выявления кардиоваскулярной патологии у больных с желудочно-кишечными кровотечениями играют решающую роль при выборе лечебной тактики и метода оперативного вмешательства.

2. При острой кардиоваскулярной патологии (острый инфаркт миокарда, мерцательной аритмии, острое нарушение мозгового кровообращения, АКШ) в 100 % случаев выполнялись паллиативные операции. Все чаще применяются радикальные методы в хирургической практике. Резекционные методы чаще использовались у пациентов группы сравнения на 2 %, чем у пациентов с патологией сердечно-сосудистой системы ($p>0,05$).

3. Полученные данные побуждают искать методы хирургического лечения у пациентов с кардиоваскулярной патологией, которые бы содержали в себе элементы радикализма и в то же время были щадящими, органосохраняющими по своей сути.

4. Послеоперационная летальность у группы сравнений ниже в 1,5 раз по сравнению с группой пациентов с кардиоваскулярной патологией.

5. Полученные в ходе анализа данные необходимо учитывать при выработке лечебно-диагностической тактики у данной категории пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Інноваційні технології хірургічного лікування гострих шлунково-кишкових кровотеч / Л. Я. Ковальчук, Є. М. Шепетько, В. О. Шапринський та ін.; за редакцією Є. М. Шепетька. — Київ: Фенікс, 2014. — С. 7-10.
2. Братусь В. Д., Фомін П. Д., Шепетько Є. М., Сидоренко В. М., Біляков-Бельський О. Б., Заплавський О. В., Ліссов О. І., Козлов С. М. 25-річні результати лікування гострих шлункових кровотеч у спеціалізованому центрі // Матеріали ІХ з'їзду Всеукраїнського Лікарського Товариства (ВУЛТ), 10-12 травня 2007 року, м. Вінниця. — 2007. — С.310.
3. Григорян Р. А. Абдоминальная хирургия: в 2 т. Москва. ООО «Медицинское информационное агенство»; 2006; Том 1: С. 255-260.
4. Матвійчук Б. О., Король Я. А., Рачкевич С. Л., Тумак І. М., Артюшенко М. С. Ендоскопічний гемостаз в комплексному лікуванні виразкових гастродуоденальних кровотеч // Медичні перспективи. — 2012. — Т. XII, №1. — С.132-135.
5. Maggio D. Predictors of early rebleeding after endoscopic therapy in patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding secondary to high-risk lesions / D. Maggio, A. N. Barkun, M. Martel // Can. J. Gastroenterol. — 2013. Vol. 27. — P. 454–458.
6. Шуляренко В. А., Мамчич В. І., Фелиштинський Я. П. Тактика і перспективи лікування хворих з виразковими гастродуоденальними кровотечами // Хірургія України — 2012. — № 2. — С. 20–40.
7. Березницький Я. С. Хірургія. Підручник для студентів вищих навчальних закладів. В. Г. Мішалов, М. П. Захараш — В.: Нова книга, 2016; 712 с.
8. Особенности терапии при желудочно-кишечных кровотечениях в неотложной хирургии по этиологическому признаку / В. Ф. Чикаев, Р. А. Ибрагимов, Ю. В. Бондарев, Р. Р. Шавалеев, Д. М. Петухов // Вестник современной клинической медицины. — 2014. — №7(2). — С. 198–201.

ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ
ЛІКУВАННІ ШЛУНКОВО-
КИШКОВИХ КРОВОТЕЧ
ВИРАЗКОВОЇ ЕТІОЛОГІЇ У
ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЄЮ
СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ
СИСТЕМИ

*М. В. Трофімов,
В. П. Кришень,
А. В. Чухрієнко,
П. В. Лященко*

Резюме. Нами проведений аналіз результатів оперативного лікування 28 пацієнтів зі шлунково-кишковими кровотечами виразкової етіології. Категорія із 16 хворих, у яких перебіг основного захворювання ускладнений кардіоваскулярною патологією і 12 пацієнтів — група порівняння. Резекційні методи застосовувалися у 9 хворих (32,2%), з них — 1 (3,6%) резекція шлунку за Ру, 1 (3,6%) субтотальна резекція шлунку, 7 (25%) резекцій шлунку за Більрот-II, із яких 1 пацієнт (3,6%) з локалізацією виразки в дванадцятипалій кишці і 6 (21,4%) — зі шлунковою локалізацією. Паліативні методи оперативного лікування спостерігалися у 7 хворих (25%), із яких гастротомія, прошивання виразки — у 6 пацієнтів (21,4%), і 1 операція (3,6%) в обсязі прошивання виразки гастроентероанастомозу. Також виконувалися оперативні втручання, які можна назвати умовно-радикальними. Висічення виразкового дефекту з пилоропластикомією за Фінеєм і Гейнеке-Мікулічем спостерігалися у 2 (7,1%) і 6 (21,4%) пацієнтів, антрумектомія зі стовбуровою ваготомією — у 4 пацієнтів (14,3%). Загальна післяопераційна летальність у хворих зі шлунково-кишковими кровотечами виразкового генезу склала 10,7%. Післяопераційна летальність в категорії хворих із супутньою кардіоваскулярною патологією 12,5%, у групі порівняння — 8,33%.

Ключові слова: шлунково-кишкові кровотеча, кардіоваскулярна патологія, післяопераційна летальність.

SURGICAL TACTICS
IN THE TREATMENT
OF GASTROINTESTINAL
ULCER BLEEDING
IN PATIENTS WITH
CARDIOVASCULAR
SYSTEM PATHOLOGY

*N. V. Trofimov, V. P. Kryshen,
A. V. Chukhryenko,
P. V. Liaschenko*

Summary. We analyzed the results of surgical treatment of 28 patients with gastrointestinal bleeding of ulcerative etiology. There are group of 16 patients in whom the underlying disease burdened by cardiovascular pathology and control group 12 patients. Resection techniques were used in 9 patients (32.2%), of them — Roux stomach resection - in 1 patient (3.6%), 1 patient (3.6%), to whom performed subtotal gastric resection, Billroth II stomach resection — 7 patients (25%), of which 1 patient (3.6%) in which the ulcer was localized in the duodenum and 6 (21.4%) — with gastric localization. Palliative surgical treatment methods performed in 7 patients (25%), there are gastrotomy, bleeding ulcer closure in 6 patients (21.4%), and 1 operation (3.6%) is closure gastrojejunostomy ulcer. The same operations performed, which were conditionally radical. Excision of the ulcer with pyloroplasty according to Finney and Heineke-Mikulich observed in 2 (7.1%) and 6 (21.4%) patients, antrumectomy plus truncal vagotomy — in 4 patients (14.3%). The general postoperative mortality in patients with gastrointestinal bleeding of the ulcerative origin was 10.7%. Postoperative mortality in the group of patients with concomitant cardiovascular pathology was 12.5%, in the control group — 8.33%.

Key words: gastrointestinal bleeding, cardiovascular pathology, postoperative mortality.