



Ф.И. Махмадов,
К.М. Курбонов,
Н.М. Даминова

Таджикский государственный
медицинский университет
им. Абуали ибн Сино

© Коллектив авторов

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Резюме. В работе проанализированы результаты комплексной диагностики и лечения 138 больных с ППЖК. Результаты клинично-инструментальных исследований показали, что в большинстве случаев у больных после операций на органах гепатопанкреатобилиарной зоны наблюдается пищеводно-желудочное кровотечение, причиной которого является транзиторная портальная гипертензия. Наиболее эффективными методами профилактики и лечения этого осложнения являются разработанные и усовершенствованные методы, которые способствуют снижению портального давления.

Ключевые слова: *послеоперационные пищеводно-желудочные кровотечения, транзиторная портальная гипертензия, профилактика.*

Введение

Благодаря внедрению в клиническую хирургию современных медицинских технологий, а также значительными достижениями в области фармакологии, анестезиологии и реаниматологии из года в год прослеживается отчетливая тенденция расширения возможностей хирургического лечения заболеваний органов гепатопанкреатобилиарной зоны за счет увеличения числа обширных и радикальных оперативных вмешательств [1-3, 7]. Вследствие тяжелого течения заболевания и травматичности оперативных вмешательств в раннем послеоперационном периоде наблюдаются серьезные и тяжелые послеоперационные осложнения, являющейся в ряде случаев причиной летальных исходов [2, 5-8]. Наиболее тяжелым послеоперационным осложнением оперативных вмешательств на органах гепатопанкреатобилиарной зоны считается: септические осложнения, печеночная недостаточность, несостоятельность анастомозов, а также кровотечения из различных отделов пищеварительного тракта [4, 7, 8]. Частота послеоперационных пищеводно-желудочных кровотечений (ППЖК) составляет 0,1-9,9 % после операций на органах гепатопанкреатобилиарной зоны и летальность при этом недопустимо высока и достигает 50-80 % [4, 5, 6, 8].

Цель исследования – улучшение непосредственных результатов хирургического лечения заболеваний гепатопанкреатобилиарной зоны.

Материалы и методы исследования

За период с 1995 по 2011 г. в клинике выполнено 3185 различных хирургических операций на органах гепатопанкреатобилиарной зоны. В раннем послеоперационном периоде у 138 больных наблюдалось ППЖК, что составило 4,3 %. Мужчин было 102 (73,9 %), женщин 36 (26,1 %). Возраст пациентов составил от 23 до

78 лет. Анализ результатов предоперационного эндоскопического исследования у 138 больных показал, что практически во всех случаях эндоскопических признаков эрозивно-язвенного поражения пищеварительного тракта не наблюдали. Среди них кровотечение развилось у 78 (56,5 %) больных после операций на печени, у 34 (24,6 %) – после операций на желчных протоках (реконструктивно-восстановительные операции) и у 26 (18,9 %) после операций на поджелудочной железе. Для диагностики ППЖК больным проводили клинично-лабораторные и инструментальные методы исследования УЗИ, ФГДС, КТ и МРТ.

Результаты исследования и их обсуждение

Исследования показало, что сроки возникновения послеоперационных пищеводно-желудочных кровотечений в значительной степени зависят от органа, на котором производится оперативное вмешательство, а также характера и объема операции. По срокам возникновения послеоперационных кровотечений выделяли ранние и поздние. Ранние ППЖК наблюдалось у 75 (54,3 %) больных на 2-3 сутки в частности после тяжелых операций на печени. Поздние послеоперационные кровотечения наблюдали на 10-12 сутки послеоперационного периода у 56 (45,7 %) больных оперированных на желчных протоках, поджелудочной железе и печени.

Следует отметить, что выделение двух групп больных с ППЖК обоснованы не только с учетом фазы послеоперационного периода, но и с учетом различий эндоскопической картины и тактики лечения. Ранние послеоперационные кровотечения возникали на фоне осложненного течения послеоперационного периода (перитонит, полиорганная недостаточность) и являлись одним из признаков декомпенсации регенераторных процессов. При наличии



явных признаков раннего кровотечения (гематомезис, мелена, снижение показателей гемоглобина и гематокрита крови) всем больным проводилось эндоскопическое исследование. Источником и локализацией кровотечения у 44 пациентов являлись расширенные вены субкардиального отдела желудка, а у 41 – дистальные вены пищевода. В 38,4 % случаев, несмотря на большой объем кровопотери в момент эндоскопического исследования признаков продолжающегося кровотечения не отмечали. У 61,6 % больных в момент исследования констатировано продолжающееся кровотечение. Следует отметить, что кровотечение носило венозный характер. Обращали на себя внимание признаки резкого венозного застоя и полнокровия, при дотрагивании аппаратом наблюдалась повышенная ранимость слизистой. Отмечалось также эндоскопическое несоответствие объема кровопотери, степени и глубины эрозивно-язвенного поражения желудка.

При поздних пищеводно-желудочных кровотечениях источник кровотечения, в основном, локализовался в теле желудка. Лишь в 7,1 % случаев (4 пациента из 56) источник кровотечения находился в дистальном отделе пищевода и субкардиальном отделе желудка. В момент эндоскопического исследования у 28,4 % пациентов наблюдалась картина артериального кровотечения и у 9,3 % кровотечение имело венозный характер малой интенсивности. Состоявшееся кровотечение с тромбом на дне язвы диагностировано у 12,3 % пациентов. У 50 % пациентов с клиническими признаками кровопотери средней и тяжелой степени, обнаружен язвенный дефект округлой формы, покрытой кровавым сгустком. Результаты комплексного обследования больных с ранними и поздними ППЖК позволяют сделать заключение о том, что основным источником кровотечения являются разрывы остросо расширенных вен пищевода и субкардиального отдела желудка вследствие пострезекционной транзитной портальной гипертензии [7]. Для подтверждения вышеуказанных доводов во время выполнения обширной резекции печени (n=4) и гемигепатэктомии (n=8) 12 больным для оценки показателей давления в воротной вене, катетеризировали желудочно-сальниковую вену. Далее катетер выводили наружу через отдельный прокол брюшной стенки. Катетер соединяли с пьезодатчиком, который с помощью разъема подключали к «Pressure-monitor-1405-SP» (Дания). Показатели давления в воротной вене, начиная с первых суток послеоперационного периода, начало повышаться, что свидетельствовало о наличии пострезекционной транзитной портальной гипертензии. После выполнения резекции печени наблюдается достоверное повышение давления

в воротной вене. Показатели давления в воротной вене доходили до критических цифр на 2-3 сутки ($188,4 \pm 2,8$ и $276,5 \pm 3,1$ мм вод. ст.). Повышение портального давления в этой ситуации обусловлено, очевидно, значительным уменьшением объема паренхимы печени, функционирующих клеток и снижением адаптации органа к создавшимся после операции условиям, что требует дальнейшего глубокого изучения и разработки комплексных консервативных и хирургических методов профилактики транзитной портальной гипертензии.

Поздние ППЖК в большинстве случаев наблюдались в группе тяжелых, в основном онкологических больных с обширным поражением печени, поджелудочной железы, а также у пациентов с панкреонекрозом и его осложнениями. Немаловажное значение в развитии кровотечений оказала и продолжительность желтухи, холангита, а также алиментарные факторы. Эндоскопическая картина поздних ППЖК характеризовалась выраженным распространением остросо расширенных вен пищевода и эрозивно-язвенного процесса желудка в виде большого количества язв с грязно-серыми наложениями и отсутствием, признаков продолжающегося кровотечения.

На основании анализа 138 случаев частоты возникновения кровотечений после операций на органах гепатопанкреатобилиарной системы были определены факторы риска развития ППЖК и разработаны комплексные методы профилактики и лечения данного грозного осложнения. Комплексные методы профилактики предполагалось провести пациентам с синдромом полиорганной недостаточности, септическими осложнениями, а также у больных пожилого и старческого возраста. Так для профилактики послеоперационной транзитной портальной гипертензии 9 пациентам назначали сандостатин по 0,1 мг x 3 раза в день в течение 4 суток. Важное значение придавали динамическому эндоскопическому мониторингу больных группы риска, перенесших тяжелые и травматичные оперативные вмешательства. В зависимости от характера и источника ППЖК выбирали способы эндоскопического гемостаза острых язв пищевода и желудка.

Последние годы в клинике разработаны хирургические и эндоскопические методы профилактики ППЖК. Основу разработок составили данные А.А. Курыгина с соавт. [4] экспериментально доказывающие эффективность снижения портального давления посредством стволовой ваготомии с пилоропластикой. Так для профилактики транзитной портальной гипертензии, улучшения кровообращения в слизистой желудка в 8 наблюдениях после выполнения правосторонней (n=3) и левосторонней (n=5) гемигепатэктомии, операцию за-



вершали двухсторонней стволовой ваготомией с пилоропластикой. В 19 наблюдениях на фоне проведения эндоскопического мониторинга, с целью профилактики ППЖК эффективно выполняли эндоскопический гемостаз в сочетании с эндоскопической трансгастральной химической селективной желудочной ваготомии (Патент РТ №78 от 2007 г). В послеоперационном периоде кровотечения и какие либо другие осложнения не наблюдали. При кровотечениях на почве транзиторной портальной гипертензии в 21 наблюдении для остановки ППЖК использовали зонд Блэкмора-Сенгейстакена. Следует отметить, что эндоскопические способы гемостаза в этих ситуациях оказались технически весьма затруднительными, что было обусловлено локализацией источника кровотечения в дистальной части пищевода и субкардиальном отделе желудка. Тем не менее, в 52,9 % случаев эффективно выполняли эндоскопическую инфильтрацию с интравазальным ведением этоксисклерола 1 % в количестве от 2 до 12 мл для достижения эндоскопического гемостаза. При поздних ППЖК из острых язв эффективно выполняли эндоскопическую термокоагуляцию и обкалывание

язвенных дефектов 1 % раствором этоксисклерола. Таким образом, ППЖК являются тяжелым и опасным осложнением оперативных вмешательств на органах гепатопанкреатобилиарной зоны и составляют значительную часть всех послеоперационных осложнений. Послеоперационная летальность при этом осложнении составила 10,8 % (15 больных).

Выводы

1. При оперативных вмешательствах на органах гепатопанкреатобилиарной зоны в большинстве случаев (54 %) наблюдаются транзиторная портальная гипертензия, осложнившаяся пищеводно-желудочным кровотечением.

2. В патогенезе ранних ППЖК ведущее значение имеет развитие послеоперационной транзиторной портальной гипертензии, обусловленное нарушением кровотока в системе воротной вены.

3. Применение разработанных и усовершенствованных методов хирургической, эндоскопической и медикаментозной профилактики в значительной степени уменьшают частоту развития этого осложнения в послеоперационном периоде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Асанов О.Н. Нарушение микроциркуляции и метаболизма слизистой оболочки желудка в патогенезе острых язв: автореф. дис. ... канд. мед. наук / О.Н. Асанов. – М.: СПб, 1992. – 26 с.

2. Вербицкий В.Г. Роль иммунного статуса и желудочной микрофлоры в патогенезе острых язв желудка: автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.Г. Вербицкий. – М.: СПб, 1992. – 25 с.

3. Гостищев В.К. Патогенез рецидивных острых гастродуоденальных язвенных кровотечений / В.К. Гостищев, М.А. Евсеев // Хирургия. – 2004. – № 5. – С. 46 – 51.

4. Курыгин А.А. Неотложная хирургическая гастроэнтерология / А.А. Курыгин, Ю.М. Стойко, С.Ф. Багненко. – Питер: Санкт-Петербург, 2001. – 469 с.

5. Луцевич Э.В. Острые изъязвления слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки / Э.В. Луцевич, В.Н. Горбунов, Б.А. Наумов // Хирургия. – 1990. – № 2. – С. 149 – 154.

6. Современные представления о патогенезе острых гастродуоденальных язв и пути совершенствования их профилактики / О.Н. Скрыбин [и др.] // Росс. журн. гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. – 1995. – № 1. – С. 36 – 40.

7. Субботин В.М. Профилактика острых гастродуоденальных язв у больных колоректальным раком / В.М. Субботин, Л.В. Зитта, Н.А. Терехина // Хирургия. – 2007. – № 3. – С. 4 – 6.

8. Эндоскопическая диагностика и лечение послеоперационных желудочно-кишечных кровотечений / Ю.Г. Старков [и др.] // Хирургия. – 2008. – № 4. – С. 4–10.

ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНІ СТРАВОХІДНО-ШЛУНКОВІ КРОВОТЕЧІ

*Ф.І. Махмадов,
К.М. Курбонов,
Н.М. Дамінова*

Резюме. У роботі проаналізовані результати комплексної діагностики і лікування 138 хворих із ПСШК. Результати клініко-інструментальних досліджень показали, що у більшості випадків у хворих після операцій на органах гепатопанкреатобіліарної зони спостерігається стравохідно-шлункова кровотеча, причинами якої є транзиторна портальна гіпертензія. Найбільш ефективними методами профілактики і лікування цього ускладнення є розроблені та удосконалені методи, які сприяють зниженню портального тиску.

Ключові слова: післяопераційні стравохідно-шлункові кровотечі, транзиторна портальна гіпертензія, профілактика.



**POSTOPERATIVE
OESOPHAGO-GASTRIC
BLEEDING**

*F.I. Mahmadv,
K.M. Kurbonov,
N.M. Daminova*

Summary. In work are analyzed results of the complex diagnostics and treatments 138 sick with postoperative oesophago-gastric bleedings. The Results clinic-instrumental studies have shown that in most cases beside sick after operation on organ hepatopankreatobiliar zones exists oesophago-gastric bleeding of the reason, which is transitory portal hipertensy. The most efficient methods of the preventive maintenance and treatments of this complication are designed and advanced methods, which promote the reduction a portal pressures.

Key words: postoperative esophageal-gastric hemorrhage, transient portal hypertension, prevention