



Н. Н. Велигоцкий,  
В. В. Комарчук,  
А. С. Трушин,  
И. В. Тесленко,  
Н. М. Кобылецкий,  
Е. В. Комарчук

*Харьковская медицинская  
академия последипломного  
образования*

© Коллектив авторів

## ИНДИВИДУАЛЬНО-АКТИВНАЯ ТАКТИКА ПРИ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

**Резюме.** Проанализирован опыт 1300 оперативных вмешательств при гастродуоденальных кровотечениях. Показания к оперативному лечению и его сочетание с консервативной терапией. Применение различных органосохраняющих операций. Их преимущества над резекционными методами.

**Ключевые слова:** язвенные кровотечения, лечебная тактика, органосохраняющие операции.

### Введение

Острые кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта представляют существенную клиническую и экономическую проблему нашего времени.

Распространенность язвенных кровотечений в Украине в течение последних лет сохраняется на уровне 4,27–4,82 на 10000 населения. Одной из основных проблем в лечении острых гастродуоденальных язвенных кровотечений остаётся прогнозирование и профилактика возникновения их ранних рецидивов (на протяжении 72 часов после первого кровотечения), которые возникают в 15–38 % случаев с летальностью до 40 % [1, 3, 4]. В связи с рецидивом кровотечения увеличивается число неудовлетворительных результатов, а показатели общей летальности составляют около 15 %. После эндоскопических методов гемостаза рецидив кровотечения возникает у 30–40 % больных. Летальность в этой группе больных с язвенными кровотечениями в 10–12 раз больше, чем при плановом лечении язвенной болезни [3].

В настоящее время сложилась концепция, при которой дальнейшее улучшение результатов лечения язвенных кровотечений связано не только с усовершенствованием техники известных оперативных вмешательств и разработкой новых модификаций, но и с активным внедрением методов эндоскопического гемостаза, профилактикой рецидива кровотечения, усовершенствованием хирургической тактики на основе объективного прогноза рецидива кровотечения и оценки степени операционного риска [3, 6, 7, 8]. Частота операций при язвенных кровотечениях несколько уменьшилась, благодаря совершенствованию методов эндоскопического и консервативного гемостаза [3, 9].

### Цель исследований

Анализ результатов лечения язвенных кровотечений с применением органосохраняющих операций и современной индивидуально-активной тактики.

### Материалы и методы исследований

К настоящему времени наш опыт в хирургии язвенных гастродуоденальных кровотечений превышает 1300 оперативных вмешательств. Подавляющее большинство из них (более 80 %) составили органосохраняющие операции с обязательным иссечением или экстерриторизацией язвы и ваготомией по методикам, основанные из которых разработаны в 1980–1990 г. В те же годы нами была предложена и внедрена в практику индивидуально-активная хирургическая тактика [4], применяемая под различными наименованиями до настоящего времени. В основу индивидуально-активной тактики положен принцип не шаблонно-активных действий хирурга с выполнением urgentных операций при всех кровотечениях средней и тяжелой степени, как это рекомендуют сторонники активной тактики, и не сугубо выжидательный подход с выполнением только экстренных операций «на высоте» кровотечения.

Индивидуально-активная хирургическая тактика предусматривает: 1 – эндоскопическую оценку источника кровотечения, локализации и размеров язвы и кровоточащего сосуда, сгустка, тромба; 2 – оценку тяжести кровотечения, темпа кровопотери, повторяемости; 3 – возраст и сопутствующую патологию; 4 – оценку риска urgentной операции. При этом нами выделена, наряду с традиционными двумя группами оперативных вмешательств (экстренными и ранними плановыми), группа отсроченных операций, выполняемых несмотря на временную остановку кровотечения в сроки до 1–2 суток с момента поступления. Основные показания для отсроченных операций: неустойчивый гемостаз, угроза рецидива кровотечения на фоне грубых патоморфологических изменений в зоне язвы (массивная пенетрация, большие размеры и глубина язвы, каллезные края и деформация, крупный кровеносный сосуд, рыхлый сгусток) и массивная кровопотеря. В таких случаях остается высокой угроза рецидива профузного кровотечения, после которого выполнялись операции «отчаяния». Введение отсроченных опе-



раций в арсенал хирургической тактики позволило сократить число операций «отчаяния» и улучшить показатели послеоперационной летальности.

Следует отметить, что в последние годы современная консервативная терапия язвенной болезни еще больше ослабила позиции сторонников сугубо активной тактики. Успешное внедрение в клиническую практику эффективных ингибиторов желудочной секреции (селективный ингибитор пантопразол, декслансопразол (дексилант) — первый и пока единственный ИПП с механизмом двухфазного высвобождения) в сочетании с гемостатиками, вазопрессинами и эндоскопическим гемостазом существенно повысило эффективность консервативной терапии и дало возможность, по данным ряда зарубежных клиник, достаточно эффективно заниматься лечением язвенных кровотечений гастроэнтерологам-терапевтам. С нашей точки зрения, такой вариант возможен в гастроэнтерологических центрах, имеющих в своем составе хирургические отделения. Эффективность современной комплексной консервативной терапии язвенных кровотечений не превышает 85–87 %, то есть 13–15 % пациентов все равно требуют оказания хирургической помощи, чаще всего по экстренным и жизненным показаниям.

Важными критериями в установлении показаний и сроков операции является определения истинного объема кровопотери и прогноз дальнейшего течения заболевания. Оценка объемов кровопотери проводится на практике чаще всего по лабораторным и гематологическим показателям (эритроциты, гемоглобин, гематокрит, вязкость, удельный вес). Основным недостатком этих методик является их прямая зависимость от гидремической реакции и времени восполнения объема циркулирующей плазмы (ОЦП), которые восстанавливаются при кровопотере средней тяжести к исходу первых суток. В связи с этим считаем необходимыми вводить в расчетные формулы кровопотери (ДЦК) поправочные коэффициенты (от 2,5 — в первые 6 часов; 2,0 — через 12 часов; 1,5 — через 18 часов; до 1,0 — через 24 часа) и умножать их на полученные расчетные объемы. Следует учитывать и возникающую спустя сутки плазменную гиперволемию и получаемые по расчетным формулам завышенные показатели ДЦК.

### Результаты исследований и их обсуждение

Прогностически наиболее опасным необходимо считать следующие ситуации: 1 — когда во время эндоскопии наблюдается струйное кровотечение; 2 — когда эндоскопически наблюдается сгусток с подтеканием крови; 3 — когда на дне хронической язвы наблюдается видимый кровеносный сосуд.

В первых двух случаях следует применять эндоскопический гемостаз (инъекционный гемостаз, клипирование, электрокоагуляцию аргонноплазменную коагуляцию), а при неэффективности решать вопрос об экстренной операции. В третьем случае из-за высокой угрозы рецидива кровотечения (до 40–50 %), не смотря на его остановку, следует решать вопрос об операции в течение 1–2 суток (отсроченная операция).

Варианты органосохраняющих операций с иссечением и экстерриторизацией кровоточащих язв были разработаны в Харькове (НИИ общей и неотложной хирургии, кафедра торакоабдоминальной хирургии ХМАПО), защищены рационализаторскими и авторскими свидетельствами и опубликованы в журналах «Клиническая хирургия» и «Хирургия» в 1980–1987 г. Основными из них являются методики сегментарной и субциркулярной (а не «мостовидной») пилорoduоденопластики с иссечением и экстерриторизацией язвы и ваготомией, а также методика циркулярного иссечения пилоробульбарной зоны с последующим пилорoduодено- или пилорoduоденоанастомозом и ваготомией. В дальнейшем добавились разработки методов расширяющей дуоденопластики с иссечением язвы в I и II вариантах и ваготомией. В настоящее время при стенозирующих язвах мы применяем три варианта расширяющей дуоденопластики [2].

При низких постбульбарных кровоточащих язвах был разработан метод тампонады кратера язвы передней стенкой двенадцатиперстной кишки с последующей ваготомией и гастроэнтероанастомозом. При язвах задней стенки двенадцатиперстной кишки с пенетрацией в головку поджелудочной железы в ряде случаев применяем методику экстерриторизации язвы, формирования задней стенки и наложения «перемещенного» пилоро- или антрорoduоденоанастомоза с ваготомией. В большинстве случаев стремимся использовать селективную или селективную проксимальную ваготомию, часто применяем КСПВ по методике клиники [2].

При язвах кардиального отдела желудка разработана методика мобилизации и овального иссечения язвы с расширяющим в зоне кардиоэзофагального перехода Т-образным швом. При язвах тела и антрального отдела желудка выполняем экономные клиновидные или циркулярные иссечения с ваготомией и интраоперационной экспресс-биопсией язвы. При подозрении на малигнизацию и невозможность биопсии применяем резекционные методики [2].

При гигантских пилоробульбарных язвах с массивным перипроцессом, двойной локализацией язв в двенадцатиперстной кишке и желудке, а также при рецидивных язвах при-



меняем антрумэктомию с ваготомией и наложением «перемещенного» гастродуоденоанастомоза. Редко выполняем восстановительный этап по Бильрот-II.

### Выводы

Применяемые методики сохраняют преимущества радикальных резекционных методов

(частота рецидивов не более 5 %), но при этом у пациентов значительно быстрее проходит реабилитационный период, восстановление трудоспособности, вследствие сохраненного в ходе операции желудка, значительно выше качество дальнейшей жизни пациентов, перенесших операции, основанные на органосохраняющих принципах.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Велигоцкий Н. Н. Расширяющая пилородуоденопластика в хирургическом лечении кровоточащих и стенозирующих язв // Н.Н. Велигоцкий, В. Т. Зайцев // Хирургия. — 1985. — № 2. — С. 34–36.
2. Велигоцкий Н. Н. Современные органосохраняющие методы в хирургии кровоточащих и перфоративных язв / Н. Н. Велигоцкий. — Х.: С.А.М., 2015. — 108 с.
3. Гостищев В. К. Проблема выбора тактики лечения при гастродуоденальных кровотечениях / В. К. Гостищев, М. А. Евсеев // Хирургия. — 2012. — № 7. — С. 7–17.
4. Индивидуально-активная хирургическая тактика при острых язвенных гастродуоденальных кровотечениях / Н.Н. Велигоцкий [и соавт.] // Хирургия. — 1989. — № 7. — С. 84–89.
5. Фомін П. Д. Оптимізація лікувальної тактики у хворих з виразковими гастродуоденальними кровотечами / П. Д. Фомін, С. Н. Запорожан // Вісник Вінницького національного університету. — 2012. — № 14(1). — С. 71–73.
6. Шапринський В. О. Сучасні підходи до лікування шлунково-кишкових кровотеч виразкової етіології / В. О. Шапринський, І. В. Павлік, В. М. Коваль // Хірургія України. — 2009. — № 2. — С. 147–152.
7. Barcun. A. N. Consensus recommendations for managing patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding / A. N. Barcun, M. Bardou, J. K. Marshall // Ann. Intern. Med. — 2009. — Vol. 139 (10). — P. 843–857.
8. Forrest J. A. N. Endoscopy in gastrointestinal bleeding / J. A. N. Forrest, N. D. L. Finlayson, D. J. L. Shearman // The Lancet. — 1974. — Vol.304. — P.394–397.
9. Maiss J. Medical and Endoscopic Treatment in Peptic Ulcer Bleeding: a National German Survey / J. Maiss, D. Schwab, A. Ludwig // Z. Gastroenterol. — 2010. —Vol. 48(2). — P. 246–255.

### ІНДИВІДУАЛЬНО-АКТИВНА ТАКТИКА ПРИ ВИРАЗКОВИХ КРОВОТЕЧАХ

*Н. Н. Велигоцький,  
В. В. Комарчук,  
О. С. Трушин, І. В. Тесленко,  
М. М. Кобылицький,  
Є. В. Комарчук*

**Резюме.** Проаналізовано досвід 1300 оперативних втручань при гастродуоденальних кровотечениях. Показання до оперативного лікування і його сполучення з консервативною терапією. Застосування різних органозберігаючих операцій. Їх перевага над резекційними методами.

**Ключові слова:** виразкові кровотечі, лікувальна тактика, органозберігаючі операції.

### INDIVIDUALLY-ACTIVE TACTICS IN ULCER BLEEDING

*N. N. Veligotsky,  
V. V. Komarchuk,  
A. S. Trushin, I. V. Teslenko,  
N. M. Kobyletskiy,  
E. V. Komarchuk*

**Summary.** The experience of 1300 surgical interventions in gastroduodenal bleeding are analyzed. Indications for surgical treatment and its combination with conservative therapy. The use of different organ preserving surgery. Their advantages over resection methods.

**Key words:** ulcer bleeding, treatment strategy, organ preserving surgery.