

А.Б. ЛАРИЧЕВ<sup>1</sup>, С.В. ФАВСТОВ<sup>1</sup>, В.Л. БАХИЛИНА<sup>2</sup>

## ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЯЗВЕННОГО ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

ГБОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия»<sup>1</sup>,  
ГБКУЗ ЯО «Городская больница им. Н.А.Семашко»<sup>2</sup>, г. Ярославль,  
Российская Федерация

**Цель.** Провести сравнительную оценку вариантов хирургической тактики при лечении язвенного гастродуоденального кровотечения в зависимости от активности его источника.

**Материал и методы.** Представлен проспективный анализ результатов лечения 719 пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. В исследование включены пациенты с наличием дефекта слизистой оболочки желудка или двенадцатиперстной кишки размером от 0,5 до 3 см с поражением до мышечного и глубже лежащих слоев, имеющий валикообразные, плотные и ровные края, подрытые в проксимальном и пологие в дистальном направлении, и гладкое дно. Пациенты были разделены на две группы: в первую вошли 285 человек, у которых лечебно-диагностический алгоритм включал активные хирургические действия. При лечении 434 пациентов придерживались сдержанной тактики с приоритетом эндоскопического пособия и комплексным медикаментозным лечением язвенной болезни на фоне достигнутого первичного гемостаза, который был выполнен у 252 пациентов.

**Результаты.** Среди пациентов первой группы при невозможности эндоскопически остановить кровотечение и при высоком риске его рецидива в 104 наблюдениях выполняли неотложное оперативное вмешательство, чаще резекцию желудка (58%). Послеоперационная летальность составила 10,6%. У 181 пациента использовали консервативное лечение с летальным исходом в 5,5% наблюдений. Среди пациентов второй группы после первичного эндоскопического гемостаза рецидив кровотечения развился в 45 наблюдениях. У 40 из них выполнен повторный эндоскопический гемостаз, который был успешен у 32 пациентов. В целом при консервативном лечении неэффективность эндоскопического гемостаза имела место в 17 наблюдениях (3,9%), умерло 15 человек (3,5%). Из 35 оперированных пациентов летальный исход развился в 9 наблюдениях (послеоперационная летальность – 25,7%) у лиц пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией.

**Заключение.** При язвенном гастродуоденальном кровотечении приоритет эндоскопического гемостаза (неоднократное выполнение этой процедуры) уменьшает оперативную активность с 36,5% до 8,1%. При этом наблюдается тенденция к снижению общей смертности с 7,4% до 5,3%.

*Ключевые слова:* гастродуоденальная язва, кровотечение, эндоскопический гемостаз, оперативное лечение

**Objectives.** To carry out the comparative assessment of surgical tactics' options during the treatment of ulcerous gastroduodenal bleeding depending on activity of its source.

**Methods.** The prospective analysis of treatment results of 719 patients with ulcerous gastroduodenal bleeding is presented. The study enrolls the patients with the defect (0,5-3 cm) of gastric or duodenal mucosa with the lesion to muscular and more deeply lying layers, having the roll-like, dense and straight edges disrupted in the proximal and flat in the distant direction with a smooth fundus. The patients were subdivided into 2 groups: the 1<sup>st</sup> one consisted of 285 patients in whom medical and diagnostic algorithm included active surgical actions. While treating 434 patients the restrained tactics with a priority of an endoscopic guide and complex medical treatment of the gastric ulcer with the reached primary hemostasis had been performed in 252 patients.

**Results.** Among patients of the first group in a case of inability to stop bleeding by the endoscopic method and at high risk of its recurrence, in 104 patients the urgent surgical operations were performed, more often the stomach resections (58%). The postoperative lethality made up 10,6%. In 181 patients the conservative treatment was applied with a lethal outcome in 5,5% of all patients. Among patients of the second group after primary endoscopic hemostasis the recurrence of bleeding developed in 45 cases. In 40 from them endoscopic hemostasis was recurrented and completed successfully in 32 patients. In general during conservative treatment the inefficiency of endoscopic hemostasis was in 17 observations (3,9%), 15 patients (3,5%) died. From 35 operated patients the lethal outcome developed in 9 cases (postoperative lethality – 25,7%) in patients of advanced and senile age with the serious accompanying pathology.

**Conclusions.** In case of ulcerous gastroduodenal bleeding the priority of an endoscopic hemostasis (numerous performance of this procedure) reduces operative activity from 36,6% to 8,1%. The tendency to reduce the general mortality from 7,4% to 5,3% is observed.

*Keywords:* gastroduodenal ulcer, bleeding, endoscopic hemostasis, operative treatment

Novosti Khirurgii. 2013 Nov-Dec; Vol 21 (6): 29-37  
Some surgical aspects of ulcerous gastroduodenal bleeding  
A.B. Larichev, S.V. Favstov, V.L. Bakhilina

## Введение

Среди заболеваний, которые являются проблемными для ургентной хирургии, особой «неувядающей свежестью» отличается язвенное гастродуоденальное кровотечение. До настоящего времени остаются дискуссионными различные варианты лечебно-диагностических подходов к достижению окончательного гемостаза при этом состоянии [1-8]. Успехи современной медицинской науки и техники вселяют определенную надежду увидеть «свет в конце туннеля» решаемой проблемы. Этому способствуют аргоноплазменная коагуляция, ангиографическая эмболизация и другие средства, клиническая результативность которых по-настоящему впечатляет [1, 5, 8, 9].

Вместе с тем, для общей сети здравоохранения более характерна ситуация, когда тандем хирурга и врача-эндоскописта вынужден определять приоритеты тактических действий, исходя из реальных возможностей, которые (не так редко, как хотелось бы) существенно отличаются от потенций ведущих научно-исследовательских и лечебных клинических учреждений. В свете изложенного представляется чрезвычайно полезным анализ собственного опыта в этом разделе хирургии, основной задачей которого является не только обнажение болевых точек. В конечном счете, важно получить уверенность в том, что избранные ориентиры повседневной практики по оказанию неотложной помощи при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, верны и целесообразны с клинических позиций.

**Цель.** Провести сравнительную оценку вариантов хирургической тактики при лечении язвенного гастродуоденального кровотечения в зависимости от активности его источника.

## Материалы и методы

Проведен проспективный анализ результатов лечения 719 пациентов, находившихся в клинике общей хирургии Ярославской государственной медицинской академии (городская больница имени Н.А. Семашко, г. Ярославль) по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением. В исследование включены все пациенты, у которых источником геморрагии был дефект стенки желудка или двенадцатиперстной кишки диаметром от 0,5 до 3 см и глубиной до подслизистого и мышечного слоев, имеющий гладкое дно, валикообразные, плотные и ровные края, подрывные в прокси-

мальном и пологие в дистальном направлении. Из исследования исключены пациенты с кровотечением из симптоматических язв и эрозий.

Всем пациентам при поступлении в стационар выполняли эзофагогастродуоденоскопию, во время которой уточняли локализацию источника кровотечения согласно рекомендациям Европейского и Американского обществ гастроинтестинальной эндоскопии (ESGE и ASGE) и Всемирной организации эндоскопии пищеварительной системы (OMED) [10]. Активность геморрагии определяли по J. Forrest et al. [11]. Степень кровопотери оценивали по М.П. Вилянскому с соавт. [12], и в зависимости от ее величины проводили соответствующее лечение. При легкой и компенсированной кровопотере какие-либо специальные средства коррекции волеми не требовались; при субкомпенсированной проводили инфузионную терапию, основной целью которой было восполнение объема циркулирующей крови; декомпенсированная же кровопотеря была абсолютным показанием для гемотрансфузии, которую дополняли внутривенным введением препаратов крови и кровезаменителей гемодинамической направленности, в том числе свежезамороженной плазмы, альбумина, желатина, декстранов и гидроксипропилированного крахмала.

Во время оперативного вмешательства, предпринимаемого с целью гемостаза, в качестве варианта выбора использовали резекцию желудка по Бильрот-II (при желудочной локализации язвы), а также гастро- или дуоденотомию с прошиванием кровоточащего сосуда.

Статистическую обработку материала выполняли методом непараметрического анализа с вычислением критерия  $\chi^2$ . За числовую меру объективной возможности события принимали вероятность 95% ( $p < 0,05$ ).

В зависимости от лечебной тактики пациенты были разделены на две группы. В первую вошло 285 пациентов, лечившихся в период с 1995 по 1999 год. Среднегодовой показатель их обращения за медицинской помощью составил  $57 \pm 6,5$  ( $M \pm m$ ) случаев. Основу практикуемого в этот период лечебно-диагностического алгоритма составляли активные хирургические действия, когда невозможность остановки кровотечения при первичном эндомостазе и высокий риск его рецидива служили показанием к неотложной операции. Антисекреторная терапия у них не проводилась.

Среди пациентов этой группы преобладали мужчины — 214 человек (75,1%) и лица среднего возраста — 94 наблюдения (33%) (рис. 1). У 29 пациентов (80,4%) имелся общий

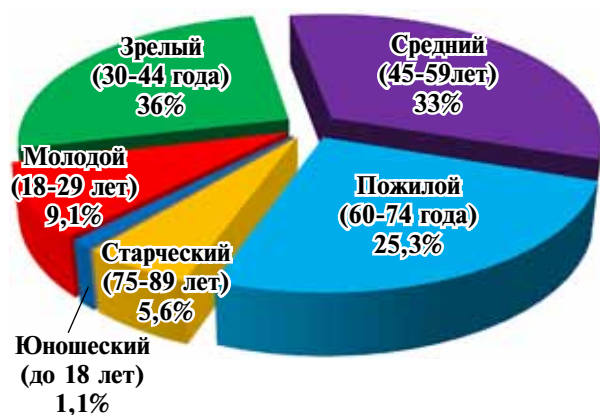


Рис. 1. Возрастная структура пациентов, лечившихся по поводу язвенного кровотечения в 1995-1999 гг. (n=285)

атеросклероз, у 14 (10,2%) – ишемическая болезнь сердца, у 8 (2,8%) – сахарный диабет. У большинства госпитализированных – 197 наблюдений (69%), отсутствовал желудочный анамнез, и язвенная болезнь у них оказалась впервые выявленной. У остальных пациентов наличие язвы желудка или двенадцатиперстной кишки указывалось анамнестически, в том числе по поводу язвенного кровотечения 5 пациентов ранее перенесли операцию прошивания кровоточащего сосуда, 3 – резекцию желудка. Перфоративная язва обусловила зашивание прободного отверстия у 12 и резекцию желудка у 7 человек.

По данным эзофагогастродуоденоскопии язва чаще локализовалась в двенадцатиперстной кишке – 160 пациентов (56,1%). Реже выявлялся дефект в области тела, антрального отдела желудка и привратника – в 103 наблюдениях (36,1%; таблица 1). При эндоскопической оценке источника кровотечения установлено, что в четверти наблюдений на момент

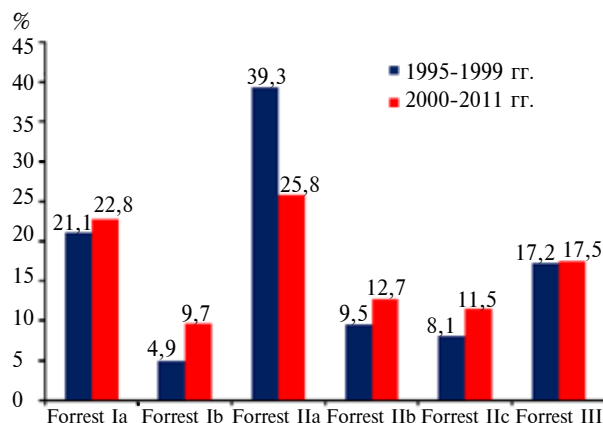


Рис. 2. Сравнительная характеристика источника кровотечения по J. Forrest

осмотра имелось продолжающееся артериальное кровотечение (Forrest Ia) и истечение венозной крови или диффузная капиллярная кровоточивость тканей (Forrest Ib). У 112 человек в зоне язвенного дефекта четко определялся тромбированный сосуд без продолжающейся геморрагии (Forrest IIa), у 27 – имелся сверток крови, плотно фиксированный к дну язвы, признаки кровотечения отсутствовали (Forrest IIb). Наконец, у каждого четвертого пациента язвенный дефект характеризовался как Forrest IIc или Forrest III (рис. 2). Среди пациентов одинаково часто встречалась легкая и компенсированная кровопотеря (по 97 человек), реже – суб- и декомпенсированная (72 и 19 соответственно).

Вторую группу составили пациенты (n=434), лечившиеся по поводу гастродуоденальной язвы, осложненной кровотечением, в период с 2000 по 2011 год. По сравнению с предыдущим анализируемым периодом наблюдалось достоверное уменьшение среднего-

Таблица 1

Локализация язвы	Локализация гастродуоденальной язвы (n=719)			
	Период наблюдения			
	1995-1999 гг. (n=285)		2000-2011 гг. (n=434)	
	абс.	%	абс.	%
Кардиальный отдел желудка	2	0,70	5	1,15
Тело желудка	77	27,02	110	25,35
Угол желудка	7	2,46	14	3,23
Антральный отдел желудка	15	5,26	29	6,68
Препилорический отдел желудка	3	1,05	5	1,15
Привратник	11	3,86	18	4,15
Луковица двенадцатиперстной кишки	159	55,79	231	53,22
Постбульбарный отдел двенадцатиперстной кишки	1	0,35	2	0,46
Гастроэнтероанастомоз	10	3,51	16	3,69
Культа желудка	–	–	3	0,69
Культа двенадцатиперстной кишки	–	–	1	0,23

дового числа обратившихся с данной патологией на 30,7% ( $\chi^2=12,067$ ;  $df=1$ ;  $p=0,000$ ). Используемая при этом лечебная тактика базировалась на предпочтении эндоскопического пособия, которое для достижения окончательной остановки кровотечения при необходимости выполняли неоднократно. На фоне первичного гемостаза в обязательном порядке проводили комплексное медикаментозное лечение язвенной болезни, включавшее блокаторы  $H_2$ -рецепторов (ранитидин – 300 мг в сутки, фамотидин – 20-40 мг на ночь), ингибиторы протонной помпы (омепразол – 40-80 мг в сутки) и антигеликобактерную эрадикацию (метронидазол – 400 мг, амоксициллин – по 1000 мг 2 раза в день, кларитромицин – 500 мг) по традиционной схеме [1, 13].

Среди госпитализированных большую часть составили мужчины – 300 человек (69,1%), преобладали лица зрелого и среднего возраста, по сравнению с предыдущей группой в 2 раза чаще встречались пациенты старческого возраста ( $\chi^2=8,096$ ;  $df=1$ ;  $p=0,004$ ) (рис. 3). В 91 наблюдении имелась сопутствующая патология, в том числе у 46 – общий атеросклероз (10,6%), у 31 – ишемическая болезнь сердца (7,1%), у 14 – сахарный диабет (3,2%).

На момент госпитализации язвенный анамнез отсутствовал у 368 пациентов (84,8%). Среди тех, у кого наличие язвы желудка и двенадцатиперстной кишки было подтверждено рентгенологически или эндоскопически, 32 человека получали противоязвенное лечение. Анамнестически установлено, что у 14 пациентов язвенная болезнь ранее осложнялась кровотечением, по этому поводу они (за исключением одного) перенесли операцию – прошивание кровоточащего сосуда (5) или резекцию желудка (8). Еще 30 человек были оперированы по поводу прободной язвы (у 18 зашито перфорационное отверстие, у 3 выполнена резекция желудка) и в связи с упорным хроническим течением язвенной болезни (у 9 резецирован желудок в плановом порядке).

По данным гастродуоденоскопии, у 231 пациента кровоточащая язва локализовалась в луковице двенадцатиперстной кишки (53,2%), на втором месте по частоте встречаемости было тело желудка. В целом же в структуре анатомического расположения дефекта у пациентов сравнимых групп каких-либо достоверных различий не прослеживалось ( $p>0,05$ ; таблица 1).

При первичном эндоскопическом исследовании у 99 пациентов (22,8%) выявлено струйное артериальное кровотечение из язвенной ниши (Forrest I-a). По сравнению с предыдущей группой в 2 раза чаще встреча-



Рис. 3. Возрастная структура пациентов, лечившихся по поводу язвенного кровотечения в 2000-2011 гг. (n=434)

лись признаки продолжающегося венозного кровотечения, соответствовавшие Forrest I-b ( $\chi^2=4,101$ ;  $df=1$ ;  $p=0,043$ ), и реже (у 112 пациентов) в дне язвенной ниши был обнаружен крупный тромбированный сосуд со стигмами состоявшегося кровотечения – Forrest II-a ( $\chi^2=7,103$ ;  $df=1$ ;  $p=0,008$ ). Другие варианты активности источника геморрагии в сравниваемых группах встречались одинаково часто (рис. 2).

В большинстве наблюдений – 183 пациента (42,3%) – имела место легкая степень кровопотери. Компенсированная и субкомпенсированная кровопотеря встречалась одинаково часто – у 94 (21,7%) и 108 (24,9%) пациентов соответственно. В остальных случаях диагностировали декомпенсированную кровопотерю.

## Результаты и обсуждение

**Эффективность активной хирургической тактики.** Алгоритм лечебных мероприятий у госпитализированных в 1995-1999 гг. пациентов зависел от результатов гастродуоденоскопии. При верификации продолжающегося кровотечения (Forrest Ia – Ib) в 70 из 74 наблюдений использовали различные варианты гемостаза. У 9 пациентов в ткани язвы и вокруг нее инъекционно вводили сосудосуживающие (раствор адреналина в разведении 1:10000) и денатурирующие средства (этиловый спирт 70%). У 6 пациентов при капиллярном и венозном кровотечении было достаточным орошение язвы раствором капрофера. В 20 наблюдениях применяли электрокоагуляцию кровоточащего сосуда в язвенной нише и (или) тканей по пе-

риметру дефекта. Чаще же для гемостаза использовали комбинацию электрокоагуляционного и инъекционного способов (таблица 2).

Лишь в 4 наблюдениях выполнить гемостаз не удалось: один пациент отказался от процедуры, у двух какие-либо манипуляции были невозможны из-за рубцовой деформации пилоробульбарной зоны, и еще у одного источник геморагии не обнаружили, однако во время операции, предпринятой в связи с клиникой продолжающегося кровотечения, выявлена язва двенадцатиперстной кишки. У троих из них выполнена резекция желудка и у одного — прошивание кровоточащей язвы, все пациенты выздоровели.

У 6 человек (8,1%) первичный эндогемостаз оказался изначально неэффективен. Они оперированы по экстренным показаниям (в 5 случаях резецирован желудок и в одном — прошивание кровоточащего сосуда) и выздоровели.

После первичной эндоскопической остановки кровотечения в 18 наблюдениях развился его рецидив, по поводу которого у 15 пациентов выполнена резекция желудка, у 2 — прошивание кровоточащего сосуда; у 1 — при язве анастомоза проведена ререзекция желудка. Летальный исход имел место у 3 человек: у двоих — из-за перитонита, вызванного несостоятельностью швов анастомоза, еще у одного после операции возникла перфорация острой язвы тела желудка, по поводу которой выполнена релапаротомия и ее зашивание. Особую тактическую сложность представляла острая геморагия, развившаяся у 2 пациентов после зашивания перфоративной язвы. В связи с этим им выполнена релапаротомия и резекция желудка, после которой один пациент умер на фоне декомпенсированной кровопотери, у другого на вторые сутки послеоперационного периода возникло кровотечение из культи желудка по линии его резекции, что послужило поводом для релапаротомии, гастротомии и прошивания кровоточащего сосуда, пациент выздоровел.

У 32 из 44 пациентов, имевших высокий

риск рецидива кровотечения, при успешности первичного эндогемостаза проводилось консервативное лечение. При этом трое пациентов умерли: у одного на 5 сутки после комбинированной остановки кровотечения в связи с прободением язвы выполнено зашивание перфорационного отверстия, еще у двух — 79 и 80 лет — смерть наступила из-за декомпенсации сердечнососудистой деятельности. Остальные 12 человек оперированы в отсроченном порядке, им выполнена резекция желудка со 100% выздоровлением.

Таким образом, у пациентов с кровотечением Forrest Ia — Ib оперативная активность составила 54,1%. Среди выполняемых операций явное предпочтение отдавали резекции желудка — 39 наблюдений (90,7%) с послеоперационной летальностью в 7,5%. На фоне консервативной терапии летальный исход имел место в 11,8% случаев. Общая летальность составила 9,5% (таблица 3).

Лечебная тактика у 139 пациентов с активностью кровотечения Forrest IIa — IIb предполагала действия в двух направлениях. У 61 пациента какие-либо превентивные эндоскопические манипуляции не использовались. В свою очередь, у 78 пациентов при наличии крови и гематина в просвете желудка и двенадцатиперстной кишки, свежего кровяного свертка или крупного тромбированного сосуда в дне язвенной ниши выполнили превентивный эндогемостаз. В 7 наблюдениях во время электрокоагуляции возникло активное кровотечение, в двух из них выполнили резекцию желудка. Все пациенты выздоровели.

Особое беспокойство вызвали 25 человек, у которых спустя 2-3 суток с момента госпитализации развился рецидив кровотечения. Среди них в 7 наблюдениях эндогемостаз оказался успешным, однако у 1 пациента в связи с острой сердечнососудистой недостаточностью наступила смерть. Остальные были оперированы в срочном порядке: у 15 выполнена резекция желудка, после которой один пациент умер в связи с несостоятельностью швов анастомоза; у 3 — про-

Таблица 2

**Варианты первичного эндоскопического гемостаза в зависимости от активности язвенного кровотечения у лечившихся в 1995-1999 гг.**

Вариант гемостаза	Активность источника кровотечения			
	Forrest Ia — Ib (n=74)		Forrest IIa — IIb (n=139)	
	абс.	%	абс.	%
Инъекционный	9	12,2	—	—
Орошение капрофером	6	8,1	2	1,4%
Электрокоагуляция	20	27,0	60	43,2%
Комбинация методов	35	47,3	16	11,5%
Гемостаз не проводили	4	5,4	61	43,9%

Таблица 3

**Структура летальности при гастроудоденальном кровотечении**

Показатель		1 группа, активная тактика, (n=285)		2 группа, приоритет эндогемостаза, (n=434)	
		абс.	%	абс.	%
Forrest Ia – Ib	Оперативная активность	40	54,1	19	13,5
	Послеоперационная летальность	3	7,5	6	31,6
	Смертность без операции	4	11,8	10	8,2
	Общая смертность	7	9,5	16	11,4
Forrest IIa – IIb	Оперативная активность	41	29,5	9	5,4
	Послеоперационная летальность	5	12,2	3	33,3
	Смертность без операции	5	5,1	3	1,9
	Общая смертность	10	7,2	6	3,6
Forrest IIc – III	Оперативная активность	23	31,9	7	5,6
	Послеоперационная летальность	3	13	0	0
	Смертность без операции	1	1,4	1	0,8
	Общая смертность	4	5,6	1	0,8
Всего	Оперативная активность	104	36,5	35	8,1
	Послеоперационная летальность	11	10,6	9	25,7
	Смертность без операции	10	5,5	14	3,5
	Общая смертность	21	7,4	23	5,3

шивание кровоточащей язвы, закончившееся во всех случаях летальным исходом на фоне декомпенсации соматической патологии.

При высоком риске рецидива кровотечения 86 пациентов пролечены консервативно. Четверо из них умерло вследствие трансмурального инфаркта миокарда (2), острого нарушения мозгового кровообращения (1) и декомпенсации сахарного диабета (1). Среди 21 оперированного пациента у одного выполнено прошивание кровоточащего сосуда и проксимальная селективная ваготомия. Из 20 человек, перенесших резекцию желудка, у 2 развилась несостоятельность швов анастомоза, которая в одном случае привела к летальному исходу.

Резюмируя, отметим, что среди пациентов с гастроудоденальным кровотечением Forrest IIa – IIb оперативная активность составила 29,5%. Здесь также предпочитали резекцию желудка (37 наблюдений – 90,2%) с послеоперационной летальностью в 12,2%. При консервативной тактике смертельный исход имел место в 5,1%. Общая летальность соответствовала 7,2% (таблица 3).

В 72 наблюдениях первичная гастроудоденоскопия свидетельствовала о самопроизвольном гемостазе (Forrest IIc – Forrest III), в данном случае каких-либо манипуляций в зоне язвы – потенциального источника геморрагии – не требовалось. Несмотря на эндоскопические критерии, указывавшие на минимальную угрозу повторного кровотечения, оно все-таки наступило у 8 пациентов. У одного из них посредством электрокоагуляции получили окон-

чательный гемостаз, пациент выздоровел. Еще у одного рецидив сопровождался декомпенсированной кровопотерей, и пациент умер во время подготовки к операции. Остальные оперированы: у 5 резецирован желудок и у одного – прошит кровоточащий сосуд. Умерло двое: один – во время операции на фоне тяжелой кровопотери, другой из-за несостоятельности швов гастроэнтероанастомоза.

Придерживаясь активной хирургической тактики, даже при спокойном состоянии источника кровотечения 17 пациентам (23,6%) в плановом порядке выполнена резекция желудка. После операции один из них умер в связи с кровотечением из культи. Среди тех 47 пациентов, у кого использовали консервативную терапию, летальный исход был в 1 наблюдении. В целом при лечении пациентов этой группы оперативная активность составила 31,9%, основным методом была все та же резекция желудка (22 наблюдения – 95,7%). Послеоперационная летальность составила 13%, а общая летальность – 5,6% (таблица 3).

Анализируя изложенное с позиции эффективности эндоскопического гемостаза, заметим, что среди 285 пациентов, лечившихся в период с 1995 по 1999 год, в 63,5% пациентов использована консервативная тактика с летальностью на уровне 5,5%. Практически в половине наблюдений (48,1%) каких-либо эндоскопических манипуляций с целью гемостаза не требовалось. Главным образом это были те, у кого активность кровотечения оценивали как Forrest IIa, IIb, IIc, III. Лишь у 4 чело-

век (1,4%) в силу объективных обстоятельств его не провели. У 148 пациентов выполнили первичный (при Forrest Ia – Ib) и первично-превентивный (при Forrest IIa – IIb) эндоскопический гемостаз. Рецидив кровотечения развился в 53 наблюдениях (18,6%). Из 37 пациентов, которым была проведена повторная гастродуоденоскопия, у 11 получен устойчивый гемостаз, остальные – оперированы. В результате эндоскопическая остановка кровотечения оказалась неэффективной в 13,7%. Оперативное лечение проводили у 36,5% больных. Чаще выполняли резекцию желудка (98 наблюдений – 91,6%), и летальный исход после этой операции имел место в 7,1%. В целом послеоперационная летальность составила 10,6%, а общая летальность – 7,4% (таблица 3).

**Результативность эндоскопического приоритета.** В период с 2000 по 2011 год при лечении 434 пациентов с язвенным кровотечением придерживались сдержанной тактики с приоритетом эндоскопического гемостаза. Во всех случаях активного продолжающегося кровотечения (141 пациент – Forrest Ia – Ib) гастродуоденоскопия носила лечебно-диагностический характер. С целью гемостаза чаще проводили электрокоагуляцию в качестве самостоятельной манипуляции или в сочетании с инъекционным способом. Вместе с тем, по сравнению с предыдущей группой, спектр используемых гемостатических средств расширился. В 9 наблюдениях успешно выполнено эндоклипирование кровоточащего сосуда, у 21 пациента с капиллярным и умеренным венозным кровотечением гемостаз достигли орошением язвенного дефекта раствором капрофера, еще у 8 человек оказалась эффективной склеротерапия с использованием этоксисклерола и фибровейна (таблица 4).

Среди пациентов с активностью кровотечения Forrest Ia – Ib первичный эндоскопический гемостаз оказался неэффективным лишь в 9 наблюдениях (6,4%). В связи с этим они были экстренно

оперированы: у одного выполнена резекция желудка, у 8 – прошивание кровоточащего сосуда. После операции в 1 случае смерть наступила на фоне декомпенсированной кровопотери, у двоих – в связи с тяжелой сопутствующей соматической патологией (цирроз печени, пневмосклероз, острый инфаркт миокарда) и еще в одном – из-за несостоятельности швов анастомоза у пациента с системным васкулитом и последствиями острого нарушения мозгового кровообращения.

После успешного первичного эндоскопического гемостаза у 24 пациентов развился рецидив кровотечения. Предпринятая по этому поводу повторная эндоскопическая манипуляция в 18 случаях завершилась окончательным гемостазом, однако 3 пациента умерли в связи с декомпенсацией сердечнососудистой недостаточности (1), из-за острого нарушения мозгового кровообращения (1) и вследствие возникновения на 6 сутки третьего рецидива геморрагии с массивной кровопотерей на фоне постинфарктного кардиосклероза (1). В связи с повторным кровотечением оперировано 6 пациентов: у 2 резецировали желудок, остальным выполнено прошивание кровоточащего сосуда. После операции в двух случаях имел место летальный исход: вследствие тяжелого течения сахарного диабета и из-за ДВС-синдрома на фоне декомпенсированной кровопотери.

Из 108 пациентов, у которых после первичного эндоскопического гемостаза рецидива не было, в подавляющем числе наблюдений (104) дальнейшее лечение носило консервативный характер. У 7 из них имел место летальный исход, обусловленный декомпенсацией сопутствующей патологии (цирроз печени с печеночной недостаточностью, крупноочаговый инфаркт миокарда, осложненный сердечной недостаточностью, и острое нарушение мозгового кровообращения). Оперированы четверо, выполнена резекция желудка и прошивание

Таблица 4

**Варианты первичного эндоскопического гемостаза в зависимости от активности язвенного кровотечения у лечившихся в 2000-2011 гг.**

Вариант гемостаза	Активность источника кровотечения			
	Forrest Ia – Ib (n=141)		Forrest IIa – IIb (n=167)	
	абс.	%	абс.	%
Гемостаз не применяли	—*	—	56	33,5%
Инъекционный	14	9,9	—	—
Орошение капрофером	21	14,9	4	2,4%
Эндоклипация	9	6,4	—	—
Склеротерапия	8	5,7	—	—
Электрокоагуляция	47	33,3	76	45,5%
Комбинация методов	42	29,8	31	18,6%

кровооточающего сосуда (по два наблюдения) с благоприятным исходом.

Таким образом, среди пациентов, имевших активность кровотечения Forrest Ia – Ib и лечившихся консервативно, летальный исход наступил в 8,2% наблюдений. При этом по сравнению с пациентами, у которых практиковали хирургическое вмешательство, оперативная активность снизилась в 4 раза – до 13,5%. В противовес предпочтений предыдущего анализируемого периода в данном случае резецировали желудок значительно реже (5 наблюдений – 26,3%). Имевшаяся при этом высокая послеоперационная летальность (31,6%) была обусловлена сужением показаний к операции, которую выполняли на фоне тяжелой сопутствующей патологии. Общая летальность составила 11,4%, она существенно не отличалась от аналогичного показателя у тех, кто лечился в хирургическом плане более активно (таблица 3).

В 167 наблюдениях на момент госпитализации источник кровотечения оценивали как Forrest IIa – IIb. Исходя из эндоскопических критериев, у 56 (33,5%) пациентов рецидив кровотечения не прогнозировался, поэтому в зоне язвы никаких манипуляций не проводили. У большей же части пациентов (111 человек) при наличии в желудке и двенадцатиперстной кишке крови и гематина, а в язвенной нише – свежего кровяного сгустка или крупного тромбированного сосуда выполняли первичный эндогемостаз методом электрокоагуляции, либо ее сочетанием с инъекционным способом (таблица 4).

Дальнейшая судьба этих пациентов выглядела следующим образом. В 5 случаях во время проведения превентивной гемостатической манипуляции возникло кровотечение, которое остановили эндоскопически, и пациенты выздоровели. В 14 наблюдениях возник рецидив геморрагии. При этом 5 человек оперированы по экстренным показаниям: троим выполнена резекция желудка (умерла пациентка, у которой развился панкреонекроз и несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки), еще двоим – прошивание кровооточающего сосуда (оба с летальным исходом, обусловленным декомпенсацией тяжелой сердечной патологии у пациентов преклонного возраста). У остальных 9 человек посредством эндоскопии достигли устойчивого гемостаза, и только в одном случае при повторном рецидиве в связи с молниеносностью события и массивностью кровопотери пациента не «успели» взять на операцию, и он умер.

Тем не менее, при высоком риске реци-

дива кровотечения подавляющее число пациентов (144 из 148) было пролечено консервативно. Среди них на фоне устойчивого гемостаза у 2 наступила смерть, обусловленная некорректируемой мерцательной аритмией и острым нарушением мозгового кровообращения. Только 4 пациентам планово резецирован желудок, все выздоровели.

Таким образом, в целом среди пациентов, имевших источник кровотечения Forrest IIa – IIb, проводимое в большинстве наблюдений (94,6%) консервативное лечение сопровождалось минимальной летальностью – 1,9%. В тех случаях, когда возможности эндоскопии были исчерпаны, несмотря на низкую перспективность оперативного гемостаза, были вынуждены прибегнуть к хирургическому вмешательству. В результате по сравнению с пациентами, имевшими аналогичный статус источника кровотечения и лечившимися более радикально, оперативная активность снизилась в 6 раз – до 5,4%. При этом наиболее предпочтительной оказалась резекция желудка (7 наблюдений – 77,8%). Тяжесть соматического статуса этих пациентов обусловила высокую послеоперационную летальность – 33,3%. Общая летальность составила – 3,6% (таблица 3).

Из 126 пациентов, у которых при госпитализации геморрагический статус оценивали как Forrest IIc – III, в 7 случаях наступил рецидив кровотечения. У шестерых его купировали эндоскопически с последующим благоприятным исходом. Одному пациенту проведена резекция желудка, он тоже выздоровел. В большинстве же наблюдений (113 человек – 89,7%) у пациентов этой группы стойкий гемостаз определил консервативную лечебную тактику и благополучный характер течения болезни за исключением одного больного, у которого исключением одного больного, у которого тяжелой соматической патологией (нестабильная стенокардия, постинфарктный кардиосклероз, обструктивный бронхит, пневмосклероз и эмфизема легких) обусловила летальный исход. В дополнение к этому еще шести пациентам в плановом порядке выполнена резекция желудка со 100% выздоровлением. В результате у пациентов, имевших язвенное кровотечение Forrest IIc – III, оперативная активность составила 5,6%, а общая летальность – 0,8% (таблица 3).

### Заключение

Клиническая целесообразность приоритета эндогемостаза при лечении язвенного гастродуоденального кровотечения обусловлена тем, что используемая с этой целью первич-



ная эндоскопическая манипуляция оказалась эффективной в 207 наблюдениях (82,1%). При рецидиве геморрагии у 40 из 45 пациентов выполняли повторную процедуру, которая в 32 случаях закончилась устойчивым гемостазом. Имевшая место в 17 наблюдениях (3,9%) неудача этого пособия определяет тот самый минимум «бессилия» эндогемостаза, который в 4 раза меньше по сравнению с аналогичным показателем, характеризующим эффективность активной оперативной тактики ( $\chi^2=18,012$ ;  $df=1$ ;  $p=0,000$ ). Это находит убедительное подтверждение в позитивной динамике оцениваемых показателей: на фоне более чем четырехкратного уменьшения оперативной активности отмечается снижение общей летальности с 7,4% до 5,3% ( $\chi^2=0,818$ ;  $df=1$ ;  $p=0,366$ ). Высокий же уровень послеоперационной летальности объясняется статистически достоверным увеличением количества пациентов старческого возраста с крайне тяжелой сопутствующей патологией ( $\chi^2=8,096$ ;  $df=1$ ;  $p=0,004$ ), когда выполняемая в заведомо неблагоприятных условиях операция «отчаяния» по объективным обстоятельствам чревата летальным исходом. Примечателен еще один факт, в качестве хирургического вмешательства к резекции желудка стали обращаться значительно реже (19 наблюдений – 54,3%).

#### Конфликт интересов отсутствует

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гостищев В. К. Гастроудоденальные кровотечения язвенной этиологии (патогенез, диагностика, лечение) : рук. / В. К. Гостищев, М. А. Евсеев. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 384 с.
2. Королёв М. П. Гастроудоденальные кровотечения как проблема экстренной хирургии / М. П. Королёв // Вестн. хирургии. – 2011. – Т. 170, № 2. – С. 52–54.
3. Структура летальности при язвенных гастроудоденальных кровотечениях / В. А. Ступин [и др.] // Хирургия. Журн. им. Н. И. Пирогова. – 2013, № 5. – С. 31–35.
4. Анализ результатов лечения пациентов с язвен-

ной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением / Н. С. Утешев [и др.] // Журн. им. Н. В. Склифосовского. Неотлож. мед. помощь. – 2012. – № 3. – С. 56–59.

5. Cheung F. Management of massive peptic ulcer bleeding / F. Cheung, J. Lau // Gastroenterol Clin North Am. – 2009 Jun. – Vol. 38, N 2. – P. 231–43.

6. Enestvedt B. An evaluation of endoscopic indications and findings related to non variceal upper-GI hemorrhage in a large multicenter consortium / B. Enestvedt, I. Gralnek, N. Mattek // Gastrointest Endosc. – 2008 Mar. – Vol. 67, N 3. – P. 422–29.

7. Tsoi K. Second look endoscopy with thermal coagulation or injections for peptic ulcer bleeding: a meta-analysis / K. Tsoi, H. Chan, P. Chiu // J Gastroenterol Hepatol. – 2010 Jan. – Vol. 25, N 1. – P. 8–13.

8. Laursen S. B. Management of bleeding gastroduodenal ulcers / S. B. Laursen, H. S. Jurgensen, O. B. Schaffalitzky // Dan Med J. – 2012 Jul. – Vol. 59, N 7. – P. C4473.

9. A comparison of angiographic embolization with surgery after failed endoscopic haemostasis to bleeding peptic ulcers / T. C. Wong [et al.] // Gastrointest Endosc. – 2011 May. – Vol. 73, N 5. – P. 900–8.

10. Маржатка З. Терминология, определение терминов и диагностические критерии в эндоскопии пищеварительного тракта: эндоскопия пищеварительного тракта: номенклатура ОМЕД / З. Маржатка. – Нормед Верлаг, 1996. – 141 с.

11. Forrest J. Endoscopy in gastrointestinal bleeding / J. Forrest, N. Finlayson, D. Shearman // Lancet. – 1974 Aug 17. – Vol. 2, N 7877. – P. 394–97.

12. Вилинский М. П. Гастроудоденальные кровотечения / М. П. Вилинский, В. И. Кружилина, А. Н. Хорев. – Ярославль, 1984. – 117 с.

13. Wang C. High-dose vs non-high-dose proton pump inhibitor after endoscopic treatment in patients with bleeding peptic ulcer: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials / C. Wang, M. Ma, H. Chou // Arch Intern Med. – 2010 May 10. – Vol. 170, N 9. – P. 751–58.

#### Адрес для корреспонденции

150000, Российская Федерация,  
г. Ярославль, ул. Революционная, д. 5,  
ГБОУ ВПО «Ярославская государственная  
медицинская академия»,  
тел. раб.: 8 (4852) 21-30-44,  
e-mail: larich-ab@mail.ru,  
Ларичев Андрей Борисович

#### Сведения об авторах

Ларичев А.Б., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии ГБОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия».  
Фавстов С.В., аспирант кафедры общей хирургии

ГБОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия».

Бахилина В.Л., врач эндоскопического отделения ГБКУЗ ЯО «Городская больница им. Н.А. Семашко», г. Ярославль.

Поступила 8.07.2013 г.