



УДК.616.342-002+005.1-089

Хакимов Дилшодбек Мамадалиевич

Заведующий кафедрой Общей хирургии, эндохирургии
и анестезиологии-реаниматологии факультета
усовершенствования и переподготовки врачей
доктор медицинских наук.

Андижан, Узбекистан

Карабоев Бекзодбек Баходирович

ассистент кафедры Общей хирургии, эндохирургии
и анестезиологии-реаниматологии факультета
усовершенствования и переподготовки врачей

Андижан, Узбекистан

Касимов Носир Адхамович

ассистент кафедры Общей хирургии, эндохирургии и
анестезиологии-реаниматологии факультета
усовершенствования и переподготовки врачей

Андижанский Государственный медицинский институт

Андижан, Узбекистан

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

For citation: Khakimov Dilshodbek Mamadalievich, Karaboev Bekzodbek Bakhodirovich, Kasimov Nosir Adkhamovich. Surgical tactics in treatment of elderly and additional patients with gastroduodenal ultra duodenal bleeding. Journal of hepato-gastroenterology research. 2020, vol. 2, issue 1, pp. 81-84


<http://dx.doi.org/10.26739/2181-1008-2020-2-17>

АННОТАЦИЯ

Авторами, предложена тактика, основанная на прогнозе рецидива кровотечения, которая позволила провести рациональную перегруппировку в рамках неотложных хирургических вмешательств, чего невозможно добиться при использовании традиционного активно-выжидательного подхода.

В процессе работы, внедрение индивидуально-активной хирургической тактики основанной на прогнозе рецидива кровотечения, в лечении больных старше 60 лет с ЯГДК, позволило снизить количество рецидивов кровотечения с 32,1 до 17,7%, соответственно уменьшить количество экстренных операций с 90 до 50% и, таким образом, в результате снизить частоту послеоперационных осложнений (с 38,8 до 22,9%) и летальности (с 24,5 до 12,5%).

Ключевые слова: язвенная gastroduodenальная кровотечения, хирургическая тактика, рецидив кровотечения, активно-выжидательный подход.

Khakimov Dilshodbek Mamadalievich

Head of the Department of General Surgery,
Endosurgery and Anesthesiology and Reanimatology
of the Faculty of Advanced Training
and Retraining of Physicians
Doctor of Medical Sciences.

Karaboev Bekzodbek Bakhodirovich

Assistant of the Department of General Surgery,

Endosurgery and Anesthesiology-Reanimatology of the
Faculty of Advanced Training and Retraining of Physicians

Kasimov Nosir Adkhamovich

Assistant of the Department of General Surgery, Endosurgery and
Anesthesiology-Reanimatology of the Faculty of Advanced
Training and Retraining of Physicians
Andijan State Medical Institute Andijan, Uzbekistan

SURGICAL TACTICS IN TREATMENT OF ELDERLY AND ADDITIONAL PATIENTS WITH GASTRODUODENAL ULTRA DUODENAL BLEEDING

ANNOTATION

The authors proposed a tactic based on the prognosis of recurrent bleeding, which made it possible to carry out rational regrouping in the framework of urgent surgical interventions, which cannot be achieved using the traditional active-expectant approach.

In the course of work, the introduction of individually-active surgical tactics based on the prognosis of recurrent bleeding in the treatment of patients over 60 years of age with UHDD, has reduced the number of recurrent bleeding from 32.1 to 17.7%, respectively, to reduce the number of emergency operations from 90 to 50% and, thus, as a result, reduce the incidence of postoperative complications (from 38.8 to 22.9%) and mortality (from 24.5 to 12.5%).

Key words: ulcerative gastroduodenal bleeding, surgical tactics, recurrent bleeding, active expectant approach.

Актуальность. Особое место в хирургическом лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений (ЯГДК) занимает диагностика. Не менее трудным остается выбор рациональной хирургической тактики в каждом конкретном случае кровотечения. Не оправдали себя как слишком активная, так и пассивная тактика. Своего рода общепризнанным компромиссом между консервативным лечением и активным хирургическим вмешательством является так называемая активно-выжидательная тактика, или тактика «вооруженного нейтралитета», сущность которой заключается в том, что лечение начинают с консервативного мероприятия, а оперируют только при безуспешности консервативной терапии или в случае рецидива кровотечения. Также нет надлежащей согласованности, в понимании экстренности оперативного лечения, что характеризуется совершенно различным толкованием немедленной, срочной, экстренной, неотложной и отсроченной операции. Поэтому поиск оптимальной хирургической тактики в лечении ЯГДК продолжается и по сей день [1;2;5;6;9;10].

Материал и методы исследования. На базе Республиканского Научного Центра экстренной медицинской помощи Андижанского филиала за период с 2016 по 2019 гг. по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ЯБДПК), осложненной кровотечением в первое хирургическое отделение поступили 639 больных. Из них больные пожилого и старческого возраста составили 138 (21,6%) человек, что явилось предметом нашего исследования.

Проводя лечение больных с ЯГДК, в том числе и больных пожилого и старческого возраста и накопления опыта в условиях работы, мы с 2017 года внесли коррективы в тактику хирургического лечения. Так как у больных старше 60 лет с ЯГДК хирургическая тактика до 2017 года и после была различной, это вызвало необходимость выделения двух условных групп: контрольная - с 2016 по 2017 годы - 72 (52,2%) больных; исследуемая - с 2018 по 2019 годы - 66 (47,8%) больных.

Из 138 больных с ЯГДК, в целом, мужчины больные пожилого и старческого возраста составили 99(71,7%), а женщины – 39(28,3%), с соотношением числа мужчин к женщинам 2,5:1.

При определении хирургической тактики, важное значение имеет оценка исходного состояния организма больного и степени тяжести кровопотери. Правильное их определение влияет на результаты хирургического лечения. Оценка тяжести состояния больных пожилого и старческого возраста с ЯГДК и степени тяжести кровотечения проводилась согласно методике Н.Н. Велигоцкого с соавт. [4]. У больных ОПК и объем кровопотери определяли по номограмме П.Г. Брюсова [3], согласно которой мы выделили легкий, средней и тяжелой степени тяжести кровотечения.

Результаты и их обсуждение. У наших больных (138) с ЯБЖ (27) и ЯБДПК (111), осложненной кровотечением в 79(57,2%) случаев кровотечение из язв двенадцатиперстной кишки (ДПК) – 62 (44,9%) и желудка – 17 (12,3%) протекало при отсутствии других осложнений ЯБ. Кровотечение у 12 (8,7%) больных протекало на фоне компенсированного пилородуоденального стеноза (ПДС) из язвы ДПК у 9 (6,5%) и желудка у 3 (2,2%). Суб и декомпенсированного ПДС из язвы ДПК у 7 (5,1%) и 6 (4,3%), соответственно. Пенетрация отмечено у 19 (13,8%) больных из язвы ДПК у 14(10,1%) и желудка у 5 (3,6%) больных. В 1(0,7%) случае кровотечение протекало на фоне перфорации язвы ДПК. Сочетание кровотечения, пенетрации и различной степени выраженности ПДС отмечено у 14 (10,1%) больных из язвы ДПК у 12 (8,7%) и желудка у 2 (1,4%).

Сопутствующая терапевтическая патология диагностирована в 49 (35,5%) случаев. При этом наибольшую часть составили заболевания сердечно-сосудистой системы – 21 (15,2%). Заболевания органов дыхания составило 5 (3,6%), ЦНС – 6 (4,3%), хронические заболевания печени и желчевыводящей системы – 8 (5,8%) и почек с мочевыделительной системой – 9 (6,5%).

Наличие сопутствующей терапевтической патологии играло определенную роль на исходы в лечении данной категории больных, что требовало их коррекции и способствовало улучшению результатов хирургического лечения.

Сочетанная хирургическая патология диагностирована в 23 (16,7%) случаев. При этом у данного контингента больных наиболее часто диагностирована ЖКБ, ventralnye грыжи - в 8 (5,8%) случаев, что нередко

приводило в затруднение при определении хирургической тактики.

По мере накопления опыта работы с данным контингентом больных нами разработан алгоритм, определяющий хирургическую тактику [8]. Этому способствовало неудовлетворенность результатами лечения 72 (52,2%) больных пожилого и старческого возраста, оперированных в этом же отделении нашего центра. На наш взгляд это было связано с тем, что мы порой придерживались активной, порой активно-выжидательной тактики, т.е. допускались тактические ошибки, а также упущения в технике операций.

Разработанный и внедренный в нашу клинику алгоритм отражает индивидуально-активную хирургическую тактику лечения больных с ЯГДК, основанную на прогнозе рецидива.

При предложенном алгоритме [8] у всех больных с ЯГДК мы производили осмотр, тщательно изучали анамнез болезни. При этом обращали внимание на длительность язвенного анамнеза, на наличие кровотечения из язвы в анамнезе, на ранее проведенное эндоскопическое исследование и его заключение; сроки от начала кровотечения до поступления в стационар и его клинические проявления, отражающие темп, интенсивность кровотечения, а также оценить: кровотечение продолжающееся или остановившееся.

Одновременно изучали анамнез жизни на предмет наличия сопутствующей терапевтической патологии, а также наличия сочетанной хирургической патологии. Наряду с этим проводилось клиническое и лабораторное исследование позволяющая определить состояние больного на данный момент и степень тяжести кровотечения. Этим самым мы подготавливали больного для проведения эндоскопического исследования.

После проведения вышеизложенных процедур мы оценивали состояние больного на наличие у него постгеморрагического шока. При диагностировании явлений постгеморрагического шока мы выводили больного из этого состояния, затем проводили экстренную эндоскопию.

В нашем материале (138) больные контрольной группы составили 72 человек. Из них с ЯБЖ составили 12 (16,7%) человек. Все они подлежали оперативному лечению. С ДЯ составили – 60. При этом 23 (31,9%) из них подлежали консервативному, 37 (51,4%) - оперативному лечению.

При этом больные исследуемой группы составили 66 человек. Из них - 15 (22,7%) – составили больные с ЯБЖ. Из них консервативному лечению подлежали 2 больных, а оперативному – 13. Больные с ЯБДПК составили 51 (77,3%), из них консервативному лечению подлежали 16 больных, а оперативному – 35. При определении хирургической тактики у наших больных мы придерживались эндоскопической классификации язвенных кровотечений предложенный J.Forrest и соавт. (1987).

У исследуемых больных пожилого и старческого возраста с язвенными желудочными кровотечениями (ЯЖК) (15) в зависимости от характера кровотечения (по J.Forrest, 1987) консервативному лечению подлежали 2 (13,3%) больных. Это были больные, поступившие в хирургическое отделение с клинической картиной ЯЖК подтвержденной данными анамнеза болезни и

лабораторных данных. Однако, к моменту эндоскопического исследования установлено язва без признаков кровотечения (F-II-C). Обоим больным проведен комплекс консервативного лечения, с рекомендацией в проведении плановой операции в специализированной клинике.

13 (86,7%) исследуемых больных с ЯБЖ осложненной кровотечением подлежали оперативному лечению. Показанием к экстренному оперативному лечению у 4 (26,7%) больных было струйное артериальное кровотечение из язвы желудка (F-I-A). У 3 (20,0%) больных показанием к экстренному оперативному лечению явилось капиллярное (венозное) кровотечение из язвы желудка (F-I-B). Из 2 (13,3%) больных у одного эндоскопически диагностированы тромбированные сосуды в дне язвы желудка, у второго – сгусток крови, закрывающий язву желудка (F-II-A). При прогнозировании кровотечения установлен высокий риск его рецидива. Из 3 (20,0%) больных с желудочной язвой F-II-B у одного возник рецидив кровотечения в стационаре. Ему произведена экстренная операция. Остальным 2 больным с желудочной язвой F-II-B – 2 – отсроченная операция. У 1 (6,7%) больного с желудочной язвой F-II-C нами эндоскопически установлена язва без признаков кровотечения. Однако у него имелись признаки язвенного желудочного кровотечения до поступления в хирургическое отделение, подтвержденное лабораторными исследованиями. Ему проведен комплекс консервативного лечения, после которого оперирован в плановом порядке.

У исследуемых больных пожилого и старческого возраста с ЯГДК (51) в зависимости от характера кровотечения консервативному лечению подлежали 16 (31,4%) больных, а оперативному 35 (68,6%). У всех больных при поступлении в хирургическое отделение нами проводились вышеуказанные мероприятия. Признаки постгеморрагического шока нами установлено у 14 больных. Им экстренная эзофагогастроскопия проведена после выведения больного из данного состояния.

Больные с ЯДК консервативному лечению подлежали в 1 (2,0%) случае при диагностировании капиллярного (венозного) кровотечения из ДЯ (F-I-B). В связи остановкой кровотечения после локального гемостаза и комплексной гемостатической терапии при прогнозировании рецидива кровотечения у этого больного угроза рецидива кровотечения не установлена. В этой связи после консервативного лечения больной выписан домой и рекомендацией на плановую операцию в специализированной гастроэнтерологической клинике хирургии профиля на 15-21 день.

У 2 (3,9%) больных эндоскопически установлены тромбированные сосуды в дне язвы ДПК (F-II-A) и у 3 (5,8%) - сгусток крови закрывающий ДЯ (F-II-B). При прогнозировании у всех этих больных угрозы рецидива кровотечения не установлены. В связи с этим им была проведена комплексная гемостатическая и противоязвенная терапия. Больные выписаны домой с рекомендацией на плановую операцию в специализированной гастроэнтерологической клинике хирургического профиля на 15-21 день.

У 4(7,8%) больных диагностировано ДЯ без признаков кровотечения (F- II-C). У всех этих больных до

поступления в хирургическое отделение по данным тщательного изучения анамнеза болезни установлен факт язвенного кровотечения. Об этом свидетельствовали данные лабораторных исследований, проведенные в условиях стационара. Им после комплексного консервативного лечения, рекомендована плановая операция.

Следует отметить, что у 6 (11,8%) по данным анамнезу болезни установлено наличия ЯДК (по результатам ранее проведенных эндоскопических исследований и по результатам в условиях амбулаторий и стационаров). Однако, при эндоскопическом исследовании у этих больных нами источник кровотечения и язва не установлена, хотя у них имелась клиническая картина дуоденального кровотечения (F-III). Всем этим больным проведена гемостатическая терапия и курс противоязвенного консервативного лечения. Этим больным мы показания к плановой операции не ставили, однако рекомендовали находиться на диспансерном наблюдении.

Больным с ЯДК в 35 (68,6%) случаев выполнено оперативное лечение. Показанием к операции у 9(17,6%) явилась струйное (артериальное) кровотечение из ДЯ (F-I-A), диагностированная при экстренной эндоскопии, проведенное в реанимационном отделении (3) и на операционном столе. Им проведена экстренная операция.

У 10 (19,6%) больного эндоскопические установлено капильное (венозное) кровотечение из ДЯ (F-I-B) локальный гемостаз и гемостатическая терапия привели к остановке кровотечения у 6 больных. У 4 больных в связи с продолжающимся кровотечением после соответствующей подготовки выполнена экстренная операция. Из 6 больных у 2, после остановки кровотечения возник его рецидив. Им также выполнены экстренные операции. У 2 больных при прогнозировании рецидива кровотечения установлен высокий риск его рецидива, что явилась показанием к выполнению операции в отсроченном порядке. У 2 больных этой группы при прогнозировании рецидива нами угроза

рецидива кровотечения не установлена. Им проведена комплексная консервативная терапия, с оперативным вмешательством в плановом порядке.

У 8 (15,7%) больных эндоскопически диагностированы тромбированные сосуды в дне ДЯ (F-II-A) и у 8 (15,7%) с ДЯ F-II-B - сгусток крови, закрывающий дно ДЯ. У 1 больного с ДЯ F-II-A в связи с продолжающимся дуоденальным кровотечением произведено экстренное оперативное вмешательство. У 13 (F-II-A - 7; F-II-B -6) больных в связи высоким риском рецидива дуоденального кровотечения выполнены оперативные вмешательства в отсроченном порядке после с компенсации показателей гемостаза. У 2 больных с ДЯ F-II-B при прогнозировании рецидива кровотечения угроза его рецидива нами не установлена. Этим больным после комплексной консервативной терапии оперативное лечение выполнена в плановом порядке на 15- 21 дней.

Правильный прогноз рецидива геморрагии может помочь хирургу избежать как неоправданного выжидания, которое может привести к экстренной операции на высоте рецидива кровотечения, так и необоснованного оперативного вмешательства. В этой связи нами разработаны критерии угрозы рецидива кровотечения и алгоритм его прогноза [7].

Заключение. Таким образом, предложенная тактика, основанная на прогнозе рецидива кровотечения, позволяет провести рациональную перегруппировку в рамках неотложных хирургических вмешательств, чего невозможно добиться при использовании традиционного активно-выжидательного подхода.

Итак, в процессе работы, внедрение индивидуально-активной хирургической тактики основанной на прогнозе рецидива кровотечения, в лечении больных старше 60 лет с ЯДК, позволило снизить количество рецидивов кровотечения с 32,1 до 17,7%, соответственно уменьшить количество экстренных операций с 90 до 50% и, таким образом, в результате снизить частоту послеоперационных осложнений (с 38,8 до 22,9%) и летальности (с 24,5 до 12,5%).

Список литературы/Iqtiboslar/References

1. Алтиев Б.К., Рихсибеков З., Мухамедов Х. Прогнозирование рецидива кровотечения из острых гастродуоденальных язв//Хир. Узб. №3, 2003-с. 11.
2. Амиров А.М. Тактика лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений у лиц пожилого и старческого возраста. //Автореферат дисс. канд. мед. наук – Ростов– на – Дону. – 1996.-21 с.
3. Брюсов П.Г. Определение величины кровопотери в неотложной хирургии //Вестн. хир. – 1986. - №6 – С. 122-127.
4. Велигоцкий Н.Н., Зайцев Б.Т., Дерман А.И. Индивидуально-активная тактика при острых гастродуоденальных кровотечениях язвенного генеза // Хирургия. -1989. -№8. -С.88-91.
5. Григорьев С.Г., Корытцев В.К. Хирургическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях //Хирургия. – 1999. - №6. – с. 20-22.
6. Климанов А.В., Читаева Р.В. Диагностика и хирургическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях у больных пожилого и старческого возраста //Акт. проблемы гастроэнтерологии и сочетанной патологии в геронтологии: (Мат. 33-й конф. Межрег. ассоц. гастроэнт). –М., 1995. –с. 89-90.
7. Хужамбердиев И.Р., Ниязатов Б.Б., Батиров А.К., Хакимов Д.М. и др. Критерии угрозы рецидива кровотечения и алгоритм его прогноза. / Рацпредл. №1674 от 12.11.04г.
8. Хужамбердиев И.Р., Ниязатов Б.Б., Батиров А.К., Хакимов Д.М. и др. Алгоритм лечения больных с гастродуоденальными кровотечениями язвенного генеза, основанной на прогнозе его рецидива. / Рацпредл. №1675 от 12.11.04г.
9. Шапкин Ю.Г. Хирургическая тактика при гастродуоденальных кровотечениях. // Саратов – 1998. – 254 с.
10. Schroders C.P., Imhof M., Ohmann C. und and. Ulkusblutung beim alten patienten: primar konservative oder operative Therapie? //Langenbecks Archiv fur Chirurgie - Supplement - Kongressband – 1996.-Bd.113.-S.467-469.