

*В. А. АВАКИМЯН, Г. К. КАРИПИДИ, С. В. АВАКИМЯН, О. А. АЛУХАНЫН,
М. Т. ДИДИГОВ, Е. С. БАБЕНКО*

СОЧЕТАНИЕ ПЕРФОРАЦИИ И КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
ул. Седина, 4, Краснодар, Россия, 350063.*

АННОТАЦИЯ

Цель. Оценка различных методов хирургического лечения больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной сочетанием перфорации и кровотечения и обоснование выбора оптимального метода оперативного пособия.

Материалы и методы. Обобщен опыт хирургического лечения сочетанных осложнений язвенной болезни в виде перфорации и кровотечения. Такое сочетание встретилось у 52 больных из 753 больных, оперированных по поводу прободения язвы. Кровотечение возникало как из прободной язвы, так и из другой. Кровотечение было как в свободную брюшную полость (5 наблюдений или 0,66%), так и в просвет желудочно-кишечного тракта (47 больных или 6,2%).

Результаты. При оперативном лечении сочетанных осложнений язвенной болезни желудка и ДПК летальность составила более 19%. Наиболее тяжелыми больными были те, у которых прободение язвы сочеталось с кровотечением в свободную брюшную полость. Резекция желудка применялась в 31,9%. Простое зашивание перфоративного отверстия язвы недопустимо, т.к. у 2/3 больных гастродуоденальными язвами имеется не менее двух язв, одна из которых осложняется перфорацией, а другая – кровотечением из неё. Даже при минимальном объеме оперативного вмешательства целесообразно выполнение пилоропластики по Джадду.

Заключение. Операцией выбора является пилоропластика по Джадду. Приблизительно у 1/3 больных приходится прибегать к резекции желудка, выполнение которой диктуют патоморфологические изменения в пилородуоденальной зоне.

Ключевые слова: язвенная болезнь, осложнения, перфорация, кровотечение

Для цитирования: Авакимян В.А., Карипиди Г.К., Авакимян С.В. и др. Сочетание перфорации и кровотечения при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2017; 24(6): 7-11. DOI: 10.25207 / 1608-6228-2017-24-6-7-11

For citation: Avakimyan V.A., Karipidi G.K., Avakimyan S.V., Alukhanyan O.A., Didigov M.T., Babenko E.S. Combination of perforation and hemorrhage accompanying gastroduodenal ulcer. *Kubanskij nauchnyj medicinskij vestnik*. 2017; 24(6): 7-11. (In Russ., English abstract). DOI: 10.25207 / 1608-6228-2017-24-6-7-11

**V. A. AVAKIMYAN, G. K. KARIPIDI, S. V. AVAKIMYAN, O. A. ALUKHANYAN, M. T. DIDIGOV,
E. S. BABENKO**

COMBINATION OF PERFORATION AND HEMORRHAGE ACCOMPANYING GASTRODUODENAL ULCER

*Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Kuban State Medical University
of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, 4, Sedina str., Krasnodar, Russia, 350063.*

ABSTRACT

Aim. Evaluation of different methods of surgical treatment of patients with gastroduodenal ulcer, complicated by a combination of perforation and hemorrhage and the rationale for choosing optimal method of surgical treatment.

Materials and methods. The article summarizes the experience of surgical treatment of combined complications of ulcer disease in the form of perforation and hemorrhage. This combination was found in 52 from 753 patients who underwent surgery for ulcer perforation. The hemorrhage arose from a perforated ulcer, and other. The hemorrhage was in the abdomen (5 cases or 0,66%) and in the lumen of the gastrointestinal tract (47 patients or 6,2%).

Results. In the surgical treatment of combined complications of gastroduodenal ulcer disease the mortality rate was more than 19%. The most severe patients were those who had free perforated ulcer combined with hemorrhage. Gastric resection was applied at 31,9%. Simple stitching perforated hole ulcers is unacceptable because 2/3 patients with

gastroduodenal ulcers have at least two ulcers, one of which is complicated by perforation and hemorrhage. Even at the minimum volume of surgical intervention it is appropriate to perform pyloroplasty according to Judd.

Conclusion. The surgery of choice is pyloroplasty according to Judd. Approximately 1/3 of patients have to resort to resection of the stomach, which is dictated by the pathological changes in pyloroduodenal area.

Keywords: peptic ulcer, complications, perforation, hemorrhage

Введение

Одним из наиболее тяжелых осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки является сочетание различных, в том числе и urgentных, осложнений язвы желудка и двенадцатиперстной кишки [1, 2, 3, 4]. Несмотря на достижения современной фармакологии, число осложнений, в том числе и urgentных, язвенной болезни не уменьшилось [5, 6]. Хирурги часто стали сталкиваться с тяжелыми топографоанатомическими изменениями в зоне язвенного поражения, что в значительной мере осложняет выполнение оперативного вмешательства [7, 8]. У этого тяжелого контингента больных и до настоящего времени остаются высокими как послеоперационные осложнения, достигающие 30%, так и послеоперационная летальность, достигая 37,7% [9]. Поэтому, несмотря на давность проблемы, многие вопросы ещё ждут своего решения.

Материалы и методы

В клинике госпитальной хирургии на базе 2-го хирургического отделения Краснодарской городской клинической больницы скорой медицинской помощи за последние 20 лет (с 1996 по 2016 годы) было оперировано 753 больных перфоративной гастродуоденальной язвой. Из них у 52 пациентов (6,9%) перфорация язвы сочеталась с кровотечением из этой же язвы или из другой. Кровотечение было как в свободную брюшную полость (5 наблюдений или 0,6%), так и в просвет желудочно-кишечного тракта (47 больных или 6,2% наблюдений из 753 оперированных больных). У 17

(32,7%) больных язва локализовалась в желудке и у 35 (67,3%) – в двенадцатиперстной кишке.

Возраст больных колебался в пределах от 21 года до 78 лет. Средний возраст составил $47 \pm 2,6$ года. Женщин было всего три (39, 45 и 57 лет).

Язвенный анамнез у подавляющего большинства этих больных был более 10 лет, и только у 5 больных он был короче. Все они длительно лечились как в условиях стационара, так и амбулаторно, включая и санаторно-курортное лечение.

Время поступления в стационар от момента заболевания до госпитализации было от 2 до 72 часов, но 65% больных поступали в промежутке от 6 до 12 часов.

Диагноз базировался на клинических, лучевых методах диагностики и лабораторных данных. В затруднительных случаях прибегали к фиброгастродуоденоскопии (ФГДС) и лапароскопии. Степень тяжести кровотечения определяли по принятой в клинике классификации (табл. 1).

Результаты и обсуждение

Всего было обследовано и пролечено 753 больных с перфоративной гастродуоденальной язвой. Из них у 234 больных с перфоративной язвой во время операции были выявлены и другие осложнения язвенной болезни, требующие зачастую хирургической коррекции. В клиническую разработку включены всего 52 больных из указанных 234, у которых перфорация язвы сочеталась с кровотечением из этой же язвы или из другой. Варианты и источники кровотечения при перфорации язвы были следующие (табл. 2).

Таблица 1 / Table 1

Определение степени тяжести кровопотери

Determination of hemorrhage severity

Исследуемые показатели	Степень тяжести кровотечения		
	легкая	средняя	тяжелая
Частота пульса (в 1 мин)	Меньше 100	От 100 до 120	Больше 120
АД макс. (мм рт. ст.)	Больше 100	От 100 до 80	Меньше 80
Индекс шока (пульс/АД)	Меньше 1,0	От 1,0 до 1,5	Больше 1,5
Число эритроцитов (Т/л)	Меньше 3,0	От 3,0 до 2,0	Меньше 2,0
Гемоглобин (г/л)	Больше 110	От 110 до 70	Меньше 70
Гематокрит (%)	Больше 35	От 35 до 25	Меньше 25
Диурез (мл/час)	Больше 40	От 40 до 20	Меньше 20
ЦВД (мм вод. ст.)	Больше 40	От 40 до 20	Меньше 20
Дефицит ОЦК	Меньше 20 %	От 20 до 30%	Больше 30%

Примечание: коэффициент корреляции между ОЦК, определяемый с помощью синего Эванса и критериями определения дефицита ОЦК проводимыми в таблице 1 составил 0,87.

Note: the coefficient of correlation between the bcc, determined with the help of blue Evans and the criteria for determining the deficit of bcc conducted in Table 1 was 0.87.

Таблица 2 / Table 2

Источники кровотечения при перфорации язвы

Sources of hemorrhage during perforation of an ulcer

Источник кровотечения	Число больных	%
Перфорация и кровотечение осложнили одну и ту же язву	19	36,5
Перфорация одной язвы и кровотечение из другой язвы	33	63,5
ВСЕГО, из них:	52	100,0
Кровотечение в свободную брюшную полость	5	9,6
Кровотечение в просвет ЖКТ	47	90,4

Как видно из таблицы 2 почти у 2/3 больных происходит перфорация одной язвы, а кровотечение возникает из другой.

Наибольшие диагностические, лечебные и прогностические трудности составляли те больные, у которых перфорация язвы сочеталась с кровотечением в свободную брюшную полость.

лудка, то мы считаем, что предпочтение нужно отдать пилоропластике по Джадду перед другими видами пилоропластик или дуоденопластик. При пилоропластике по Джадду удается провести осмотр задней стенки двенадцатиперстной кишки, где нередко локализуется ещё одна язва. Иссечение язвы позволяет не только произвести гистологическое исследование, но и сшивать малоизмененные края раны, что улучшает условия заживления пилоропластик. И ещё одно немаловажное преимущество любой пилоропластики заключается в том, что она сокращает время пребывания пищи в антральном отделе желудка, сокращает во времени вторую фазу пищеварения и опосредованно ведет к снижению продукции соляной кислоты в среднем на 20% [1].

Клиническая картина в большой мере зависит от преобладания признаков кровотечения или перфорации. При возникновении осложнений последовательно диагностика их не представляла больших трудностей. При одновременном возникновении двух осложнений возникали диагностические трудности. Поэтому целесообразно обращать внимание на следующие признаки (табл. 3).

Таблица 3 / Table 3

Варианты клинического течения сочетанных осложнений язвенной болезни

Variants of clinical course of combined complications of peptic ulcer

Перфорация и кровотечение с преобладанием признаков перфорации	Перфорация и кровотечение с преобладанием признаков кровотечения
Боль сильная	Боль слабо выражена
Напряжение мышц живота выражено	Напряжение мышц живота отсутствует
Прекращение рвоты	Рвота кровью
Субфебрильная температура тела	Нормальная температура тела
Исчезновение печеночной тупости или (пневмоперитониум)	Исчезновение печеночной тупости или (пневмоперитониум)
Отсутствие эффекта от консервативного лечения	Улучшение (временное) после медикаментозной, особенно заместительной терапии
Лейкоцитоз с нейтрофилезом	Лейкоцитоз с нейтрофилезом
Нормальное АД	Снижение АД
Умеренная тахикардия	Выраженная тахикардия
	Снижение числа эритроцитов, гематокрита и гемоглобина

Это, по-видимому, связано с тем, что излившаяся кровь делает менее агрессивным желудочный сок. Поэтому болевой синдром и напряжение мышц живота менее выражены, что ведет к запоздалому оперативному вмешательству. Во время оперативного пособия, как правило, находили фибринозно-гнойный перитонит даже уже спустя 6 часов после начала заболевания. Фибринозно-гнойный перитонит, естественно, омрачает прогноз заболевания. При массивной кровопотере на первый план выступают симптомы кровотечения, что еще больше затрудняет диагностику и ухудшает прогноз болезни.

Если в ходе оперативного вмешательства не используется различная по объёму резекция же-

При сомнении в диагнозе прибегали в основном к двум дополнительным методам исследования. ФГДС позволяет определить наличие язвы и характер ее осложнения, а повторная обзорная рентгенография брюшной полости после ФГДС (проба Вебера) позволяет обнаружить свободный газ в брюшной полости. Если сомнения в диагнозе оставались, прибегали к диагностической лапароскопии. При ясном диагнозе ФГДС не может быть рекомендована, так как она способствует поступлению в брюшную полость новых порций желудочного сока и способствует распространению экссудата в брюшной полости, который всегда имеется при прободении язвы.

Характер оперативного вмешательства и его

Характер оперативного вмешательства при сочетанных осложнениях

The nature of surgical intervention in combination with complications

Объем операции	Число больных	Выздоровело (%)	Умерло (%)
Резекция 2/3 желудка	11	8 (72,9)	3 (27,1)
Зашивание перфоративной язвы	10	8 (80,0)	2 (20,0)
СВ в сочетании с пилоропластикой	5	4 (80,0)	1 (20,0)
СтВ в сочетании с антрумэктомией	4	3 (75,0)	1 (25,0)
Пилоропластика по Джадду	10	9 (90,0)	1 (10,0)
Дуоденопластика по Оноприеву (сегментарная или мостовидная)	11	9 (87,1)	2 (18,2)
СПВ в сочетании с дуоденопластикой	1	1	-
ИТОГО	52 (100%)	42 (80,8)	10 (19,2)

Примечание: СВ – селективная ваготомия, СПВ – селективная проксимальная ваготомия, СтВ – стволовая ваготомия.

Note: SV - selective vagotomy, SPV - selective proximal vagotomy, StV - stem vagotomy.

исходы у больных при сочетанных (перфорация и кровотечение) осложнениях язвенной болезни (табл. 4).

Как видно из таблицы 4, летальность составила более 19%. Сравнительно высокая летальность требует объяснения. Наиболее тяжелыми больными были те, у которых прободение язвы сочеталось с кровотечением в свободную брюшную полость. У этих больных была невыраженная картина перфорации, живот оставался мягким, малоболезненным, что вело к запоздалому оперативному вмешательству, а кровь, излившаяся в свободную брюшную полость, создавала благоприятные условия для быстрого роста микрофлоры и прогрессирования перитонита. Из 5 таких больных умерло 3 человека, что составило 60,0%. В то же время из остальных 47 оперированных больных после операции умерло 7 пациентов, что составило 14,1%. В этой группе больных, состоящей из 47 больных, резекционные способы были применены у 15 пациентов, то есть практически у каждого третьего больного (31,9%).

Сравнительно высокий процент (31,9%) применения различной по объёму резекции желудка объясняется несколькими моментами. У одних больных эти осложнения протекали на фоне различной степени выраженности пилородуоденального стеноза. У других больных во время операции обнаруживали обширную пенетрацию язвы, чаще всего, в головку поджелудочной железы. У третьих – резекция желудка была вынужденной операцией. Предложенная В.И. Оноприевым, как альтернатива резекции желудка, сегментарная дуоденопластика, с нашей точки зрения, технически более сложное пособие, а в условиях перитонита широкое раскрытие забрюшинного пространства является не только нецелесообразным, но опасным в смысле развития флегмоны забрюшинного пространства и травматического послеоперационного панкреатита, что естественно еще более омрачает прогноз болезни.

В силу того, что у 2/3 больных гастродуоденальными язвами имеется не менее двух язв, одна из которых осложняется перфорацией, а другая – кровотечением из неё, мы считаем, простое зашивание перфоративного отверстия язвы недопустимым. Даже при минимальном объёме оперативного вмешательства целесообразно выполнение пилоропластики по Джадду. При таком виде пилоропластики, во-первых, иссекается язва в пределах здоровых тканей, что улучшает процесс заживления, во-вторых, удаленную язву можно подвергнуть гистологическому исследованию и, в-третьих, – пилоропластика по Джадду позволяет осмотреть заднюю стенку двенадцатиперстной кишки, где нередко локализуется вторая язва («целующиеся» язвы). Все это практически невозможно выполнить при простом ушивании перфоративного отверстия язвы.

Заключение

1. Сочетания прободения язвы с язвенным кровотечением являются очень грозными осложнениями, дающими высокую летальность даже при своевременном квалифицированном хирургическом и медикаментозном лечении.

2. Всякое усиление или появление боли в животе у больного с язвенным кровотечением должно навести хирурга на мысль о возникновении перфорации язвы.

3. Операцией выбора у этого тяжелого контингента больных должна быть пилоропластика по Джадду.

4. Считать нецелесообразным простое ушивание перфоративного отверстия язвы.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Авакимян В.А., Багдасарьян А.С. *Патогенез и лечение язвенной болезни*. Краснодар: Краснодарские известия, 2004. 254 с. [Avakimyan V.A., Bagdasar'yan A.S. *Patogenez i lechenie yazvennoy bolezni*. Krasnodar: Krasnodarskie izvestiya, 2004. 254 s. (In Russ.).]

2. Чернооков А.И., Наумов Я.А., Яковченко А.В. и др. Тактика хирургического лечения больных с сочетанными осложнениями язв двенадцатиперстной кишки в экстренной хирургии. *Анналы хирургии*. 2010; 2: 11-18. [Chernookov A.I., Naumov Ya.A., Yakovchenko A.V., Cil'chuk E.S., Plugin O.G. Taktika khirurgicheskogo lecheniya bol'nykh s sochetannymi oslozhneniyami yazv dvenadtsatiperstnoy kishki v ekstreynoy khirurgii. *Annaly khirurgii*. 2010; 2: 11-18. (In Russ., English abstract)].

3. Таранов И.И., Поленцова Н.П. Хирургическая тактика лечения лиц пожилого и старческого возраста с сочетанными осложнениями язвенной болезни. *Современные проблемы науки и образования*. 2015; 5: 56. [Taranov I.I., Polentsova N.P. Khirurgicheskaya taktika lecheniya lits pozhilogo i starcheskogo vozrasta s sochetannymi oslozhneniyami yazvennoy bolezni. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*. 2015; 5: 56. (In Russ.)].

4. Henriksson A.E., Edman A.C., Held M. et al. Helicobacter pylori and acute bleeding peptic ulcer. *Europ. J. Gastroenterol. Hepatol.* 1995; 7: 769-771. [Henriksson A.E., Edman A.C., Held M., Wadstrom T. Helicobacter pylori and acute bleeding peptic ulcer. *Europ. J. Gastroenterol. Hepatol.* 1995; 7: 769-771.].

5. Tytgat G.N.J. Treatment of Peptic Ulcer. *Digestion*. 1998; 596: 447-452. [Tytgat G.N.J. Treatment of Peptic Ulcer. *Digestion*. 1998; 596: 447-452.].

6. Вачев А.Н., Корытцев В.К., Антропов И.В. Выбор объема операции при сочетании перфорации язвы двенадцатиперстной кишки с другим осложнением язвенной болезни. Хи-

рургия. 2013; 11: 29-31. [Vachev A.N., Koryttsev V.K., Antropov I.V. Vybór ob'ema operatsii pri sochetanii perforatsii yazvy dvenadtsatiperstnoy kishki s drugim oslozhneniem yazvennoy bolezni. *Khirurgiya*. 2013; 11: 29-31. (In Russ., English abstract)].

7. Никитин Н.А., Коршунова Т.П., Онучин М.А. Хирургическое лечение сочетанных осложнений язвенной болезни при пилородуоденальной локализации язв. *Медицинский альманах*. 2010; 1(10): 121-125. [Nikitin N.A., Korshunova T.P., Onuchin M.A. Khirurgicheskoe lechenie sochetannykh oslozhneniy yazvennoy bolezni pri piloroduodenal'noy lokalizatsii yazv. *Meditsinskiy al'manakh*. 2010; 1(10): 121-125. (In Russ., English abstract)].

8. Жанталинова Н.А. Выбор хирургической тактики при гигантских язвах желудка и ДПК. *Хирургия*. 2005; 12: 30-32. [Zhantalina N.A. Vybór khirurgicheskoy taktiki pri gigant'skikh yazvakh zheludka i DPK. *Khirurgiya*. 2005; 12: 30-32. (In Russ., English abstract)].

9. Багненко С.Ф., Курыгин А.А., Синенченко Г.И. и др. Сочетанные осложнения язвы двенадцатиперстной кишки и их хирургическое лечение. *Вестник хирургии им. И.И. Грекова*. 2009; 168(6): 12-15. [Bagnenko S.F., Kurygin A.A., Sinenchenko G.I., Demko A.E., Peregudov S.I. Sochetannye oslozhneniya yazvy dvenadtsatiperstnoy kishki i ikh khirurgicheskoe lechenie. *Vestnik khirurgii im. I.I. Grekova*. 2009; 168(6): 12-15. (In Russ., English abstract)].

Поступила / Received 20.07.2017
Принята в печать / Accepted 11.10.2017

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов / The authors declare no conflict of interest

Контактная информация: *Бабенко Евгений Сергеевич; тел.: +7 (918) 11-22-303; e-mail: babenkoes@mail.ru; Россия, 350033, г. Краснодар, ул. 1-ая линия поймы реки Кубань, д. 2, кв. 82.*

Corresponding author: *Evgeny S. Babenko; tel.: +7 (918) 11-22-303; e-mail: babenkoes@mail.ru; ap. 82, 2, 1-ya liniya poimy reki Kuban str., Krasnodar, Russia, 350033.*