

А.Г. Хасанов, И.Ф. Суфияров, С.Х. Бакиров, А.Р. Мусин

Прогнозирование рецидива язвенного гастродуоденального кровотечения

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Резюме. Работа основана на анализе 160 клинических наблюдений за больными, находившимися на лечении по поводу язвенных гастродуоденальных кровотечений. Для прогноза рецидива кровотечения за основу был взят индекс рецидива кровотечения, разработанный Н.В. Лебедевым, А.Е. Климовым [3]. Для определения тактики введения больного производилась ориентировочная оценка риска рецидива кровотечения у конкретного больного с учетом клинической картины. При сумме баллов индекса рецидива кровотечения от 1 до 12 производилось консервативное лечение, от 13 до 16 баллов консервативное лечение и динамическое наблюдение с использованием фиброгастродуоденоскопии, показания к экстренной операции выставлялись при сумме баллов 17 и более. Использование данного подхода выявления риска рецидива кровотечения позволяет быстро и объективно оценить вероятность развития такого рецидива и выбрать оптимальную лечебную тактику, исходя из тяжести состояния больного. В качестве оперативного вмешательства чаще всего выполняют иссечение язвы с пилоропластикой и ваготомией. Резекция желудка выполняется у больных с локализацией язвы в кардиальном отделе желудка, при отсутствии тяжелых сопутствующих заболеваний.

Ключевые слова: язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки, кровотечение, прогноз, рецидив, профилактика, лечение, операция, пилоропластика, резекция желудка.

Введение. Несмотря на совершенствование средств и методов лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений, в том числе использование эндоскопических методов остановки кровотечения, уровень послеоперационной летальности при повторных кровотечениях остается высоким и составляет от 10–14 до 30% [1–3]. В структуре больных с гастродуоденальными кровотечениями до 40% занимают лица пожилого и старческого возраста [4, 6, 10]. При этом до 20% больных поступает позже 24 ч от начала заболевания, что существенно отягощает течение заболевания. В настоящее время у хирургов нет единого мнения в определении прогностических критериев риска рецидива язвенных гастродуоденальных кровотечений, определяющих тактическое решение хирурга, хотя именно рецидивирующие кровотечения в прогностическом отношении наиболее неблагоприятны [2, 5, 7].

Существуют различные подходы к хирургическому лечению язвенных гастродуоденальных кровотечений: активная, активно-выжидательная и выжидательная тактика. Однако ни один из указанных подходов не решил данную хирургическую проблему, т.к. основной причиной послеоперационной летальности является несвоевременное решение об оперативном вмешательстве из-за отсутствия объективных прогностических критериев.

Поиск оптимальных методов определения риска рецидива гастродуоденального кровотечения является на сегодняшний день актуальной задачей хирургической гастроэнтерологии.

Цель исследования. Повысить эффективность лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями в условиях хирургического стационара путем применения лечебной тактики, основанной на балльной оценке риска рецидива кровотечения.

Материалы и методы. Работа основана на анализе 160 клинических наблюдений за больными, находившимися на лечении по поводу язвенных гастродуоденальных кровотечений в городской больнице № 8 (г. Уфа) за период с 2008 по 2010 гг. Возраст пациентов был от 25 до 83 лет, средний возраст $39,1 \pm 16,1$ лет. Мужчин – 103 (64%), женщин – 57 (36%). Распределение пациентов по нозологическому признаку представлено в таблице 1.

При поступлении в стационар пациентам производили эндоскопические исследования. По степени

Таблица 1

Нозология язвенных гастродуоденальных кровотечений

Причина кровотечения	Количество больных	
	абс.	%
Язвенная болезнь 12 перстной кишки	78	48,7
Хроническая язва желудка	33	20,6
Острая язва желудка	28	17,5
Множественные язвы желудка	12	7,6
Пептическая язва анастомоза	9	5,6
Итого	160	100

устойчивости гемостаза пациенты распределились следующим образом: со степенью устойчивости гемостаза F II – 120 (75%), F III – 24 (15%), F I – 16 (10%). Эндоскопические признаки неустойчивого гемостаза имели 30 (38,4%) пациентов с язвой желудка и 42 (48%) – с язвой двенадцатиперстной кишки. Для воздействия на источник кровотечения через эндоскоп применяли термические (монополярная и биполярная электрокоагуляция), инъекционные (1,0 мл 0,1% раствора адреналина и 50 мл 0,5% раствора новокаина), аппликационные (обработка 5% раствором гамма-аминокапроновой кислоты), механические (клипирование, наложение лигатур) методы гемостаза. Выбор метода гемостаза осуществлялся в соответствии с характеристиками источника язвенного кровотечения.

Пациенты, поступившие в период с 2008 по 2009 гг. (73 больных) составили контрольную группу. В данной группе оценка риска рецидива язвенного кровотечения и тактики лечения больных проводилась на основании изучения историй болезней. Пациенты, находящиеся на лечении с 2009 по 2010 гг. (87 больных), составили основную группу. В данной группе оценка факторов риска рецидива кровотечения проводилась при поступлении пациентов в стационар после экстренной фиброгастродуоденоскопии.

Результаты и их обсуждение. Для прогнозирования развития рецидива кровотечения за основу был взят индекс рецидива кровотечения (ИРК), предложенный Н.В. Лебедевым, А.Е. Климовым [3]. Величину индекса определяют путем умножения величины шокового индекса (ШИ) на балл эндоскопической оценки кровотечения по Форрест (Ф) [9] и балл размера язвы (Р): $ИРК = ШИ \times Ф \times Р$.

Для определения величины кровопотери использовали простой и доступный каждому врачу ШИ (отношение частоты сердечных сокращений к систолическому давлению), предложенный в 1976 г. М. Алльговерым [8].

Оценка язвенного кровотечения по Форрест ранжирована по баллам следующим образом: Ф 1а – 5, Ф 1в – 4, Ф 2а – 3, Ф 2в – 2, Ф 2с – 1. Размер язвы определяется с помощью эндоскопической линейки во время гастродуоденоскопии и ранжируется в следующем порядке: до 5 мм – 1 балл, от 5 до 14 мм – 2 балла, от 15 до 24 мм – 3 балла, 25 мм и более – 4 балла. При умножении каждого признака выявляется целостная картина рецидива кровотечения. Нами дополнительно введены 2 балла по локализации язвы в опасных зонах (язва по малой кривизне желудка и по задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки). При увеличении ИРК прогрессивно увеличивается риск рецидива кровотечения. Если балл ИРК 2 и менее вероятность рецидива кровотечения составляет 5,1%, 2–8 балла – 20%, 8–13 балла – 30%, 13–19 – 60-80% и при 20 и выше рецидив кровотечения отмечается у всех больных [3]. Срок действия прогноза – первые 7 суток с момента поступления больного в стационар.

Данные каждого больного основной группы обрабатывались согласно предложенному индексу ИРК и выбирался оптимальный вариант лечения (медикаментозное противоязвенное, гемостатическое лечение; консервативная терапия и динамическая фиброгастродуоденоскопия; экстренная операция). Всем поступающим больным с гастродуоденальными кровотечениями проводилась полноценная гемостатическая, кардиотропная, противоязвенная терапия с проведением динамических фиброгастродуоденоскопий. В ходе лечения при сумме баллов ИРК от 1 до 12 производилось только консервативное противоязвенное, гемостатическое лечение, от 13 до 16 баллов – консервативная гемостатическая, противоязвенная терапия в условиях реанимации с эндоскопическим контролем устойчивости гемостаза, при сумме баллов 17 и более выставлялись показания к экстренному оперативному лечению из-за низкой эффективности эндоскопического гемостаза и высокого риска повторного кровотечения. При этом целью операции являлось, во-первых, остановка кровотечения и спасение жизни больного, и, во-вторых, излечение его от язвенной болезни. Установлено, что всем этим требованиям при кровоточащих дуоденальных и пилороантральных язвах в достаточной мере отвечает операция иссечения язвы с пилоропластикой и ваготомией. Резекция желудка обоснована у больных с локализацией язвы в кардиальном отделе желудка, при отсутствии тяжелых сопутствующих заболеваний. Паллиативные операции в виде изолированного прошивания или иссечения язвы любой локализации допустимы у больных только при крайне тяжелой кровопотере и тяжелых сопутствующих заболеваниях, исключающих радикальное вмешательство.

Известно, что одним из основных критериев в хирургическом лечении острых гастродуоденальных кровотечений являются показатели общей летальности. Результаты лечения и летальность больных с язвенными кровотечениями представлены в таблице 2.

Из таблицы 2 видно, что использование предлагаемого подхода ведения больных с гастродуоденальными кровотечениями позволило снизить общую летальность с 4,1 до 2,3%.

Таким образом, разработанный подход позволяет быстро и объективно оценить вероятность развития такого рецидива гастродуоденального кровотечения и выбрать оптимальную лечебную тактику, исходя из тяжести состояния больного.

Таблица 2

Результаты лечения больных с язвенными кровотечениями

Группа	Оперативное лечение	Эндоскопический гемостаз	Консерв. терапия	Летальность	
				абс.	%
Основная	12	57	18	2	2,3
Контрольная	16	44	13	3	4,1

Выводы

1. Оптимальная тактика введения больных с гастродуоденальными кровотечениями определяется тяжестью состояния больного, устойчивостью эндоскопического гемостаза и расчетом индекса рецидива кровотечения в первые часы поступления больного в хирургический стационар.

2. Хирургическое лечение выполняется по строгим показаниям при высоком более 17 баллов индексе рецидива кровотечения.

Литература

1. Белоусов, Е.Л. Клинические, лабораторные и инструментальные предикторы гастродуоденальных кровотечений у больных пожилого возраста, страдающих язвенной болезнью / Е.Л. Белоусов // Воен.-мед. журн. – 2006. – Т. 327, № 12. – С. 33.
2. Горбашко, А.И. Диагностика и лечение кровопотери / А.И. Горбашко – М.: Медицина. 1982. – 224 с.
3. Лебедев, Н.В. Прогноз рецидива кровотечения из гастродуоденальных язв / Н.В. Лебедев, А.Е. Климов, Т.В. Бархударова

// Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова. – 2009. – № 2. – С. 32–34.

4. Лобанков, В.М. Хирургия язвенной болезни на рубеже XXI века / В.М. Лобанков // Хирургия. – 2005. – № 1. – С. 58–64.
5. Современные подходы к лечению кровотечений из острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки / И.Г. Джитава [и др.] // Воен.-мед. журн. – 2010. – Т. 331, № 10. – С. 67–70.
6. Тимен, Л.Я. Новый подход к лечению симптоматических гастродуоденальных язв / Л.Я. Тимен, А.И. Черепанин, С.В. Стоногин // Воен.-мед. журн. – 2000. – № 12. – С. 53–55.
7. Ярема, И.В., Хирургия язвенной болезни желудка / И.В. Ярема, Б.М. Уртаев, Л.А. Ковальчук // М.: Медицина. – 2004. – 304 с.
8. Allgower M., Schockindex / M. Allgower, C. Burri // Dtsch. med. wschr. – 1967; Vol. 92; – P. 1947–1950.
9. Forrest, J.A.H. Endoscopy in gastrointestinal bleeding / J.A.H. Forrest, N.D.C. Finlayson, D.J.C. Shearman // Lancet. – 1974: –Vol 17; – P. 394–397.
10. Freston, J.W. Management of peptic ulcers: emerging issues / J.W. Freston // World j. surg. – 2000: –Vol 24; № 3: – P. 250–255.

A.G. Hasanov, I.F. Sufiyarov, S.H. Bakirov, A.R. Musin

The prevention and treatment of the gastroduodenal ulcer bleedings

Abstract. *The work is based on an analysis of 160 clinical observations of patients who were receiving treatment for ulcerative gastroduodenal hemorrhage to predict the recurrence of bleeding, we have taken rebleeding index, developed by N.V. Lebedev, A.E. Klimov [3]. To determine the tactics of the introduction of estimation of the patient risk of recurrence of bleeding in individual patients taking into account the clinical picture. When the amount of points rebleeding index from 1 to 12 conservative treatment, was carried out from 13 to 16 points was carried out dynamic monitoring, the indications for surgical treatment were exhibited at the sum score of 17 or more. Using a method developed to identify the risk of recurrent bleeding quickly and objectively assess the probability of such a recurrence and to select the optimal treatment policy, based on the severity of the patient. As the surgery is most often performed excision of the ulcer with vagotomy and pyloroplasty. Gastrectomy performed for patients with localized ulceration in the cardiac portion of the stomach, in the absence of severe comorbidities.*

Key words: *gastric ulcer, duodenal ulcer, bleeding, prognosis, relapse prevention, treatment, surgery, pyloroplasty, gastric resection.*

Контактный телефон: 8-927-317-94-20; e-mail: ildars74@mail.ru