

УДК 616.33-005.1-002.1-07-08

ПРОТОКОЛЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

В.И. Никольский, К.И. Сергашкий, Медицинский институт Пензенского государственного университета

Никольский Валерий Исаакович – e-mail: nvi61@yandex.ru

Проблема лечения больных острыми желудочно-кишечными кровотечениями является актуальной. Летальность при данной патологии не имеет тенденции к снижению. Увеличилось количество операций, выполняемых по экстренным показаниям. В Пензенской области разработаны и внедрены в работу отделений, занимающихся оказанием помощи больным с urgentной абдоминальной патологией, протоколы оказания медицинской помощи. Данные стандарты обязательны для выполнения применительно к региональным особенностям (условиям) организации медицинской помощи. В результате внедрения данных протоколов послеоперационная летальность пациентов с острыми желудочно-кишечными кровотечениями снизилась по области к 2010 году с 18,2 до 13,3%.

Ключевые слова: гастродуоденальные кровотечения, протоколы диагностики и лечения, хирургическое лечение.

The problem of treating patients with acute gastrointestinal bleeding is important. Mortality in this disease has no tendency to decrease. The number of operations performed for emergency indications. In Penza region are developed and introduced to the work of departments involved in providing care to patients with urgent abdominal pathology protocols of care. These standards are binding with respect to regional characteristics (conditions) of medical care. As a result of data protocols, postoperative mortality of patients with acute gastrointestinal bleeding has decreased over the region by 2010, from 18,2 to 13.3%.

Key words: gastroduodenal bleeding, protocols of care, surgical treatment.

Актуальность

Проблема лечения пациентов с острыми желудочно-кишечными кровотечениями (ЖКК) остается актуальной [1]. Летальность при данной патологии не имеет тенденции к снижению и достигает 4%, а в группе больных с тяжелым кровотечением колеблется от 15 до 50% [2, 3].

Цель исследования: определить пути разработки и внедрения единой хирургической доктрины диагностики и лечения больных желудочно-кишечными кровотечениями и изучить результаты её применения в отдельно взятом регионе.

Для реализации поставленной цели, в Пензенской области были разработаны и внедрены в клиническую практику стандарты оказания медицинской помощи (протоколы организации лечебно-диагностической помощи) – краткие формуляры лечебно-диагностической тактики при конкретных формах хирургических заболеваний, содержащие установочные положения, обязательные для выполнения, а также перечень положений, выполнение которых допустимо, целесообразно либо, напротив, недопустимо, применительно к региональным особенностям (условиям) организации медицинской помощи [4].

Для внедрения протоколов в практику лечебно-профилактических учреждений области были подготовлены Методические рекомендации по организации лечебно-диагностической помощи при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости и утверждены Министром здравоохранения и социального развития Пензенской области в 2006 г. В крупных областных и городских больницах, оказывающих экстренную хирургическую помощь населению, данные протоколы были введены в действие приказами главных врачей и являлись обязательными для исполнения.

Материал и методы

В качестве объектов стандартизации были избраны наиболее распространенные формы ЖКК: геморрагии из острых и хронических гастродуоденальных язв, гастрозофагеальные кровотечения при синдроме портальной гипертензии, состояния и синдромы, часто выявляемые в процессе дифференциальной диагностики указанных форм – геморрагический эрозивный гастрит, синдром Мэллори–Вейсса, язва Дъелафуа. В целом, обозначенные формы составляли до 80% состояний, объединяемых синдромом «ЖКК». Таким образом, объектом исследования явились пациенты с ЖКК из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, поступавшие в ЛПУ Пензенской области с 2007 по 2011 г.

Основными задачами лечебно-диагностического процесса при ЖКК являлись: распознавание источника и остановка кровотечения; оценка степени тяжести и адекватное восполнение кровопотери; патогенетическое воздействие на заболевание, осложнением которого стало кровотечение. Выполнение первых двух задач в объеме неотложного пособия являлось обязательным, а третья задача, в условиях чрезвычайного хирургического риска, могла быть отложена на более поздний срок.

В зависимости от выраженности проявлений кровотечения и тяжести состояния, всех больных с ЖКК в приемном отделении распределяли на три основные группы: 1-я – больные с явными признаками продолжающегося кровотечения и нестабильными показателями центральной гемоди-

намики, находящиеся в критическом состоянии. После предельно сокращенной гигиенической обработки их направляли прямо в операционную, где неотложные диагностические и лечебные мероприятия совмещали с предоперационной подготовкой; 2-я – больные с выраженными признаками постгеморрагической анемии (тяжелая степень кровопотери), но без явных признаков продолжающегося кровотечения в просвет ЖКТ. Таких пациентов направляли в ОРИТ, где после освоения магистральной вены и начала интенсивной инфузионной терапии проводили комплексную диагностику основных нарушений общесоматического статуса, оценивали тяжесть кровопотери и составляли программу ее восполнения. Параллельно осуществляли диагностические мероприятия по распознаванию источника кровотечения, установлению факта его продолжения или остановки, а также лечебные мероприятия с целью достижения временного или устойчивого гемостаза при наличии более или менее убедительных признаков продолжающегося кровотечения; 3-я – больные с установленным (по анамнестическим и объективным данным) фактом перенесенного кровотечения в просвет ЖКТ, но с умеренными клиническими признаками постгеморрагической анемии или вообще без таковых. Большим этой группы необходимы лабораторные и аппаратные исследования осуществляли в условиях приемного отделения.

Всем больным, поступившим в хирургический стационар с диагнозом ЖКК или с обоснованным подозрением на этот диагноз, обязательно выполняли ФЭГДС. Исключение составляли больные первой группы, поступившие в состоянии геморрагического шока. Степень активности геморрагии оценивали по Forrest (1974).

Геморрагия, связанная с развитием портальной гипертензии, чаще была связана с циррозом печени вследствие перенесенного вирусного гепатита. У таких больных жизненную угрозу в связи с кровотечением представляет не только сама кровопотеря, но и возможность развития универсальной печеночной недостаточности с исходом в кому, что определяет особую опасность промедления с остановкой кровотечения. При установлении данного диагноза (достоверно или предположительно), кровопотерю изначально оценивали как тяжелую. Больные подлежали направлению в ОРИТ для продолжения комплекса лечебно-диагностических мероприятий. Диагноз кровотечения из варикозно расширенных вен уточняли при ФЭГДС.

Оптимальный объем обследования пациента с ЖКК: общий анализ крови, время свертывания и гематокрит, биохимические анализы крови (сахар, билирубин, креатинин, общий белок, ПТИ, мочевины), группа крови, резус-фактор, общий анализ мочи, ЭКГ, Rg-графия груди по показаниям. Целесообразно выполнение УЗИ органов брюшной полости.

После установления источника кровотечения и его характера при ФЭГДС возникала необходимость оценить возможность эндоскопической остановки. При продолжающемся артериальном или венозном кровотечении из хронических или острых язв, синдроме Мэллори–Вейсса, синдроме Дъелафуа предпринимали попытку гемостаза имеющимися в распоряжении врача-эндоскописта методами.

Степень тяжести кровопотери (I–IV) оценивали по клиничко-лабораторным данным, устойчивость гемостаза –

по клинко-эндоскопическим. Выбор объема и структуры трансфузионных сред проводили в зависимости от объема кровопотери. Выбор метода и объема хирургического вмешательства выбирали в зависимости от клинической ситуации, оснащенности лечебного учреждения и квалификации хирургической бригады. Так, методом выбора при язвенных гастродуоденальных кровотечениях являлась резекция желудка в том или ином варианте. При кровотечениях из острых язв желудка, синдроме Мэллори–Вейса применяли прошивание кровоточащего сосуда и в ряде случаев ваготомию.

Лечебно-диагностический алгоритм при язвенных гастродуоденальных кровотечениях в зависимости от степени тяжести кровопотери был следующим.

При кровотечении легкой степени (I) проводили ФЭГДС. При активности кровотечения, оцененной по Forrest как I, выполняли попытку эндогемостаза. Если геморрагию остановить не удалось, больного оперировали в экстренном порядке. При достижении гемостаза, как и при остановившемся на момент осмотра кровотечении (Forrest II) и отсутствии признаков кровотечения (Forrest III), пациента лечили консервативно. При рецидиве кровотечения больному выполняли экстренную операцию.

При кровотечении средней степени (II) проводили эндоскопию. Если кровотечение продолжалось (Forrest I), выполняли экстренную операцию. При остановившемся кровотечении больного оперировали в ближайшее дневное время (превентивная операция, направленная на предотвращение рецидива кровотечения), при рецидиве кровотечения на фоне проводимой консервативной терапии выполняли операцию в экстренном порядке. При отсутствии признаков кровотечения (Forrest III) проводили консервативную терапию и наблюдение.

Пациентам с кровотечением тяжелой степени (III–IV), профузным кровотечением с явлениями геморрагического шока начинали реанимационные мероприятия на операционном столе с последующей экстренной операцией. Если больной находился не в состоянии шока, выполняли ФЭГДС. При Forrest I проводили попытку эндогемостаза. При продолжающемся кровотечении – экстренную операцию, а при успешной попытке эндогемостаза, как и при Forrest II, больному выполняли превентивную операцию, направленную на пре-

дотвращение рецидива кровотечения. При отсутствии признаков геморрагии (Forrest III) пациенту проводили консервативное лечение.

Результаты и их обсуждение

Анализ результатов лечения больных с ЖКК в Пензенской области за 5 лет, после внедрения Протоколов диагностики и лечения, представлен в таблице.

ТАБЛИЦА.

Сравнительная оценка результатов лечения ЖКК в Пензенской области за 5 лет

Показатель	2007	2008	2009	2010	2011
Всего больных	1071	1069	1047	1056	1064
Заболеваемость	77,6	77	75,8	76,7	76,9
Хирургическая активность	14,80%	15%	15,80%	15,30%	15,80%
Общая летальность	6,70%	6,30%	4,80%	3,90%	3,10%
Послеоперационная летальность	18,20%	15,80%	15,60%	15,80%	13,30%

При анализе данных, представленных в таблице 1, обращают на себя внимание показатели заболеваемости язвенной болезнью, осложненной ЖКК, населения Пензенской области. Этот показатель достаточно стабилен и колеблется в пределах от 75,8 до 77,6 на 100 000 населения. Хирургическая активность, после внедрения Протоколов, выросла с 14,8 до 15,8%, что сопровождалось снижением как общей летальности с 6,7 до 3,1%, так и послеоперационной летальности с 18,2 до 13,3%.

Выводы

Внедрение в клиническую практику единой хирургической доктрины оказания помощи больным с ЖКК позволяет существенно улучшить результаты лечения этой патологии.



ЛИТЕРАТУРА

1. Гостищев В.К. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии (патогенез, диагностика, лечение): руководство для врачей. М., 2008. 384 с.
2. Евсеев М.А. Антисекреторные препараты в неотложной хирургической гастроэнтерологии. М., 2009. 173 с.
3. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости/Под ред. В.С. Савельева. - М., «Триада-Х», 2006. – 640 с.
4. Никольский В.И., Нестеров А.В. Методические рекомендации по организации лечебно-диагностической помощи при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости. Пенза: Издат. МИАЦ МЗСР ПО, 2008. 63 с.