

Алгоритм хирургического лечения больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением*

М.М. Винокуров, М.А. Капитонова

Представлены результаты исследования 495 больных в возрасте от 15 до 93 лет, у которых диагностировано язвенное гастродуоденальное кровотечение. В Республике Саха (Якутия) отмечена тенденция к омоложению (21–50 лет) этой категории больных. Для повышения эффективности хирургического лечения предлагается усовершенствованный лечебно-диагностический алгоритм хирургической тактики с дифференцированным подходом к больному, который основан на применении шкалы подсчета диагностических признаков кровотечения и интегральной шкалы оценки тяжести физиологического состояния больных (SAPS).

The results of examination of 495 patients aging from 15 to 93 with ulcer gastroduodenal bleedings are presented. A tendency to rejuvenation (21–50) in this category of patients in the Republic Sakha (Yakutia) is observed. An improved medical-diagnostic algorithm of surgical tactics with differentiation approach to the patient is offered for increasing the efficiency of surgical treatment. It is based on application of calculation scale of diagnostic symptoms of bleeding and an integral scale of evaluation of heaviness of the patients physiological state.

Гастродуоденальное кровотечение как в Российской Федерации, так и в Республике Саха (Якутия) до настоящего времени остается во многом нерешенной медицинской проблемой. Довольно частой его причиной является язва желудка и двенадцатиперстной кишки.

Несмотря на современные достижения хирургии, анестезиологии и реаниматологии, трансфузиологии и клинической эндоскопии, послеоперационная летальность при язвенном гастродуоденальном кровотечении остается высокой – в среднем 10–12% [1, 4–8]. Высока летальность (9,3%) и в Республике Саха (Якутия), где удельный вес данной патологии среди других осложнений язвенной болезни заметно вырос [2, 3].

Особое место в проблеме занимает диагностика кровотечения. Трудность выбора рационального метода операции для каждого больного, отсутствие единых рекомендаций по диагностике и лечению пока ещё не позволяют достичь удовлетворительных результатов лечения как в целом по России, так и в частности в Республике Саха (Якутия). Поэтому гастродуоденальное кровотечение язвенной природы является одним из актуальных проблем

экстренной медицинской помощи и требует всестороннего изучения.

Целью работы является улучшение результатов лечения больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением путем усовершенствования лечебно-диагностического алгоритма хирургической тактики, который основан на применении шкалы подсчета диагностических признаков кровотечения и интегральной шкалы оценки тяжести физиологического состояния больных (SAPS).

Материалы и методы исследования

В соответствии с целью исследования в основу работы положены материалы изучения результатов хирургического лечения 495 больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением, находившихся на лечении в хирургических отделениях ЯГКБ и РБ № 2 ЦЭМП в период с 1997 по 2006 г.

Данные, полученные в ходе клинических исследований из историй болезни, подвергались математической и статистической обработке по стандартным программам (Excel 7.0 и Statistic). Показатель статистической достоверности различия $p > 0,01$.

В качестве контрольной группы были ретроспективно исследованы 232 пациента, поступившие в больницу в период с 1997 по 2001 г. Нами также проанализированы 263 истории болезни больных, лечившихся у нас в 2002–2006 гг. (основная группа) (табл. 1).

ВИНОКУРОВ Михаил Михайлович – д.м.н., проф., зав. каф. МИ ЯГУ, зав. отд. РБ № 2 – ЦЭМП; КАПИТОНОВА Майя Азановна – врач-хирург РБ № 2 – ЦЭМП, аспирант МИ ЯГУ.

* Статья принята к печати 25 декабря 2006 г.

Распределение больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением по полу и возрасту

Возраст, лет	Контрольная группа				Основная группа				Всего	
	мужчины		женщины		мужчины		женщины		абс.	%*
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%		
15–20	5	2,7	1	2,1	11	5,5	4	6,3	21	4,2
21–30	28	15,2	2	4,2	34	17,0	11	17,5	75	15,1
31–40	44	23,9	8	16,6	48	24,0	15	3,8	115	23,2
41–50	39	21,2	14	29,2	49	24,5	12	19,1	114	23,1
51–60	29	15,8	11	22,9	34	17,0	6	9,5	80	16,2
61–70	25	13,6	7	14,6	17	8,5	9	14,3	58	11,7
> 70	14	7,6	5	10,4	7	3,5	6	9,5	32	6,5
Итого	184	100	48	100	200	100	63	100	495	100

* Удельный вес от общего количества больных.

В Республике Саха (Якутия) отмечается некоторое увеличение количества больных с гастродуоденальным кровотечением язвенной этиологии. Установлено, что в абсолютном большинстве случаев заболевают люди молодого и зрелого возраста (21–50 лет), что свидетельствует о тенденции к омолаживанию этой категории больных.

Возникшее язвенное гастродуоденальное кровотечение заставляет больного обратиться за помощью. Частота поступления больных в стационар представлена ниже (рис. 1).

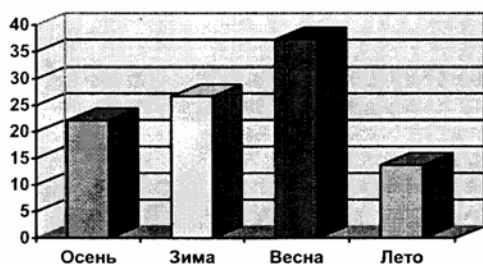


Рис. 1. Поступление больных в зависимости от времени года

Так, наибольшее число больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением приходится на зимне-весеннее время. Из 495 больных в указанный период за помощью обратились 317 чел. (64%), летом и осенью – 178 (36%). Таким образом, максимальная частота обострения язвенной болезни в Республике Саха (Якутия) в период с 1997 по 2006 г. отмечалась с декабря по апрель.

Также выявлена особенность распространенности данного осложнения язвенной болезни среди населения республики (рис. 2).

По нашим данным, среди обследуемых пациентов с язвенным гастродуоденальным кро-

вотечением приезжая часть населения составляла 422 чел. (85,3%), коренная – 73 чел. (14,7%).

Мы придерживались в работе четырех степеней классификации объема кровопотери [6], которая подразделяется на: легкую, среднюю, тяжелую, крайне тяжелую (запредельную). В качестве основных показателей выделяли: пульс, АД, дефицит ОЦК, венозный гематокрит, гемоглобин. Объем кровопотери нами определялся по известной формуле Мура (Moore), 1993: $V = P \cdot q \cdot ((H_{t1} - H_{t2}) - H_{ti})$. При поступлении больного до гемодилюции оценку кровопотери проводили по клиническим данным, шоковому индексу Альговери. При выявлении эндоскопической картины заболевания пользовались классификацией кровотечений по Forrest. При поступлении больного в стационар и контроле рецидива кровотечения проводилась фиброгастродуоденоскопия (по показаниям) аппаратурой фирмы «Olympus» (Япония). В случаях остановленного кровотечения контрольная фиброгастродуоденоскопия проводилась на 7-е и 14-е сутки.



Рис. 2. Распространенность язвенного гастродуоденального кровотечения среди населения РС(Я)

Выбранная активно-выжидательная тактика лечения не оправдала себя в контрольной группе. Так, из 42 (32,8%) пациентов с неустойчивым гемостазом рецидив кровотечения наблюдался у 21 (50,0%). Нами были выявлены основные причины рецидива кровотечения, которые имели место при анализе историй болезни первого периода наблюдений (табл. 2).

Таблица 2

Основные причины возникновения рецидива кровотечения

Диагностические признаки	Количество больных	
	абс. число	%
1. Локализация язвы		
а) малая кривизна желудка	7	16,6
б) антральный отдел желудка	6	14,3
в) задняя стенка ДПК	8	19,0
2. Размеры язв		
а) 1,5–2 см	7	16,6
б) больше 2 см	14	33,3
3. Эндоскопическая картина		
а) тромбированный сосуд	10	23,8
б) красный тромб-стукот на дне язвы	6	14,3
в) черный тромб-стукот на дне язвы	5	11,9
4. Явления шока		
а) I–II степени	9	21,4
б) II–III степени	12	28,6
5. Возраст больного		
а) до 60 лет	8	19,0
б) после 60 лет	13	30,9
6. Язвенный анамнез		
а) до 10 лет	7	16,6
б) более 10 лет	14	33,3

При этом послеоперационные осложнения составили 21,1%, летальность – 13,3%.

На основе интегральной шкалы оценки тяжести физиологического состояния больных (SAPS) был проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения (табл. 3).

Таблица 3

Ретроспективный анализ результатов оперативного лечения контрольной группы

	Категории физиологической тяжести по SAPS		
	I	II	III
Оперировано	64 (50%)	47 (36,7%)	17 (13,3%)
Число осложнений	5 (7,8%)	10 (21,3%)	12 (70,6%)
Летальность	1 (1,6%)	5 (10,6%)	11 (64,7%)

Как видно из табл. 3, наибольшее число оперированных больных относится к I категории тяжести физиологического состояния – 64 (50%). Наибольшее число осложнений – 12 (70,6%) и летальности – 11 (64,7%) отмечается в III категории тяжести физиологического состояния SAPS.

Ретроспективный анализ результатов оперативного лечения в первом периоде наблюдений (1997–2001 гг.) показал, что с должной объективностью недооценены тяжесть физиологического состояния больных при продолжающемся кровотечении, степень кровопотери, риск рецидива при неустойчивом гемостазе и состоявшемся кровотечении. Вследствие этого проведено большое количество urgentных операций на высоте кровотечения, было упущено время для тщательной предоперационной подготовки.

Недооценка тяжести состояния у 14 (10,9%) больных обусловила недостаточное восполнение ОЦК, у 8 (6,3%) – позднее решение об операции, в результате чего не удалось скомпенсировать сдвиги, наступившие в результате кровопотери. От ранних операций иногда сдерживают возраст, сопутствующие заболевания (патологии сердца, легких), чрезмерная надежда на консервативные методы.

Выявленные недостатки в ранее применявшейся тактике лечения больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением подтолкнули к созданию шкалы подсчета диагностических признаков кровотечения, которая позволяет спрогнозировать рецидив кровотечения и достичь более благоприятных результатов хирургического лечения.

Так, по результатам лечения больных контрольной группы для прогноза исхода оперативного вмешательства были отобраны семь наиболее информативных диагностических признаков по факторам риска: 1) возраст больного; 2) наличие в анамнезе рвоты «кофейной гущей» и /или мелены более 2 раз в день; 3) количество эритроцитов ниже $2,5 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин ниже 100 г/л; 4) гипотония АД ниже 80/40 мм рт. ст. и пульс выше 100 уд./мин; 5) локализация язвы; 6) размеры язвенного дефекта; 7) эндоскопическая картина по Forrest (табл. 4).

Для обоснования этой шкалы мы воспользовались методами математической обработки по В.К. Кузнецову (1978) и S.A. Glantz (1999). Так, по прогностическому уравнению был рассчитан критерий Пирсона χ^2 на примере больных контрольной группы, который достоверно оценивает значимость диагностических признаков при язвенном гастродуоденальном кровотечении.

Путем суммирования вышеперечисленных баллов для каждого больного индивидуально по всем диагностическим признакам определяются 4 степени тяжести кровотечения: I (ниже 35 баллов) – язва без признаков кровотечения; II (от 35 до 55 баллов) – состоявшееся кровотечение без риска рецидива кровотечения; III (от 55 до 75

Таблица 4

Шкала подсчета диагностических признаков кровотечения для выявления показаний к оперативному лечению и определения вероятного рецидива кровотечения

№ п/п	Признак	Балл
1.	Возраст больного от 15 до 30	10
	от 31 до 60 лет	10
	от 61 и старше	5
2.	Наличие в анамнезе рвоты «кофейной гущей» и/или мелены более 2 раз в день	5
		10
3.	Нв менее 100 г/л, Эр менее 2,5 млн	5
4.	АД 80/40 мм рт. ст. и ниже, PS выше 100 уд./мин	10
5.	Локализация язвы задняя стенка ДПК	20
	малая кривизна желудка	20
	задняя стенка желудка	10
6.	Размеры язвы желудка до 2 см	10
	желудка более 2 см	20
	ДПК более 1,5 см	20
7.	Эндоскопическая картина	
	F1-A	20
	F1-B	15
	F2-A	10
	F2-B	5

баллов) – состоявшееся кровотечение с высоким риском рецидива кровотечения; IV (от 75 и выше баллов) – экстренная операция по жизненным показаниям с целью остановки кровотечения.

Анализ результатов хирургического лечения больных контрольной группы с использованием шкалы подсчета диагностических признаков и интегральной шкалы оценки тяжести физиологического состояния больных (SAPS) подтвердил неправильный выбор хирургической тактики лечения. С учетом неудовлетворительных результатов лечения в контрольной группе во втором периоде наблюдений (2002–2006 гг.) применялась усовершенствованная хирургическая тактика лечения больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением, основанная на лечебно-диагностическом алгоритме (табл. 5), который состоит из двух основных составляющих: шкалы подсчета диагностических признаков кровотечения и интегральной шкалы оценки тяжести физиологического состояния больных (SAPS).

Таблица 5

Лечебно-диагностический алгоритм хирургической тактики при язвенном гастродуоденальном кровотечении



Применив шкалу подсчета диагностических признаков ко всем больным основной группы, мы получили следующие результаты.

Группе больных I степени тяжести кровотечения (110), набравших ниже 35 баллов, проводилась инфузионно-трансфузионная, противовоспалительная, антибактериальная терапия. Рецидивов кровотечения не отмечено. Проведено 11 операций (10%) в плановом порядке.

Группе больных II степени тяжести кровотечения (85), набравших от 35 до 55 баллов, проведены эндоскопический гемостаз и консервативное лечение. Использованы такие виды эндоскопического гемостаза, как орошение гемостатическими препаратами – 19 (22,4%), обкалывание язвы сосудосуживающими и гемостатическими препаратами – 14 (16,5%), диатермокоагуляция (моно- и биполярная) – 13 (15,3%), аргонплазменная коагуляция – 39 (45,9%). Консервативное лечение включает в себя восполнение ОЦК, инфузионно-трансфузионную терапию, противовоспалительные препараты, гемостатики, антибиотики для воздействия на *Helicobacter pylori*. Рецидивов кровотечения не было. Планово прооперировано 29 (34,1%) больных.

В группе больных III степени тяжести кровотечения (52), набравших от 55 до 75 баллов, отмечался высокий риск рецидива кровотечения. Сравнительно низкие показатели летальности достигнуты благодаря временному эндоскопическому гемостазу, позволившему быстро стабилизировать состояние больного.

По нашим наблюдениям, 70% рецидивов кровотечения, возникают в первые 12–36 ч. Поэтому рекомендовались срочные операции после подготовки больного, на первые-вторые сутки после поступления. Оперировано 37 (71,2%) больных, хирургическое вмешательство проводилось через 6–48 ч с момента поступления в стационар. Для временного гемостаза использовались орошение растворами гемостатиков, диатермокоагуляция, обкалывание язвы растворами гемостатиков и сосудосуживающих средств, аргонплазменная коагуляция. Критерии неустойчивого гемостаза, применяемые в нашей повседневной работе: временный эндоскопический гемостаз в связи с продолжающимся кровотечением из хронической язвы больших размеров; наличие хронической язвы, прикрытой рыхлым сгустком крови; наличие на дне или по краю хронической язвы участка сосуда с рыхлым красным тромбом; интенсивное на догоспитальном этапе кровотечение с дефицитом ОЦК более 30% при наличии мелких тромбированных сосудов на дне язвы или если дно язвы прикрыто гематином со сгустками крови; клиниче-

ски неустойчивый гемостаз, выражающийся в потребности переливания более 1 л эритроцитарной массы в течение 12 ч и отсутствии признаков нормализации гематологических показателей. В этой группе из 15 чел. рецидивов кровотечения не отмечалось, что говорит об эффективности эндоскопического гемостаза и правильно выбранной тактики лечения.

В группе больных IV степени тяжести кровотечения (16) с 75 и выше баллами всем больным проведены экстренные операции по жизненным показаниям с целью остановки кровотечения. Экстренные операции выполнялись в течение 1 ч с момента поступления.

Таким образом, абсолютными показаниями к операции при гастродуоденальных кровотечениях являются продолжающееся кровотечение при неэффективном эндоскопическом гемостазе, рецидив кровотечения в стационаре.

Одновременно проводилась оценка тяжести физиологического состояния больных по интегральной шкале SAPS, согласно которой им были показаны: I – радикальное оперативное лечение – резекция 1/3 или 2/3 желудка у 142 (53,9%) больных; II – операции в объеме иссечения язвы у 102 (38,8%) больных; III – щадящая операция, направленная на спасение жизни больного – прошивание сосуда в язве или ушивание, иссечение язвы у 19 (7,3%).

Во втором периоде наблюдений произведено 93 (35,7%) операции. При выборе оперативного пособия мы строго придерживались усовершенствованного лечебно-диагностического алгоритма хирургического лечения, тем самым нам удалось избежать напрасных операций и операций «отчаяния».

Благодаря внедрению в клиническую практику шкалы подсчета диагностических признаков кровотечения и интегральной оценки тяжести физиологического состояния больных с целью прогнозирования, нами была оптимизирована тактика хирургического лечения больных, которая заключалась в дифференцированном подходе к определению показаний к операции, выбора объема операции с учетом тяжести физиологического состояния больного по шкале SAPS. Об этом свидетельствуют положительные результаты хирургического лечения во втором периоде наблюдений.

Выводы

В Республике Саха (Якутия) в основном заболевают люди молодого и зрелого возраста (21–50 лет), что свидетельствует о тенденции к омоло-

живанию больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением.

Ретроспективный анализ выявил неудовлетворительные результаты лечения больных контрольной группы – большой процент (21,2) осложнений и высокий уровень послеоперационной летальности (9,4%).

Наиболее информативным методом диагностики при язвенном гастродуоденальном кровотечении является эндоскопический метод. При прогнозировании возможного рецидива кровотечения следует опираться не только на эндоскопический критерий, но и клинико-лабораторные показатели.

Усовершенствованный лечебно-диагностический алгоритм хирургической тактики с дифференцированным подходом к больному при язвенном гастродуоденальном кровотечении, основанный на применении шкалы подсчета диагностических признаков кровотечения и оценке тяжести физиологического состояния больных (SAPS), позволяет уменьшить количество показаний к хирургическому вмешательству, избегая «операций отчаяния», и снизить послеоперационные осложнения до 10,8 и летальность до 3,3%.

Литература

1. Братусь В.Д. Дифференциальная диагностика и лечение острых желудочно-кишечных кровотечений. – Киев, 1992. – С. 232–288 с.
2. Винокуров М.М., Петров В.С., Гоголев Н.М. Капитонова М.А. Гастродуоденальные кровотечения // Актуальные проблемы оказания экстренной и специализированной медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях: Тез. докл. V респ. науч.-практ. конф., 24-25 ноября 2005 г. – Т. 5. – Якутск: Изд-во Якутского ун-та, 2005. – С. 34–36.
3. Винокуров М.М., Капитонова М.А. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии // Современное состояние хирургической службы Республики Саха (Якутия). Перспективы развития: Сб. тез. Респ. науч.-практ. конф. хирургов. – Якутск, 2006. – С. 58–60.
4. Горбашко А.И. Пути улучшения результатов лечения острых желудочно-кишечных кровотечений // Вестник хирургии. – 1989. – Т. 142, № 6. – С.16–21.
5. Кузин М.И. Актуальные вопросы язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2001. – № 1. – С. 27–32.
6. Курыгин А.А., Скрябин О.И., Баранчук В.Н. Выбор адекватной лечебной тактики при острых желудочно-кишечных кровотечениях // Актуальные вопросы лечения желудочно-кишечных кровотечений и перитонита: Тез. докл. – СПб., 1995. – С. 79–80.
7. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Гологорский В.А., Гельфанд Е.Б. Прогнозирование в неотложной хирургии брюшной полости // Матер. 9-го Всерос. съезда хирургов. – Волгоград, 2000. – С. 45–47.
8. Шорох Г.П., Климович В.В. Язвенные гастродуоденальные кровотечения. – Минск, 1998. – 128 с.

