

ЭНДОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА*Н.И.Глушков, Г.М.Горбунов, Б.А.Хусенов*

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава

ENDOSCOPY IN DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF GASTRODUODENAL HAEMORRHAGE OF ELDERLY AND SENILE PATIENTS*N.I.Glushkov, G.M.Gorbunov, B.A.Khusenov*

Saint-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© Н.И.Глушков, Г.М.Горбунов, Б.А.Хусенов, 2011 г.

Проанализированы результаты лечения 190 больных пожилого и старческого возраста с язвенными желудочно-кишечными кровотечениями. Применение современных методов эндоскопического гемостаза и антисекреторных препаратов, наряду с восполнением ОЦК и коррекцией сопутствующих заболеваний у пациентов пожилого и старческого возраста, позволяет получить положительный эффект и снизить летальность от острой кровопотери с 20 до 7,1%.

Ключевые слова: язвенные кровотечения, эндоскопический гемостаз.

We analyzed results of treatment of 190 patient of older age with ulcerous gastrointestinal hemorrhage. Application of modern methods of endoscopic hemostasis and antisecretory agents along with blood replacement and correction of concomitant diseases in patients of older age makes it possible to receive positive effect, as well as reduce lethality because of acute hemorrhage from 20 to 7,1%.

Key words: peptic ulcer bleeding, endoscopic hemostasis.

Введение. Острое кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) — одна из наиболее сложных проблем экстренной хирургической гастроэнтерологии. Частой причиной кровотечения у больных пожилого возраста, наряду с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, являются острые язвы на фоне приема нестероидных противовоспалительных средств (НПВС). Частота госпитализации лиц пожилого возраста по поводу желудочно-кишечных осложнений, связанных с приемом НПВС, по сравнению с больными молодого и среднего возраста выше в 4 раза [1]. При наличии в анамнезе у пожилого больного язвенной болезни риск развития эрозивно-язвенных поражений при приеме НПВС возрастает в 14–17 раз [2].

Высокий уровень летальности в группе больных пожилого и старческого возраста остается нежелательно стабильным и вносит диссонанс в тактику лечения язвенной болезни, осложненной острым гастродуоденальным кровотечением [2]. Общая летальность в этой группе больных достигает 40%, а послеоперационная летальность, особенно при оперативных вмешательствах, выполненных на фоне продолжающегося кровотечения или при его рецидиве, составляет 55–75% [3, 4].

В терапии язвенных кровотечений большое внимание уделяется адекватной оценке риска развития рецидивного гастродуоденального кровотечения — важнейшего прогностического фактора, ассоциированного с примерно 15-кратным возрастанием летальности.

Тяжелые сопутствующие заболевания у 58–93,5% пациентов пожилого и старческого возраста ухудшают

их состояние и значительно увеличивают риск оперативного вмешательства [4]. Дальнейший рост оперативной активности у больных пожилого и старческого возраста с гастродуоденальными кровотечениями вряд ли позволит улучшить результаты лечения. Следовательно, требуется совершенствование хирургической тактики лечения гастродуоденальных кровотечений у больных пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы исследования. В работе представлены результаты лечения 190 больных пожилого и старческого возраста с язвенными гастродуоденальными кровотечениями, находящимися на лечении в Госпитале для ветеранов войн с 2006 по 2009 гг.

В соответствии с классификацией ВОЗ (1981 г.) выделяли следующие возрастные группы больных: пожилой возраст — от 65 до 74 лет, старческий — от 75 лет до 89 лет, долгожители — старше 90 лет. Средний возраст пациентов составил $80,3 \pm 5,5$ лет. Мужчин было 89 (46,8%), женщин — 101 (53,2%). Большинство пациентов относились к группе старческого возраста 152 (80%) при этом преобладали пациенты женского пола.

По экстренным показаниям с диагнозом желудочно-кишечное кровотечение поступили 52 (27,3%) пациента, остальные 138 (72,6%) были переведены в отделение абдоминальной хирургии из терапевтических и неврологических отделений, что указывает на наличие полиморбидности у этих больных.

В основную группу наблюдения вошли 140 больных пожилого и старческого возраста с желудочно-кишечными кровотечениями из острых и хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) с сопутствующей патологией, в лечении кото-

рых были использованы различные методы эндоскопического гемостаза.

Контрольную группу составили 50 больных, у которых гемостаз достигался традиционными оперативными вмешательствами.

Сопутствующие заболевания (от 2 до 5) имелись у всех больных. В 43% случаев наблюдались тяжелые осложнения атеросклероза: инфаркт миокарда, постоянная форма мерцательной аритмии, острые нарушения мозгового кровообращения.

У всех больных кровотечение было диагностировано на основании клинических признаков: мелены — у 168 (88,4%) больных, рвоты «кофейной гущей» — у 136 (71,5%) больных, коллаптоидного состояния — у 172 (90,5%).

Во время фиброгастродуоденоскопии (ФГДС) продолжающееся кровотечение (Forrest I) выявлено у 60 (31,6%), состоявшееся кровотечение (Forrest II) — у 112 (58,9%) и анамнестическое желудочно-кишечное кровотечение (Forrest III) — у 18 (9,4%) (табл. 1).

Таблица 1

Интенсивность кровотечения по J.A.Forrest 1974 г.

Градации по Forrest	Число больных
Forrest I a	31
Forrest I b	29
Forrest II a	51
Forrest II b	30
Forrest II c	11
Forrest III	18
Всего	190

Примечание: F Ia, F Ib — активное кровотечение, F IIa, F IIb, F IIc — неактивное кровотечение, F III — анамнестическое кровотечение.

При ФГДС язвенный дефект желудка обнаружен у 119 (62,6%), язвы двенадцатиперстной кишки (ДПК) — у 38 (20%), сочетание язвы желудка

у 73 (38,4%), то есть средняя и тяжелая кровопотеря составила 76,3%.

Для определения тяжести состояния пациентов использовали интегральную шкалу острых физиологических состояний SAPS (Le Gall J-R, 1984) [5]. Данные получали за первые 24 часа пребывания пациентов в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ).

Результаты и их обсуждение. Установлено, что при увеличении значения SAPS увеличивается вероятность неблагоприятного (летального) исхода заболевания, при тяжести состояния больного более 21 балла летальность достигает 100% (табл. 2).

В группе больных, умерших от острой кровопотери, баллы по шкале SAPS достоверно выше, чем в группе умерших от других причин ($p < 0,05$).

Экстренную ФГДС для установления источника кровотечения и гемостаза в течение первых 1–2 часов от момента поступления провели у 140 больных пожилого и старческого возраста. Из них с активным кровотечением (F Ia, F Ib) было 30 (21,4%) и 110 (78,6%) больных — с признаками неустойчивого гемостаза (F IIa, F IIb и F IIc). При этом язвенный дефект локализовался на задней стенке двенадцатиперстной кишки (ДПК) либо на малой кривизне желудка, с размерами до 3 см.

У 76 (54,2%) больных применен комбинированный метод гемостаза путем инъектирования, диатермокоагуляции, аргонплазменной коагуляции (АПК) или аппликации гемостатических препаратов (капрофер, этамзилат натрия, аминокaproновая кислота). Рецидив возник у 4 (5,2%) больных.

Изолированные методы эндоскопического гемостаза (инъектирование, диатермокоагуляция, АПК, аппликации) применяли у 64 (45,8%) больных: из них у 25 инъектирование, у 13 — диатермокоагуляцию, у 12 — АПК и у 10 — аппликацию. Рецидив кровотечения возник у 4 (6,3%) пациентов.

Наиболее эффективными изолированными способами эндоскопического гемостаза оказались диатермо- и аргонплазменная коагуляция.

Таблица 2

Распределение больных в зависимости от тяжести состояния по шкале SAPS

Баллы по шкале SAPS	Число больных	Число летальных исходов (%)
5–8	60	—
9–12	68	15 (22)
13–16	30	15 (50)
17–20	19	18 (94,7)
≥21	13	13 (100)
Всего	190	61 (31,9)

Примечание: SAPS — интегральная шкала острых физиологических состояний.

и ДПК — у 33 (17,4%). Источником кровотечения острые язвы были у 105 (55,2%) больных, хронические язвы — у 75 (39,5%) и сочетание острых и хронических язв — у 10 (5,3%).

Тяжесть кровотечения определяли согласно классификации А.И.Горбашко (1974 г.). Легкая степень кровопотери диагностирована у 45 (23,7%) больных, средняя степень — у 72 (37,9%), тяжелая степень —

В группе больных с применением эндоскопического гемостаза от острой кровопотери умерло 10 (7,1%).

Традиционные оперативные вмешательства по жизненным показаниям были проведены у 50 пациентов с профузными гастродуоденальными кровотечениями.

Объем оперативного вмешательства заключался в прошивании язвы (24), прошивании язвы с пилоропластикой (10), иссечении язвы с пилоропластикой

(8), резекции 3/4 желудка (6), субтотальной резекции желудка (1), экстирпации желудка (1). Наиболее частым оперативным вмешательством являлось прошивание кровоточащей язвы. Из оперированных пациентов от кровопотери умерли 10 (20%).

На основании оценки риска кровотечения по Forrest и объективной оценки тяжести состояния по системе SAPS предложен оптимальный алгоритм лечения больных пожилого и старческого возраста с язвенными гастродуоденальными кровотечениями (табл. 3).

Выводы:

1. При лечении гастродуоденальных кровотечений язвенного генеза у больных пожилого и старческого возраста при тяжести состояния выше 16 баллов по шкале SAPS и интенсивности кровотечения F Ia и F Ib риск операции превышает риск кровотечения.

2. Индивидуализированный лечебно-диагностический алгоритм с учетом эндоскопических признаков активности кровотечения и объективной оценки тяжести состояния больных пожилого и старческого

Таблица 3

Алгоритм лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями

Баллы по шкале SAPS	Forrest				
	FIa	FIb	FIIa	FIIb	FIc
5–8	+	+	±	ЭГ	ЭГ
9–12	ЭГ	ЭГ	±	ЭГ	ЭГ
13–16	ЭГ	ЭГ	ЭГ	ЭГ	ЭГ
17–20	ЭГ	ЭГ	ЭГ	ЭГ	ЭГ
Более 21	ЭГ	ЭГ	ЭГ	ЭГ	ЭГ

Примечание: + — экстренная операция, ± — срочная операция, ЭГ — эндоскопический гемостаз.

Показаниями только к эндоскопическому гемостазу и комплексной консервативной терапии служат высокий риск операции при оценке тяжести состояния больных по шкале SAPS 13 и более баллов и интенсивности кровотечения F Ib, F IIa, F IIb.

Показаниями к экстренной операции является продолжающееся кровотечение F Ia, F Ib, в том числе рецидив при невозможности эндоскопической остановки, с оценкой состояния больных по шкале SAPS в 1–8 баллов и локализацией язвенного дефекта по задней стенке двенадцатиперстной кишки (ДПК) либо по малой кривизне желудка размерами более 2 см.

Показанием к срочному оперативному лечению является состоявшееся кровотечение с признаками высокого риска рецидива (F IIa), при удовлетворительном и средней тяжести состоянии больных (1–12 баллов по шкале SAPS).

Таким образом, хирургическая тактика лечения больных пожилого и старческого возраста должна быть индивидуализированной с учетом клинической оценки тяжести состояния, интенсивности кровотечения и степени тяжести кровопотери. При этом методом выбора в лечение следует считать современные методы эндоскопического гемостаза.

возраста позволил снизить летальность от острой кровопотери с 20 до 7,1%.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Шугаев А.И., Агишев А.С.* Лечение при язвенных гастродуоденальных кровотечениях у больных пожилого и старческого возраста. // Вестник хирургии им. Грекова. — 2000. — №3. — С. 114–118.
2. *Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д., Черныкевич С.А.* Хирургическое лечение осложненной язвенной болезни. Абдоминальная хирургия. — М.: Медиа, 2003. — С. 250–260.
3. *Гостищев В.К., Евсеев М.А.* Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии. Руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2008. — 377 с.
4. *Лебедев Н.В., Климов А.Е., Бархударова Т.В., Малкаров М.А.* Тактика лечения больных с гастродуоденальными кровотечениями. // Вестник хирургии им Грекова. — 2007. — № 4. — С. 76–79.
5. *Le Gall J-R, Loirat P, et al.* A simplified acute physiology score for ICU patients. // Crit Care Med. — 1984. Vol. 12. — p. 975–977.