

Эволюция взглядов на хирургическую тактику при язвенных гастродуоденальных кровотечениях

 А.А. Щеголев, Б.Е. Титков

Кафедра хирургии Московского факультета РГМУ

В связи с широким распространением современных противоязвенных препаратов антисекреторного и антихеликобактерного действия в хирургических стационарах г. Москвы из года в год уменьшается общее число больных **язвенной болезнью (ЯБ)** желудка и двенадцатиперстной кишки и число плановых оперативных вмешательств. С другой стороны, амбулаторное лечение больных неосложненной ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки при отсутствии адекватного контроля за эффективностью терапии привело к тому, что число неотложных (экстренных и срочных) оперативных вмешательств при прободных и кровоточащих язвах возросло почти в 2 раза. Соответственно, общая летальность при ЯБ за 5 лет увеличилась на 25% (с 2,2 до 2,8%).

При **язвенных гастродуоденальных кровотечениях (ЯГДК)** до настоящего времени была наиболее распространена так называемая активно-выжидательная тактика, при которой лечение больных всегда начинают с консервативных мероприятий, а оперируют только при рецидиве кровотечения или неэффективности консервативного лечения. Наряду с эндоскопическими и эндовазкулярными методами гемостаза применяют мощные антисекреторные препараты. Однако это также не позволяет избежать у 35–75% пациентов рецидива кровотечения в ранние сроки пребывания больного в стационаре, что является основной причиной летальных исходов. Неудовлетворенность результатами лечения больных с ЯГДК привела к необходимости прогнозировать рецидивы язвенного кровотечения с рас-

ширением показаний к срочным оперативным вмешательствам.

Хирургическая тактика при ЯГДК

У поступающих в клинику больных с ЯГДК встречаются две основные клинические ситуации: продолжающееся кровотечение и остановившееся кровотечение (с возможностью рецидива или без таковой).

Если у больного продолжается активное кровотечение, которое не удастся остановить консервативными методами или эндоскопическим вмешательством, то пациента приходится экстренно оперировать по жизненным показаниям. Летальность при этом остается стабильно высокой и в ближайшее время не имеет, по-видимому, реальных предпосылок к снижению.

Если кровотечение остановлено в результате консервативных, эндоскопических мероприятий или прекратилось самостоятельно, то в зависимости от дальнейшего естественного течения заболевания этих больных можно разделить на две группы. Первая группа – это пациенты, у которых кровотечение больше не возобновляется. В этих случаях особых тактических проблем не возникает: после завершения курса противоязвенного и гемостатического лечения большинству больных выполняют плановую операцию, а летальность и частота послеоперационных осложнений практически такие же, как при хирургическом лечении неосложненной ЯБ. Вторая группа – это пациенты с развившимся рецидивом кровотечения, у которых возникает большинство летальных исходов и по-

слеоперационных осложнений. Именно с этой категорией больных связан кардинальный вопрос хирургической тактики при ЯГДК, определяющий принципиальную возможность снижения общей и послеоперационной летальности.

Если угроза рецидива кровотечения велика, то больного целесообразно оперировать в срочном порядке, поскольку временная остановка кровотечения создает условия для подготовки к срочному оперативному вмешательству.

Проведенный нами компьютерный анализ клинических, анамнестических, лабораторных и эндоскопических данных по историям болезни 218 пациентов с рецидивом ЯГДК позволил выделить **абсолютные и относительные признаки угрозы повторного кровотечения**.

Источники кровотечения в виде гигантских (более 3 см в диаметре) каллезных язв желудка или двенадцатиперстной кишки либо уровень гемоглобина при поступлении в стационар ниже 50 г/л абсолютно достоверно прогнозируют рецидив кровотечения у любого больного.

Если абсолютных признаков угрозы рецидива кровотечения нет, то ее определяют по совокупности относительных признаков, которые включают интенсивность кровотечения (острая кровопотеря или коллапс в анамнезе, любое кровотечение, остановленное эндоскопически), эндоскопическую характеристику гемостаза (тромбированные сосуды в язве или язва, прикрытая сгустком крови) и язвы (диаметр язвы желудка более 1,3 см или диаметр язвы двенадцатиперстной кишки более 0,8 см). Максимальная оценка каждого из этих критериев составляет 1 балл.

Предложенный алгоритм прогноза отличается универсальностью, позволяет оценивать любую клиническую ситуацию у любого больного ЯГДК, четко принимать тактическое решение (оперировать или лечить консервативно), избегая таких уводящих в сторону формулировок, как “пози-

ция активного консерватизма”, “индивидуальный подход к выбору лечебной тактики”, основанных на субъективизме и интуиции хирурга. Он включает оценку не только эндоскопических данных — естественно, прогноз рецидива и тактику лечения больного может определить только хирург, а не врач-эндоскопист.

Алгоритм прогноза основан на использовании простых и доступных в условиях неотложной хирургии клинических, лабораторных и эндоскопических методов, что выгодно отличает его от громоздких попыток прогноза, основанных на “многофакторном компьютерном анализе материала”, “решающем правиле прогноза”, сложных патофизиологических методиках типа “прицельной термографии периульцерозной зоны до и после введения ксантинола никотината” и др.

Несмотря на определенную условность этого алгоритма прогноза, его достоверность, оцененная на клиническом материале нескольких лечебных учреждений Москвы, составляет 92%.

На основании вышеизложенного **хирургическая тактика лечения больных с ЯГДК** может быть представлена в виде следующего алгоритма действий:

- продолжающееся кровотечение — экстренная операция;
- остановившееся кровотечение с угрозой рецидива — срочная операция;
- остановившееся кровотечение без угрозы рецидива — плановая операция.

При поступлении больного с ЯГДК в хирургический стационар проводят комплекс клинико-лабораторных обследований и экстренную эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС).

При продолжающемся в момент осмотра кровотечения делают попытку его эндоскопической остановки (диатермокоагуляция, орошение хладагентами, обкалывание язвы и др.).

Если кровотечение остановить не удастся, то больного экстренно оперируют.

Если кровотечение остановлено эндоскопически или прекратилось самостоятельно, и нет угрозы его рецидива, то проводят консервативное гемостатическое и противоязвенное лечение, коррекцию последствий кровопотери и через 3–4 нед после дообследования по показаниям выполняют плановую операцию.

У больных с угрозой рецидива кровотечения операцию выполняют в срочном порядке (через 12–24 ч после госпитализации) после интенсивной предоперационной подготовки. Срочное хирургическое вмешательство желательно делать днем после завершения предоперационной подготовки (коррекция волемиических нарушений и анемии, антисекреторные парентеральные препараты, подготовка кишечника, стартовая антибиотикотерапия). При рецидиве кровотечения, безусловно, показана экстренная операция.

Экстренное или срочное хирургическое вмешательство по поводу ЯГДК должно надежно предотвратить рецидив кровотечения из язвы в послеоперационном периоде, гарантировать излечение от ЯБ, быть достаточно простым технически и быстрым. В частности, при язве желудка можно выполнять резекцию желудка, а при дуоденальной язве – стволовую ваготомию с иссечением язвы передней стенки луковицы либо прошиванием язвы задней стенки и пилоропластикой по Финнею, стволовую ваготомию с антрумэктомией или классическую резекцию желудка. Вопрос об объеме планового оперативного вмешательства решается на основании тех же критериев, что и при неосложненной язве.

Приведем результаты лечения 1314 больных с ЯГДК, находившихся на лечении в клинике хирургических болезней РГМУ. Все больные были разделены на две группы, идентичные по возрасту и полу, тяжести кровопотери и локализации язв.

В лечении больных 1-й группы (281 пациент) использовали традиционную активно-выжидательную тактику. Общая летальность составила 12,8%, летальность при консервативном лечении – 8,6%, послеоперационная летальность – 32%. Столь высокая летальность была обусловлена тем, что 62% всех хирургических вмешательств были выполнены в экстренном порядке: 52% по поводу рецидива кровотечения, 10% по поводу продолжающегося кровотечения из язвы при невозможности его эндоскопической остановки; 38% составили плановые операции.

В лечении больных 2-й группы (1033 пациента) применяли активную хирургическую тактику, основанную на прогнозе рецидива кровотечения. Срочные операции при угрозе рецидива кровотечения выполнены у 64,6%, экстренные операции при продолжающемся кровотечении – у 8,4% и плановые операции – у 27% больных. Общая летальность в группе составила 7,8%, послеоперационная – 8,0%, летальность после консервативного лечения – 5,6%.

Частота послеоперационных осложнений в обеих группах коррелировала с показателями летальности. Анализируемые группы достоверно не различались по объему хирургических вмешательств, что позволило отнести различие полученных результатов только к преимуществу активного хирургического подхода. Активная хирургическая тактика привела также к некоторому снижению объема гемотрансфузий.

Антисекреторная терапия при ЯГДК

Чисто консервативное лечение при ЯГДК показано приблизительно 55–60% больных. Еще у 20–25% пациентов короткий курс консервативного лечения рассматривается как подготовка к срочному оперативному вмешательству в связи с вероятностью рецидива кровотечения. Наконец, 20–25% больных показано полноценное консервативное лечение с последующей

Алгоритм определения риска срочного оперативного вмешательства при ЯГДК у пациентов старше 60 лет

Критерии	Число баллов		
	1 балл	2 балла	3 балла
Возраст пациента, лет	61–70	71–80	>80
Степень тяжести кровопотери (при поступлении в стационар)	Легкая	Средняя	Тяжелая
Характер системных нарушений при поступлении (степень анестезиологического риска по классификации В.А. Гологорского)	Легкие или средние (степень риска 2)	Тяжелые (степень риска 3)	Крайне тяжелые (степень риска 4–5)

плановой операцией, которая выполняется после полного заживления язвы и компенсации последствий острой кровопотери. В современной фармакотерапии ЯБ используется более 500 различных препаратов.

Мы оценивали эффективность консервативного лечения при ЯГДК с использованием различных антисекреторных препаратов. Пациентам ($n = 404$) назначали один из препаратов:

- неселективный холинолитик (платифиллин, атропин);
- селективный M_1 -холиноблокатор (пирензепин);
- H_2 -блокатор II поколения (ранитидин);
- ингибитор протонной помпы (омепразол);
- синтетический аналог соматостатина (стиламин).

Поддерживающая терапия во всех группах включала применение невсасывающихся антацидов, препаратов висмута и антибиотиков. Достоверно значимых различий по полу, возрасту, локализации язв и тяжести кровопотери пациенты этих групп не имели.

Для оценки эффективности лечения использовались клинические данные, число

рецидивов кровотечения, сроки заживления язвы, динамика парциального напряжения кислорода в стенке антрального отдела желудка, рН желудочного сока на 2-е, 10-е и 21-е сутки от начала лечения.

Наиболее значимым прогностическим критерием у больных с ЯГДК оказался внутрижелудочный рН, стабилизация которого выше 5,5 позволяет в большинстве случаев дать гарантии от рецидива кровотечения. Достаточно важна, но технически более сложна эндоскопическая полярометрия желудка с целью оценки парциального напряжения кислорода в слизистой оболочке.

Наиболее выраженный кислотоингибирующий эффект давали соматостатин и омепразол. Повышение рН желудочного сока коррелировало со снижением парциального напряжения кислорода в слизистой оболочке желудка, что нельзя считать благоприятным в плане заживления язвы, особенно в условиях постгеморрагической анемии. Данным свойством практически не обладал соматостатин.

Особенности лечения ЯГДК у больных пожилого возраста

Среди пациентов с ЯГДК лица пожилого и старческого возраста составляют 15–37%. Актуальность проблемы подчеркивает тот факт, что летальность при данном осложнении ЯБ у этих больных равняется 40–55% и не имеет тенденции к снижению в последнее десятилетие.

Для определения прогноза заболевания и выбора адекватной лечебной тактики необходимо рациональное определение риска предстоящего оперативного вмешательства и основных факторов, влияющих на его степень.

Нами изучалась связь некоторых анамнестических, клинико-лабораторных, эндоскопических и других показателей с исходами оперативного лечения при ЯГДК у пациентов старше 60 лет. Компьютерная обработка материала и проведенная на ее основе оценка коррелятивной зависимости

позволила разработать алгоритм определения риска срочного оперативного вмешательства у больных старческого и пожилого возраста (таблица), где суммируются баллы по каждому из факторов риска.

Проведенное исследование позволило в дальнейшем выделить две группы больных. Среди 29 пациентов с суммой баллов не более 6 благоприятный исход отмечен у 27 больных, а умерли 2. Среди 35 больных с оценкой риска 7–9 баллов летальный исход наблюдался у 33, а благоприятный – у 2. Таким образом, суммарная оценка риска 6 баллов позволяет разграничить группы высокого и низкого риска и прогнозировать исход оперативного лечения с высокой степенью достоверности (93,8%).

Правильная оценка степени риска оперативного вмешательства, по-видимому, является узловым моментом хирургической тактики и будет способствовать улучшению результатов лечения ЯГДК у больных старших возрастных групп.

ЯГДК и *Helicobacter pylori*

В настоящее время *H. pylori* (*Hp*) считают одним из важнейших факторов образования пептической язвы, обсуждается несколько механизмов ее ulcerогенного эффекта. Привлекательным представляется изучение связи хеликобактерной инфекции с неудовлетворительными результатами хирургического лечения ЯБ и ее осложнений (рецидивы пептической язвы, рак и гастрит культуры желудка, анастомозиты и эрозии). Особый интерес вызывает профилактическое влияние антихеликобактерного лечения в отношении рецидива ЯГДК.

Мы изучили эффективность антихеликобактерного лечения по схеме квадротерапии (омепразол 40 мг/сут + де-нол 480 мг/сут + метронидазол 1,5 г/сут + тетрациклин 2,0 г/сут) у 74 больных пожилого и старческого возраста с угрозой реци-

дива ЯГДК и высоким операционно-анестезиологическим риском, которым вынужденно проводилось сугубо консервативное лечение.

Эффективность лечения оценивали комплексно, включая частоту *Hp*-инфекции, тенденцию к ее эрадикации, состояние кислотообразующей функции желудка в динамике, количество рецидивов ЯГДК, сроки заживления язв и общую летальность.

При поступлении в стационар *Hp*-позитивных больных было 88%, преобладала средняя и высокая степень *Hp*-инфицированности. Уровень рН желудочного сока составил 1,4 до лечения и 6,3 – через 5 сут от начала лечения. Таким образом, один из важных патогенетических факторов рецидива кровотечения (кислотно-пептический) был исключен. Рецидив кровотечения развился всего лишь у 8 пациентов (10,8%), общая летальность составила 6,8%.

На 14-е сутки лечения выраженная тенденция к эрадикации *Hp*-инфекции наблюдалась у 82,4% пациентов. При проведении ЭГДС в эти же сроки отмечено, что язва зарубцевалась у 60,9% больных.

При анализе полученных результатов отчетливо прослеживается закономерность: применение антихеликобактерной терапии у больных ЯБ, осложненной кровотечением, ведет к значительному ускорению заживления язв и достоверному снижению частоты рецидивов кровотечения. Это отразилось в снижении количества экстренных операций и общей летальности. Значительное снижение общей летальности в группе наиболее тяжелого и, еще раз подчеркнем, формирующего основные негативные результаты контингента больных убедительно доказывает высокую эффективность квадротерапии в сравнении с существующими консервативными и хирургическими методами лечения.