

УДК 616.33/.34-002.44-005.1-08

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКЕ ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Н.А. Никитин, Т.П. Коршунова, М.А. Онучин, М.М. Авдеева,
ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия»

Авдеева Мария Михайловна – e-mail: mashabalzac@mail.ru

Предложена активная индивидуально-конкретизированная лечебная тактика при гастродуоденальных язвенных кровотечениях, основанная на бальной оценке риска рецидива кровотечения в стационаре и учёте роли ассоциированной с *Hp* микрофлоры в их генезе. Анализ применения предложенной тактики у 795 больных выявил ее преимущества по сравнению с активно-индивидуализированной тактикой, использованной у 703 больных.

Ключевые слова: гастродуоденальная язва, кровотечение, лечебная тактика.

There has been suggested an active individual-specified treatment tactics in case of gastroduodenal ulcerous bleedings, based on point assessment of risk of recurrence of bleeding in the hospital and on taking into account the role of associated with *Hp* microflora in their genesis. The analysis of the suggested tactics among 795 patients has revealed its advantages in comparison with active-individualized tactics, used with 703 patients.

Key words: gastroduodenal ulcer, bleeding, treatment tactics.

Введение

Гастродуоденальные язвенные кровотечения (ГДЯК) остаются одной из наиболее сложных проблем абдоминальной хирургии и продолжают занимать первое место в структуре летальности при язвенной болезни желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК) [1, 2, 3]. Летальность при ГДЯК варьирует от 10 до 28%, а при его рецидиве достигает 40–48% [3, 4, 5].

Одним из путей улучшения результатов лечения ГДЯК является дальнейшее совершенствование лечебной тактики. Несмотря на то, что вопросы тактики при ГДЯК обсуждаются на протяжении многих десятилетий и не одним поколением хирургов, они по-прежнему далеки от окончательного решения [6].

Современная лечебная тактика при ГДЯК должна включать в себя три обязательных и взаимосвязанных составляющих: цель, характер и содержание. По цели она должна быть ориентированной на упреждение развития рецидива крово-

течения в стационаре, по характеру – быть активной, по содержанию – носить индивидуально-конкретизированную направленность. Однако четких и в то же время доступных широкому кругу практических хирургов критериев, позволяющих с высокой степенью вероятности прогнозировать не только риск развития рецидива кровотечения в стационаре, но и определять наиболее оптимальные сроки выполнения операции при ГДЯК, до настоящего времени нет. Большинство известных способов прогноза являются либо сложными по исполнению, либо слишком громоздкими для использования в условиях неотложной хирургии [7]. Кроме того, в генезе развития ГДЯК и его рецидивов не выяснена роль *Helicobacter pylori* (*Hp*) и ассоциированной с ним микрофлоры [2, 8, 9].

Решение этих вопросов позволит трактовать лечебную тактику при ГДЯК как активную индивидуально-конкретизированную, отвечающую основным требованиям доказательной медицины.

Цель работы: обосновать необходимость и оценить результаты применения при ГДЯК активной индивидуально-конкретизированной лечебной тактики, основанной на балльной оценке риска рецидива кровотечения в стационаре и учёте роли ассоциированной с Нр микрофлоры в их генезе.

Материал и методы

С 1999 по 2007 г. в хирургических стационарах Северной городской клинической больницы г. Кирова пролечено 1498 больных ГДЯК. Больные представлены двумя сравнимыми группами:

1-я группа (основная) – 795 больных, проходивших лечение в 2003–2007 гг., у которых применялась активная индивидуально-конкретизированная лечебная тактика, основанная на балльной оценке риска рецидива кровотечения в стационаре и учёте роли ассоциированной с Нр микрофлоры в генезе рецидивов кровотечения;

2-я группа (сравнения) – 703 больных, проходивших лечение в 1999–2002 гг., у которых применялась активно-индивидуализированная тактика, принятая на VIII Всероссийском съезде хирургов в 1995 году, согласно которой сроки выполнения операции в основном определялись вариантом локального гемостаза в язве.

В 1-й группе мужчин было 578 (70,1%), женщин – 217 (29,9%), средний возраст больных составил 51,3±0,35 года. Во 2-й группе мужчин было 498 (70,9%), женщин – 205 (29,1%), средний возраст составил 52,1±0,34 года. Больных пожилого и старческого возраста в 1-й группе было 231 (29,5%), во 2-й группе – 222 (31,6%). Позднее 24 часов госпитализированы 498 (62,7%) больных 1-й и 373 (53,1%) – 2-й группы. Тяжелая сопутствующая патология выявлена у 372 (46,8%) больных 1-й и у 285 (40,6%) – 2-й группы. Язвенный анамнез в 1-й группе имел место у 407 (51,2%) больных, во 2-й – у 378 (53,7%). Желудочные язвы I типа по Джонсону отмечены у 167 (21,0%) больных 1-й группы и у 122 (17,4%) – 2-й, II типа – у 26 (3,3%) и 25 (3,6%), III типа – у 58 (7,3%) и у 55 (7,8%), дуоденальные язвы – у 544 (68,4%) и у 501 (71,2%) соответственно. По степени тяжести кровопотери больные распределились следующим образом: легкая – 494 (62,1%) больных в 1-й и 357 (50,8%) – во 2-й группе; средняя – 145 (18,3%) и 148 (21,0%); тяжелая – 156 (19,6%) и 198 (28,2%) соответственно.

По данным эндоскопического исследования при поступлении в стационар в обеих группах преобладал вариант нестабильного гемостаза в язве (Forrest IIA и IIB): в 1-й группе – у 486 (61,2%) больных, во 2-й группе – у 363 (51,7%). Продолжающееся артериальное кровотечение (Forrest IA) было у 45 (5,6%) и 57 (8,1%) больных, продолжающееся венозное кровотечение (Forrest IB) – у 42 (5,3%) и 21 (3,0%), стабильный гемостаз (Forrest IIC) – у 222 (27,9%) и 262 (37,2%) больных соответственно.

Из 251 больного 1-й группы с желудочной локализацией процесса язвы малых и средних размеров отмечены у 238 (94,7%) больных, больших и гигантских размеров – у 13 (5,3%). Во 2-й группе из 202 больных – у 181 (89,6%) и 21 (10,4%) соответственно. Средние размеры желудочных язв в 1-й группе составили 1,57±0,12 см, во 2-й – 1,64±0,13 см. При дуоденальной локализации из 544 больных 1-й группы язвы малых и средних размеров отмечены у 512 (94,2%), больших и гигантских размеров – у 32 (5,8%). Во 2-й группе из

501 больного – у 456 (91,1%) и 45 (8,9%) соответственно. Средние размеры дуоденальных язв в 1-й группе составили 0,83±0,04 см, во 2-й – 0,85±0,04 см.

Диагностика Нр и ассоциированной с ним микрофлоры проведена у 61 больного 2-й группы, из них у 43 (70,5%) – с дуоденальной язвой, у 18 (29,5%) – с желудочной. Консервативное лечение при этом проведено 35 (57,4%) больным, хирургическое – 26 (42,6%): экстренные операции выполнены 7 пациентам, срочные – 11, отсроченные – 8. Диагностику Нр проводили с применением бактериологического метода и уреазного теста с гастробиоптатом. Выделение и идентификацию сопутствующей микрофлоры выполняли в соответствии с методическими указаниями от 1985 г. и классификационными схемами Берджи. Чувствительность к антибактериальным препаратам определяли методом серийных разведений.

С целью определения достоверных и доступных для применения в практическом здравоохранении критериев риска рецидива ГДЯК в стационаре нами проведен ретроспективный интегральный анализ историй болезни 171 пациента, оперированного по поводу ГДЯК при активно-выжидательной тактике в начале 90-х годов прошлого столетия с нестабильным и стабильным вариантами гемостаза в язве. Рецидив кровотечения в стационаре при нестабильном гемостазе в язве из 101 больного развился у 36 (35,6%), при стабильном – из 70 у 18 (25,7%). Из 11 факторов, взятых в разработку и оцененных по формуле Байеса (Е.В. Гублер, 1978), статистически значимыми оказались только шесть. Таковыми оказались: пол, язвенный анамнез, степень тяжести кровопотери, вариант гемостаза в язве, локализация язвы и размеры язвенного дефекта.

На основе полученных данных была разработана балльная оценка риска рецидива кровотечения в стационаре (таблица) и определена статистически достоверная вероятность рецидива, рассчитанная в процентах и представленная графически (рис.). Минимальная сумма баллов при такой оценке равняется 6, максимальная – 13. Средний балл у больных с рецидивом кровотечения составил 12,1±0,6 балла, без рецидива – 9,7±0,8. Интервал от 10 до 11 баллов является пограничным между низким и высоким риском рецидива кровотечения и при графическом расчете составляет 60%. Это позволило конкретизировать положения хирургической тактики с выделением четырех основополагающих принципов.

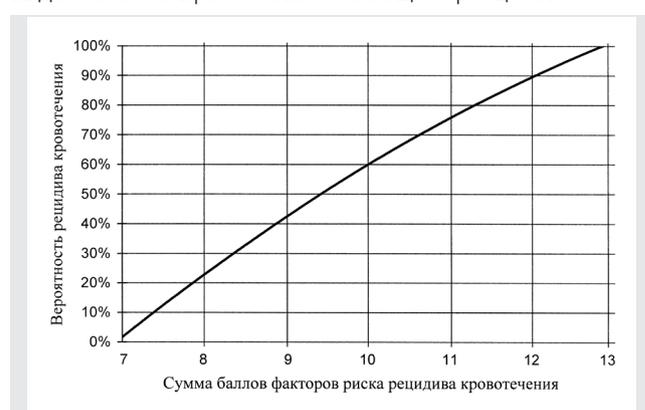


РИС. Оценка риска рецидива гастродуоденального язвенного кровотечения.

ТАБЛИЦА.
Оценка факторов риска рецидива язвенного кровотечения в баллах

| Признак | Градация признака | Частота признака | Частота рецидивов | | Баллы |
|------------------------------------|----------------------|------------------|-------------------|------|-------|
| | | | абс. | % | |
| Пол | женский | 35 | 8 | 22,9 | 1 |
| | мужской | 136 | 46 | 33,8 | 2 |
| Язвенный анамнез | имеется | 132 | 39 | 29,5 | 1 |
| | отсутствует | 39 | 15 | 38,5 | 2 |
| Степень тяжести кровопотери | I степень | 62 | 13 | 20,9 | 1 |
| | II-III степень | 109 | 41 | 37,6 | 2 |
| Вариант гемостаза в язве | стабильный | 67 | 18 | 26,9 | 1 |
| | нестабильный | 104 | 36 | 34,6 | 2 |
| Тип язвы по Джонсону (локализация) | I тип | 49 | 10 | 20,4 | 1 |
| | III тип | 14 | 4 | 28,6 | 2 |
| | II тип и язвы ДПК | 108 | 40 | 37 | 3 |
| Размеры язвы | большие и гигантские | 29 | 8 | 27,6 | 1 |
| | малые и средние | 142 | 46 | 32,4 | 2 |

1. Больные с оценкой кровотечения Forrest IA, больные с рецидивом кровотечения в стационаре и больные в состоянии геморрагического шока с клинико-анамнестическими указаниями на кровотечение язвенной этиологии подлежат хирургическому вмешательству в экстренном порядке. Интенсивная терапия им проводится на операционном столе.

2. Больные с оценкой кровотечения Forrest IB подлежат консервативному лечению, направленному на остановку кровотечения (включая эндоскопический гемостаз), восполнение объема циркулирующей крови и кровопотери с обязательным контрольным эндоскопическим исследованием через 6 час. Вопрос о сроках оперативного вмешательства решается на основании оценки характера гемостаза и вероятности риска рецидива кровотечения. При отсутствии признаков стабилизации гемостаза, а также при остановившемся кровотечении, но риске его рецидива, превышающем 60%, выполняется срочное оперативное вмешательство. При стабилизации гемостаза и риске рецидива кровотечения менее или равном 60% больным показано оперативное вмешательство в отсроченном или плановом порядке.

3. Больные с оценкой гемостаза Forrest IIA и IIB подлежат консервативному лечению с обязательным контрольным эндоскопическим исследованием через 24 часа. При отсутствии признаков стабилизации гемостаза в язве, а также при стабилизации гемостаза, но риске рецидива, превышающем 60%, показана срочная операция. При стабилизации гемостаза и риске рецидива кровотечения менее или равном 60% больным показано оперативное вмешательство в отсроченном или плановом порядке.

4. Больные с оценкой гемостаза Forrest IIC подлежат консервативному лечению с контрольным эндоскопическим исследованием через 72 часа. При признаках дестабилизации гемостаза, а также при сохраненном стабильном гемостазе, но риске рецидива кровотечения, превышающем 60%, показана срочная операция. При сохраненном стабильном гемостазе и риске рецидива кровотечения менее или равном 60% больным показано оперативное лечение в отсроченном или плановом порядке.

Результаты и их обсуждение

Рецидив кровотечения в стационаре развился у 28 больных: в основной группе – у 12 (1,5%): средний балл риска

рецидива кровотечения составил $11,8 \pm 0,37$, в группе сравнения – у 16 (2,3%): средний балл риска рецидива кровотечения составил $12,1 \pm 0,34$.

Из 61 больного, обследованного на предмет Нр и ассоциированной с ним микрофлоры, Нр отсутствовал у 17 (27,8%) больных, при этом в 11 (64,7%) наблюдениях отсутствовала и другая микрофлора, т. е. слизистая желудка была стерильной, а у 6 (35,3%) больных микрофлора высевалась. Нр диагностирован у 44 (72,2%), ассоциированная с ним микрофлора выявлена у 32 (72,7%) пациентов. Необходимо отметить, что при консервативном лечении Нр определялся в 54% наблюдений, а ассоциированная микрофлора выявлена в 42% случаях: *Lactobacterium* – в 26,5%, *Staphylococcus aureus* – в 15,8%; при хирургическом лечении Нр был выявлен в 96% наблюдений, при этом во всех случаях с ассоциированной микрофлорой: *Staphylococcus spp.* – в 54% наблюдений и грибы *Candida spp.* – в 46%.

Изучение биологических свойств *Staphylococcus aureus*, ассоциированного с Нр, позволило выявить ряд особенностей. В ассоциации чаще высевался коагулазоположительный *Staphylococcus aureus* с ускоренной плазмокоагуляционной реакцией, обладающий более выраженной гемолитической активностью, чем в монокультуре. При этом повышенная гемолитическая активность *Staphylococcus aureus* наблюдалась у всех больных при экстренных хирургических вмешательствах и почти у половины больных, оперированных в срочном порядке. Следовательно, высокая частота встречаемости у больных ГДЯК в качестве ассоциированной с Нр микрофлоры штаммов *Staphylococcus aureus*, обладающих ускоренной плазмокоагуляционной реакцией и выраженной гемолитической активностью, является фактором, препятствующим стабилизации гемостаза в язве и способствующим развитию рецидива кровотечения.

При определении чувствительности Нр к антибиотикам была установлена его высокая чувствительность к амоксициллину клавуланату. При определении чувствительности *Staphylococcus aureus* внимания заслуживает факт широкого распространения штаммов с множественной устойчивостью к антибиотикам. Мультирезистентные штаммы *Staphylococcus aureus* из ассоциации с Нр встречались достоверно чаще, чем в монокультуре. В группе неоперированных больных *Staphylococcus aureus* был более чувствителен к ампициллину, оксациллину и гентамицину, чем у оперированных больных. У оперированных больных он был чувствителен к амоксициллину, высокая чувствительность отмечалась к амоксициллину клавуланату и рифампицину.

Полученные данные заставили нас дополнить консервативное лечение у больных 1-й группы с оценкой кровотечения Forrest IB и Forrest IIA и IIB амоксициллином или амоксициллина клавуланатом непосредственно с момента их госпитализации в стационар.

Консервативное лечение проведено в 1-й группе 595 (75,0%) больным с 21 (3,2%) летальным исходом, во 2-й группе – 466 (66,3%) с 13 (2,8%) летальными исходами. Все умершие больные в обеих группах были старше 60 лет.

Хирургические вмешательства выполнены в 1-й группе у 200 (25,0%) больных с 22 (11,0%) летальными исходами, во 2-й группе – у 237 (33,7%) с 34 (14,4%) летальными исходами. При этом в 1-й группе экстренные операции составили

29,3%, срочные – 53,4%, отсроченные – 17,3%; во 2-й группе 36,4%, 26,1% и 37,5% соответственно.

Приведенные данные отчетливо показывают увеличение более чем в 2 раза числа срочных операций и аналогичное уменьшение числа отсроченных операций в 1-й группе при общем снижении оперативной активности на 8,7% по сравнению со 2-й группой. Этот момент свидетельствует о более дифференцированном подходе к срокам выполнения операций в 1-й группе. Наряду с новым подходом к консервативному лечению он способствовал снижению числа рецидивов кровотечения в стационаре в 1,6 раза.

Общая летальность в 1-й группе составила 4,4% (35 летальных исходов), во 2-й группе – 7,8% (55 летальных исходов).

Выводы

1. Высокую частоту встречаемости при ГДЯК в качестве ассоциированной с Нр микрофлоры штаммов *Staphylococcus aureus*, обладающих ускоренной плазмокоагуляционной реакцией и выраженной гемолитической активностью, следует рассматривать в качестве фактора, препятствующего стабилизации гемостаза в язве и способствующего развитию рецидива кровотечения.

2. Использование предложенной балльной оценки риска рецидива кровотечения в стационаре у больных ГДЯК позволяет предупредить развитие рецидива кровотечения в стационаре, определяет активный характер хирургической тактики и позволяет конкретизировать сроки выполнения оперативных вмешательств.

3. Включение в комплекс консервативных мероприятий у больных с эндоскопической оценкой кровотечения Forrest IB, IIA и IIB антибактериальных препаратов, обладающих

антихеликобактерной и антистафилококковой направленностью действия, способствует улучшению результатов лечения больных ГДЯК и наряду с соблюдением предложенных основополагающих принципов хирургической тактики позволяет лечебную тактику при ГДЯК в целом трактовать как активную индивидуально-конкретизированную, отвечающую основным требованиям доказательной медицины.



ЛИТЕРАТУРА

1. Гостищев В.К., Евсеев М.А., Головин Р.А., Ивахов Г.Б. Дистальная резекция желудка в неотложной хирургии гастроудоденальных язв. *Общая хирургия*. 2010. № 9. С. 22-30.
2. Ткачев А.В., Пасечников В.Д., Чернов В.Н. Оценка отдаленных результатов эрадикационной терапии и качества жизни у больных язвенной болезнью, осложненной кровотечением или перфорацией. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2002. № 6. С. 44-53.
3. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Патогенез рецидива острых гастроудоденальных язвенных кровотечений. *Хирургия*. 2004. № 5. С. 46-51.
4. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастроудоденальных язв. *Хирургия*. 2003. № 3. С. 43-49.
5. Тверитнева Л.Ф., Ермолов А.С., Утешев Н.С., Миронов А.В. Лечение гастроудоденальных кровотечений в условиях многопрофильного стационара неотложной помощи. *Хирургия*. 2003. № 12. С. 44-47.
6. Ефименко Н.А., Лысенко М.В., Асташов В.А. Кровотечение из хронических гастроудоденальных язв: современные взгляды и перспективы лечения. *Хирургия*. 2004. № 3. С. 56-60.
7. Шапкин Ю.Г., Капралов С.В., Матвеева Е.Н., Урядов С.Е., Хрустовская Л.А. Активная тактика в лечении кровоточащей язвы. *Хирургия*. 2004. № 9. С. 29-31.
8. Лобанков В.М. Хирургия язвенной болезни на рубеже XXI века. *Хирургия*. 2005. № 1. С. 58-64.
9. Axon A.T., Moayyedi P. Eradication of *Helicobacter pylori*: omeprazole in combination with antibiotics. *Scand. J. Gastroenterol.* 1996. V. 215. P. 82-89.