УДК 616.342-002.44-089 Вестник СПбГУ. Сер. 11. 2013. Вып. 4

Т. Л. Горшенин, К. Н. Мовчан, И. С. Смигельский,
А. А. Смирнов, К. И. Русакевич, О. Ю. Мамичева

КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ РИСКА РЕЦИДИВОВ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Актуальность темы исследования. Острые гастродуоденальные язвенные кровотечения (ОГДЯК) сопровождаются высокой частотой случаев летальных исходов [1]. В России по поводу данной патологии ежегодно в стационары поступают 100–150 больных на 100000 населения [2]. Увеличение численности контингента пациентов с ОГДЯК неуклонно растет, что связано, с одной стороны, с увеличением числа лиц пожилого и старческого возраста, страдающих ЯБЖ и ДПК, с другой — неконтролируемым назначением и приемом нестероидных противовоспалительных препаратов и агрессивной антикоагулянтной терапией. Пациенты старших возрастных групп, страдающие ЯБЖ и ДПК, составляют 13–40% всех больных этим заболеванием [3]. Больным пожилого и старческого возраста, страдающим гастродуоденальными язвами (ГДЯ), хирургам приходится оказывать медицинскую помощь исключительно при осложненном течении заболевания [4].

Наиболее частым и опасным осложнением ЯБЖ и ДПК является острое кровотечение из язвы. Контингент больных пожилого и старческого возраста составляет более 70% от общего числа пациентов, госпитализированных с клинической картиной или проявлениями гастродуоденального кровотечения язвенной природы [5]. Показатель общей летальности среди больных старших возрастных групп при ОГДЯК достигает 40%, а уровень послеоперационной летальности может превышать 50%, в 4–7 раз превосходя аналогичные показатели у больных молодого возраста [6, 7]. Основной причиной ухудшения результатов лечения больных гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии являются повторные геморрагии. В 70–85% наблюдениях у больных пожилого и старческого возраста кровотечение из язвы останавливается самостоятельно или под воздействием консервативного лечения. Однако частота повторных геморрагий может достигать 18,2–34% при локализации

Горшенин Тимофей Леонидович — кандидат медицинских наук, заведующий хирургическим отделением СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн»; e-mail: tgorshenin@mail.ru

Мовчан Константин Николаевич — доктор медицинских наук, заведующий отделом по организации экспертизы качества медицинской помощи СПб ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр»; профессор кафедры им. Н. Д. Монастырского Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова; e-mail: movchan@miac.zdrav.spb.ru

Смигельский Игорь Станиславович — врач-методист СПб ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр»; e-mail: movchank@miac.zdrav.spb.ru

Смирнов Алексей Алексеевич — врач-хирург МУЗ «Выборгская городская больница»; e-mail: smirnov@doctor.com

Русакевич Ксения Игоревна — студентка ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова»; e-mail: kseniarusakevich@mail.ru

Мамичева Ольга Юрьевна — аспирант кафедры им. Н. Д. Монастырского Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова

© Т. Л. Горшенин, К. Н. Мовчан, И. С. Смигельский, Ал. Ал. Смирнов, К. И. Русакевич, О. Ю. Мамичева, 2013

язв в двенадцатиперстной кишке и 40% при локализации язв в желудке [8]. Частота случаев летальных исходов в ситуациях рецидивов кровотечения из язвы превышает 80%. В связи с этим изучение особенностей обследования и лечения больных пожилого и старческого возраста в плане выявления критериев риска рецидивов кровотечения из ГДЯ имеет важное значение для медицинской науки и практики.

Цель исследования — определить клинико-эндоскопические критерии риска рецидивов кровотечения из хронической гастродуоденальной язвы у больных пожилого и старческого возраста.

Материал и методы. Проанализированы результаты обследования и лечения 43 больных кровотечением из хронической язвы желудка и ДПК, госпитализированных в СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» (Госпиталь) с 2010 по 2012 гг. Большинство пациентов составили женщины — 30 человек. Возраст всех пациентов превышал 60 лет, в среднем — 83,3±3,7 лет. В 27 (62,7%) случаях источником кровотечения оказались хронические язвы двенадцатиперстной кишки, в 16 (37,3%) — хронические язвы желудка.

В 12 (27,9%) клинических наблюдениях больные с диагнозом «желудочно-кишечное кровотечение» поступали из приемного отделения Госпиталя в отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии (ОАРИТ). В 31 (72,1%) случае с этим же диагнозом пациенты переводились в ОАРИТ из терапевтических и неврологических отделений. У данного контингента пациентов кроме язвенной болезни констатированы тяжелые сопутствующие заболевания многих органов и систем, главным образом со стороны сердца и сосудов. У всех пациентов отмечено сочетание нескольких заболеваний (табл. 1).

Таблица 1. **Распределение случаев ОГДЯК с учетом частоты и характера сопутствующей патологии**

Сопутствующие заболевания систем	Число наблюдений (%)
Сердечно-сосудистой:	
ишемическая болезнь сердца	43 (100)
гипертоническая болезнь	40 (93)
недостаточность кровообращения	43 (100)
другие (тромбофлебит, варикозное расширение вен нижних конечностей)	5 (11,6)
Дыхательной:	
хронический бронхит	22 (51,1)
бронхиальная астма	4 (9,3)
Центральной нервной:	
цереброваскулярная болезнь, дисциркуляторная энцефалопатия	43 (100)
последствия острого нарушения мозгового кровообращения	23 (53,4)
Выделительной:	
хронический пиелонефрит	10 (23,2)
мочекаменная болезнь	7 (16,2)
другие (хронический цистит, аденома простаты)	12 (27,9)
Эндокринной:	
сахарный диабет	11 (25,5)
Всего наблюдений	43 (100)

Всем больным с клиническими проявлениями острого гастродуоденального язвенного кровотечения в течение первого часа пребывания в стационаре проводили

эндоскопическое исследование в условиях ОАРИТ. До проведения экстренной эндоскопии или наряду с ней осуществлялась антисекреторная терапия путем внутривенного болюсного введения ингибиторов протонной помпы.

Эндоскопически картину кровотечения из язв оценивали по J. A. N. Forrest.

Продолжающееся кровотечение (F-I) выявлено у 12 (27,96%) больных. У 19 (44,2%) пациентов отмечалась эндоскопическая картина состоявшегося кровотечения (F-II). В 12 (27,9%) случаях констатировано анамнестическое кровотечение (F-III) (рис. 1).

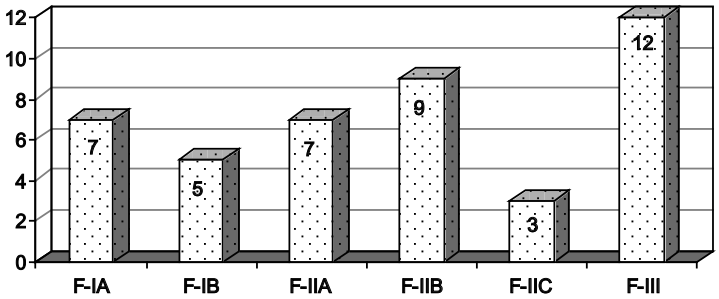

Рис. 1. Распределение больных ОГДЯК с учетом эндоскопической классификации J. A. N. Forrest

Для достижения эндоскопического гемостаза применялись следующие методы: инъецирование гемостатических средств вокруг язвы, ее аргоноплазменная коагуляция (АПК) и диатермокоагуляция, а также эндоклипирование. Как правило, эндогемостаз происходил на фоне сочетанного применения ряда методов.

Результаты исследования. Попытки достигнуть гемостаз с использованием эндоскопических технологий осуществлен в 28 (65,1%) случаях на фоне продолжающегося (F-I) или остановившегося кровотечения с признаками неустойчивого гемостаза (F-IIA-B). Наиболее эффективным методом достижения эндогемостаза оказывалась АПК в сочетании с обкалыванием язв раствором адреналина и эндоклипирование в сочетании или с инъекционным методом, или с АПК (табл. 2).

Таблица 2. **Частота использования методов эндогемостаза**

Методы достижения эндогемостаза	Частота использования (в %)
АПК	14
Инъецирование медикаментозных средств	10
Диатермокоагуляция	11
АПК + инъецирование	43
АПК + эндоклипирование	12
Инъецирование + эндоклипирование	10

Всем больным, параллельно с проведением эндоскопического исследования и лечебной эндоскопии, проводилась антисекреторная терапия ингибиторами протонной помпы в режиме болюсного, а затем непрерывного введения инфузоматом в дозировке 8 мг/ч, системная гемостатическая терапия и терапия, направленная на коррекцию сопутствующей патологии.

У 6 больных на фоне продолжающегося кровотечения (F-IA) эндоскопически достижение эффективного гемостаза оказалось невозможным, что обусловило необходимость осуществить экстренное хирургическое вмешательство. Двум больным выполнена резекция желудка. Четырем пациентам осуществлена гастродуоденотомия с прошиванием язвы и выполнением одного из вариантов пилоропластики при локализации язв в луковице ДПК. Летальные исходы отмечены в обоих случаях после резекции желудка и у одного больного, которому проводилось органосохраняющее хирургическое вмешательство без воздействия на патогенетические механизмы язвенной болезни — прошивание язвы.

Рецидива геморрагии из язв после хирургического лечения пациентов не отмечалось.

Однако после достижения эндоскопического гемостаза на фоне системной гемостатической и антисекреторной терапии рецидив кровотечения произошел в 10 случаях. На высоте повторного кровотечения оперированы 7 больных. Четырем пациентам выполнялась резекция желудка, трем — гастродуоденотомия с прошиванием язв и пилоропластикой. У всех больных отмечен летальный исход. Трем больным хирургическое вмешательство не выполнялось в виду высокого риска летального исхода по причине крайней тяжести состояния пациентов. У них констатировались нестабильные показатели гемодинамики. В этих случаях проводилась системная гемостатическая и антисекреторная терапия, а также осуществлялись повторные попытки эндогемостаза. Решения об отказе в операции и проведении консервативного лечения этой категории больных принимались коллегиально с привлечением ведущих специалистов Госпиталя. Все трое больных этой группы умерли при нарастающих явлениях сердечно-сосудистой и полиорганной недостаточности.

Таким образом, повторение геморрагии является главной причиной неудач при лечении больных язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Попытки достижения гемостаза хирургическими методами на фоне рецидива кровотечения сопряжены с высоким риском летального исхода и послеоперационных осложнений.

Поиск возможностей прогноза рецидива геморрагии — актуальная задача при оказании медицинской помощи больным пожилого и старческого возраста при ОГДЯК. По данным В. К. Гостищева, М. А. Евсеева (2008), С. Ф. Багненко и др. (2009) наиболее значимыми критериями прогноза рецидива кровотечения из гастродуоденальных язв являются клинико-эндоскопические маркеры, такие как: локализация язв, их размер и характер; эндоскопическая картина по Forrest; степень тяжести кровопотери и тяжесть состояния больного.

Отдельно анализируя данные о 10 наблюдениях больных, у которых развился рецидив кровотечения, установлено, что язвенные дефекты локализовались: в желудке по малой кривизне (2) и субкардиальном отделе (1); в ДПК — по задней стенке (4), по верхне-медиальной стенке (1); и в двух случаях язва была субциркулярная. При локализации язв в желудке их размер превышал 2 см в диаметре, а в случаях локализации в луковице ДПК — составлял больше 1 см в диаметре. В случае желудочной локализации язвы отмечена пенетрация ее в малый сальник; при дуоденальных язвах у трех пациентов отмечена пенетрация в головку поджелудочной железы, у двух больных — в гепатодуоденальную связку.

Тяжесть кровопотери определяли согласно классификации А. И. Горбашко (1974). У 7 пациентов кровопотеря была тяжелой степени (в одном случае больной

поступил с клиникой геморрагического шока). У трех больных кровопотеря была средней степени тяжести.

У всех больных при повторении геморрагии из язвы по данным клинического анализа крови отмечалось снижение показателей гемоглобина ниже 100 г/л.

Тяжесть состояния больных при кровотечениях из гастродуоденальных язв во многом обусловливается компенсацией (декомпенсацией) сопутствующей патологии, констатируемой у пациентов с кровотечением. Характер сопутствующей патологии является важным прогностическим фактором рецидива геморрагии. Для определения тяжести состояния использовали шкалу APACHE III. Согласно ее у всех пациентов сумма баллов превышала 85.

Обсуждение результатов исследования. Анализируя данные эндоскопической картины и клинических показателей в группе больных с рецидивом ОГДЯК, можно констатировать, что, с одной стороны, рецидив геморрагии по многим критериям оказывается предопределенным, с другой — у этих пациентов можно было определенно прогнозировать негативные результаты хирургических вмешательств, выполняемых на фоне повторного кровотечения из язвы. Прежде всего это обусловливалось тяжестью состояния и декомпенсацией основных систем организма, что подтверждается результатами оценки тяжести состояния пациентов по шкале APACHE III. Хирургическое лечение пациентов с рецидивным ОГДЯК осуществлялось по бесспорным показаниям, когда неоднократные попытки использования эндоскопических технологий остановки кровотечения оказывались неэффективными и были исчерпаны возможности всех методов достижения гемостаза. По существу, эти хирургические вмешательства можно было рассматривать как операции отчаяния, которые, как ожидалось, представляли для больных некоторую надежду предотвратить летальный исход. Однако ретроспективный анализ результатов лечения больных старшей возрастной группы позволяет считать, что отказ от, казалось бы, неизбежной операции и проведение целенаправленного консервативного лечения оказывается для больного единственным шансом на спасение.

Неотложные хирургические вмешательства выполнены 13 пациентам (6 больных оперированы на фоне продолжающегося кровотечения и 7 — при рецидиве геморрагии). В 6 случаях осуществлена резекция желудка в различных модификациях и в 7 — гастродуоденотомия с прошиванием кровоточащей язвы.

В целом, как уже отмечалось выше, при рецидивах кровотечения из гастродуоденальных язв у больных пожилого и старческого возраста, независимо от объемов выполненных хирургических операций, исход заболевания в плане жизни пациентов оказывается неблагоприятным. Но при продолжающемся кровотечении объем проводимого хирургического пособия оказывается прогностически значимым. В частности, все случаи проведения резекции желудка закончились летальным исходом. Однако при прошивании кровоточащих язв летальный исход констатирован лишь в одном случае. Основными причинами смерти пациентов оказывались нарастающая сердечно-сосудистая недостаточность и интоксикация, обусловленная развившимися гнойно-септическими осложнениями в послеоперационном периоде. Продолжающееся кровотечение не было причиной летального исхода ни в одном случае.

Итак, численность контингента пациентов старших возрастных групп, которым медицинская помощь оказывается в неотложном порядке по поводу язвенной бо-

лезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, значительна. Технологии устранения острого желудочно-кишечного кровотечения и его последствий неоднозначны. При их применении констатируются свои достоинства и недостатки. Вместе с тем, при оказании медицинской помощи больным пожилого и старческого возраста при кровотечении из хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки критерии выбора технологий достижения гемостаза несколько отличаются от аналогичных критериев у больных молодого возраста. При лечении больных острыми гастродуоденальными кровотечениями должна использоваться дифференцированная тактика, основными критериями которой являются: прогноз развития повторной геморрагии и объективная оценка тяжести общего состояния больного с учетом степени операционного риска. Нельзя не признать, что хирургические вмешательства, проводимые больным старческого возраста при ОГДЯК на основании общих критериев отбора на операцию, оказываются фатальными для пациентов и сопровождаются максимальной частотой случаев послеоперационной летальности. Как это ни парадоксально, но, по-видимому, добиться снижения общей летальности в этой группе больных можно именно за счет уменьшения числа операций. Операция, выполняемая даже при рецидиве кровотечения, у больных старческого возраста должна проводиться только при адекватной предоперационной подготовке и компенсации функций основных органов и систем организма. Эндоскопические технологии достижения гемостаза при язвенных кровотечениях у больных старших возрастных групп оказываются методами выбора при оказании медицинской помощи этому контингенту пациентов.

Литература

1. *Королев М. П., Филонов А. Л., Затяга О. В., Оглоблин А. Л.* Особенности острых гастродуоденальных кровотечений у больных сахарным диабетом // Вестн. С.-Петерб. ун-та. Сер. 11: Медицина. 2010. № 4. С. 70–79.

2. *Гостищев В. К., Евсеев М. А.* Антисекреторная терапия как составляющая часть консервативного гемостаза при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях // Хирургия. 2005. № 8. С. 52–57.

3. *Джитава И. Г., Кан В. И., Силуянов С. В., Смирнова Г. О.* Хирургическая тактика при желудочно-кишечных кровотечениях у пожилых // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2009. № 8. С. 72–78.

4. *Винник Ю. С., Аксютенко А. Н., Теплякова О. В.* и др. Хирургическое лечение осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у больных пожилого и старческого возраста // Московский хирургический журнал. 2010. № 5. С. 31–37.

5. *Еров С. А., Шугаев Н. К.* Язвенные желудочно-кишечные кровотечения у больных высокого операционного и анестезиологического риска // Актуальные вопросы клинической и экспериментальной медицины: сб. тез. СПб.: Изд. дом СПбМАПО, 2006. С. 132–133.

6. *Глушков Н. И., Хусенов Б. А., Яковлева Н. И.* Лечение острого язвенного кровотечения у больных пожилого и старческого возраста в условиях полиморбидности // Кубанский научный медицинский вестник. 2010. № 9. С. 64–66.

7. *Лебедев Н. В., Климов А. Е.* Язвенные гастродуоденальные кровотечения. М.: Издательство БИНОМ, 2010. 176 с.

8. *Гостищев В. К., Евсеев М. А.* Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии. М.: ГОЭТАР-Медиа, 2008. 384 с.

9. *Багненко С. Ф., Мусинов И. М., Курыгин А. А., Синенченко Г. И.* Рецидивные язвенные желудочно-кишечные кровотечения. СПб.: Невский Диалект; М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2009. 256 с.

10. *Горбашко А. И.* Острые желудочно-кишечные кровотечения. Л.: Медицина, 1974. 244 с.

Статья поступила в редакцию 15 августа 2013 г.