

О ВРЕМЕНИ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ БОЛЬНЫМ С ОСТАНОВИВШИМСЯ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ИЗ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ СОХРАНЕНИИ УГРОЗЫ РЕЦИДИВА КРОВОТЕЧЕНИЯ

Вачев А. Н.¹, Корытцев В. К.²

¹ Самарский государственный медицинский университет Росздрава

² Городская клиническая больница № 1 имени Н. И. Пирогова, Самара

РЕЗЮМЕ

Статья посвящена выбору оптимальных сроков операции у пациентов с остановившимся язвенным дуоденальным кровотечением. Показано, что оперативное лечение в течение первых двух суток у больных с высокой вероятностью рецидива кровотечения приводит к статистически достоверному снижению летальности по сравнению с больными, которых оперируют в сроки 3–12 суток с момента остановки кровотечения. Делается вывод о том, что активная хирургическая тактика у больных с высокой вероятностью рецидива кровотечения на современном уровне развития медицины является более оправданной, чем тактика выжидания.

SUMMARY

This article is devoted choosing the optimal time of operation at patients with stopped ulcerative duodenal bleeding. It has been shown that surgical treatment during the first two days at patients with a high probability of recurrence of bleeding leads to statistically significant mortality reduction in compared with patients who were operated upon within the time frame 3-12 days after stopping bleeding. It is concluded that active surgical tactics at patients with a high probability of recurrence of bleeding at the current stage of modern medicine is more justified than waiting tactic.

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время большинство хирургов, занимающихся лечением желудочно-кишечных кровотечений, руководствуются так называемой активной индивидуализированной тактикой, предложенной А. И. Горбашко в 1980 году [1, 3]. Суть данной тактики заключается в выявлении больных с высоким риском рецидива кровотечения и их оперативном лечении до наступления рецидива кровотечения. При этом, говоря о сроках выполнения операции больным с язвенным гастродуоденальным кровотечением, различные авторы указывают на разные сроки «самого неблагоприятного времени» их выполнения. Так, по данным одних авторов, оперативные вмеша-

тельства у больных с желудочно-кишечными кровотечениями, выполняемые на 3-4-е сутки после остановки кровотечения, всегда связаны со значительным увеличением риска послеоперационных осложнений [5]. Другие авторы самыми неблагоприятными сроками для операции при желудочно-кишечном кровотечении признают 9-13-й дни после остановки кровотечения [3, 8]. Вопрос же выбора оптимального срока операции у подобных больных чрезвычайно актуален, так как уже доказано, что основную массу погибших от язвенного гастродуоденального кровотечения составляют именно пациенты, у которых развился рецидив кровотечения [6].

В этой связи необходимо обратить внимание на очевидное противоречие. Оно заключается в том, что среди хирургов доминирует мнение о необходимости сначала добиваться стабилизации общего состояния наиболее тяжелых пациентов и только потом их оперировать. Вопрос в том, сколько именно времени необходимо проводить консервативное лечение, если с 3-х до 13-х суток с начала кровотечения время операций считается самым неблагоприятным. В результате возникает ситуация, когда при «остановившемся» кровотечении, даже при явных признаках возможного рецидива, больного продолжают лечить консервативно. Из-за этого противоречия в литературе прочно укоренилось такое понятие, как «трагедия нерешительности».

Цель данной работы — определение оптимальных сроков выполнения операции больным с состоявшимся кровотечением из язвы двенадцатиперстной кишки, но при сохраняющейся угрозе рецидива кровотечения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Наше исследование проводилось ретроспективно. Были проанализированы 1732 истории болезни больных, которые поступили в стационар с диагнозом язвенного дуоденального кровотечения в период с 1995 по 2006 год.

Все эти пациенты поступали в больницу в порядке неотложной помощи. При поступлении всем без исключения больным проводилось тщательное физикальное обследование. Из лабораторных тестов выполняли обязательное исследование гемоглобина, эритроцитов крови, гематокрита, группы крови и резус-фактора, времени свертываемости крови. Тяжесть кровопотери определяли по классификации А. И. Горбашко (1974) [2].

Для верификации диагноза выполняли фиброгастродуоденоскопию по стандартной методике. При этом обращали внимание на наличие или отсутствие в просвете желудочно-кишечного тракта крови, наличие язвенных дефектов, их диаметр и локализацию.

Консервативное лечение у всех больных было одинаковым и заключалось в назначении гемостатической терапии (дицинон; викасол, хлористый кальций), по показаниям проводили переливание одногруппной свежзамороженной плазмы. Противоязвенная терапия заключалась в применении

H₂-блокаторов, блокаторов протонной помпы на протяжении не менее 3 недель. С целью воздействия на *Helicobacter pylori* проводили антибактериальную терапию на протяжении 10 дней (метронидазол; полусинтетические пенициллины).

В исследование были включены лишь больные, поступавшие в стационар в экстренном порядке с остановившимся язвенным дуоденальным кровотечением, у которых либо развился рецидив кровотечения и их пришлось оперировать в экстренном порядке, либо были установлены признаки угрозы рецидива кровотечения. Всего таких больных было 141, что составило 8,1 % состава анализируемой группы в 1732 человека. Все эти пациенты в зависимости от срока выполнения операции были разделены нами на две группы.

Первую группу составили 58 больных, оперированных на 2-е сутки с момента поступления в стационар в срочном порядке по поводу высокой вероятности рецидива кровотечения. К признакам высокой вероятности рецидива кровотечения мы относили больных, у которых:

- луковица двенадцатиперстной кишки была заполнена рыхлым тромбом;
- в дне дуоденальной язвы был выявлен аррозированный сосуд;
- язва задней стенки двенадцатиперстной кишки в диаметре 1,0 см и более сочеталась с кровопотерей тяжелой степени;
- число тромбоцитов было менее $120 \cdot 10^9/\text{л}$.

Вторую группу составили 83 пациента, оперированные по поводу развившегося рецидива язвенного дуоденального кровотечения через 3-12 суток после остановки кровотечения.

Различий по степени тяжести кровопотери в обеих группах не было. Степень тяжести кровопотери у больных 1-й и 2-й групп представлена в *табл. 1*.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Как же сказались сроки выполнения операций по поводу кровотечения из язвы двенадцатиперстной кишки на результатах лечения этих групп больных?

Результаты хирургического лечения представлены в *табл. 2*.

Таблица 1

СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ЯЗВЕННОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПО А. И. ГОРБАШКО		
Степень тяжести кровопотери	1-я группа больных	2-я группа больных
Легкая	6 (10 %)	12 (14 %)
Средней степени	18 (31 %)	34 (41 %)
Тяжелая	34 (59 %)	37 (45 %)
Итого	58 (100 %)	83 (100 %)



Таблица 2

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКА ВЫПОЛНЕНИЯ ПОСЛЕ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ		
Сроки выполнения операции	Число операций	Число умерших пациентов (%)
Первые 2 суток	58	2 (3,4 %)
3-12-е сутки	83	14 (16,9 %)
Итого	141	16 (11,3 %)

При ретроспективной оценке нами было установлено, что в первой группе из 58 человек, оперированных по поводу высокой вероятности рецидива язвенного дуоденального кровотечения, умерло 2 пациента. Летальность составила 3,4 %.

Во второй группе было оперировано 83 человека по поводу развившегося рецидива язвенного дуоденального кровотечения. Из этой группы пациентов умерло 14 человек. Летальность составила 16,9 %.

При сравнении летальности в первой и второй группах χ^2 Пирсона составил 4,85 ($p < 0,05$). Разница статистически достоверна.

ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

На современном этапе развития медицины остается важной проблема выбора сроков выполнения операции у больных с остановившемся язвенным дуоденальным кровотечением. Предельно ясно и четко сформулировал свою мысль С. С. Юдин в 1955 году: «При достаточных показателях язвенного характера начавшегося кровотечения лучше оперировать, чем выжидать, и оперировать сразу, в первые сутки. Никакими трансфузиями не удастся исправить то, что причинит потеря времени. Без переливания крови больного не спасает и операция в ранние сроки, но одним лишь возмещением потерянной крови не часто удастся спасти больных, находящихся в исключительно тяжелом состоянии» [9]. Эти слова приобретают еще большую актуальность на современном этапе, прежде всего благодаря успехам в развитии анестезиологии, реаниматологии, трансфузиологии, фармакологии.

В настоящее время не вызывает разногласий положение о том, что наиболее высокая летальность отмечается в группе больных, которых оперируют по поводу рецидива кровотечения в стационаре. Рецидив кровотечения чаще возникает на 4-5-е сутки, когда наступает истощение защитных сил организма в ответ на острую кровопотерю, а естественная компенсация кровопотери еще не произошла. В таких условиях операция переносится больными особенно тяжело.

Отсюда понятно стремление хирургов оперировать таких больных с язвенными дуоденальными

кровотечениями в отсроченном порядке, когда последствия острой кровопотери уже компенсируются. Но, к большому сожалению, это возможно далеко не всегда. У целого ряда пациентов затягивание с операцией приводит к тому, что операцию все равно приходится выполнять в экстренном порядке именно в самые неблагоприятные сроки, причем уже в гораздо худших условиях.

Без сомнения, если есть уверенность в том, что у больного не возникнет рецидив кровотечения в ближайшие сроки, то его лучше оперировать в отсроченном порядке, когда организм компенсирует последствия острой кровопотери. Результаты таких операций, по мнению многих авторов, значительно лучше, чем операций, выполненных в срочном и экстренном порядке. Так, М. А. Трунин и соавт. (1991), проведя статистическую обработку результатов 90 работ, посвященных лечению язвенных гастродуоденальных кровотечений, показали, что при срочных и экстренных операциях летальность составляет $16 \pm 1 \%$, а при отсроченных операциях — $2 \pm 1 \%$ [7]. Это так. Но срочные и экстренные операции выполнены по поводу рецидива кровотечения. Поэтому мы полагаем, что если у хирурга есть сомнение в надежности остановки кровотечения, то такого больного лучше оперировать в срочном порядке до наступления рецидива кровотечения. Ибо в таком случае операцию все равно придется проводить, но в несколько раз худших условиях. Полученные нами результаты полностью подтверждают это положение. В группе пациентов, оперированных в первые двое суток, отмечены наименьшие показатели летальности, хотя здесь преобладали пациенты с тяжелой кровопотерей. По мере увеличения срока с момента поступления в стационар до времени проведения операции возрастали и показатели летальности. Это еще раз подтверждает отрицательное влияние затягивания с операцией, о чем говорил еще С. С. Юдин более 50 лет назад. Наивысшие показатели летальности при этом отмечены в группе пациентов, оперированных на 3-12-е сутки с момента поступления в стационар.

Выявленные еще А. И. Горбашко (1974), К. И. Мышкиным (1983) и многими другими хи-

рургами изменения в состоянии иммунитета, функций печени и системы крови объясняют неблагоприятность проведения операций на 3-12-е сутки с начала кровопотери [2, 4]. Следует добавить, что в эти сроки все пациенты были оперированы по поводу рецидива кровотечения, который проходит, как правило, тяжелее первичного из-за того, что наступившие после первой кровопотери изменения в системе гемостаза еще не компенсированы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисов, А. Е. Анализ показателей лечения больных с острыми хирургическими заболеваниями органов живота в Санкт-Петербурге за 50 лет (1946-1996 гг.)/А. Е. Борисов, А. П. Михайлов, В. П. Акимов//Вестн. хирургии. — 1997. — № 3. — С. 35-39.
2. Горбашко, А. И. Острые желудочно-кишечные кровотечения/А. И. Горбашко. — М.: Медицина, 1974. — 240 с.
3. Горбашко, А. И. Патогенетическое обоснование активной тактики хирурга при острых желудочно-кишечных кровотечениях язвенной этиологии/А. И. Горбашко//Вестн. хирургии. — 1980. — № 12. — С. 28-34.
4. Мышкин, К. И. Послеоперационная болезнь (эндокринные аспекты)/К. И. Мышкин. — Саратов: Изд-во Саратовского ун-та, 1983. — 152 с.
5. Петров, В. П. Кровотечения при заболеваниях пищеварительного тракта/В. П. Петров, И. А. Ерюхин, И. С. Шемякин. — М.: Медицина, 1987. — 256 с.

ВЫВОДЫ

1. Наиболее неблагоприятными сроками выполнения операции больным с остановившимся язвенным дуоденальным кровотечением являются 3-12-е сутки после его остановки.
2. Основной причиной гибели больных с язвенным дуоденальным кровотечением является рецидив кровотечения из язвы двенадцатиперстной кишки.

6. Ратнер, Г. Л. Кровотокающая язва двенадцатиперстной кишки. Тактика при ненадежном гемостазе/Г. Л. Ратнер, В. К. Корытцев, С. А. Катков//Хирургия. — 1999. — № 6. — С. 23-24.
7. Трунин, М. А. Учет факторов риска в выборе хирургической тактики при остром кровотечении из хронической язвы двенадцатиперстной кишки/М. А. Трунин, Ю. В. Плотников, А. Н. А. Абу-Обейд//Казанский мед. журн. — 1991. — № 1. — С. 43-46.
8. Эсперов, Б. Н. Хирургическое лечение кровоточащей гастродуоденальной язвы/Б. Н. Эсперов, Н. С. Цыганок//Хирургия. — 1990. — № 3. — С. 43-46.
9. Юдин, С. С. Этюды желудочной хирургии/С. С. Юдин. — М.: Медицина, 1955. — 264 с.

