

УДК 616.33-002.44-005.1-072.1-08

© А.В. Быков, Е.О. Захарова, А.Ю. Николаев, А.Ю. Орешкин, 2012

А.В. Быков¹, Е.О. Захарова², А.Ю. Николаев², А.Ю. Орешкин¹

ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ ПОКАЗАНИЙ К ПРОГРАММНОМУ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМУ ГЕМОСТАЗУ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

¹ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет»
Минздравсоцразвития России

²МУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи № 15» г. Волгоград

Изучена возможность применения шкалы Т.А. Rockall для объективизации показаний к программному эндоскопическому гемостазу (ПЭГ) у 186 больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. У 150 (80,6 %) пациентов с активным кровотечением или неустойчивым гемостазом и количественной оценкой по шкале Т.А. Rockall от 4 до 9 баллов была выбрана тактика ПЭГ и достигнут окончательный гемостаз. 20 (10,8 %) человек с безуспешным эндоскопическим гемостазом прооперированы. 16 (9 %) пациентов с низким риском успешно пролечены консервативно.

Ключевые слова: язвенное кровотечение, эндоскопический гемостаз, балльная оценка.

A.V. Byukov, E.O. Zaharova, A.Yu. Nikolaev, A.Yu. Oreshkin

THE OBJECTIVIZATION OF DATA TO PROGRAM ENDOSCOPIC HEMOSTASIS (PEH) IN PATIENTS WITH ULCER GASTRODUODENAL BLEEDING (UGDB)

The possibility of usage of Rockall T. A. scale for objectification of data to PEH in 186 patients with UGDB was studied in 150 (80, 6%) patients with active bleeding or unstable hemostasis and numeral estimation to Rockall scale from 4 to 9 balls there were chosen the tactics of PEH and achieved the final hemostasis. 20 (10,8 %) with unsuccessful endoscopic hemostasis were operated. 16 (9 %) patients with low risk were treated therapeutically.

Key words: ulcer bleeding, endoscopic hemostasis, ball estimation.

Введение. В стратегии лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями (ЯГДК) ключевые вопросы – определение тяжести кровотечения и прогноз риска его рецидива. При определении тяжести ЯГДК, помимо данных анамнеза, показателей гемодинамики, лабораторных данных, результатов пальцевого ректального исследования и назогастрального зондирования [1, 2], особую ценность имеют результаты эндоскопического исследования с оценкой по Forrest J.A.N. Для преодоления фактора субъективности при сортировке пациентов с острыми ЯГДК и определении риска рецидива кровотечения разработан ряд клинических критериев, объединяемых в балльные шкалы, позволяющие выставить показания к срочной операции, а также прогнозировать риск осложнений и оптимальный метод лечения.

На практике одной из наиболее удачных в применении признана шкала Т.А. Rockall (1995) [3, 4, 5], она лаконична, имеет четкие критерии, удобна в использовании и абсолютно сочетается с классификацией Forrest (табл. 1). Клинический показатель Т.А. Rockall получают непосредственно при поступлении, до эндоскопии и он варьирует от 0 до 9, давая, в том числе, представление об общесоматической тяжести пациента. Полный показатель включает в себя как клинические, так и эндоскопические данные и позволяет прогнозировать риск повторного кровотечения и гибели пациента. Его значение варьирует от 0 до 11 баллов. Наиболее тяжелыми и угрожаемыми по рецидиву считаются случаи ЯГДК, получившие оценку от 5 баллов и выше. По данным рандомизированного многоцентрового исследования, проведенного в Италии в 2007 г., с момента ввода шкалы Т.А. Rockall в практику хирургических отделений число рецидивов гастродуоденальных кровотечений сократилось вдвое, а экстренных эндоскопических вмешательств у больных с низким риском более чем в 3 раза [4].

Шкала для определения степени риска рецидивирования острого кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта Т.А. Rockall

Показатели	Баллы			
	0	1	2	3
Возраст, годы	< 60	60–79	≥ 80	–
Шок	Нет	Пульс ≥ 100 уд/мин	Систолическое АД ≤ 100 мм рт. ст.	–
Сопутствующие заболевания	Нет	–	Ишемическая болезнь сердца, сердечная недостаточность, другие тяжелые заболевания	Почечная или печеночная недостаточность, метастазирующий рак
Диагноз	Синдром Мэллори-Вейсса или отсутствие поражений; отсутствие признаков недавнего острого кровотечения	Все другие заболевания	Злокачественная опухоль верхнего отдела желудочно-кишечного тракта	–
Признаки недавнего кровотечения по данным ЭГДС	В основании язвы нет геморрагических высыпаний или темных пятен	–	В верхних отделах желудочно-кишечного тракта определяются следы крови, пристеночный сгусток, видимый или кровоточащий сосуд	–

В отечественной практике шкала Т.А. Rockall не нашла пока широкого применения, возможно, потому, что она абстрагирована от таких укоренившихся в практике российских хирургов критериев оценки тяжести геморрагии, как тяжесть анемии, локализация, размеры язвенного дефекта, наличие или отсутствие язвенного анамнеза и т.д.

В течение последних 5 лет в клинике ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» предпринята попытка перехода от принятой в отечественной хирургии активной хирургической тактики при ЯГДК к «консервативной» тактике на основе так называемого программного эндоскопического гемостаза (ПЭГ).

Программный эндоскопический гемостаз это ряд последовательных планируемых лечебно-диагностических эзофагогастродуоденоскопий (ЭГДС), выполняемых через определенные временные промежутки и направленных на достижение гемостаза.

Цель: изучить результаты применения вероятностной количественной шкалы Т.А. Rockall в сочетании с эндоскопическими критериями Forrest для объективизации показаний к ПЭГ в лечении пациентов с ЯГДК.

Материалы и методы. С 2007 по 2010 гг. включительно в хирургической клинике ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» лечились 186 пациентов с ЯГДК, из них: 124 (67 %) человека с дуоденальными и 62 (33 %) пациента с желудочными язвами. Всем больным при поступлении выполнялась лечебно-диагностическая ЭГДС. Учитывая данные клинического осмотра и ЭГДС, ситуация оценивалась по Forrest J.A.N. и шкале Т.А. Rockall. При активном кровотечении и неудачной попытке эндоскопического гемостаза пациенты оперировались в экстренном порядке и шкала Т.А. Rockall не применялась.

Удачная попытка первичного эндогемостаза, а также картина неустойчивого гемостаза (Forrest Ia; Ib) являлись показанием к ПЭГ. Чем выше был балл, полученный по шкале Т.А. Rockall, тем короче промежутки между лечебно-диагностическими ЭГДС. При выявлении на ЭГДС состоявшегося кровотечения с признаками устойчивого гемостаза (Forrest Ic) у пациентов, имевших сопутствующую коронарную или онкопатологию, тяжелую костную политравму, нейротравму, полиорганную недостаточность, принимавших НПВП, статины, гормоны или антикоагулянты высокий балл Т.А. Rockall считался показанием к эндоскопической превенции кровотечения.

ПЭГ выполнялся инъекционным методом, используя: раствор этоксисклероласпиртовый 1,5 % в объеме до 4,0 мл эндовазально или до 8,0 мл паравазально и раствор адреналина гидрохлорида 0,01 % в объеме до 60,0 мл, а также физиологический раствор в максимальном объеме до 60,0 мл.

Результаты и обсуждение. Из 186 пациентов с хроническими язвенными дефектами 10 (5 %) пациентов с язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и 6 (3 %) с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) имели на момент первичной ЭГДС устойчивый гемостаз: ForrestIIIc-III и оценку по вероятностной шкале Т.А. Rockall от 0 до 3 баллов. Все пациенты успешно пролечены терапевтически, рецидивов кровотечения в этой группе не наблюдалось.

170 пациентов на первичной ЭГДС имели картину продолжающегося кровотечения или неустойчивого гемостаза ForrestIa; Ib; IIa; IIb. Им выполнялся эндоскопический гемостаз инъекционным методом. После первичного эндогемостаза тактика ведения обсуждалась с хирургом и реаниматологом. Так, 20 пациентов (9 (4,8 %) человек с ЯБЖ и 11 (6 %) человек с ЯБДК) оперированы в экстренном порядке после первичного безуспешного гемостаза или по результатам контрольного исследования через 2–6 часов при сомнительном гемостазе и оценке по Т.А. Rockall выше 5.

У 150 (81 %) пациентов с неустойчивым гемостазом (107 (91 %) человек при хронической дуоденальной язве, 43 (83 %) человека при хронической желудочной язве) достигнут окончательный гемостаз путем применения тактики ПЭГ (табл. 2 и 3).

Таблица 2

Число лечебных эндоскопий и распределение наблюдений в зависимости от оценочных критериев при язве двенадцатиперстной кишки

Оценка по Forrest	Оценка по Т.А. Rockall, баллы	Среднее число лечебных ЭГДС до достижения устойчивого гемостаза (M ± m)	Число пациентов (n)
Ia	2	5,0 ± 0,5	2
Ib	2	1,0 ± 0,3	3
	4	1,0 ± 0,4	12
	7	4,0 ± 0,2	5
IIa	2	3,0 ± 0,35	4
	4	4,0 ± 0,5	3
	5	4,0 ± 0,5	2
		5,0 ± 0,5	2
IIb	2	1,0 ± 0,3	5
	3	2,0 ± 0,5	20
		3,0 ± 0,4	24
		2,0 ± 0,35	7
	6	3,0 ± 0,5	12
		4,0 ± 0,5	3
IIIc	7	1,0 ± 0,3	3
Итого			107

Таблица 3

Число лечебных эндоскопий и распределение наблюдений в зависимости от оценочных критериев при язве желудка

Оценка по Forrest	Оценка по Т.А. Rockall, баллы	Среднее число лечебных ЭГДС до достижения устойчивого гемостаза (M ± m)	Число пациентов (n)
IIa	2	3,0 ± 0,4	2
IIb	6	5,0 ± 0,5	9
IIIc	7	2,0 ± 0,3	26
	9	2,0 ± 0,3	6
Итого			43

Часть пациентов с одинаковой оценкой (по Forrest-IIb и по Rockall-3) потребовала большего количества лечебных ЭГДС, так как после отторжения сгустка на второй лечебно-диагностической ЭГДС был обнаружен сосуд значительного диаметра (до 0,2 см). Большое количество превентивных вмешательств было выполнено пациентам кардиореанимации, нейрохирургического отделения и отделения хронического гемодиализа. Клинически рецидивы в данной группе пациентов не реги-

стрировались, однако признаки рецидивов кровотечения на очередном программном эндоскопическом контроле имелись в 31 (21 %) случае. Среди этих пациентов обнаружили трое больных с острым коронарным синдромом и язвой субкардиального отдела желудка, первоначально имевших эндоскопическую картину устойчивого гемостаза, но оценку от 7 до 9 баллов по вероятностной шкале. Рецидивные кровотечения остановлены эндоскопическим инъекционным методом. Таким образом, применение шкалы Т.А. Rockall при внедрении тактики ПЭГ существенно расширило показания к ПЭГ при картине неустойчивого гемостаза с высоким риском рецидива кровотечения, а также показало целесообразность ПЭГ при устойчивом гемостазе, но высокой вероятности рецидива кровотечения. Оптимизация и объективизация показаний к ПЭГ при язвенных кровотечениях позволило нам почти втрое уменьшить число экстренных абдоминальных вмешательств и добиться снижения общей летальности с 10 до 3 %.

Выводы:

1. Шкала Т.А. Rockall является удобным и информативным дополнением к шкале Forrest в процессе оценки состояния больного с язвенным кровотечением.
2. Шкала Т.А. Rockall необходима для объективизации показаний к потенцированию неустойчивого спонтанного или достигнутого эндоскопическим инъекционным методом гемостаза по тактической модели ПЭГ.
3. Использование шкалы Т.А. Rockall особенно эффективно в оценке мультиморбидных больных с устойчивым гемостазом по Forrest, что позволяет уменьшить возможность ошибки в определении риска рецидива кровотечения.

Список литературы

1. Chung, I. K. Endoscopic factors predisposing to rebleeding following endoscopic hemostasis in bleeding peptic ulcers / I. K. Chung, E. J. Kim, M. S. Lee, et al. // *Endoscopy*. – 2001. – № 33. – P. 969–975.
2. Thomopoulos, K. C. Predictors of hemostatic failure after adrenaline injection in patients with peptic ulcers with nonbleeding visible vessel / K. C. Thomopoulos, G. J. Theocharis, K. A. Vagenas, et al. // *Scand. J. Gastroenterol.* – 2004. – № 39. – P. 600–604.
3. Rockall, T. A. Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal haemorrhage in the United Kingdom / T. A. Rockall, R. F. Logan, H. B. Devlin, T. C. Northfield // *BMJ*. – 1995. – Vol. 311. – P. 222–226.
4. Soncini, M. Management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal haemorrhage before and after the adoption of the Rockall-score in the Italian Gastroenterology Units / M. Soncini, O. Triossi, et al. // *Eur. Gastroenterol Hepatol.* – 2007. – № 19 (7). – P. 543–547.
5. Rockall, T. A. Selection of patients for early discharge or outpatient care after acute upper gastrointestinal haemorrhage: National Audit of Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage / T. A. Rockall, R. F. Logan, H. B. Devlin, T. C. Northfield // *Lancet* – 1996. – № 347. – P. 1138–1140.

Быков Александр Викторович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней и нейрохирургии факультета усовершенствования врачей ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Россия, 400026, г. Волгоград, ул. Андиганская, д. 1а, тел.: (8442) 67-24-07, e-mail: profbykov@gambler.ru.

Захарова Елена Олеговна, заведующая эндоскопическим отделением МУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи № 15» г. Волгограда, Россия, 400026, г. Волгоград, ул. Андиганская, д. 1а, тел.: (8442) 67-25-92, e-mail: lendo1965@mail.ru.

Николаев Александр Юрьевич, врач-эндоскопист эндоскопического отделения МУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи № 15» г. Волгограда, Россия, 400026, г. Волгоград, ул. Андиганская, д. 1а, тел.: (8442) 67-25-92, e-mail: Nobotolog@mail.ru.

Орешкин Андрей Юлианович, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры хирургических болезней и нейрохирургии факультета усовершенствования врачей ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Россия, 400026, г. Волгоград, ул. Андиганская, д. 1а, тел.: (8442) 67-24-07, e-mail: andrejoreskin@yandex.ru.