Результаты лечения пациентов с кровотечениями из хронических дуоденальных язв

А.Е.Богданов, С.В.Силуянов, Р.Ш.Сардаров, М.В.Баглаенко, М.Б.Сохикян, Л.А.Ардабацкий, Л.А.Крамарова

Российский государственный медицинский университет им. Н.И.Пирогова, кафедра госпитальной хирургии №1 лечебного факультета, Москва (зав. кафедрой – проф. В.А.Ступин)

В статье проанализированы результаты лечения 920 пациентов с кровотечениями из хронических дуоденальных язв с учетом перехода от активной хирургической тактики к индивидуально-дифференцированной в период с 1994 г. по 2008 г. Пациенты были разделены на две группы: первую составили 487 больных, поступивших в стационар в период применения активной хирургической тактики, вторую – 433 пациента, которых лечили с использованием индивидуальной схемы. Представлены результаты лечения пациентов с высоким риском рецидива кровотечения, включающие уровень хирургической активности, фактор наличия сопутствующей патологии, летальность. Показано, что успехи в развитии эндоскопического гемостаза и фармакотерапии язвенной болезни привели к постепенному переходу к индивидуальной лечебной тактике, что снизило количество операций в группах высокого риска развития рецидива. При этом послеоперационная летальность снизилась с 24,3 до 8,8%.
Ключевые слова: язвенная болезнь, желудочно-кишечное кровотечение, рецидив кровотечения

Results of treatment of patients with bleeding from chronic duodenal ulcers

A.E.Bogdanov, S.V.Siluyanov, R.Sh.Sardarov, M.V.Baglaenko, M.B.Sokhikyan, L.A.Ardabatzkiy, L.A.Kramarova

N.I.Pirogov Russian State Medical University, Department of Hospital Surgery №1 of Medical Faculty, Moscow (Head of the Department – Prof. V.A.Stupin)

The article analyzes the results of treatment of 920 patients with bleeding from chronic duodenal ulcers with a view of the transition from an active surgical approach to an individually differentiated tactic in the period from 1994 to 2008. Patients were divided into 2 groups: 487 patients in the first group admitted to the hospital in the period of an active surgical tactics and 433 patients in the second group treated with individual schemes. The article presents the results of treatment of patients with high risk of rebleeding, including the level of surgical activity in both periods, comorbidity, postoperative mortality. Progress in the development of endoscopic hemostasis and pharmacotherapy of peptic ulcer has led to a gradual transition to an individual tactic of treatment, which reduced the number of operations in groups with high risk of relapse. Thus, postoperative mortality decreased from 24,3 to 8,8%.
Key words: peptic ulcer disease, gastrointestinal bleeding, rebleeding

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК) является преобладающей в структуре хронических язвенных поражений гастродуоденальной зоны. Несмотря на применение современных способов диагностики и лечения, ее частота составляет 6–10% среди взрослого населения [1–3]. Имеются данные о ежегодном приросте заболеваемости за счет вновь выявляемых язв, клинически манифестирующих кровотечениями [4, 5]. Этот вид осложнений составляет 40–70% от всех кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта [6–8]. Кровотечения из язв как непосредственная причина смерти занимают первое место в структуре смертности от язвенной болезни и конкурируют по этому показателю с перфорациями [9, 10].

Летальность при кровотечениях из язв двенадцатиперстной кишки (ДПК) высока и колеблется в пределах 4–10%, однако в случаях рецидива кровотечения на фоне консервативного лечения у пациентов с выраженной соматической патологией она достигает 30% [11]. От осложнений язвенной болезни в России в трудоспособном возрасте ежегодно умирают около 6 тыс человек [1].

В связи с внедрением в клиническую практику ингибиторов протонной помпы и методики эндоскопического гемостаза произошли изменения в лечебной тактике кровотечений из язв ДПК: имел место переход от активной хирургической тактики, при которой преимущество отдавалось хирургическому пособию и пациенты оперировались в течение первых 24 ч после поступления в стационар с состоявшимся кровотечением или после его эндоскопической остановки, до индивидуально-дифференцированной тактики лечения, с

Для корреспонденции:

Сардаров Рафаэль Шахин оглы, врач-хирург Городской клинической больницы №15 им. О.М.Филатова

Адрес: 111539, Москва, ул. Вешняковская, 23
Телефон: (495) 375-9001
E-mail: Dr.Raf@rambler.ru

Статья поступила 15.02.2011 г., принята к печати 27.04.2011 г.

применением парентеральных форм введения антисекреторных препаратов и повторных лечебно-профилактических эндоскопий.

В связи с этим представляется актуальным анализ различных способов диагностики и лечения кровотечений из хронических язв ДПК, особенно в группах высокого риска рецидива, для выработки оптимальной современной тактики лечения с учетом эндоскопического, медикаментозного и оперативного методов.

Пациенты и методы

Работа выполнена на кафедре госпитальной хирургии №1 лечебного факультета Российского государственного медицинского университета им. Н.И.Пирогова на базе Городской клинической больницы №15 им. О.М.Филатова.

В исследование были включены 920 пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями (ЖКК) из хронических язв ДПК, которые были разделены на две группы. Первую группу составили пациенты, находившиеся на лечении в 1994–1998 гг., когда использовалась активная хирургическая тактика, вторую группу – пациенты, госпитализированные в период с 2004 г. по 2008 г., когда преобладала индивидуально-дифференцированная лечебная тактика. Разрыв в 6 лет между группами связан с периодом перехода от одной тактики лечения к другой. В первой группе ретроспективно проанализированы результаты лечения 487 пациентов, во вторую группу вошли 433 пациента. Распределение пациентов в зависимости от пола и возраста приведено в табл. 1.

В обеих группах отмечается преобладание мужчин – 72,5% в первый анализируемый период и 74,5% во второй период, существенных различий по соотношению полов в группах не выявлено ($p = 0,914$). Значимых различий по возрасту в разные временные периоды также не выявлено, однако имелись существенные различия в возрасте мужчин и женщин в обеих группах. Старшая возрастная группа была представлена в основном женщинами в оба периода исследования ($t = –6,42$, $p < 0,001$ в первый период и $t = –5,90$, $p < 0,001$ во второй). Это связано с особенностями течения ЯБ ДПК у женщин на фоне возрастных изменений.

Анализ показал, что в период активной хирургической тактики более половины пациентов были оперированы из-за угрозы рецидива кровотечения (рис. 1). При этом мы отдавали предпочтение органосохраняющим операциям, пилоропластике по Финнею в сочетании со стволовой или селективной проксимальной ваготомией с иссечением или прошиванием язвы. Также в зависимости от ситуации и с учетом течения язвенной болезни у пациента выполнялись другие модификации пилоропластики, резекции желудка в сочетании с ваготомией и без нее. В конце этого периода, в 1997–1998 гг., стало преобладать консервативное лечение в связи с внедрением в клиническую практику инъекционных форм антисекреторных препаратов. В последующий период, когда были введены позиции индивидуально-дифференцированной тактики, консервативные методы лечения при ЖКК преобладали над оперативными методами.

Таблица 1. **Распределение пациентов в группах по полу и возрасту**

Показатели	Группа 1 (1994–1998 гг.) $n = 487$	Группа 2 (2004–2008 гг.) $n = 433$
Возраст мужчин, лет ($M \pm \sigma$)	47 ± 17	46 ± 18
Возраст женщин, лет ($M \pm \sigma$)	58 ± 18	58 ± 18
Число мужчин	353	323
Число женщин	134	110

При поступлении пациентов с признаками ЖКК применяли общеклинические, лабораторные и инструментальные методы диагностики, позволяющие обнаружить кровопотерю из верхних отделов желудочно-кишечного тракта и провести верификацию их источника. Для диагностики источника кровотечения использовали фиброгастроскопы фирмы Olympus серий GIF, JF и фирмы Fujinon серии EG. Диагностика источника кровотечения в отделениях реанимации и интенсивной терапии осуществлялась переносными аппаратами GIF-Q30. С целью гемостаза или профилактики рецидива кровотечения во время эзофагогастродуоденоскопии применяли монополярные коагуляторы UES-30 и PSD-2E, а также СВЧ-коагулятор Surgitron Ellman, аргоноплазменный коагулятор ERBE APS 2. Наиболее часто сочетали инъекционный гемостаз введением паравазально или периульцерозно спирт-новокаиновой смеси (1 мл 70% спирта разводили в 5 мл 0,25% раствора новокаина) или адреналина в разведении 1 : 10000 с термическими способами гемостаза.

Для эндоскопической оценки кровоточащей язвы до 1997 г. пользовались критериями, разработанными А.А.Гринбергом с соавт. (1981, 1996), рассматривая локализацию язвы, ее характер, размеры и глубину, наличие активного или остановившегося кровотечения. В этой классификации выделялись группы высокого (абсолютного), низкого и относительного риска рецидива кровотечения. В последующем и при ретроспективном анализе материала для характеристики кровотечения использовали классификацию J.A.Forrest (1987): FI A, B – активное кровотечение из язвы; FII A, B, C – признаки состоявшегося кровотечения; FIII – источников кровотечения не обнаружено.

Степень тяжести кровопотери оценивали по системе А.И.Горбашко (1974), выделяя легкую, среднюю и тяжелую кровопотерю. Для цифровой оценки степени тяжести кровопотери шкала А.И.Горбашко ранжирована в баллах (от 1 до 24). Легкой степени кровопотери соответствовали

Рис. 1. **Распределение пациентов в зависимости от метода лечения.**

показатели от 1 до 8 баллов, средней – от 9 до 15 баллов, тяжелой – от 16 до 24 баллов.

С учетом степени тяжести кровопотери и классификации J.A.Forrest были сформированы 3 группы риска рецидива с учетом клинических данных о степени тяжести кровотечения:

• высокий риск рецидива – средняя и тяжелая кровопотеря + FI A, B; FII A, B.

• низкий риск рецидива – легкая кровопотеря + FII C; любая степень анемии + FIII.

• сомнительный риск рецидива (относительный) – легкая кровопотеря + FI A, B; FII A, B; средняя и тяжелая кровопотеря + FII C.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты распределения больных по степени тяжести кровопотери и эндоскопической характеристике язвы представлены в табл. 2.

При активном кровотечении в момент осмотра, соответствующем FI A, FI B, у 18% больных констатировали высокий эндоскопической риск рецидива ЖКК. Артериальный сосуд был источником кровотечения в 67 случаях, венозный – в 99. Как правило, артериальное кровотечение наблюдали из сосудов среднего диаметра или мелких сосудов на дне язвы, венозное – из-под сгустка, закрывающего язву или из краев язвенного дефекта. При нестабильном гемостазе, соответствующем FII A, B, у 397 (43,2%) больных по эндоскопическим критериям также имелся высокий риск рецидива ЖКК. У 357 (38,8%) больных с FII C и FIII был невысокий риск рецидива по эндоскопическим признакам.

В соответствии с критериями оценки риска рецидива ЖКК в период активной хирургической тактики 487 больных были разделены на группы высокого, сомнительного и низкого риска развития рецидива. Клинические характеристики групп представлены в табл. 3. В таблицу не вошли 18 больных с сочетанными осложнениями ЯБ ДПК. Среди 469 больных, у которых наблюдалось только кровотечение, констатирован высокий риск рецидива у 39,2%, сомнительный риск – у 33,9%, низкий риск – у 26,9%.

Каких-либо существенных различий по полу и возрасту в группах риска не выявлено. Интенсивное кровотечение, сопровождающееся коллапсом, наблюдалось во всех группах риска. Выявлены существенные различия по этому показателю между группами высокого и низкого риска (χ^2 = 102,7 при p < 0,001). Рецидив ЖКК при первичном эндоскопическом гемостазе на фоне консервативного лечения наблюдался у 9,2% больных. Отмечены достоверные различия по частоте рецидивов в группах риска (χ^2 = 101,7 при p < 0,001). В группах высокого и сомнительного риска у 5 пациентов наблюдали 2 рецидива на фоне консервативного лечения. Обнаружены также межгрупповые различия по числу сопутствующих заболеваний (χ^2 = 4,87 при p = 0,02). Во всех группах среди сопутствующей патологии преобладали различные формы ИБС в сочетании с ГБ и другими заболеваниями.

Для анализа результатов лечебной тактики в период 2004–2008 гг. 433 больных с дуоденальными язвенными кровотечениями были также рандомизированы по риску рецидива ЖКК и основным характеристикам (табл. 4).

У 20 больных этого периода отмечены сочетанные осложнения, они не включены в таблицу и анализированы в виде отдельной группы. Среди 413 больных высокий риск рецидива установлен у 45,5%, сомнительный у 35,1%, низкий у 19,4%.

Таблица 2. **Сопоставление степени тяжести кровопотери и эндоскопических критериев**

Степень тяжести кровопотери	Эндоскопическая характеристика язвы						Всего
	FI		FII			FIII	
	A	B	A	B	C		
Легкая	13 (1,4%)	27 (2,9%)	88 (9,6%)	52 (5,7%)	185 (20,1%)	6 (0,7%)	371 (40,3%)
Средняя	30 (3,3%)	43 (4,7%)	102 (11,1%)	45 (4,9%)	108 (11,7%)	15 (1,6%)	343 (37,3%)
Тяжелая	24 (2,6%)	29 (3,2%)	77 (8,4%)	33 (3,6%)	33 (3,6%)	10 (1,1%)	206 (22,4%)
Всего	67 (7,3%)	99 (10,8%)	267 (29%)	130 (14,1%)	326 (35,4%)	31 (3,4%)	920

Таблица 3. **Основные характеристики больных первой группы (1994–1998 гг.) с учетом риска рецидива кровотечения**

Группа риска рецидива кровотечения	*n*	Пол, м/ж	Коллапс	Число рецидивов	Сопутствующие заболевания
Высокий	184 (39,2%)	125/59	73 (15,6%)	33 (7%)	73 (15,6%)
Сомнительный	159 (33,9%)	124/35	35 (7,5%)	7 (1,5%)	56 (11,9%)
Низкий	126 (26,9%)	92/34	7 (1,5%)	3 (0,6%)	42 (9%)
Всего	469	347/131	115 (24,5%)	43 (9,2%)	171 (36,5%)

Таблица 4. **Основные характеристики больных второй группы (2004–2008 гг.) с учетом риска рецидива кровотечения**

Группа риска рецидива кровотечения	*n*	Пол, м/ж	Коллапс	Число рецидивов	Сопутствующие заболевания
Высокий	188 (45,5%)	140/48	59 (14,3%)	49 (11,8%)	94 (22,8%)
Сомнительный	145 (35,1%)	106/39	16 (3,9%)	8 (1,9%)	68 (16,5%)
Низкий	80 (19,4%)	63/17	14 (3,4%)	5 (1,2%)	32 (7,7%)
Всего	413	309/104	89 (21,5%)	62 (15%)	194 (47,%)

Таблица 5. **Число операций в группах риска рецидива кровотечения в разные периоды лечебной тактики**

Группа риска рецидива кровотечения	Число операций в период 1994–1998 гг.			Число операций в период 2004–2008 гг.		
	экстренные	срочные	плановые	экстренные	срочные	плановые
Высокий	26	77	4	30	12	1
Сомнительный	3	27	9	3	2	3
Низкий	0	3	6	1	1	1
Всего	29	107	19	34	15	5

Выявлены значимые различия по рискам рецидива при сравнении двух периодов исследования: в период 2004–2008 гг. было больше больных в группе высокого риска (χ^2 = 19,48 при p < 0,001) и меньше – в группе низкого риска (χ^2 = 162,3 при p < 0,001). Кроме того, выявлена достоверно значимая разница в числе рецидивов между группами больных с высоким риском рецидива (χ^2= 174,8 при p < 0,001).

Согласно положениям активной хирургической тактики, операция должна предшествовать рецидиву, что приводит к уменьшению летальности за счет кратковременной подготовки больного к операции, стабилизации гемодинамики при остановленном эндоскопически или самопроизвольно кровотечении. Положения активной хирургической тактики применяли в период времени до 1998 г., когда в стационарах не было инъекционной антисекреторной терапии для профилактики рецидивов ЖКК или при сочетании осложнений. Основной операцией при активной тактике являются срочные операции, выполненные до повторного рецидива кровотечения. Экстренные операции выполняли при клинически манифестированных рецидивах кровотечения или появлении других осложнений. Плановые операции предлагали больным с неблагоприятным течением ЯБ ДПК и неоднократными осложнениями. Число операций в различные периоды лечебной тактики представлены в табл. 5.

Среди 882 больных с одним осложнением оперированы 185 (21%) по неотложным показаниям. По причине угрозы рецидива оперирован 121 (65,6%) больной, на фоне рецидивов – 62 (34,4%). Число срочных операций в группах высокого риска в период активной хирургической тактики (107/362) значимо превышало их число в период индивидуально-дифференцированного лечения (15/398), χ^2 = 166,5 при p < 0,001. В разные периоды оперативного лечения при неотложных операциях в группе без сочетанных осложнений умерли 24 больных. Послеоперационная летальность при неотложных операциях в период индивидуально-дифференцированного лечения составила 8,8%, а в период активной тактики – 24,3%; различия между группами статистически значимы (χ^2 = 11,76 при p = 0,0006).

Заключение

В последнее время на фоне внедрения современных методов эндоскопического гемостаза и фармакотерапии произошло изменение лечебных установок при язвенных дуоденальных кровотечениях в сторону уменьшения числа операций в группах высокого риска в пользу эндоскопического гемостаза с последующей медикаментозной профилактикой рецидивов, что привело к снижению послеоперационной летальности с 24,3 до 8,8%.

Таким образом, современные тенденции в лечении кислотозависимых язв заключаются в создании алгоритмов лечения в каждом лечебном учреждении, располагающим методиками эндоскопического гемостаза, медикаментозной профилактики рецидивов кровотечений и возможностью хирургического вмешательства при неэффективности консервативной терапии. Этим требованиям соответствуют основные положения индивидуально-дифференцированной тактики лечения.

Исследование выполнено в рамках перспективного направления развития «Профилактика, диагностика и лечение заболеваний, связанных с нарушением кровообращения и гипоксией» Национального исследовательского университета – РГМУ им. Н.И.Пирогова.

Литература

1. Шапошников А.В. Язвенная болезнь. Статистические наблюдения //Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2007. – №5. – С. 39–42.
2. Barkun A., Bardou M., Marshall J.K. Managing patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding //An. Med. – 2003 Nov. – V.139 (10). – P.843–857.
3. Laine L. Gastrointestinal bleeding. – In: Harrison's principles of internal medicine: 15th ed. / Braunwald E., Fauci A., Kasper D., eds. – New York: McGraw-Hill, 2001. – 252 p.
4. Ефименко Н.А., Лысенко М.В., Асташов В.Л. Кровотечение из хронических гастродуоденальных язв: современные взгляды и перспективы лечения // Хирургия. – 2004. – №3. – С.56–59.
5. Hamoui N.A., Docherty S.D., Crookes P.F. Gastrointestinal hemorrhage: is the surgeon obsolete? // Emerg. Med. Clin. North Am. – 2003 Nov. – V.21 (4). – P.1017–1056.
6. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Острые гастродуоденальные язвенные кровотечения: от стратегических концепций к лечебной тактике. – М., 2005. – 350 с.
7. Rivkin K., Lyakhovetskiy A. Treatment of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding // Am. J. Health Syst. Pharm. – 2005. – V.62 (11). – P.1159–1170.
8. Gralnek M., Barkun A., Bardou M. Management of acute bleeding from a peptic ulcer // N. Engl. J. Med. – 2008 Aug 28. – V.359 (9). – P.928–937.
9. Baradarian R., Ramdhaney S., Chapalamadugu R. et al. Early intensive resuscitation of patients with upper gastrointestinal bleeding decreases mortality // Am. J. Gastroenterol. – 2004. – V.99. – P.619–622.
10. Choudari C.P. Age-related mortality in patients treated endoscopically for bleeding peptic ulcer // Gastrointest. Endosc. – 1995. – V.41. – P.557–560.
11. Сорцкая В.Н., Каратеев А.Е. Желудочно-кишечные осложнения как одна из причин смерти больных ревматическими заболеваниями // Науч.-практ. ревматол. – 2005. – №4. – С.34–37.

Информация об авторах:

Богданов Андрей Евгеньевич, доктор медицинских наук,
профессор кафедры госпитальной хирургии №1 лечебного факультета
Российского государственного медицинского университета им. Н.И.Пирогова
Адрес: 111539, Москва, ул. Вешняковская, 23
Телефон: (495) 375-1811
E-mail: ae777@yandex.ru

Силуянов Сергей Викторович, кандидат медицинских наук,
доцент кафедры госпитальной хирургии №1 лечебного факультета
Российского государственного медицинского университета им. Н.И.Пирогова
Адрес: 111539, Москва, ул. Вешняковская, 23
Телефон: (495) 375-9001
E-mail: sylserg@yandex.ru

Баглаенко Максим Викторович, кандидат медицинских наук,
ассистент кафедры госпитальной хирургии №1 лечебного факультета
Российского государственного медицинского университета им. Н.И.Пирогова
Адрес: 111539, Москва, ул. Вешняковская, 23
Телефон: (495) 375-2530
E-mail: mxdoc@list.ru

Сохикян Марина Бабкеновна, аспирант кафедры госпитальной хирургии №1 лечебного факультета Российского государственного медицинского университета им. Н.И.Пирогова
Адрес: 111539, Москва, ул. Вешняковская, 23
Телефон: (495) 375-9001
E-mail: sokhikyanm@yandex.ru

Ардабацкий Лев Александрович, аспирант кафедры госпитальной хирургии №1 лечебного факультета Российского государственного медицинского университета им. Н.И.Пирогова
Адрес: 111539, Москва, ул. Вешняковская, 23
Телефон: (495) 375-2530

Крамарова Лилия Александровна, клинический ординатор кафедры госпитальной хирургии №1 лечебного факультета Российского государственного медицинского университета им. Н.И.Пирогова
Адрес: 111539, Москва, ул. Вешняковская, 23
Телефон: (495) 375-2530
E-mail: Lilya-kramarova@rambler.ru