

Н.В.Лебедев, А.Е.Климов, Т.В.Бархударова, М.А.Малкаров

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Кафедра факультетской хирургии (зав. — д-р мед. наук А.Е.Климов) Российского университета дружбы народов, Москва

Ключевые слова: гастродуоденальные кровотечения, тактика лечения.

Введение. Лечение больных с гастродуоденальными кровотечениями язвенного генеза, несмотря на внедрение в практику новых хирургических, эндоскопических и медикаментозных методов лечения, по-прежнему является одной из наиболее оживленно обсуждаемых проблем современной хирургии. Неудовлетворительные результаты лечения больных с кровоточащими гастродуоденальными язвами определяются прежде всего высокой общей и послеоперационной летальностью, которая в группе больных с тяжелыми кровотечениями составляет от 15 до 50% [3], а при рецидиве кровотечения достигает 30–75% [1, 4]. На сегодняшний день очевидно, что дальнейший рост оперативной активности у больных с язвенными кровотечениями не позволяет существенно улучшить результаты лечения.

Сложность существующих лечебных алгоритмов определяет отказы от их применения в условиях неотложной хирургии. Все имеющиеся системы прогноза рецидива кровотечения, независимо от сложности, имеют достоверность чуть выше 90% даже в руках авторов. При этом нередко упускается из вида, что риск рецидива кровотечения в значительной степени связан с качеством проводимой терапии, чем с размерами язвы или наличием в ней тромбированного сосуда. Как показали наши исследования, применение современных эндоскопических методов остановки кровотечений (радиоволновая, аргонно-плазменная коагуляция), своевременно начатая противоязвенная терапия с использованием антисекреторных препаратов нового поколения (блокаторов H_2 -гистаминовых рецепторов, ингибиторов протонного насоса и др.), быстрое и адекватное восполнение объема циркулирующей

крови (ОЦК) способны в большинстве случаев предотвратить рецидив кровотечения независимо от степени вероятности его развития, рассчитанной по любой из предложенных шкал.

В нашей клинике при определении тактики лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями принципиальным является положение, при котором обязательному рассмотрению подлежат не только данные эндоскопического исследования, но и клиническая оценка тяжести состояния пациентов [2].

Материал и методы. Данная работа основана на анализе результатов лечения 557 больных, поступавших в клинику с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Мужчин было 374 и женщин 183. Возраст больных варьировал от 15 до 96 лет, средний возраст ($59,5 \pm 17,2$) года. У 293 (52,6%) больных кровоточащая язва локализовалась в двенадцатиперстной кишке, у 264 (47,4%) — в желудке. Диагностику язвенного кровотечения, помимо клинического осмотра, у всех больных проводили с помощью эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) и лабораторных исследований. Объективную оценку тяжести состояния больных проводили по шкале SAPS (Simplified Acute Physiological Score) [5].

Результаты и обсуждение. Распределение больных по тяжести состояния, оцениваемой по шкале SAPS и исходу заболевания, приведено в табл. 1.

Из табл. 1 видно, что при увеличении значения SAPS возрастает вероятность летального исхода заболевания. Так, при баллах свыше 21 летальность достигает 59,4%. Тяжесть состояния больных далеко не всегда определялась последствиями гастродуоденального кровотечения. При обследовании сопутствующие заболевания были выявлены у 325 (58,3%) пациентов, в том числе у 142 (25,4%) больных они были в стадии декомпенсации. Сочетание нескольких (от 2 до 5) сопутствующих заболеваний отмечено у 36% от

общего числа больных. Наиболее часто встречалась патология сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Эндоскопическое исследование в течение первого часа от момента поступления проводили всем 557 больным. Распределение больных по эндоскопической классификации язвенных кровотечений (по Forrest) и исходу заболевания представлено в табл. 2.

Как видно из табл. 2, летальность напрямую зависит от активности кровотечения и достигает максимальных значений при продолжающейся на момент осмотра геморрагии. Динамическую ЭГДС проводили через 6, 12, 24, 48, 72 ч и при подозрении на рецидив кровотечения. Риск рецидива кровотечения считали высоким, если имелся видимый некровоточащий сосуд (F IА) или фиксированный тромб-сгусток (F IВ). Риск рецидива кровотечения повышался при наличии в желудке большого количества крови, сгустков или жидкости типа «кофейной гущи», при глубоких язвах малой кривизны желудка и задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки, острых эрозивно-язвенных изменениях слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

Эндоскопический гемостаз был осуществлен у 403 пациентов, из них у 175 — для остановки кровотечения, а у 228 — с профилактической целью. Инъекционный метод применен у 244 больных, аргонно-плазменная коагуляция (АПК) — у 102, радиоволновое воздействие — у 57. Эндоскопический гемостаз не проводили у 12 (2,1%) пациентов при активном кровотечении, так как заранее предвидели его неудачную попытку (струйное артериальное кровотечение), и у 142 (25,4%) — с признаками состоявшегося кровотечения, так как были отмечены признаки устойчивого гемостаза, и риск возможного рецидива оценен как невысокий. Изучая эффективность первичного эндоскопического гемостаза, выявили, что при активном кровотечении удалось добиться остановки кровотечения при применении инъекционной методики у 55 (79,7%) больных, при АПК — у 37 (97,3%), при радиоволновом гемостазе — у 17 (95%). После применения инъекционной методики рецидивы возникли у 16,25% пациентов, АПК — у 12,2%, радиоволнового гемостаза — у 8,9%.

Неотложные оперативные вмешательства по жизненным показаниям в связи с активным продолжающимся кровотечением произведены в первые 3 ч с момента поступления 18 (3,2%) больным. У 4 из них выполнена лапаротомия, прошивание кровоточащей язвы, у 13 — произведена резекция желудка по типу Бильрот-II в различных модификациях и у одного — субтотальная резекция

Таблица 1

Распределение больных по тяжести состояния по шкале SAPS и исходу заболевания

Баллы по SAPS	Число больных	Число летальных исходов
До 4	9	0
5–8	57	0
9–12	103	1 (0,97)
13–16	115	4 (3,9)
17–20	78	27 (35,6)
≥21 и более	195	113 (59,4)
Всего	557	145 (26)

Примечание. Здесь и в табл. 2 в скобках — процент.

Таблица 2

Распределение больных по классификации Forrest

Градация по Forrest	Число больных	Число летальных исходов	В том числе смерти от кровопотери
F IА	45	17 (37,8)	7 (15,5)
F IВ	95	32 (33,7)	10 (10,5)
F IIА	172	35 (20,3)	6 (3,5)
F IIВ	124	35 (28,2)	4 (3,2%)
F IIС	121	26 (21,5)	—
Всего	557	145 (26)	27 (4,8)

желудка. Летальность в данной группе составила 61,1% (умерли 11 больных). Основной причиной смерти являлась острая кровопотеря (у 4).

В срочном порядке оперированы 25 (4,5%) больных. Показанием к оперативному вмешательству у них явился высокий риск рецидива кровотечения. Послеоперационная летальность в данной группе больных составила 16% (умерли 4 пациента). Наиболее частой причиной смерти (у 3) явилась острая сердечно-сосудистая недостаточность, развившаяся в результате ишемической болезни сердца, у одного — инфаркт головного мозга.

В связи с развившимся рецидивом язвенного кровотечения оперативные вмешательства произведены 41 (7,4%) больному. Умерли 14 (34,1%) пациентов. Кровопотеря явилась непосредственной причиной смерти у двух из них, у остальных — смертельный исход наступил в результате послеоперационных осложнений (пневмонии, панкреонекроза, тромбоэмболии легочной артерии) или в результате тяжелой сопутствующей патологии (цирроз печени, ИБС, инфаркта мозга). Обращает на себя внимание, что основной причиной смерти у этих больных была не острая массивная кровопотеря, а осложнения, возникшие вследствие сопутствующих заболеваний.

С 2004 г. для остановки и профилактики язвенного кровотечения мы используем АПК как наиболее эффективный метод эндоскопического гемостаза. Так, по нашим данным, после инъекционного гемостаза рецидив кровотечения возникал в 16,25% наблюдений, после радиоволнового гемостаза — в 6,4%, после АПК — в 4,7%.

При язвенных гастродуоденальных кровотечениях для поддержания эффекта эндоскопического гемостаза необходимо быстрое достижение и сохранение внутрижелудочного рН на уровне 6,0, что следует рассматривать как абсолютно необходимое условие как для остановки язвенного кровотечения, так и для профилактики его раннего рецидива. Осуществить быстрое повышение уровня рН возможно лишь при применении антисекреторных препаратов, вводимых парентерально, когда необходимый эффект появляется «на игле». В связи с этим обязательным компонентом терапии, позволяющей свести к минимуму вероятность возникновения рецидива кровотечения, считаем назначение ингибиторов протонного насоса для парентерального введения — омепразол (лосек). У больных, находящихся в отделении реанимации, предпочтение отдавали парентеральным формам антисекреторных препаратов с последующим переводом пациентов на пероральный прием (фамотидин, омепразол). Лосек вводили внутривенно (болюсно или с помощью инфузомата) по 40–120 мг/сут в течение 1–5 дней с последующим переводом пациентов на пероральный прием в дозе 20 мг 2 раза в сутки.

Применение современных эндоскопических методов остановки кровотечений, своевременно начатая противоязвенная терапия с использованием антисекреторных препаратов нового поколения, быстрое и адекватное восполнение ОЦК способны в большинстве наблюдений предотвратить рецидив кровотечения. В связи с этим мы выделяем группу больных после успешного эндоскопического гемостаза, но с сохраняющейся высокой вероятностью рецидива кровотечения, у которых риск операции становится больше риска самого кровотечения. На основании проведения анализа лечения 557 больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями, нами выявлено, что при тяжести состояния больных выше 21 балла по шкале SAPS и интенсивностью кровотечения F IA риск операции чрезвычайно велик. Так, летальность при неотложном оперативном лечении в этой группе больных достигает, по нашим данным, 57%, тогда как при консервативной терапии — 20%.

Наш опыт лечения больных с язвенными кровотечениями позволил определить следующий лечебно-диагностический алгоритм, основанный на результатах эндоскопического исследования и

клинической оценки тяжести состояния пациентов (табл. 3).

Показанием к неотложному оперативному лечению считали продолжающееся кровотечение — F IA (в том числе рецидив) при невозможности эндоскопической остановки, при состоянии больных, соответствующем 1–39 баллам по шкале SAPS, и F IB (в том числе рецидив) при невозможности эндоскопической остановки, при состоянии больных, соответствующем 1–21 баллам по шкале SAPS.

Таблица 3

Алгоритм диагностической и лечебной тактики при язвенных гастродуоденальных кровотечениях

Баллы SAPS	Классификация язвенных кровотечений по Forrest				
	F IA	F IB	F IIA	F IIB	F IIC
9	+	+	±	МИ	МИ
10–13	+	+	±	МИ	МИ
14–17	+	+	МИ	МИ	МИ
18–20	+	+	МИ	МИ	МИ
Более 21	+	МИ	МИ	МИ	МИ
Более 40	МИ	МИ	МИ	МИ	МИ

Примечание. + — экстренное оперативное лечение; ± — оперативное лечение в срочном порядке; МИ — малоинвазивные методы лечения, включающие проведение профилактического эндоскопического гемостаза и антисекреторной терапии.

Показаниями к срочному оперативному вмешательству являлись: состоявшееся кровотечение с признаками неустойчивого гемостаза F IA и IB, при тяжести состоянии больных от 1 до 13 баллов по шкале SAPS, локализации язвы диаметром более 2 см на малой кривизне желудка и задней стенке двенадцатиперстной кишки.

Данный лечебно-диагностический алгоритм применен при лечении 107 больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Из них у 32 (30%) — при поступлении отмечено продолжающееся кровотечение (F I), у 72 (67,3%) — признаки неустойчивого гемостаза (F IIA и IIB). Рецидивы кровотечения развились у 17 больных, у 12 из которых они были остановлены путем повторного эндоскопического гемостаза и в дальнейшем не повторялись. Все эти больные были выписаны после проведения консервативной терапии и заживления язвенного дефекта. В связи с рецидивом кровотечения оперированы 5 (4,7%) больных. У 3 оперированных пациентов кровоточащие язвы локализовались по задней стенке двенадцатиперстной кишки, у 2 — по малой кривизне желудка и имели размеры 2 см и более. В группе больных, оперированных в связи с рецидивом кровотечения, умерли 2. Общая летальность составила 11,2% (умерли 12 больных). Острая кровопотеря явилась причиной смерти только у 3

из них. Летальность в группе больных с тяжестью состояния при поступлении 18 баллов и более по шкале SAPS составила 23,8% (умерли 5 больных из 21).

Применение современных эндоскопических методов остановки кровотечений (АПК) и современных антисекреторных препаратов (лосек) позволяет успешно проводить консервативное лечение больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями, сводя к минимуму вероятность развития неустойчивого эндоскопически рецидива кровотечения. Оперативные вмешательства в срочном порядке целесообразно проводить больным с состоявшимся кровотечением и признаками неустойчивого гемостаза (F IIA и IIB), при тяжести состояния больных от 1 до 13 баллов по шкале SAPS и локализации язвы на малой кривизне желудка и задней стенке двенадцатиперстной кишки диаметром более 2 см.

Использование предлагаемого лечебно-диагностического алгоритма у больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями позволило снизить общую летальность с 29,5 до 11,2% и уменьшить число вынужденных операций с 16 до 11,2%.

Выводы. 1. Прогноз развития рецидива кровотечения зависит от характеристики кровотечения по Forrest и метода эндоскопического гемостаза.

2. У больных с гастродуоденальными кровотечениями язвенного генеза при тяжести состояния выше 21 балла по шкале SAPS и интенсивностью кровотечения F IA риск операции превышает риск кровотечения.

3. Применение предложенного лечебно-диагностического алгоритма с учетом эндоскопиче-

ских признаков активности кровотечения по классификации Forrest и объективной оценки тяжести состояния больных по шкале SAPS позволило снизить летальность от острой кровопотери с 6,1 до 2,7%, в том числе при консервативном лечении больных — с 4,5 до 2,2%, а послеоперационной — с 14,5 до 6,8%.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Затевахин И.И., Щеголев А.А., Титков Б.Е. Новые технологии в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений.—М., 2001.—196 с.
2. Лебедев Н.В. Выбор тактики лечения больных с гастродуоденальными кровотечениями язвенного генеза // Успенские чтения: Материалы научно-практической конференции врачей России.—Тверь, 2003.—С. 177.
3. Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости.—М.: Триада-Х, 2004.—С. 525–556.
4. Станулис А.И., Кузеев Р.Е., Гольдберг А.П. и др. Хирургическое лечение гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии // Хирургия.—2001.—№ 3.—С. 21–25.
5. Le Gall J.R., Loirat P., Alperovitch A. et al. A simplified acute physiologic score for ICU patients// Crit Care Med.—1984.—№ 12.—Р. 975–977.

Поступила в редакцию 04.12.2006 г.

N.V.Lebedev, A.E.Klimov, T.V.Barkhudarova,
M.A.Malkarov

STRATEGY OF TREATMENT OF PATIENTS WITH ULCEROUS GASTRODUODENAL BLEEDINGS

The work is based on an analysis of results of treatment of 557 patients with gastro-duodenal bleedings. It was shown that using modern endoscopic methods of bleeding arrest (APC) and antisecretory preparations allowed successful conservative treatment of patients with ulcerous gastroduodenal bleedings, thus minimizing the probability of the development of recurrent bleedings. The proposed medico-diagnostic algorithm allowed total lethality to be decreased from 29.5 to 11.2%, and the number of compulsory operations from 16 to 11.2%.