

А.Г. Короткевич, Ю.А. Антонов, В.В. Кузнецов
Государственный институт усовершенствования врачей,
МУЗ Городская клиническая больница № 29,
г. Новокузнецк

ЯЗВЕННЫЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ: АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ

Статья посвящена сравнительному анализу летальности от язвенных кровотечений в общей структуре желудочно-кишечных кровотечений. Анализированы результаты лечения 548 больных, среди которых у 360 пациентов имелось кровотечение из желудочной или дуоденальной язвы. Проведена оценка эндоскопического гемостаза и мониторинга в связи с оперативной активностью и летальностью. Определены факторы риска высокой смертности от дигестивных кровотечений. Делается вывод о необходимости эндоскопического гемостаза и мониторинга, как предоперационной подготовки при срочном оперативном лечении.

Ключевые слова: желудочно-кишечные кровотечения, эндоскопический гемостаз, летальность.

The article is devoted to the comparative analysis of death from ulcer hemorrhage in general structure of gastrointestinal bleedings. The results of treatment 548 patients are analysed, among which at 360 patients were present a bleeding from gastric or duodenal ulcer. The estimation of endoscopic hemostasis and monitoring is carried out in connection with operative activity and death. The risk factors of high mortality from digastive bleedings are determined. Is judged necessity of endoscopic hemostasis and monitoring as preoperative preparation at urgent operative treatment.

Key words: gastrointestinal bleeding, endoscopic hemostasis, mortality.

Желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) остаются серьезной клинической проблемой, несмотря на широкое использование эндоскопии, применение различной тактики лечения таких больных, появление новых медикаментов [1]. Показатели общей летальности составляют от 3 до 75 % [2, 3] и не имеют явной тенденции к уменьшению. Многообразие факторов, влияющих на уровень смертности при язвенных кровотечениях, делает оценку каждой конкретной ситуации сложной и спорной. Основной причиной ЖКК остается язвенная болезнь [3, 4, 5]. Анализ причин летальности у таких больных, в соотнесении с принятой в учреждении конкретной тактикой лечения, способен выявить «узкие места» в оказании специализированной помощи и указать возможные пути решения проблемы.

Целью работы явилось определение причин, влияющих на показатели летальности при язвенных ЖКК в нашей клинике.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Анализируются показатели работы клиники хирургии с 1998 по 2004 гг. в разделе дигестивных

кровотечений. Сравнились два периода: преимущественно диагностической фиброгастроскопии (ФГДС) 1998-2000 гг. и преимущественно эндоскопического гемостаза (ЭГ) и эндоскопического мониторинга (ЭМ) 2001-2004 гг. Анализированы медицинские карты умерших от ЖКК язвенного генеза с января 2001 г. по июль 2004 г. Учитывали пол, возраст, сроки поступления и начала заболевания, вид и локализацию источника геморрагии, факт эндоскопического гемостаза и его вид, сроки и проявления рецидива кровотечения, количество и вид повторных эндоскопических операций гемостаза, вид и сроки оперативного пособия. Обработку данных проводили с использованием базы данных «Адан-2», таблиц Excel и статистической программы Instat (USA).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Общие показатели летальности при ЖКК представлены в таблице 1. Как видно, частота послеоперационной летальности достоверно выше общей летальности и смертности у не оперированных больных при оценке усредненных показателей, но

в отдельные годы эти различия не существуют. Показатели летальности в зависимости от давности заболевания представлены в таблице 2. Как видно, при поздней обращаемости больных показатели общей и послеоперационной летальности достоверно выше средних. Общая характеристика умерших от язвенных кровотечений представлена в таблице 3. Преобладающими факторами явились локализация язвы в желудке, активное кровотечение, частые рецидивы (более одного), возникновение рецидива геморагии в течение первых суток лечения, консервативное лечение, экстренность операции. Сравнительные показатели летальности при ЖКК и язвенных кровотечениях представлены в таблице 4. Как правило, общая и послеоперационная летальность при язвенном кровотечении выше, чем при ЖКК в целом. Оперативная активность в сравнении ЖКК в целом и язвенных кровотечений представлена в таблице 5. Имеется существенный разброс частоты оперативного лечения при кровоточащих язвах, но в годы минимальной летальности (табл. 4) оперативная активность примерно одинакова. Обобщенные показатели летальности в зависимости от применения диагностической (1998-2000 гг.) и оперативной (2001-2004 гг.) эндоскопии представлены в таблице 6.

ОБСУЖДЕНИЕ

Количество больных с ЖКК неуклонно возрастает. Вместе с тем, несмотря на широкое применение эндоскопического гемостаза и мониторинга,

отмечаются существенные колебания общей и послеоперационной летальности по годам (табл. 1). Оказалось, что широкое внедрение ЭГ и ЭМ привело к некоторому повышению общей летальности за счет существенного роста смертности у не оперированных больных (табл. 6). ЭГ, как метод выбора лечения больных с ЖКК, оказывается эффективным в 94,6-97,9 % случаев [6, 7, 8], однако у ряда авторов при профузном кровотечении его эффективность ниже или совсем отсутствует [4, 9]. В литературе также есть указания на то, что ЭГ существенно не повлиял на смертность при не варикозных ЖКК [10].

Уровень летальности при язвенных кровотечениях, как правило, превышал показатели летальности при ЖКК в целом (табл. 4). Использование эндоскопического мониторинга позволило выявить у всех умерших факт рецидива кровотечения, при отсутствии его клинических проявлений. Рецидивы кровотечения возникают у 5-50 % больных ЯБ, являясь причиной смерти в 15-45 % случаев [4, 11]. Рецидив кровотечения также повышает риск летального исхода [2, 3, 5]. Однако большинство авторов рекомендуют повторять ЭГ в случае угрозы рецидива кровотечения [12], до появления признаков стабильного местного гемостаза [6, 13], стойких признаков активации репарации в области язвы [7]. По нашим данным, 60 % умерших имели два и более рецидивов кровотечения. У части этих больных ЭГ был вынужденной мерой лечения при отказе пациента от операции, но это ясно указывает на необходимость критической оценки возможностей и места ЭГ в лечении ЖКК. Однако в 80 %

Таблица 1
Показатели летальности при ЖКК

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Всего
1. Не оперированы	42 (59,2)	66 (62,9)	68 (66,0)	76 (77,6)	94 (80,3)	87 (72,5)	71 (59,7)	504 (68,8)
2. Из них умерли	0 (0)	4 (6,1)	2 (2,9)	4 (5,3)	4 (4,3)	3 (3,4)	6 (8,5)	23 (4,6)
3. Оперированы	29 (40,8)	39 (37,1)	35 (34,0)	22 (22,4)	23 (19,7)	33 (27,5)	48 (40,3)	229 (21,2)
4. Из них умерли	7 (24,1)*	5 (12,8)	3 (8,6)	3 (13,6)	5 (21,7)*	3 (9,1)	8 (16,7)*	34 (14,8)*
Всего:	71 (100)	105 (100)	103 (100)	98 (100)	117 (100)	120 (100)	119 (100)	733 (100)

Примечание: данные приведены в абсолютных цифрах, в скобках - в %;
* - $p < 0,01$ между показателем 2 и 4 строки в столбце.

Таблица 2
Показатели летальности при ЖКК в зависимости от давности заболевания

Летальность	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Всего
1. Общая	7 (5,6)	9 (8,5)	5 (4,8)	7 (7,1)	9 (7,6)	6 (5)	14 (11,8)	57 (7,8)
2. Общая при поступлении до суток	1 (2*)	0 (0*)	2 (3,4)	3 (6,6)	4 (5,6)	0 (0*)	9 (17,6)	19 (5)
3. Общая при поступлении позднее 24 ч.	6 (10,7*)	9 (15,2*)	3 (6,4)	4 (7,5)	5 (11,3)	6 (11*)	5 (7,3*)	38 (9,9)
4. После операции	7 (24)	5 (12,8)	3 (8,6)	3 (13,6)	5 (21,7)	3 (9)	8 (16,7)	34 (14,8)
5. После операции при раннем поступлении	1 (9*)	0 (0*)	2 (8,3)	1 (12,5)	2 (14,3*)	0 (0*)	4 (12,9)	10 (8,1*)
6. После операции при поступлении позднее 24 ч.	6 (33,3*)	5 (50*)	1 (9,1)	2 (14,3)	3 (33,3*)	3 (23,1*)	4 (23,5*)	24 (26,1*)

Примечание: данные приведены в абсолютных цифрах, в скобках - в %;
* - $p < 0,01$ между показателями в строках 2 и 3 в сравнении со строкой 1; 5 и 6 - со строкой 4.

Таблица 3
Общая характеристика умерших от язвенных кровотечений

	2001	2002	2003	2004	Всего
Пол					
Мужчин	3	5	4	6	18 (62)
Женщин	3	3	5	-	11 (38)
Итого	6	8	9	6	29 (100)
Средний возраст	64	72	66	57	
Локализация язвы					
Желудок	5	5	7	2	19 (66)
12-перстная кишка	1	3	2	4	10 (34)
Итого	6	8	9	6	29 (100)
Активность кровотечения					
F1	3	4	6	3	16 (55)
F2	3	2	3	2	10 (35)
F3	-	2	-	1	3 (10)
Итого	6	8	9	6	29 (100)
Сроки обращения за помощью					
До 1 суток	2	6	3	4	15 (52)
От 1 до 5 суток	3	1	4	1	9 (31)
Позднее 5 суток	1	1	2	1	5 (17)
Итого	6	8	9	6	29 (100)
Сроки рецидивов кровотечения					
До 1 суток	3	5	8	3	19 (95)
Позднее 5 суток	1 (25)	-	-	-	1 (5)
Всего рецидивов	4	5	8	3	20 (69)
Итого	6	8	9	6	29 (100)
Частота рецидивов					
Клинически	-	1 (20)	3 (37)	-	4 (20)
Эндоскопически	4 (100)	4 (80)	5 (63)	3 (100)	16 (80)
Всего рецидивов	4 (67)	5 (63)	8 (89)	3 (50)	20 (69)
Итого	6	8	9	6	29 (100)
Количество рецидивов					
Один	3 (75)	1 (20)	1 (13)	3 (100)	8 (40)
Два	1 (25)	3 (60)	5 (61)	-	9 (45)
Три	-	1 (20)	2 (26)	-	3 (15)
Всего рецидивов	4 (67)	5 (63)	8 (89)	3 (50)	20 (69)
Итого	6	8	9	6	29 (100)
Локализация источника рецидива ЖКК					
Тот же	3 (75)	2 (40)	7 (88)	3 (100)	15 (75)
Другой	1 (25)	3 (60)	1 (12)	-	5 (25)
Всего рецидивов	4 (67)	5 (63)	8 (89)	3 (50)	20 (69)
Итого	6	8	9	6	29 (100)
Операция					
Нет	2	6	6	3	15 (52)
Резекция желудка	3	-	3	3	9 (31)
Паллиативная	1	2	-	-	3 (17)
Итого	6	8	9	6	29 (100)
Вид операции					
Экстренная	3 (100)	2 (100)	3 (100)	3 (100)	11 (92)
Срочная	1 (25)	-	-	-	1 (8)
Всего	4 (67)	2 (25)	3 (33)	3 (50)	12 (41)
Итого	6	8	9	6	29 (100)

Примечание: данные приведены в абсолютных цифрах, в скобках - в %.

случаев факт рецидива подтвержден только при ЭМ. На наш взгляд, это говорит о целесообразности ЭМ. Несмотря на превентивный ЭГ, а при активном кровотечении – повторный комбинированный ЭГ, 95 % рецидивов геморрагии отмечены в 1-е сутки лечения, что соотносится с литературными сведениями [14]. По-видимому, ЭГ не следует переоценивать, относиться к нему нужно как к способу предоперационной подготовки и верификации источника кровотечения.

С другой стороны, для достоверности эндоскопического прогноза возможного рецидива геморрагии зачастую недостаточно шкалы Forrest (F) или Waga, необходима инструментальная поддержка в виде эндосонографии с доплеровской оценкой кровотока и дифференцированное использование приемов ЭГ [4]. На это указывает высокая частота умерших без операции (58 %). Основными причинами смерти служили декомпенсированная анемия при позднем поступлении, геморрагический шок и сердечная недостаточность. По-видимому, ограничение показаний к срочной операции в расчете на качество ЭГ и способность ЭМ к диагностике рецидива, привело к повышению уровня смертности. Об этом говорят данные табл. 6, где сравнению подверглись периоды диагностической и оперативной эндоскопии.

Вместе с тем, ЭМ в 75 % случаев подтвердил рецидив ЖКК из прежней язвы, но в 25 % случаев причиной рецидива геморрагии служил другой источник: трещина кардии, другая острая или хроническая язва, что также является бесспорным свидетельством в пользу ЭМ. Помимо давности заболевания, числа рецидивов и локализации язвы, факта операции, на летальность влияли и сроки операции: только один из оперированных умерших подвергся срочной операции, остальные 92 % больных оперированы в неотложном порядке, чаще по поводу рецидива кровотечения. Однако активная оперативная тактика существует, хотя некоторые авторы указывают на отсроченные операции, как причину повышения летальности [2, 3].

Из табл. 5 видно, что в период широкого применения ЭГ и ЭМ снизилось число оперированных больных, только в 2004 г. мы стали делать упор на временную роль ЭГ. Вместе с тем, показатели летальности при язвенных кровотечениях отличаются от таковых при ЖКК в целом (табл. 4). Среди умерших от язвенного кровотечения, в 66 % случаев источник располагался в желудке. Это определяло и резецируемый объем операции. Но резецирующие операции сопровождаются большей послеоперационной летальностью по сравнению с органосохраняющими (14,8-20,4 % против 2,5-6,7 %), а паллиативные еще выше (68,4 %), что вполне объяснимо [15, 16, 17]. Явное влияние на летальность активности кровотечения подтверждает литературные сведения – 55 % умерших имели активное кровотечение F1 [4, 14]. Вместе с тем, 52 % умерших поступили до суток от начала заболева-

Таблица 4
Показатели летальности по годам (в %)

	2000	2001	2002	2003	2004	Средний
Общая при ЖКК	4,8	7,1	7,6	5	11,8	7,3
Общая при ЯК	7,7*	10,0*	10,4	14,0*	10	10,4*
После операции при ЖКК	8,6	13,6	21,7	9,1	16,7	13,9
После операции при ЯК	12,5*	21*	25*	16*	11,4*	17,1

Примечание: * - $p < 0,01$ с аналогичным показателем в столбце.

Таблица 5
Оперативная активность по годам

	2000	2001	2002	2003	2004	Всего
Не оперированы ЖКК	68 (66)	76 (77)	94 (80)	87 (73)	71 (60)	397
Не оперированы язвенные кровотечения	41 (63)	41 (68*)	67 (87)	45 (70)	55 (61)	249
Оперированы ЖКК	35 (34)	22 (22)	23 (20)	33 (26)	48 (40)	151
Оперированы язвенные кровотечения	24 (37)	19 (32*)	10 (13*)	19 (30)	35 (39)	111
Всего ЖКК	103 (100)	98 (100)	117 (100)	120 (100)	119 (100)	548
Всего язвенных кровотечений	65 (100)	60 (100)	77 (100)	64 (100)	90 (100)	360

Примечание: данные приведены в абсолютных цифрах, в скобках - в %;

* - $p < 0,01$ ЖКК/ЯК столбца.

Таблица 6
Показатели летальности в зависимости от применения эндогемостаза

	1998-2000	2001-2004	p
Не оперировано	176 (62,7)	328 (73,6)	0,027
Из них умерло	2 (3)	17 (5,4)	0,02
Оперировано	103 (37,3)	126 (26,4)	0,029
Из них умерло	5 (15,2)	19 (15,3)	
Общая летальность	6,3 %	7,6 %	
Всего:	279 (100)	454 (100)	

Примечание: данные приведены в абсолютных цифрах, в скобках - в %.

ния, 48 % — позднее 1-5 суток, что также подтверждает данные литературы о влиянии сроков госпитализации на смертность при язвенных кровотечениях [1].

По-видимому, при язвенных кровотечениях следует вернуться к оперативному лечению как стандарту, а эндоскопический гемостаз рассматривать как способ предоперационной подготовки. Интересно, что при росте общей летальности (табл. 6) уровень послеоперационной летальности практически не изменился, что указывает на тактические погрешности в лечении этих больных. Конечно, ранняя точная ФГДС с адекватным терапевтическим вмешательством существенно улучшает результаты лечения пациентов с кровотечениями из верхних отделов ЖКТ [18]. В настоящее время одним из реальных путей улучшения результатов лечения этой категории больных является концентрация их в специализированных центрах, имеющих высококвалифицированных специалистов и мощную материально-техническую базу.

Перспективными направлениями в улучшении результатов являются также применение эндоскопической, органосохраняющие операции, метод биэндоскопических вмешательств и др. [4]. Дальнейшее улучшение результатов лечения больных с язвенными кровотечениями другие авторы видят в более правильном выборе как хирургического, так и консервативного методов лечения, эффективном применении ЭГ у больных с тяжелой сопутствующей патологией [19]. Пути снижения летальности: совершенствование и внедрение методов неоперативного гемостаза; обеспечение адекватной интенсивной терапии; профилактика рецидива на всех этапах лечения; совершенствование хирургической тактики на основе объективизации прогнозирования опасности рецидива кровотечения и оценки степени операционного риска [20].

Таким образом,

- на уровень летальности при язвенных кровотечениях влияют сроки обращения, расположение язвы в желудке, активное кровотечение, рецидив кровотечения, срок исполнения операции;
- эндоскопический гемостаз и эндоскопический мониторинг являются неотъемлемой составляющей лечения ЖКК, но не являются альтернативой операции;
- необходимо принять расширение показаний к срочным операциям при язвенных кровотечениях как путь снижения общей и послеоперационной летальности.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Язвенные желудочно-кишечные кровотечения /Стойко Ю.М., Багненко С.Ф., Курыгин А.А., Вербицкий В.Г. //Хирургия. – 2002. – № 8. – С. 32-35.
2. Гостищев, В.К. Рецидив острого гастродуоденального язвенного кровотечения /Гостищев В.К., Евсеев М.А. //Хирургия. – 2003. – № 7. – С. 43-49.
3. Чечурин, Н.С. Лечение больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями при тяжелых сопутствующих заболеваниях (обзор) /Чечурин Н.С. //Вестн. хирургии. – 1999. – № 1. – С. 73-76.
4. 50 лекций по хирургии /Под ред. В.С. Савельева. – 2003. – С. 260-263.
5. Маев, И.В. Желудочно-кишечные кровотечения: современные методы лечения /Маев И.В., Самсонов А.А., Вьючнова Е.С. //Фарматека. – 2004. – № 5(83). – С. 32-38.
6. Кондратенко, П.Г. Эндоскопическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях /Кондратенко П.Г., Раденко Е.Е. //Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2003. – № 5(13). – С. 145.

7. Турок, Е.Н. Эффективность эндоскопического гемостаза /Турок Е.Н., Трубочников И.В., Мохин В.В. //Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2003. – № 5(13). – С. 147.
8. Радиоволновой эндоскопический гемостаз в комплексном лечении язв желудка и ДПК, осложненных кровотечением /Харченко В.П., Синев Ю.В., Бакулев Н.В., Наседкин Г.К. //Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2003. – № 5(13). – С. 148.
9. Ханевич, М.Д. Лечение при язвенных кровотечениях у больных с циррозом печени и портальной гипертензией /Ханевич М.Д., Кошевой А.П. //Вестн. хирургии. – 2000. – № 2. – С. 27-30.
10. Endoscopic practice for upper gastrointestinal hemorrhage: differences between major teaching and community-based hospitals /Cooper G.S., Chak A., Way L.E. et al. //Gastroint. Endoscopy. – 1998. – N 48(4). – P. 348-353.
11. Жанталинова, Н.А. Хирургическая тактика при кровотечениях язвенной этиологии /Жанталинова Н.А. //Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2003. – № 5(13). – С. 29.
12. Вариант малоинвазивного лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений у больных пожилого возраста /Уракова Я.Ч., Хоробрых Т.В., Луцевич О.Э. и др. //Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2003. – № 5(13). – С. 47.
13. Роль эндоскопической склеротерапии этоксисклеролом в разработке дифференцированной лечебной тактики при язвенных гастродуоденальных кровотечениях /Оганесян С.С., Аноян В.Т., Чалтыкян Г.В. и др. //Эндоскопич. хирургия. – 2002. – № 1. – С. 9-15.
14. Gostout, Ch.J. Outpatient management of upper gastrointestinal bleedings: Has the time finally arrived? /Gostout Ch.J. //Gastroint. Endoscopy. – 1998. – N 47(3). – P. 311-313.
15. Сравнительные результаты хирургического лечения прободных и кровоточащих пилородуоденальных язв /Горбунов В.И., Сьтник А.П., Коренев Н.Н. и др. //Хирургия. – 1998. – № 9. – С. 14-17.
16. Лосев, Р.З. Современные проблемы хирургической тактики при острых кровотечениях из гастродуоденальных язв /Лосев Р.З., Чирков Ю.В. //Вестн. хирургии. – 1996. – № 6. – С. 28-31.
17. Сацукевич, В.Н. Острые желудочно-кишечные кровотечения из хронических гастродуоденальных язв /Сацукевич В.Н., Сацукевич Д.В. //Кремлевская медицина. – 2000. – № 2. – С. 49-53.
18. Effectiveness of endoscopy in patients admitted to the intensive care unit with upper GI hemorrhage /Chak A., Cooper G.S., Lloyd L.E. et al. //Gastroint. Endoscopy. – 2001. – N 53(1). – P. 6-13.
19. Нарубанов, П.Г. Наш опыт лечения гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии /Нарубанов П.Г., Завада Н.В., Соломонова Г.А. //Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2003. – № 5(13). – С. 37.
20. Шугаев, А.И. Лечение при язвенных гастродуоденальных кровотечениях у больных пожилого и старческого возраста /Шугаев А.И., Ожечев А.С. //Вестн. хирургии. – 2001. – № 3. – С. 114-118.

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ, ПРОВОДИМЫЕ В РАМКАХ МЕЖДУНАРОДНОЙ ВЫСТАВКИ-ЯРМАРКИ «МЕДИНТЕКС-2005»:

- научно-практическая конференция «Проблемы и перспективы развития сельского здравоохранения» – Кемерово, 22 февраля 2005 г.
- научно-практический семинар «Проблемы лекарственного обеспечения» – Кемерово, 23 февраля 2005 г.
- научно-практическая конференция «амбулаторно-поликлиническая помощь. Актуальные вопросы, перспективы развития» – Кемерово, 23 февраля 2005 г.
- научно-практическая конференция «Проблемы и перспективы модернизации государственных гарантий охраны здоровья населения» – Кемерово, 24 февраля 2005 г.
- научно-практическая конференция «Актуальные вопросы детской кардиологии» – Кемерово, 24 февраля 2005 г.

Прием заявок и тезисов – до 25 января 2005 г.

VII НАУЧНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ ЛЕЧЕБНОМ УЧРЕЖДЕНИИ» – Санкт-Петербург, 20-21 апреля 2005 г.

Прием заявок и тезисов до 25 января 2005 г.

IX МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «ЗДОРОВЬЕ СЕМЬИ – XXI ВЕК» – Далаянь (Китай), 29 апреля – 9 мая 2005 г.

Прием заявок и тезисов до 25 января 2005 г.