Лечение больных с высокой вероятностью развития рецидивов язвенных гастродуоденальных кровотечений

В.П. САЖИН, В.М. САВЕЛЬЕВ, И.В. САЖИН, Д.Е. КЛИМОВ, Н.О. СОРОКИН

Treatment of patients with a high risk of gastrointestinal bleeding recurrence

V.P. SAZHIN, V.M. SAVELYEV, I.V. SAZHIN, D.E. KLIMOV, N.O. SOROKIN

Кафедра хирургии и общей врачебной подготовки с курсом эндохирургии факультета дополнительного профессионального образования Рязанского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова; Новомосковская городская клиническая больница

Среди 1102 больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями у 143 в стационаре возник рецидив кровотечения. У больных с рецидивом кровотечения изучены наиболее часто встречающиеся факторы риска его развития. Выявлено 9 факторов риска, которые отнесены к «критическим». Учет различных комбинаций клинических и эндоскопических факторов риска в сочетании с совершенствованием организации работы хирургических отделений позволил выработать оптимальные варианты лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями и уменьшить летальность с 6,4 до 2,4%.

Ключевые слова: язвенные гастродуоденальные кровотечения, эндоскопический гемостаз, рецидив кровотечения, факторы риска, алгоритм лечения.

Of 1102 patients with gastrointestinal ulcer bleeding, 143 developed the recurrence during the hospital stay. 9 critical risk factors of the recurrence were distinguished. The optimal treatment strategies of gastrointestinal ulcer bleeding were worked out, which allowed to decrease the mortality rate from 6.4 to 2.4%.

Key words: gastrointestinal ulcer bleeding, endoscopic hemostasis, bleeding recurrence, risk factors, treatment strategy.

Введение

В последние годы в лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) наметились благоприятные тенденции, уверенно сместившие акценты в сторону комплексной медикаментозной терапии. Главным аргументом в пользу такого вывода служит снижение количества плановых оперативных вмешательств по поводу язвенной болезни [7—9]. За рубежом такая тенденция наметилась в конце 90-х годов прошлого столетия [10—12]. Особую роль в снижении частоты плановых операций при язвенной болезни зарубежные исследователи отводят широкому применению H_2-блокаторов и ингибиторов протонной помпы. По данным российских хирургов, в последние годы значительно сократилось количество плановых хирургических вмешательств по поводу язвенной болезни, количество больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями (ЯГДК) стабилизировалось в пределах 3—15% [1, 4, 8]. Большую роль в этом играет сочетанное применение комбинированного эндоскопического гемостаза и антисекреторной терапии, что позволяет снизить уровень хирургической активности при ЯГДК, используя операцию только в случае неэффективности консервативной тактики [1—3, 5, 6].

В клиниках, активно внедряющих новые технологии лечения больных с ЯГДК, основные проблемы возникают сразу после эндоскопической остановки кровотечения. Особо остро стоит вопрос о выборе тактики лечения больных с высокой степенью риска развития рецидивов кровотечения (РК). В связи с этим одновременно рассматривается несколько направлений: поиск точных критериев остановки кровотечения, поиск причин РК, выявление факторов риска (ФР) для раннего прогнозирования РК, ранняя диагностика РК, выбор лечебной тактики при РК, выбор методов хирургического лечения больных с ЯГДК и РК.

Цель работы — оптимизация тактики лечения больных с ЯГДК на основе оценки наиболее часто встречающихся сочетаний клинических и эндоскопических ФР, характеризующих высокую вероятность развития РК.

Материал и методы

В период с 1993 по 2012 г. мы наблюдали 1102 больных с ЯГДК. У 748 больных был применен изо-

© Коллектив авторов, 2013

301670 Новомосковск, ул. Калинина, д. 39

лированный эндоскопический гемостаз (ИЭГ), у 354 больных — комбинированный эндоскопический гемостаз (КЭГ). В 143 (13%) наблюдениях возник рецидив кровотечения: при ИЭГ в 135 (18%), при КЭГ в 8 (2,3%). У 89 (62,2%) больных с РК имелась язва желудка, у 54 (37,8%) — язва ДПК. Язва желудка у 47 (32,9%) больных располагалась на малой кривизне в теле желудка, у 26 (18,2%) — в антральном отделе и у 13 (9,1%) больных — в кардиальном отделе. В ДПК у 34 (23,8%) больных язва локализовалась на задней стенке и у 20 (14,0%) — на передней стенке.

Среди больных преобладали мужчины (71,4%). Возраст 76% больных превышал 60 лет. Все больные имели различные сопутствующие заболевания.

Составить представление о тяжести кровопотери позволяла суммарная оценка клинических и лабораторных данных по классификации А.И. Горбашко (1974). Тяжесть состояния больных определяли по шкале SAPS.

Результаты и обсуждение

В **таблице** представлены две группы клинических и эндоскопических ФР, рассматриваемых в аспекте развития РК после ЯГДК. К клиническим ФР отнесены тяжесть состояния больного (по шкале SAPS), тяжесть кровотечения и объем кровопотери. При РК наиболее часто отмечалось тяжелое состояние — у 52 (36,4%) больных и средней тяжести — у 68 (47,5%) больных.

О тяжести кровотечения и объеме кровопотери у больных с ЯГДК судили по результатам лабораторных исследований (эритроциты, гемоглобин, гематокрит) и по данным эндоскопического исследования (объем крови или кровяного сгустка в желудке). Последний показатель колебался от 500 до 1500 мл. Оба метода основаны на опосредованной оценке результатов, однако в целом позволяют разделить больных на группы по тяжести кровотечения и кровопотери.

Из 143 больных с РК тяжелая степень кровопотери диагностирована у 82 (57,3%), кровопотеря средней степени тяжести установлена у 51 (35,7%). Соответственно тяжести кровотечения объем кровопотери до 1000 мл выявлен у 66 (46,1%) больных, свыше 1000 мл — у 69 (48,3%) больных.

К эндоскопическим ФР развития РК отнесено 6 критериев: интенсивность кровотечения по J. Forrest, объем крови или кровяного сгустка в желудке, локализация, размер язвы, глубина язвы, наличие инфильтрации вокруг язвы.

Кровотечения Forrest IA и IB установлены в 9,1 и 16,8% наблюдений соответственно. Преобладали больные с кровотечением Forrest IIB — 48,2%. На наш взгляд, показатель интенсивности кровотечения по J. Forrest при определении прогноза РК может расцениваться как вспомогательный ФР. Его ценность зависит от времени начала кровотечения до эндоскопического исследования и начала лечения в стационаре. Как правило, хирург только по тяжести состояния больного при поступлении может оценить интенсивность ЯГДК на догоспитальном этапе. При поступлении в стационар больные с ЯГДК делятся на три группы: наиболее тяжелобольных с продолжающимся кровотечением сразу из приемного отделения направляют в операционную; у другой группы больных, чаще при кровотечении Forrest IB эндоскописту удается остановить кровотечение у больных третьей группы благодаря собственным компенсаторным возможностям кровотечение останавливается и эндоскопист в ходе осмотра диагностирует кровотечение Forrest IIA или IIB.

Объем крови или кровяного сгустка в желудке позволяет на этапе эндоскопического исследования определить тяжесть кровопотери и опасность развития РК. Если учесть, что физиологическая емкость желудка колеблется от 1,5 до 2,5 л, то по внутренним анатомическим границам желудка несложно определить объем кровопотери в момент эндоскопического исследования. При ЭГДС у 97 (67,8%) больных кровопотеря в желудок составила от 500 до 1000 мл, у 35 (24,5%) она превышала 1000 мл.

Частота выявления «критических» факторов риска развития рецидивов кровотечения при ЯГДК

Факторы риска развития РК	Число больных	
	абс.	%
Клинические		
Состояние больных по шкале SAPS:		
тяжелое (>16 баллов)	52	36,4
средней тяжести (9—16 баллов)	68	47,5
Кровопотеря (по А.И. Горбашко, 1982):		
тяжелая	82	57,3
средней тяжести	51	35,7
Объем кровопотери:		
500—1000 мл	66	46,1
более 1000 мл	69	48,3
Эндоскопические		
Интенсивность кровотечения:		
Forrest IA	13	9,1
Forrest IB	24	16,8
Объем крови или сгустка в желудке:		
500—1000 мл	97	67,8
более 1000 мл	35	24,5
Локализация язвы:		
желудок	89	62,2
малая кривизна желудка	86	96,6
ДПК	54	37,8
передняя стенка	20	14,0
задняя стенка	34	23,8
Диаметр язвы 1,8±0,3 см	69	48,3
Глубина язвы 0,6±0,2 см	109	76,2
Наличие инфильтрации от 1 до >2 мм	113	79,0

У большинства больных с РК из язвы желудка она располагалась на малой кривизне — у 86 (96,6%) из 89 с локализацией язвы в желудке, в теле желудка — у 47 (32,9%) больных. Диаметр и глубина язв на малой кривизне желудка колебались от 0,6±0,2 до 2,0±0,2 см, при этом язвы тела желудка отличались почти равными диаметрами и глубиной (в среднем 2,0±0,2 и 1,6±0,1 см соответственно). У всех больных с язвой желудка на малой кривизне имелась инфильтрация стенок желудка и окружающих его тканей. Из 89 больных с РК из язвы желудка у 58 (65,2%) развилось кровотечение тяжелой степени.

РК в ДПК чаще возникал из язвы на задней стенке — у 34 (23,8%) больных. Из 54 больных с РК из язвы ДПК у 24 (44,4%) развилось кровотечение тяжелой степени. Чаще это касалось пенетрирующих язв задней стенки ДПК (34 больных — 23,8%). Диаметр и глубина язв передней и задней стенок ДПК колебались от 0,5±0,2 до 1,1±0,2 см. Как и при язвах желудка, РК чаще возникал при больших размерах, глубине и наличии инфильтрации тканей вокруг язвы. Независимо от интенсивности кровотечения при Forrest IA, IIA, IB, IIB диаметр язвы у больных с РК оказался в 2—2,2 раза больше, чем без РК (p<0,001); глубина язвы при РК была в 1,8—1,9 раза больше, чем без РК (p<0,001).

На основании полученных данных установлено, что высокая степень вероятности развития РК после ЯГДК может иметь место при различных вариантах, сочетающих 3 клинических и 6 эндоскопических ФР: тяжелое или средней тяжести состояние больного (по шкале SAPS), тяжелая кровопотеря или средней степени тяжести, объем кровопотери 500—1000 мл и более 1000 мл, кровотечение Forrest IA и IB во время эндоскопического исследования, объем крови или сгустка крови в желудке от 500 до 1000 мл и более 1000 мл, локализация язвы на малой кривизне желудка в теле, а в ДПК — на задней стенке, диаметр язвы желудка от 1,3 см при глубине от 0,8 см, а в ДПК — диаметр от 0,8 см при глубине от 0,5 см, наличие инфильтрации вокруг язвы шириной от 1 до 2 мм.

Одним из современных направлений в лечении больных с ЯГДК являются поиск надежных способов эндоскопического гемостаза и профилактика РК, включая прогнозирование, раннюю диагностику и раннее эффективное лечение РК. Последние два направления с успехом могут быть реализованы в условиях реанимационного и хирургического отделений. В то же время какие-либо схемы прогнозирования РК редко используют в работе хирургических отделений. Представленные выше клинические и эндоскопические ФР развития РК выражены в цифровых показателях, которые, как правило, хорошо известны хирургам. Эти ФР следует отнести к «критическим», так как каждый из них свидетельствует о тяжелом течении ЯГДК и необходимости обезопасить больного от РК. Различные комбинации представленных ФР должны стать поводом для дифференцированного подхода при решении вопроса об оперативном вмешательстве, при этом основным показанием к нему является угроза РК. Напротив, отсутствие РК и гарантированный контроль заживления язвы позволяют больному без опасения за свою жизнь выбирать между операцией и терапевтическим лечением.

Современный уровень понимания процессов, происходящих при ЯГДК, позволяет строить программу лечения в зависимости от наличия следующих организационных и клинических возможностей хирургической службы: 1) возможности круглосуточного выявления источника ЯГДК; 2) возможности применения комбинированного эндоскопического гемостаза; 3) возможности оказания при ЯГДК медицинской помощи в реанимационном отделении по принципам противошоковой терапии; 4) возможности выполнения повторных эзофагогастродуоденоскопий с остановкой кровотечения при РК; 5) возможности проведения комплексной медикаментозной противоязвенной терапии сразу при поступлении больного. Указанный комплекс полностью внедрен в работу хирургических отделений нашей клиники в конце 2006 г. и использовался в работе в 2007—2011 гг.

Алгоритм действий хирургов в этот период поставлен в зависимость от выявленных ФР, характера ЯГДК на момент осмотра больного и внедрения указанного организационно-лечебного комплекса. Больные разделены на 3 группы. В 1-й группе (с продолжающимся кровотечением) выполняем вынужденную операцию. 2-ю группу больных (кровотечение остановлено эндоскопически) разделяем на две подгруппы: а) при наличии полного комплекса «критических» ФР — степень риска развития РК высокая, что является показанием к отсроченной операции после стабилизации состояния больного (через 3—5 сут лечения в реанимационном отделении); б) при отсутствии полного комплекса «критических» ФР показано комплексное медикаментозное противоязвенное лечение и динамический эндоскопический контроль за эпителизацией язвы. В 3-й группе больных (кровотечение остановилось самостоятельно), как правило, отсутствует полный комплекс «критических» ФР, что позволяет проводить комплексную противоязвенную терапию под динамическим эндоскопическим контролем. В этой группе показанием к отсроченной операции является отсутствие эпителизации язвы.

В результате применения организационно-лечебного комплекса и комбинированного эндоскопического гемостаза остановить кровотечение при первой попытке удалось у 98,3% больных. У 1,7% больных после комбинированного эндоскопического гемостаза возник РК, 2 больных были оперированы, у 3 больных кровотечение остановлено при

повторной ЭГДС. С учетом остановки кровотечения при повторной ЭГДС комбинированный эндоскопический гемостаз был эффективным в 99,3% наблюдений. В этой группе не оперированы 189 (90,4%) из 209 больных, летальность составила 1,1% (умерли 2 больных). 20 (9,6%) больных этой группы были оперированы, летальность составила 15% (умерли 3 больных). Общая летальность достигла 2,4% (умерли 5 больных).

Для клиник, не имеющих круглосуточной эндоскопической службы, опыта первичной эндоскопической остановки ЯГДК, повторных эндоскопических исследований и повторной остановки кровотечения, наиболее приемлемы 3 варианта развития событий: 1) выполнение эндоскопического исследования для уточнения источника кровотечения, при продолжающемся кровотечении — операция; 2) при остановившемся кровотечении — направление больных, желающих лечиться медикаментозно, в клинику более «высокого уровня»; 3) при отсутствии уверенности в стабильной остановке кровотечения — отсроченное оперативное лечение в пределах 3—5 сут.

Последний алгоритм действий был применен нами у 260 больных в период с 1996 по 2000 г. Из указанного количества не оперировали 133 (51,2%) больных. Летальность в этой группе составила 7,5% (умерли 10 больных). 127 (48,8%) больных были оперированы сразу при поступлении или на 3—5-е сутки лечения в отделении. Летальность в группе оперированных составила 5,5% (умерли 7 больных), общая летальность в группе — 6,5% (умерли 17 больных).

Таким образом, совершенствование организационно-лечебных мероприятий при ЯГДК позволяет оптимизировать тактику лечения и уменьшить количество оперированных больных с 48,8 до 9,6%, а общую летальность с 6,5 до 2,4%.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Гостищев В.К., Евсеев М.А.* Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии (патогенез, диагностика, лечение). М: ГЭОТАР-Медиа 2008; 384.
2. *Капралов С.В., Шапкин Ю.Г., Гришаев В.А.* Выбор способа профилактики рецидива кровотечения из гастродуоденальной язвы. XII Московский международный конгресс по эндоскопический хирургии: Сб. тезисов. М 2008; 188—189.
3. *Лебедев Н.В., Климов А.Е.* Прогноз рецидива кровотечения из гастродуоденальных язв. Хирургия 2009; 2: 33—37.
4. *Лебедев Н.В., Климов А.Е.* Язвенные гастродуоденальные кровотечения. М: Бином 2010; 176.
5. *Норкин К.Г., Сухаговский А.А., Романеи А.В.* Эндоскопический прогноз и профилактика рецидивных кровотечений при язвенной болезни. Тихоокеанский медицинский журнал 2008; 4: 97—98.
6. *Перерва О.В., Сотниченко Б.А., Макаров В.И.* Вопросы прогнозирования рецидивов желудочно-кишечных кровотечений. Тихоокеанский медицинский журнал 2008; 4: 87.
7. *Ступин В.А., Силуянов С.В., Смирнова Г.О., Собиров М.А.* Современные подходы к лечению кровотечений из острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Хирургия 2010; 8: 48—53.
8. *Ступин В.А., Силуянов С.В., Афанасьев В.В., Баглаенко М.В., Сабиров М.А., Смирнова Г.О.* Особенности консервативной терапии пациентов с кровоточащими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки. Фарматека 2011; 2: 215: 58—63.
9. *Тимербулатов В.М., Тимербулатов Ш.В., Сагитов Р.Б.* Гемостаз при острых желудочно-кишечных кровотечениях. Хирургия 2010; 3: 20—26.
10. *Blatchford O., Murray W.R., Blatchford M.* A risk score to predict need for treatment for upper gastrointestinal haemorrhage. Lancet 2000; 35: 6: 1319.
11. *Hamoui N., Docherty S.D., Crookes P.F.* Gastrointestinal hemorrhage: is the surgeon obsolute? Emerg Med Clin North Am 2003; 21: 4: 1017—1056.
12. *Skok P., Krisman I., Skok M.* Argon plasma coagulation versus injection sclerotherapy in peptic ulcer hemorrhage. A prospective controlled study. Hepatogastroenterology 2004; 51; 165—170.

Поступила 20.01.13