

УДК 616.33/.342-002.44-06-005.1-089.168.7-07-084

ПРОГНОЗ РЕЦИДИВА ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Жук Е.И., Нуралиева Р.А., Николаев В.А.

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения и социального развития РФ», г. Уфа, e-mail: nauka606@mail.ru

Определение прогностических критериев риска рецидива язвенных гастродуоденальных кровотечений В настоящее время вызывает много споров, хотя именно рецидивирующие кровотечения в прогностическом отношении наиболее неблагоприятны. Поэтому данная работа направлена на разработку прогностического алгоритма выявления рецидива язвенных гастродуоденальных кровотечений для их профилактики в условиях хирургического стационара. Исследование основано на анализе 160 клинических наблюдений за больными, находившимися на лечении по поводу язвенных гастродуоденальных кровотечений. Для прогноза рецидива кровотечения нами был взят индекс рецидива кровотечения (ИРК), разработанный Лебедевым Н.В., Климовым А.Е. Для определения величины кровопотери используем шоковый индекс, предложенный М. Аллговерым Главным доказательством практического значения предлагаемой методики являются исходы лечения: удалось снизить общую летальность с 4,1 до 2,3%.

Ключевые слова: гастродуоденальное кровотечение, прогноз рецидива.

PREDICTION OF RECURRENCE OF LIVING GASTRODUODENAL BLEEDAGE

Zhuk E.I., Nuralieva R.A., Nikolaev V.A.

State educational institution of higher professional education «Bashkir State Medical University», Ufa, e-mail: nauka606@mail.ru

Determination of prognostic criteria for the risk of recurrent ulcerative gastroduodenal bleeding Currently, there are many disputes, although it is the recurrent bleeding in the prognostic relationship that is most unfavorable. Therefore, this work is aimed at developing a prognostic algorithm for detecting recurrent ulcerative gastroduodenal bleeding for their prevention in a surgical hospital. The study is based on an analysis of 160 clinical observations of patients who were on treatment for ulcerative gastroduodenal bleeding. To predict the recurrence of bleeding, we took the index of recurrence of bleeding, developed by Lebedev NV, Klimov AE. To determine the magnitude of the blood loss, we use the shock index proposed by M. Algovirim. The main evidence of the practical value of the proposed technique is the outcome of treatment: it was possible to reduce the overall mortality from 4.1 to 2.3%.

Keywords: gastroduodenal bleeding, prognosis of recurrence.

В настоящее время у хирургов нет единого мнения в определении прогностических критериев риска рецидива язвенных гастродуоденальных кровотечений, определяющих тактическое решение хирурга, хотя именно рецидивирующие кровотечения в прогностическом отношении наиболее неблагоприятны. Цель исследования: разработать прогностический алгоритм выявления рецидива язвенных гастродуоденальных кровотечений для их профилактики в условиях хирургического стационара. Работа основана на анализе 160 клинических наблюдений за больными, находившимися на лечении по поводу язвенных гастродуоденальных кровотечений. Для прогноза рецидива кровотечения нами был взят индекс рецидива кровотечения (ИРК), разработанный Лебедевым Н.В., Климовым А.Е.

Главным доказательством практического значения предлагаемой методики являются исходы лечения: удалось снизить общую летальность с 4,1 до 2,3%.

Несмотря на совершенствование средств и методов лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений, в том числе использование эндоскопических методов

остановки кровотечения, уровень летальности остается высоким и составляет от 10-14% до 30% [1,2]. До 40% в структуре больных с гастродуоденальными кровотечениями занимают лица пожилого и старческого возраста [3,4]. При этом до 20% больных поступает позже 24 часов от начала заболевания, что существенно отягощает течение заболевания. В настоящее время у хирургов нет единого мнения в определении прогностических критериев риска рецидива язвенных гастродуоденальных кровотечений, определяющих тактическое решение хирурга, хотя именно рецидивирующие кровотечения в прогностическом отношении наиболее неблагоприятны [2,5].

Существуют различные подходы к хирургическому лечению язвенных гастродуоденальных кровотечений: активная, активно-выжидательная и выжидательная тактика. Однако ни один из указанных подходов не решил данную хирургическую проблему, т.к. основной причиной летальности, по мнению Г.Л. Ратнера, В.И. Коротцева (1999), является несвоевременное решение об оперативном вмешательстве из-за отсутствия объективных прогностических критериев.

Поиск оптимальных методов прогноза рецидива кровотечения, разработка методов профилактики и разработка способов хирургического лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений, являются на сегодняшний день актуальной проблемой хирургической гастроэнтерологии.

Цель исследования: разработать прогностический алгоритм выявления рецидива язвенных гастродуоденальных кровотечений для их профилактики в условиях хирургического стационара.

Нами проведен анализ 760 историй болезни больных с желудочно-кишечными кровотечениями, поступившие в хирургический стационар ГКБ № 8 за период 2003-2010 гг. (табл. 1).

Таблица 1
Нозологические формы источника гастродуоденальных кровотечений

Причина кровотечения	Количество больных, %
Язвенная болезнь 12 п. к-ки	27
Синдром Мэллори Вейса	14,3
Эрозивный гастрит, бульбит	12,75
Хроническая язва желудка	12,4
Эрозивный эзофагит	9,78
ВРВ пищевода	7
Острая язва желудка	4,86
Множественные язвы желудка	3,5
Оперированный желудок	2,1
Бластома желудка	1,45
Другие (ожоги, полипы пищевода)	4,86

Выявлено, что основными причинами желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) являются язвенная болезнь желудка (21%) и 12 п. кишки (27%). Для введения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями нами создан алгоритм оценки вероятности развития рецидива кровотечения. Проведен многофакторный анализ клинических, лабораторных, эндоскопических данных и составлена прогностическая карта показаний для консервативного лечения и сроков оперативного вмешательства при гастродуоденальных кровотечениях.

Материал и методы. Работа основана на анализе 160 клинических наблюдений за больными, находившимися на лечении по поводу язвенных гастродуоденальных кровотечений в ГКБ № 8 за период 2008 - 2010 гг. Возраст па-

циентов был от 25 до 83 лет, средний возраст $39,1 \pm 16,1$ лет. Мужчин - 103 (64%), женщин было 57 (36 %) (соотношение 1,8 : 1).

По нозологическому признаку пациенты распределились следующим образом, которое представлено в таблице № 2.

Таблица 2
Виды язвенных гастродуоденальных кровотечений

Причина кровотечения	Количество больных	
	Абс.	%
Язвенная болезнь 12 п. к-ки	78	48,7
Хроническая язва желудка	33	20,6
Острая язва желудка	28	17,5
Множественные язвы желудка	12	7,6
Пептическая язва анастомоза	9	5,6

При поступлении в стационар пациентам производили эндоскопические исследования. По степени устойчивости гемостаза пациенты распределились следующим образом: со степенью устойчивости гемостаза F II - 120 (75%). F III - 24 (15%), F I - 16 (10%). Эндоскопические признаки неустойчивого гемостаза имели 30 (38,4%) пациентов с язвой желудка и 42 (48%) - с язвой двенадцатиперстной кишки. Для воздействия на источник кровотечения через эндоскоп применяли термические (монополярная и биполярная электрокоагуляция), инъекционные (1,0 мл 0,1% раствора адреналина и 50 мл 0,5% раствора новокаина), аппликационные (обработка 5% раствором гамма-аминокапроновой кислоты), механические (клипирование, наложение лигатур) методы гемостаза. Выбор метода гемостаза осуществлялся в соответствии с характеристиками источника язвенного кровотечения.

Пациенты, оперированные в период с 2008 - 2009гг. (73 больных) составили контрольную группу. В данной группе оценка хирургического риска проводилась на основании изучения историй болезней и амбулаторных карт. Пациенты, находящиеся на лечении с 2009г. по 2010г. (87 больных), составили основную группу. В данной группе оценка факторов риска рецидива кровотечения проводилась в ходе предоперационной подготовки и в динамике раннего послеоперационного периода, при этом лечащим врачом давались конкретные рекомендации о вероятности развития риска кровотечения.

Результаты и обсуждение

Для прогноза рецидива кровотечения нами был взят индекс рецидива кровотечения (ИРК), разработанный Лебедевым Н.В., Климовым А.Е. (2009). Данный индекс получают путем умножения величины шокового индекса (ШИ) на балл эндоскопической оценки по Форрест (Ф) и балл размера язвы (Р): $ИРК = ШИ * Ф * Р$.

Для определения величины кровопотери используем шоковый индекс (отношение частоты сердечных сокращений к систолическому давлению), предложенный в 1976 г. М. Альговерым. Данная методика определения величины кровопотери проста и доступна каждому врачу.

Оценка язвенного кровотечения по Форрест ранжирована по баллам следующим образом: Ф1а – 5, Ф1в – 4, Ф2а – 3, Ф2в – 2, Ф2с – 1. Размер язвы определяется с помощью эндоскопической линейки во время гастродуоденоскопии и ранжируется в следующем порядке: до 5 мм – 1 балл, от 5 до 14 мм – 2 балла, от 15 до 24 мм – 3 балла, 25 мм и более – 4 балла. При умножении каждого признака выявляется целостная картина рецидива кровотечения. Дополнительно нами введены 2 балла за локализацию язвы в опасных зонах (язва по малой кривизне желудка, язва по задней стенке луковицы 12 перстной кишки). При увеличении ИРК прогрессивно увеличивается риск рецидива кровотечения. Если балл ИРК 2 и менее вероятность рецидива кровотечения составляет 5,1%, 2-8 балла – 20%, 8-13 балла – 30%, 13-19 – 60-80% и при 20 и выше рецидив кровотечения отмечается у всех больных (100%). Срок действия прогноза – в первые 7 суток с момента поступления больного в стационар.

Для определения тактики введения больного производилась ориентировочная оценка риска рецидива кровотечения у конкретного больного с учетом клинической картины. При сумме баллов ИРК от 1 до 12 производилось консервативное лечение, от 13 до 16 баллов велось динамическое наблюдение, показания к оперативному лечению выставлялись при сумме баллов 17 и более.

При лечении язвенных кровотечений чрезвычайно важны организационные вопросы, требующие согласованных, технически обеспеченных действий хирурга, врача эндоскописта, реаниматолога-анестезиолога и терапевта в самом лечебном учреждении.

Данные каждого больного проспективной группы обрабатывались согласно предложенному индексу ИРК и выбирался оптимальный вариант лечения (только медикаментозное лечение, выжидательная тактика, срочная операция, отсроченная операция после подготовки). Срочная операция при остановившемся кровотечении выполнялась в течение суток от поступления или в ближайшие часы (при продолжающемся кровотечении), отсроченная при достижении необходимого уровня компенсации.

Главным опорным пунктом является выявление необходимости экстренной операции. Если она необходима (более 17 баллов ИРК), сравнивается риск экстренной операции и медикаментозного лечения. Если риск экстренной операции превышает риск медикаментозного лечения, то принимается решение о выжидательной тактике.

В зависимости от прогноза возможности рецидива кровотечения можно выделить две основные группы: больные с неблагоприятным прогнозом рецидива кровотечения и больные, у которых вероятность рецидива кровотечения невелика. Иными словами, прогноз рецидива кровотечения является интегральным критерием, дающим возможность обоснованно определять сроки оперативного вмешательства.

При этом целью операции является, во-первых, остановка кровотечения и спасение жизни больного, и, во-вторых, излечение его от язвенной болезни. Наш опыт свидетельствует, что всем этим требованиям при кровоточащих дуоденальных и пилороантральных язвах в достаточной мере отвечает операция иссечения язвы с пилоропластикой и ваготомией. Резекция желудка обоснована у больных с локализацией язвы тела или в кардиальном отделе желудка, при отсутствии тяжелых сопутствующих заболеваний, в ранние сроки от начала кровотечения, а также в тех случаях, когда во время операции обнаруживаются признаки малигнизации язвы. Паллиативные операции в виде изолированного прошивания или иссечения язвы любой локализации допустимы у больных только при крайне тяжелой кровопотере и тяжелых сопутствующих заболеваниях, исключающих радикальное вмешательство.

Одним из основных критериев в хирургическом лечении острых гастродуоденальных кровотечений являются показатели общей летальности (табл. 3).

Результаты лечения больных с язвенными кровотечениями

Таблица 3

Группа	Оперативное лечение	Эндоскопический гемостаз	Консерв. терапия	Летальность	
				Абс.	%
Основная n = 87	12	57	18	2	2,3
Контрольная n = 73	16	44	13	3	4,1

Главным доказательством практического значения предлагаемой методики являются исходы лечения: удалось снизить общую летальность с 4,1 до 2,3%. Использование разработанного метода выявления риска рецидива кровотечения позволяет быстро и объективно оценить вероятность такого рецидива и выбрать оптимальную лечебную тактику, исходя из тяжести состояния больного.

Выводы

Оптимальная тактика введения больных с ЖКК определяется тяжестью состояния, вида эндоскопического гемостаза и прогнозом рецидива кровотечения в первые часы поступления больного в хирургический стационар. Хирургическое лечение выполняется по строгим показаниям при неэффективно-

сти эндоскопического гемостаза, а также при высоком риске рецидива кровотечения (ИРК более 17 баллов).

Список литературы

1. Горбашко А.И. Диагностика и лечение кровопотери. М: Медицина 1982; 224.
2. Лебедев Н.В., Климов А.Е., Бархударова Т.В. Прогноз рецидива кровотечения из гастродуоденальных язв. Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова, 2009, №2, с. 32-34.
3. Лобанков В.М. Хирургия язвенной болезни на рубеже XXI века. Хирургия 2005; №1, с. 58—64.
4. Хасанов А.Г., Нуртдинов М.А., Суфияров И.Ф. Интегративные подходы в хирургии язвенной болезни. Тактик-Студио Башкирский государственный медицинский университет 2016; с. 272
5. Ярема И.В., Уртаев Б.М., Ковальчук Л.А. Хирургия язвенной болезни желудка. М: Медицина 2004; 304.
6. Freston J.W. Management of peptic ulcers: emerging issues. World J Surg 2000; 24: 3: 250—255.