

Хасанов А.Г., Суфияров И.Ф., Бакиров С.Х., Мусин А.Р.

## Профилактика язвенных гастродуоденальных кровотечений

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

*Hasanov A.G., Sufiyarov I.F., Bakirov S.H., Musin A.R.*

### The prevention and treatment in bleeding gastroduodenal ulcer

#### Резюме

Работа основана на анализе 160 клинических наблюдений за больными, находившимися на лечении по поводу язвенных гастродуоденальных кровотечений. Для прогноза рецидива кровотечения за основу был взят индекс рецидива кровотечения, разработанный Лебедевым Н.В., Климовым А.Е. [3]. Для определения тактики введения больного производилась ориентировочная оценка риска рецидива кровотечения у конкретного больного с учетом клинической картины. При сумме баллов индекса рецидива кровотечения от 1 до 12 производилось консервативное лечение, от 13 до 16 баллов консервативное лечение и динамическое наблюдение с использованием фиброгастродуоденоскопии, показания к экстренной операции выставлялись при сумме баллов 17 и более. Использование данного подхода выявления риска рецидива кровотечения позволяет быстро и объективно оценить вероятность развития рецидива и выбрать оптимальную лечебную тактику, исходя из тяжести состояния больного. В качестве оперативного вмешательства чаще всего выполняют иссечение язвы с пилоропластикой и ваготомией. Резекция желудка выполняется у больных с локализацией язвы в кардиальном отделе желудка, при отсутствии тяжелых сопутствующих заболеваний.

**Ключевые слова:** язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки, кровотечение, прогноз, рецидив, операция, пилоропластика, резекция желудка

#### Summary

The work is based on an analysis of 160 clinical observations of patients who were receiving treatment for ulcerative gastroduodenal hemorrhage to predict the recurrence of bleeding, we have taken rebleeding index, developed by Lebedev N.V., Klimov A.E. [3]. To determine the tactics of the introduction of estimation of the patient risk of recurrence of bleeding in individual patients taking into account the clinical picture. When the amount of points rebleeding index from 1 to 12 conservative treatment, was carried out from 13 to 16 points was carried out dynamic monitoring, the indications for surgical treatment were exhibited at the sum score of 17 or more. Using a method developed to identify the risk of recurrent bleeding quickly and objectively assess the probability of such a recurrence and to select the optimal treatment policy, based on the severity of the patient

**Key words:** gastric ulcer, duodenal ulcer, bleeding, the prognosis

#### Введение

Несмотря на совершенствование средств и методов лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений, в том числе использование эндоскопических методов остановки кровотечения, уровень послеоперационной летальности при повторных кровотечениях остается высоким и составляет от 10 – 14 до 30% [1–3]. В структуре больных с гастродуоденальными кровотечениями до 40% занимают лица пожилого и старческого возраста [4, 6, 8]. При этом до 20% больных поступает позже 24 ч 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, 7].

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 послеоперационной летальности является несвоевременное решение об оперативном вмешательстве из-за отсутствия объективных прогностических критериев.

Поиск оптимальных методов определения риска рецидива гастродуоденального кровотечения является на сегодняшний день актуальной задачей хирургической гастроэнтерологии.

**Таблица 1. Нозология язвенных гастродуоденальных кровотечений**

Причина кровотечения	Количество больных	
	абс.	%
Язвенная болезнь 12 перстной кишки	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

**Цель исследования** - усовершенствовать индекс рецидива кровотечения (ИРК), используемый для профилактики повторных гастродуоденальных кровотечений в условиях хирургического стационара.

Для ведения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями 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.

**Материалы и методы**

Работа основана на анализе 160 клинических наблюдений за больными, находившимися на лечении по поводу язвенных гастродуоденальных кровотечений в городской больнице № 8 г.Уфы за период с 2008 по 2010 гг. Возраст пациентов был от 25 до 83 лет, средний возраст 39,1±16,1 лет. Мужчин – 103 (64%), женщин – 57 (36%). Распределение пациентов по нозологическому признаку представлено в таблице 1.

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 аминокaproновой кислоты), механические (клипирование, наложение лигатур) методы гемостаза. Выбор метода гемостаза осуществлялся в соответствии с характеристиками источника язвенного кровотечения.

Пациенты, поступившие в период с 2008 по 2009 гг. (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 2009 по 2010 г. (87 больных), составили основную группу. В данной группе оценка факторов риска рецидива кровотечения проводилась при поступлении пациентов в стационар и в ходе консервативной терапии после фиброгастродуоденоскопии, при этом лечащим врачом давались конкрет-

ные рекомендации о вероятности развития риска кровотечения.

**Результаты и обсуждение**

Для прогнозирования развития рецидива кровотечения за основу был взят индекс рецидива кровотечения (ИРК), предложенный Лебедевым Н.В., Климовым А.Е. [3]. 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 использовали шоковый индекс (отношение частоты сердечных сокращений к систолическому давлению), предложенный в 1976 г. М. Алльговерым.

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. Нами дополнительно введены 2 балла по локализации язвы в опасных зонах (язва по малой кривизне желудка и по задней стенке луковицы двенадцатиперстной). 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 [3]. Срок действия прогноза – 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. Всем больным с гастродуоденальными кровотечениями проводилась полноценная гемостатическая, кардиотропная терапия с проведением динамических фиброгастродуоденоскопий. В ходе лечения при сумме баллов ИРК от 1 до 12 производилось только консервативное лечение, от 13 до 16 баллов – консервативная гемостатическая терапия в условиях реанимации с эндоскопическим контролем устойчивости гемостаза, при сумме баллов 17 и более выставлялись показания к экстренному оперативному лечению из-за низкой эффективности эндоскопического гемостаза.

Данные каждого больного проспективной группы обрабатывались согласно предложенному индексу ИРК

Таблица 2. Результаты лечения больных с язвенными кровотечениями

Группа	Оперативное лечение	Эндоскопический гемостаз	Консерв. терапия	Летальность	
				абс.	%
Основная	12	57	18	2	2,3
Контрольная	16	44	13	3	4,1

в условиях приемного покоя и выбирался оптимальный вариант лечения (медикаментозное лечение, эндоскопический гемостаз, экстренная операция, срочная операция после предоперационной подготовки). При этом целью операции являлось, во-первых, остановка кровотечения и спасение жизни больного, и, во-вторых, излечение его от язвенной болезни. Установлено, 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 в кардиальном отделе желудка, при отсутствии тяжелых сопутствующих заболеваний. 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.

Известно, что одним из основных критериев в хирургическом лечении острых гастродуоденальных кровотечений являются показатели общей летальности. Результаты лечения и летальность больных с язвенными кровотечениями представлены в таблице 2.

Из таблицы 2 видно, что использование предлагаемого подхода ведения больных с гастродуоденальными

кровотечениями позволило снизить общую летальность с 4,1 до 2,3%.

Доказательством практического значения предлагаемой методики являются исходы лечения: удалось снизить общую летальность с 4,1 до 2,3%. Таким образом, разработанный метод позволяет быстро и объективно оценить вероятность развития рецидива гастродуоденального кровотечения и выбрать оптимальную лечебную тактику, исходя из тяжести состояния больного.

## Выводы

1. Оптимальная тактика ведения больных с гастродуоденальными кровотечениями определяется тяжестью состояния больного, устойчивостью эндоскопического гемостаза и расчетом индекса рецидива кровотечения в первые часы поступления больного в хирургический стационар.

2. Хирургическое лечение выполняется по строгим показаниям при высоком более 17 баллов индексе рецидива кровотечения. ■

*А.Г. Хасанов, И.Ф. Суфияров, С.Х. Бакиров, А.Р. Мусин, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Автор, ответственный за переписку - А.Р. Мусин, 8-927-927-00-87; e-mail: Azam-Mus@mail.ru*

## Литература:

1. Белоусов, Е.Л. Клинические, лабораторные и инструментальные предикторы гастродуоденальных кровотечений у больных пожилого возраста, страдающих язвенной болезнью / Е.Л. Белоусов // Воен.-мед. журн. - 2006. - Т. 327, ц 12. - С. 33.
2. Горбашко, А.И. Диагностика и лечение кровопотери / А.И. Горбашко - М.: Медицина. 1982. - 224 с.
3. Лебедев, Н.В. Прогноз рецидива кровотечения из гастродуоденальных язв / Н.В. Лебедев, А.Е. Климов, Т.В. Бархударова // Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова. - 2009. -ц2. - С. 32-34.
4. Лобанков, В.М. Хирургия язвенной болезни на рубеже XXI века / В.М. Лобанков // Хирургия. - 2005. - ц 1. - С. 58-64.
5. Современные подходы к лечению кровотечений из острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки / И.Г. Джитава [и др.] // Воен.-мед. журн. - 2010. - Т. 331, ц 10. - С. 67-70.
6. Тимен, Л.Я. Новый подход к лечению симптоматических гастродуоденальных язв / Л.Я. Тимен, А.И. Черепанин, С.В. Стоногин // Воен.-мед. журнал. - 2000. - ц 12. - С. 53-55.
7. Ярема И.В., Хирургия язвенной болезни желудка / И.В. Ярема, Б.М. Уртаев, Л.А. Ковальчук // М.: Медицина. - 2004. - 304 с.
8. Freston, J.W. Management of peptic ulcers: emerging issues / J.W. Freston // World J. Surg. - 2000. -Vol 24, ц 3. - P. 250-255.