



В. В. Бойко,
И. В. Криворотько,
В. Г. Грома

ГУ «Институт общей
и неотложной хирургии
им. В. Т. Зайцева НАМН
Украины» г. Харьков

© Коллектив авторов

РЕЗУЛЬТАТЫ И ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ЯЗВЕННЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 15 ЛЕТ

Резюме. Проведен ретроспективный анализ изменений основных статистических показателей стационарного лечения больных с язвенными кровотечениями за последние 15 лет за два пятилетних периода – с 2001 по 2005 г. и с 2011 по 2015 г. в отделении неотложной хирургии органов брюшной полости ДУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В. Т. Зайцева НАМНУ». За прошедшие 15 лет отмечено некоторое снижение показателя общей летальности с 10,8 до 8,42 %, при том, что за этот период существенно снизилась послеоперационная летальность – с 4,6 до 2,2 %. На фоне снижения количества больных с язвенными кровотечениями (39,3 % по сравнению с 51,2 %) от общего числа больных с ОЖКК, а также несмотря на увеличение частоты применения методов эндоскопического гемостаза, стабильными сохраняются показатели летальности в группе пожилых больных.

Ключевые слова: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и желудка, острые кровотечения, анализ.

Введение

В последние годы отмечаются различные, иногда противоположные тенденции в плане распространенности острых желудочно-кишечных кровотечений (ОЖКК) в Европе и мире. В Украине частота кровотечений при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и желудка за период с 2003 по 2010 г. выросла с 42,3 до 46,4 на 100 тыс. населения, в то время как в некоторых странах Евросоюза и США отмечается тенденция к уменьшению [1, 2]. Гендерные особенности гастроинтестинальных кровотечений в мире имеют сходные черты: у мужчин данное осложнение встречается в два раза чаще, хотя показатель смертности фиксируется на одинаковых значениях для обоих полов. Средний возраст пациентов с ОЖКК в странах Евросоюза и США в последнее время увеличился, тогда как в Украине подобная тенденция не отмечается, что, вероятно, связано с увеличением продолжительности жизни в развитых странах и, соответственно, увеличением распространенности коморбидных состояний, способных провоцировать развитие ОЖКК. Так, уровень смертности с возрастом пациента увеличивается с 3 % в возрасте 21-30 лет и до 14 % у пациентов возрастной группы 70-80 лет [5]. Несмотря на увеличение частоты применения эндоскопического и эндоваскулярного гемостаза, а также расширения спектра медикаментозной терапии при ОЖКК, стабильным остаётся уровень общей летальности (около 10 %), при возникновении рецидива кровотечения частота неблагоприятных исходов лече-

ния резко возрастает: общая летальность достигает 15, а послеоперационная – 40 % [3, 4].

Цель исследования

В работе изучены изменения демографических показателей и результатов лечения больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями язвенной этиологии, находившихся на лечении в центре желудочно-кишечных кровотечений ДУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В. Т. Зайцева НАМНУ», г. Харьков за последние 15 лет, с 2001 по 2015 год.

Результаты исследований и их обсуждение

В основу работы положен ретроспективный анализ основных статистических показателей стационарного лечения больных за два пятилетних периода – с 2001 по 2005 год и 2011 по 2015 годы в отделении неотложной хирургии органов брюшной полости ДУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В. Т. Зайцева НАМНУ», оказывающем неотложную круглосуточную помощь больным с острыми желудочно-кишечными кровотечениями.

Всего больных, поступивших на лечение с ОЖКК в различные пятилетние периоды было отмечено практически одинаковое количество – 2980 в первый пятилетний период (2001-2005) и 2964 во второй пятилетний период (2011-2015).

Основные статистические показатели результатов лечения больных с ОЖКК язвенного генеза представлены в таблице 1.

Таблиця 1

Основные статистические показатели результатов лечения больных с ОЖКК язвенного генеза за 2001-2005 и 2011-2015 г. в ДУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В. Т. Зайцева НАМНУ»

Показатели / Период исследования	2001-2005 г	2011-2015 г
Общее количество больных с ОЖКК	2980	2964
Количество больных с ОЖКК язвенного генеза	1526	1165
% больных с язвенными ОЖКК	51,2	39,3
Соотношение ЯБ ДПК/ЯБЖ	3,1/1	3,2/1
Эндоскопический гемостаз	201	316
Средний возраст больных, лет	58,3	63,1
Средний возраст оперированных больных, лет	53,2	54,1
Больные с ОЖКК III ст., %	30,2	30,3
Рецидив кровотечения, %	10,7	7,9
Эндоскопический гемостаз	201	306
Общая летальность	10,8	8,48
Оперативная активность, %	17,1	10,2

К основным этиологическим причинам острых желудочно-кишечных кровотечений относились следующие: больные с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и желудка, острыми эрозивными заболеваниями верхнего отдела ЖКТ, кровотечениями при синдроме Меллори–Вейса, Дъелафуа, а также портальной гипертензии, кровотечениями из опухолей верхнего и нижнего отделов ЖКТ, артериовенозных мальформаций пищеварительного тракта, тромбо-геморрагических синдромах, гемобилии и другие. Однако среди них за прошедшие 10 лет отмечено достоверное снижение как общего количества, так и процентного соотношения больных с кровотечениями язвенной этиологии – 1526 в первый период (51,2 % от общего количества больных с ОЖКК) и 1165 во второй период (39,3 % от общего числа больных с ОЖКК). Больные с дуоденальными язвенными кровотечениями поступали в 3 раза чаще больных с желудочными язвами, соотношение их за прошедшие 15 лет практически не изменилось (3,1/1 по сравнению с 3,2/1), однако средний возраст поступивших больных изменился достоверно, на 8,4 %, составляя соответственно 63,1 года по сравнению с 58,3 в период с 2001-2005 г.

Процент больных с ОЖКК тяжелой степени (более 30 % ОЦК) за анализируемый период времени также не изменился, составляя примерно треть больных от общего числа больных с язвенными кровотечениями.

Классификации степени тяжести ОЖКК отличаются значительным разнообразием, однако в Украине наиболее часто применяются классификации В. Д. Братуся, А. И. Горбашко, А. А. Шалимова (1972), согласно которым выделяют три степени кровотечения в зависимости от объема перенесенной кровопотери

и общего состояния больного. Легкая (1 степень) – субъективные и объективные признаки острого малокровия отсутствуют или выражены незначительно, дефицит ОЦК до 20 %, гемоглобин не ниже 100 г/л, ЧСС до 90-100 в минуту, АД в норме. Средняя (2 степень) – отчетливые общие симптомы кровопотери, дефицит ОЦК от 20 до 29 %, гемоглобин от 100 до 80 г/л, ЧСС до 120 в минуту, АД не ниже 80 мм рт. ст. Тяжелая (3 степень) – выраженные общие симптомы кровопотери вплоть до отсутствия сознания, состояние геморрагического шока, дефицит ОЦК 30 % и более, гемоглобин меньше 80 г/л, ЧСС больше 120 в минуту, АД менее 80 мм рт. ст. Важным показателем состояния больного при кровотечении является не только объем, но и темп кровопотери. Кровотечение с быстрой кровопотерей сопровождается коллапсом, а медленная кровопотеря при том же объеме может и не сопровождаться симптоматикой. Выделяют медленную (до 100 мл/ч), замедленную (100-300 мл/ч) и быструю (более 300 мл/ч) кровопотерю. До настоящего времени как в Украине, так и в мире, к сожалению, отсутствуют сведения о возможности оценки скорости кровопотери при ОЖКК, различается лишь «профузное» кровотечение с выделением малоизмененной крови из прямой кишки, которое в большинстве случаев является фатальным вследствие развития геморрагического шока.

Важным и прогностически неблагоприятным является возникновение повторного кровотечения в стационаре, которое требует либо повторного эндоскопического гемостаза, либо при его неэффективности – оперативно-го лечения. За прошедшие 10 лет показатели рецидивов кровотечения при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и желудка несколько уменьшились, однако до сих пор составляют неутешительную цифру в 7,9 % по сравнению с прошлым периодом в 10,7 %. При этом увеличилось число больных с произведенным эндоскопическим гемостазом (201 и 316), эффективность которого составила 94 и 95 % соответственно.

В работах Европейских исследователей используется разделение пациентов на группы высокого и низкого риска для оценки возможного рецидива кровотечения и летальности при ОЖКК язвенного генеза. На догоспитальном этапе используется преэндоскопическая шкала Glasgow-Blathford и шкала Rockall, в которой учитываются возраст, данные гемодинамики и степени местного гемостаза для оценки риска повторного кровотечения и смерти. Также разрабатываются другие модификации шкал, наиболее известной из которых является C-WATCH. В США после госпитализации по-



добную оценку проводят по шкале Blatchford, в которой дополнительно учитываются лабораторные показатели. По данной шкале, помимо оценки вероятной смертности пациента, уточняется возможный объем оперативных и эндоскопических вмешательств.

Известно, что в 85-90 % случаев больные с ОЖКК язвенной этиологии поступают в хирургические стационары уже со спонтанно остановившимся кровотечением. В 10-15 % случаев при выполнении эндоскопии отмечается продолжающееся кровотечение в виде артериальной струи либо просачивание крови с поверхности язвенного дефекта или из-под сгустка крови. В таких случаях госпитализация больного осуществляется в реанимационное отделение с немедленным началом интенсивной противошоковой и гемостатической терапии. Однако на результаты лечения существенно влияет не только своевременное восполнение ОЦК, назначение коагулянтов и противоязвенная терапия, но и риск рецидива кровотечения в стационаре, которое удваивает и даже утраивает летальность, а также является показанием для выполнения эндоскопического гемостаза, а при его неэффективности – оперативного вмешательства. В этом плане удобной является классификация степени гемостаза при язвенной болезни, предложенная J. Forrest (1974) и модифицированная Никишаевым Н. И. (1997), которую используют для стратификации рисков рецидива кровотечения и определения тактики лечения ОЖКК. Так, согласно этой классификации, существует три степени риска желудочно-кишечного кровотечения – высокая, средняя и низкая (1, 2 и 3 степени риска).

I группа – пациенты с продолжающимся кровотечением (стигмы F1a, F1b, F1x). Этой категории больных после эндоскопического гемостаза, проводят восполнение ОЦК с помощью кристаллоидных растворов и компонентов крови, с последующей гемостатической терапией и эндоскопическим мониторингом. При высоком риске раннего кровотечения проводят повторное эндоскопическое вмешательство. Максимальную эффективность (100 %) в случае продолжающегося кровотечения имеют механические методы эндоскопического гемостаза (клипирование, лигирование), при этом частота рецидива не превышает 2 %. Однако в ряде случаев их применение ограничено («неудобная» локализация язвы или язвенный стеноз, непроходимый для эндоскопа). Термические методы (электрокоагуляция, аргоноплазменная коагуляция, радиочастотная коагуляция, тепловой зонд) позволяют достичь гемостаза в 96,6-100 % случаев, но вследствие достаточно глубокого некроза тканей увели-

чивается риск рецидива (частота рецидива составляет 4,3-12 % в зависимости от вида стигм кровотечения).

II группа – пациенты со стигмами спонтанно остановившегося кровотечения, но нестабильным гемостазом (F1IA, F1IB, F1IC) – риск развития раннего рецидива кровотечения до 25 %. В данной группе применяют эндоскопический гемостаз для профилактики раннего рецидива кровотечения.

III группа – пациенты со спонтанно остановившимся кровотечением (стигмы F1II) и отсутствием признаков кровотечения – невысокий риск развития раннего рецидива кровотечения (3-10 %). Необходимость проведения эндоскопического или оперативного вмешательства для профилактики раннего рецидива кровотечения решается индивидуально.

При неэффективном эндоскопическом гемостазе рассматривают вопрос об экстренной операции на высоте кровотечения. Структура проводимых операций на разных уровнях оказания медицинской помощи в Украине существенно отличается. Если в областных больницах и специализированных центрах предпочтение отдают органосохраняющим и органощадящим оперативным вмешательствам, то на уровне районных больниц – резекционным оперативным вмешательствам. Например, в Украине среди оперативных вмешательств, проводимых при кровоточащих язвах двенадцатиперстной кишки на уровне ЦРБ, частота применения резекционных методов составляет до 60 %. В то же время в условиях Киевского городского центра желудочно-кишечных кровотечений за последние 10 лет резекционные методы лечения при дуоденальной локализации кровоточащей язвы были применены только у 6,2 % оперированных пациентов.

В структуре операций при язвенном кровотечении, выполнявшихся в ДУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В. Т. Зайцева НАМНУ», в период 2001-2005 и в период 2011-2015 г., подавляющее большинство операций (65 и 71 % соответственно) представляло собой иссечение язвенного субстрата с одним из видов ваготомии, что подразумевает собой не только остановку кровотечения, но и избавление пациента от язвенной болезни. Резекционные методы оперативного лечения выполняли в 5,2 и 4,7 % случаев соответственно и только при «гигантских» язвах двенадцатиперстной кишки либо как исключение при язвах желудочной локализации. Ваготомию не производили либо в пожилом возрасте пациента (более 60 лет), либо при невозможности стабилизировать гемодинамику во время операции.

В плане анализа эффективности оперативных вмешательств при язвенной болезни, ос-

ложненной ОЖКК, заслуживает внимания сравнение динамики оперативных пособий и изменение летальности в группе оперированных и неоперированных больных (табл. 2).

Таблица 2

Анализ летальности при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной ОЖКК

Показатели / Периоды исследования	2001-2005	2011-2015
Общая летальность	10,8	8,48
Послеоперационная летальность	3,6	2,2
Средний койко-день при общей летальности	2,3	1,6
Досуточная летальность, %	30,4 %	32,5 %
Послеоперационный койко-день при послеоперационной летальности	2,8	2,3
Средний возраст умерших «общая летальность»	80,2	83,1

Так, за прошедшие 15 лет отмечено некоторое снижение показателя общей летальности с 10,8 до 8,42 %, при том, что за этот период существенно снизилась послеоперационная летальность – с 4,6 до 2,2 %. Оценивая средний койко-день, проведенный больным в группе «общая летальность» и после операции в группе «послеоперационная летальность» становится ясно, что причинами летальных исходов в подавляющем большинстве случаев были явления декомпенсированного геморрагического шока и последовавшая за ним полиорганная дисфункция в кратчайшие сроки. Так, практически каждый третий случай летальности при язвенном кровотечении относился к группе «досуточная летальность», а средний (!) возраст умерших превышал 80 лет как за период 2001-2005, так и в последние годы. Койко-день при послеоперационной летальности составил 2,8 и 2,3 дня соответственно.

Детальный анализ летальности при язвенных кровотечениях за период с 2011 по 2015 г. представлен в виде диаграммы на рис.

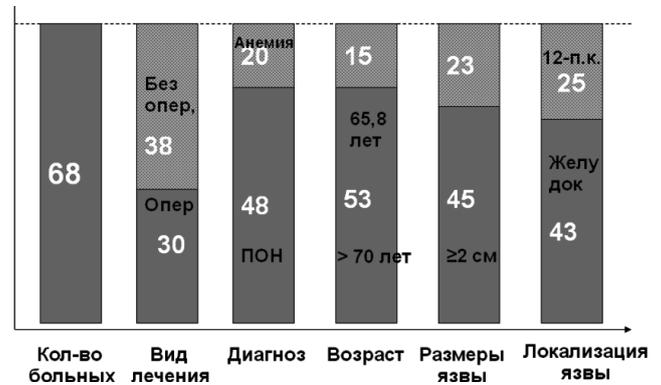


Рис. Анализ летальных случаев при острых желудочно-кишечных кровотечениях язвенной этиологии за период с 2011 по 2015 г.

Из диаграммы видно, что средний возраст умерших больных как в группе оперированных (30 больных), так и неоперированных больных (38 пациентов) составил 65,8 лет, при том, что подавляющее большинство умерших (53 из 68 больных или 78 %) было в возрасте более 70 лет с наличием преимущественно язвы крупных размеров (более 2 см – 66,2 %) желудочной локализации (68 % больных), осложненной полиорганной недостаточностью (ПОН).

Выводы

Таким образом, проблема улучшения эффективности лечения больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями язвенной этиологии сконцентрирована сейчас в области эффективного лечения самой язвенной болезни согласно многочисленным международным консенсусам, а также в оперативном лечении осложненной язвенной болезни у лиц в более молодом возрасте, которые через 15-20 лет могут составить группу риска летальности от последствий острого желудочно-кишечного кровотечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Еволюція тактичних підходів до вибору хірургічного лікування ускладнених форм виразкової хвороби / П. Д. Фомін, В. Д. Братусь, В. І. Нікішаєв, М. В. Щербіна // Шпитальна хірургія.— 2005.— № 1.— С. 189–194.
2. Зайцев В. Т. Хирургическое лечение больных с язвенным желудочно-кишечным кровотечением и сопутствующим сахарным диабетом // В. Т. Зайцев, В. В. Бойко, Б. И. Пеев // Клиническая хирургия. — 1994. — № 6. — С. 35–39.
3. A novel easy-to-use prediction scheme for upper gastrointestinal bleeding Cologne-WATCH (C-WATCH) risk score / V. Hoffman, H. Neubauer, J. Heinsler [et al.] // Medicine (Baltimore). — 2015. — Vol. 94. — P. 1614–1620.
4. Comparison of the Glasgow-Blatchford and AIMS65 scoring systems for risk stratification in upper gastrointestinal bleeding in the emergency department / E. Yaka, S. Uilmaz, N. O. Dogan, M. Pekdemir // Acad. Emer. Med. — 2015. — Vol. 22 (1). — P. 22–27.
5. Risk factors for rebleeding and death from peptic ulcer in the very elderly / L. W. Chow, P. Gertsch, R. T. Poom, F. J. Branicki // Brit. J. Surg. — 2008. — Vol. 85, N 1. — P. 121–124.



РЕЗУЛЬТАТИ ТА
ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ
ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ
ВИРАЗКОВИХ ШЛУНКОВО-
КИШКОВИХ КРОВОТЕЧ ЗА
ОСТАННІ 15 РОКІВ

*V. V. Boyko,
I. V. Krivorotko,
V. G. Groma*

Резюме. Проведено ретроспективний аналіз зміни основних статистичних показників стаціонарного лікування хворих з виразковими кровотечами за останні 15 років за два п'ятирічних періоди – з 2001 по 2005 рік та з 2011 по 2015 роки у відділенні невідкладної хірургії органів черевної порожнини ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМНУ». За минулі 15 років відзначено деяке зниження показника загальної летальності з 10,8 до 8,42 %, при тому, що за цей період істотно знизилася післяопераційна летальність – з 4,6 до 2,2 %. На тлі зниження кількості хворих з виразковими кровотечами (39,3 % в порівнянні з 51,2 %) від загальної кількості хворих з ГШКК, а також, незважаючи на збільшення частоти застосування методів ендоскопічного гемостазу, стабільними зберігаються показники летальності в групі хворих похилого віку.

Ключові слова: виразкова хвороба дванадцятипалої кишки і шлунка, гострі кровотечі, аналіз.

RESULTS AND
PROBLEMATIC ISSUES
OF THE TREATMENT
OF ACUTE ULCERATIVE
GASTROINTESTINAL
BLEEDING IN THE LAST
15 YEARS

*V. V. Boyko, I. V. Krivorotko,
V. G. Groma*

Summary. A retrospective analysis of the changes in the main statistical indicators of hospital treatment of patients with bleeding ulcer in the past 15 years for two five-year period — from 2001 to 2005 and 2011 to 2015 in the department of emergency surgery of « Institute of General and Urgent Surgery V.T.Zaytsev NAMS Ukraine» is performed. Over the past 15 years have seen a decline in the total mortality from 10.8 to 8.42 %, despite the fact that during this period significantly reduced postoperative mortality — from 4.6 to 2.2 %. With the reduction in number of patients with ulcerative hemorrhage (39.3 % compared to 51.2 %) of the total number of patients with GIB, and despite the increase in frequency of use of endoscopic hemostasis, mortality rates remain stable in a group of elderly patients.

Key words: duodenal and gastric peptic ulcer bleeding, retrospective analysis.