



РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ.

Г.Н. Райимов

Ферганский медицинский институт общественного здоровья.

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

Актуальность. В последние годы отмечаются различные, иногда противоположные тенденции в плане распространенности острых желудочно-кишечных кровотечений (ОЖКК) в Европе и мире. Так, уровень смертности с возрастом пациента увеличивается с 3 % в возрасте 21-30 лет и до 14 % у пациентов возрастной группы 70-80 лет. 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 лечения резко возрастает: общая летальность достигает 15, а послеоперационная – 40 %.

Цель исследования. Ретроспективный анализ хирургического лечения больных с острыми желудочными кровотечениями для улучшения эффективности лечения.

Материалы и методы исследования. В работе изучены изменения демографических показателей и результатов лечения больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями язвенной этиологии, находившихся на лечении в 1-экстренном абдоминальном хирургическом отделении Ферганского филиала РНЦЭМП в период с 2010 по 2020 гг.

Результаты исследований и их обсуждение. В основу работы положен ретроспективный анализ основных статистических показателей стационарного лечения больных за два пятилетних периода – с 2011 по 2015 год и 2016 по 2020 годы в отделении 1-неотложном абдоминальном хирургическом отделении Ферганского филиала РНЦЭМП, 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 – 593 в первый пятилетний период (2010-2015) и 584 во второй пятилетний период (2016-2020).

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 10 лет практически не изменилось, однако средний возраст поступивших больных изменился достоверно, на 8,4 %, составляя соответственно 63,1 года по сравнению с 58,3 в период с 2010-2015 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 наиболее часто применяют 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, 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 – оперативного 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 подобную 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 3%. 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 увеличивается 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 (FIIA, FIIB, FIIC) – 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 FIII) 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. 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 городских больниц желудочно-кишечных кровотечений за последние 10 лет резекционные методы лечения при дуоденальной локализации кровоточащей язвы были применены только у 7,3% оперированных пациентов. В структуре операций при язвенном кровотечении, выполнявшихся в отделении 1-экстренной абдоминальной хирургии ФФРНЦЭМП, в период 2010-2015 и в период 2016-2020 гг., 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 % случаях 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, осложненной ОЖКК, заслуживает внимания сравнение динамики оперативных пособий и изменение летальности в группе оперированных и неоперированных больных. Так, за прошедшие 10 лет отмечено некоторое снижение показателя



общей летальности с 15,7 до 11,5%, 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 2010-2015, так и в последние годы. Койко-день при послеоперационной летальности составил 3,6 и 5,2 дня соответственно. Из анализа летальных случаев при острых желудочно-кишечных кровотечениях язвенной этиологии за период с 2011 по 2015 гг. видно, что средний возраст умерших больных как в группе оперированных (37 больных), так и неоперированных больных (36 пациентов) составил 67,5 лет, при том, что подавляющее большинство умерших (57 из 68 больных или 79 %) 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, проведенные исследования свидетельствуют о том, что проблема улучшения эффективности лечения больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями язвенной этиологии сконцентрирована сейчас в области эффективного лечения самой язвенной болезни, а также в оперативном лечении осложненной язвенной болезни у лиц в более молодом возрасте, которые через 10-15 лет могут составить группу риска летальности от последствий острого желудочнокишечного кровотечения.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ 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. Rayimov, G. N. (2021). Experience of using Minimally Invasive Interventions in Patients with Closed Trauma of the Abdominal Organs. *CENTRAL ASIAN JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES*, 2(6), 349-352.
3. 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.





4. A novel easy-to-use prediction scheme for upper gastrointestinal bleedingCologne-WATCH (C-WATCH) risk score / V. Hoffman, H. Neubauer, J. Heinsler [et al.] // *Medicine (Baltimor)*. — 2015. — Vol. 94. — P. 1614–1620.

5. Rayimov, G. N. (2021). Experience of using Minimally Invasive Interventions in Patients with Closed Trauma of the Abdominal Organs. *CENTRAL ASIAN JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES*, 2(6), 349-352.

6. 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.

7. Rayimov, G. N., Tillaboldiyev, A. R., Saloxiddinov, N., & Sh, D. S. (2022). Actical Errors in Surgical Treatment of Strengthened Abdominal Hernias. *The Peerian Journal*, 5, 130-135.

8. 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.