

Летальность при гастродуоденальных кровотечениях

Б.А. Магрупов, Ю.Р. Маликов, Г.М. Амонов

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
(генеральный директор – профессор А.М. Хаджибаев), Ташкент, Республика Узбекистан
Министерство здравоохранения Республики Узбекистан

В обзоре отмечено, что проблема язвенных кровотечений постоянно находится в центре внимания хирургов. Лечебная тактика при язвенном кровотечении остается дискуссионной. По-прежнему некоторые хирурги остаются на позиции активно-выжидательной тактики, другие исследователи придерживаются более активной позиции и стремятся к выполнению операции в ближайшие часы после поступления больного в клинику. Проведенный анализ летальности позволил в ряде наблюдений выявить диагностические и тактические ошибки. Среди хирургических причин летальных исходов наиболее часто отмечается несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки (ДПК) либо гастроэнтероанастомоза. Анализ литературы показывает, что в большинстве наблюдений расширение показаний к оперативному лечению и повышение хирургической активности согласуется с уменьшением числа опасных осложнений болезни и снижением летальности.

Язвенная болезнь желудка и ДПК во всем мире является широко распространенным заболеванием. Приводимые в специальной литературе конца XX века статистические данные свидетельствуют о миллионах больных в экономически развитых странах, подчеркивая тенденцию к росту заболеваемости этим недугом. По мнению ведущих гастроэнтерологов мира, язвенная болезнь (ЯБ) представляет собой национальную проблему [15, 18, 27, 36].

Если в экономически развитых странах за 90-е годы XX века актуальность этой проблемы существенно снизилась, то страны СНГ переживают, без преувеличения, эпидемию осложненных форм ЯБ. С одной стороны, современная медицина предлагает теоретические возможности почти полного перевода проблемы в разряд терапевтических, с другой – на постсоветском пространстве имеется резкий рост количества перфоративных и кровоточащих язв, а в ряде регионов и язвенных стенозов [18].

Несмотря на достижения современной неотложной хирургии, кровотечения из язв желудка и ДПК остаются одной из наиболее сложных

проблем, требующих пристального внимания. Кровотечения из желудочных и дуоденальных язв занимают первое место в структуре смертности от ЯБ и намного превосходят по этому показателю другое осложнение – язвенную перфорацию [4, 9, 12, 25, 28, 39, 40].

В последние годы большинство хирургов, занимающихся лечением желудочно-кишечных кровотечений, придерживаются активно-индивидуализированной тактики, при которой больного с высоким риском рецидива кровотечения оперируют в срочном порядке до наступления рецидива кровотечения [7, 21, 40]. В хирургии существует принцип: операция должна идти впереди осложнений. Как нельзя больше он применим к ЯБ. Своевременно выполненная операция предупреждает не только возможную инвалидизацию больного, но и развитие угрожающих жизни осложнений [8, 22, 25].

В исследованиях последних лет среди значимых факторов риска развития кровотечения из верхнего этажа желудочно-кишечного тракта рассматриваются обсемененность *Helicobacter pylori* и прием нестероидных противовоспалительных

тельных препаратов (НПВП). Персистенция *H. pylori* в слизистой оболочке желудка и ДПК существенно повышает риск развития ЯБ и ее осложнений [5, 17, 31, 41, 42].

Летальность после любого вмешательства зависит, прежде всего, от числа оперированных пациентов с высоким риском фатального исхода. Без этой информации сравнение результатов, полученных разными авторами при паллиативных и радикальных операциях, некорректно. По имеющимся в настоящее время данным литературы при отсутствии факторов риска летальность после простого ушивания и радикальных операций практически одинакова и не превышает 2% [16, 23, 24, 26, 39, 43].

На рубеже XXI века хирурги отдают предпочтение органосберегающим методам лечения язвенной болезни — различным вариантам ваготомии, иногда в сочетании с экономной резекцией. Эти оперативные вмешательства, выполненные технически грамотно, высококачественно, обеспечивают оперированным пациентам высокое качество жизни [15, 33].

Хирургическая тактика у больных с желудочно-кишечными кровотечениями язвенной этиологии однозначна — оперативное вмешательство в первые часы поступления больного. До настоящего времени в клинической практике не существует единых принципов лечения больных с дуоденальными язвенными кровотечениями, в результате которого летальность повсеместно остается высокой и составляет 20% и более. Главной причиной этого является отсутствие четких рекомендаций относительно показаний, сроков выполнения операций и показаний к различным хирургическим способам в зависимости от источника кровотечения и тяжести кровопотери [6, 10, 22, 32].

Для определения тактики лечения больных с гастродуоденальным кровотечением язвенной этиологии необходимо ориентироваться на такие факторы, как тяжесть состояния больного, интенсивность и степень кровопотери, а самое главное — на результаты экстренной фиброскопии, которая позволяет не только визуализировать источник кровотечения, но и конкретизировать локализацию язвы, ее размеры, калибр сосуда на дне язвы и интенсивность кровотечения [11, 20, 34]. Важное значение в исходе операции у этой категории больных имеет время, прошедшее от начала кровотечения.

Применение активно-индивидуализированной тактики лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями позволяет

детализировать показания к экстренным, срочным и отсроченным операциям, что определяет оптимальные сроки и объем выполнения операций. Анализ результатов оперативных вмешательств показал [20, 33], что при локализации язвы в желудке радикальные резекционные способы являются наиболее оптимальными, но они должны выполняться со строгим учетом тяжести состояния больного, а также степени операционно-анестезиологического риска и квалификации хирурга [24, 32].

На современном этапе развития желудочной хирургии при лечении пилородуоденальных язвенных стенозов, особенно в суб- и декомпенсированных стадиях (с выраженным гастростазом), предпочтение отдается резекции двух третей желудка, в основном, по Бильрот II [23]. Для хирургической коррекции пилородуоденальных язвенных стенозов была разработана и внедрена в практику новая операция — селективная дистальная ваготомия с резекцией средней трети желудка в сочетании с дренирующими желудок операциями, которая сочетает в себе положительные качества как ваготомии, так и резекции желудка (надежность излечения от язвенной болезни), но лишена недостатков последней.

Хирургические причины летальности (недостаточность культуры ДПК, гастродуодено- или энтероанастомозов) при атипичных дуоденальных язвах наблюдаются в два раза чаще, чем при обычных дуоденальных язвах, — 12,8 и 6,5% соответственно [29, 37].

Кровотечения язвенной этиологии значительно чаще встречаются при дуоденальной локализации язвы, чем при желудочной. Однако при язве желудка, особенно у лиц старше 60 лет, кровотечение сопровождается более тяжелым клиническим течением и часто приводит к летальному исходу. Причиной смерти у большинства больных являются необратимые изменения в органах и тканях, развивающиеся в результате продолжительной кровопотери и постгеморрагической анемии. Развитию последних способствуют длительное консервативное лечение, которое не всегда бывает полноценным, запоздалое оперативное вмешательство при продолжающемся кровотечении неясного генеза, слишком позднее оперативное вмешательство при кровотечении язвенной этиологии и безуспешности консервативного лечения [2, 19, 30].

Среди хирургических причин летальных исходов наиболее часто (27,3%) отмечается несостоятельность культуры ДПК либо гастроэнтероанастомоза [27].

Чаще к смертельному исходу после операций приводят хирургические осложнения (перитонит, несостоятельность швов, кровотечение и т. д.), наблюдающиеся у 64,5% больных. Остальные больные умирают от таких осложнений, как пневмония, сердечно-легочная недостаточность [14]. Основной причиной смерти больных с острым желудочно-кишечным кровотечением язвенного генеза, леченных консервативными методами, является продолжающееся кровотечение, в связи с чем вполне правомочен вопрос о расширении показаний к неотложным операциям [1, 3, 13, 29].

Проблема язвенных кровотечений постоянно находится в центре внимания хирургов, широко и всесторонне освещается в многочисленных публикациях. Вместе с тем лечебная тактика при язвенном кровотечении остается дискуссионной. По-прежнему некоторые хирурги выбирают активно-выжидательную тактику, которая в значительной степени себя скомпрометировала. Другие исследователи придерживаются более активной позиции и стремятся к выполнению операции в ближайшие часы после поступления больного в клинику до возобновления кровотечения [21]. Хирургическая тактика основывается на том, что при наличии хронической язвы желудка или ДПК, осложненной кровотечением, в подавляющем большинстве случаев показано оперативное вмешательство.

За последние десятилетия отмечается неуклонный рост количества осложнений ЯБ ДПК и желудка. Одной из возможных причин такого прогрессивного роста является нерегулярность проводимого населением противоязвенного лечения, дороговизна препаратов и другие социальные проблемы. Несмотря на множество научных изысканий, далека от решения проблема лечения раннего рецидива язвенного кровотечения, который повышает летальность как оперативного, так и консервативного лечения в 2–6 раз, в связи с чем показатель послеоперационной летальности достигает 75% [34, 35].

Механизмом, позволяющим улучшать результаты лечения кровотечений из хронических язв желудка и ДПК, является переход от активно-выжидательной к усовершенствованной активно-индивидуализированной тактике, дополненной динамической эндоскопией, эндоскопическим гемостазом и прогнозированием степени риска рецидива. Ключевыми моментами в улучшении показателей лечения данной категории больных являются уменьшение частоты

рецидива и улучшение результатов лечения именно данной группы пациентов [34].

Наиболее частой причиной смерти больных с гастродуоденальным кровотечением является сердечно-сосудистая недостаточность. Она наблюдается как после резекции желудка, так и после выполнения минимальных органосохраняющих пособий. Ведущими причинами развития декомпенсации сердечно-сосудистой системы в послеоперационном периоде являются тактические ошибки. Суть их чаще всего сводится к запоздалому производству операции на высоте кровотечения или неадекватной подготовке больных к хирургическому вмешательству. Корреляции между развитием несостоятельности швов и сопутствующих заболеваний не было выявлено. Основными факторами, ведущими к развитию данного осложнения, были выполнение вмешательства в ночное время и недостаточный технический профессионализм оперировавших хирургов [21].

Наиболее высокой (50%) послеоперационная летальность среди оперируемых на “высоте кровотечения”, по данным Ф.Г. Назырова и соавт. [25], была при злокачественном поражении желудка, обусловленная запущенностью процесса и невозможностью радикального вмешательства. В целом процент экстренно оперируемых больных от общего числа поступивших по поводу кровотечения язвенной этиологии составил 30,7% при послеоперационной летальности, равной 17%.

При кровотечениях неязвенной этиологии эти цифры составляют 41,6 и 41,4% соответственно.

На основании своего тридцатилетнего опыта Ф.Г. Назыров и Ю.И. Калиш [25] показали, что основным фактором запоздалых релапаротомий по поводу послеоперационного перитонита нельзя не признать субъективное желание оттянуть “момент истины” с иллюзорной надеждой, что консервативная терапия поможет избежать повторной операции. Вероятно, через это проходят все хирурги, особенно в первые годы своей работы. В немалой степени этому способствовало отсутствие современных методов ультразвукового исследования, компьютерной томографии и т. д., что имело место в 1975–85 гг. прошлого столетия. Это, безусловно, отразилось на непосредственных результатах выполненных релапаротомий. Общая летальность при них составила 49,6%, а ее доминирующей причиной был продолжающийся распространенный перитонит с полиорганной недостаточностью, сердечно-сосудистые и легочные осложнения.

В последнее время среди госпитализируемых в хирургический стационар больных с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии примерно 30–35% составляют пациенты пожилого и старческого возраста [24]. Установлено, что чем старше возраст больного, тем чаще приходится встречаться с физиологическими и морфологическими изменениями, приводящими к уменьшению резервов и функций органов. Высокая летальность у данной категории больных связана не только с операцией на фоне кровотечения, но и с послеоперационными осложнениями, из которых не последнее место занимают осложнения конкурирующих заболеваний в виде сердечно-легочной недостаточности, пневмонии, острого инфаркта.

Поздняя госпитализация больных и в связи с этим увеличение летальных исходов объясняются поздней обращаемостью и самолечением у 31% оперированных пациентов и диагностическими ошибками на догоспитальном этапе у 35%. У 10% больных при поступлении в хирургический стационар устанавливался неправильный диагноз, что также приводило к задержке оперативного вмешательства. Кроме того, у 25% больных, оперированных в районных больницах, имела место задержка операции — до 8 ч по организационным причинам (вызов консультанта, операционной бригады, анестезиолога) [28, 39].

Проведенный анализ летальности позволил в ряде наблюдений выявить диагностические и тактические ошибки, которые могли существенно повлиять на исход заболевания. В подавляющем большинстве наблюдений допущенные ошибки были обусловлены трудностями диагностики и выбора лечебной тактики. В то же время предложено достаточно большое количество вариантов расчетов степени риска рецидива кровотечения [24, 34] и соответственно ей хирургической тактики. Однако они не находят своего практического применения либо простого нежелания врачей заниматься какими-то либо математическими расчетами.

Согласно данным литературы в современной хирургии язвенных кровотечений сохраняется немало проблем. Это касается диагностики, выбора рациональной лечебной тактики, совершенствования хирургического инструментария и оперативных приемов, помощи оперированным в отдаленные сроки. Направлений дальнейшего научного поиска еще предостаточно. Узловыми в плане существенного влияния на социально значимые результаты лечения представляются вопросы тактические: кого и когда опериро-

вать? Анализ литературы показывает, что в большинстве наблюдений расширение показаний к оперативному лечению и повышение хирургической активности согласуются с уменьшением числа опасных осложнений болезни и снижением летальности.

Таким образом, анализ современной литературы, посвященный кровотечениям из язвы желудка и ДПК и летальности при них, свидетельствует о том, что причины неблагоприятного течения заболевания полиэтиологичны. Летальность зависит от возраста больного, локализации язвы, длительности и объема кровопотери, своевременности и качества оказания медицинской помощи от конкурирующих заболеваний, включая оперативное лечение. В последнем случае важную роль в исходе вмешательства играет квалификация хирурга. Несмотря на большое число работ, посвященных отдельным аспектам рассматриваемой проблемы, комплексного исследования, направленного на оценку оказания медицинской помощи этой категории больных с целью выявления наиболее типичных ошибок, до настоящего времени не проводилось.

Литература

1. Абдуллаев Д.С. Хирургическое лечение медиогастральных язв в сочетании с хронической дуоденальной непроходимостью // Хирургия Узбекистана. 1999. № 4. С. 21–23.
2. Агеев В.А., Пинский С.Б. Причины летальности при острых язвенных гастродуоденальных кровотечениях // Хирургия. 1982. № 12. С. 35–39.
3. Бабаджанов Б.Р., Курьязов Б.Н. К вопросу хирургического лечения язвенной болезни // Хирургия Узбекистана. 2004. № 2. С. 67–68.
4. Бабалич А.К. Хирургическое лечение больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Хирургия. 1999. № 7. С. 19–22.
5. Баженов Л.Г., Калиш Ю.И., Хожиев Д.Я., Артемова Е.В. Значение *Helicobacter pilori* при гигантских дуоденальных язвах // Хирургия Узбекистана. 2000. № 2. С. 23–24.
6. Бачев И.И. Факторы риска осложнений язвенной болезни острым кровотечением и перфорацией // Вестн. хирургии. 1991. № 2. С. 20–23.
7. Горбашко А.И., Рахманов Р.К. Лечение гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии // Тезисы науч. конф. хир. «Острые желудочно-кишечные кровотечения». Иркутск, 1987. С. 52–54.
8. Горбунов В.Н. Язвенная болезнь: когда нужно обращаться к хирургу? // Мед. помощь. 2001. № 3. С. 39–40.
9. Григорьев С.Г., Корытцев В.К. Хирургическая тактика при язвенных дуоденальных кровотечениях // Хирургия. 1999. № 6. С. 20–22.
10. Далимов К.С. Тактика лечения при гастродуоденальных кровотечениях. Новое в диагностике и лечении заболеваний органов пищеварения. Ташкент, 1997. С. 37–38.

11. Джамалов Р.М., Струцкий Л.П., Садыков Х.Т., Маликов Ю.Р. Эндоскопическая диагностика и лечение кровотечений из верхнего отдела пищеварительного тракта // Хирургия Узбекистана. 1999. № 3. С. 34–38.
12. Ефименко Н.А., Лысенко М.В., Астахов В.А. Кровотечение из хронических гастродуоденальных язв: современные взгляды и перспективы лечения // Хирургия 2004. № 3. С. 56–60.
13. Зайцев В.Т., Велигоцкий Н.Н., Дерман А.И. Анализ летальности и пути ее снижения при язвенных желудочно-кишечных кровотечениях у больных старше 60 лет // Клинич. хирургия. 1988. № 4. С. 6–8.
14. Котович Л.Е., Русакович А.М. Летальность при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Здоровоохранение Белоруссии. 1985. № 4. С. 39–42.
15. Кузин М.И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. 2001. № 1. С. 27–32.
16. Курыгин А.А., Перегудов С.И. Спорные вопросы хирургического лечения перфоративных гастродуоденальных язв // Хирургия. 1999. № 6. С. 15–18.
17. Лапина Т.Л. Язвенная болезнь: новые факты – новые вопросы // Арх. патологии. 1998. № 3. С. 63–67.
18. Лобанков В.М. Хирургия язвенной болезни на рубеже XXI века // Хирургия. 2005. № 1. С. 58–64.
19. Магдиев Т.Ш., Кузнецов В.Д., Шпилов В.А., Вензик В.А. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений // Хирургия. 1991. № 3. С. 39–43.
20. Маликов Ю.Р., Хаджибаев А.М., Саидханов Б.А., Болтаев Д.Э. Вопросы хирургической тактики при urgentных осложнениях у больных с заболеваниями оперированного желудка // Хирургия Узбекистана. 1999. № 1. С. 61–63.
21. Мирошников Б.И., Чечурин Н.С. Язвенное гастродуоденальное кровотечение у больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями // Вестн. хирургии. 2000. № 1. С. 106–109.
22. Наврузов С.Н., Юсупбеков А.А. Лечение дуоденального кровотечения язвенной этиологии. Новое в диагностике заболеваний органов пищеварения. Ташкент, 1997. С. 113–115.
23. Назиров Ф.Н. Новая операция при пилородуоденальных язвенных стенозах // Мед. журн. Узбекистана. 1995. № 6. С. 48–50.
24. Назиров Ф.Н., Саламов Т.С., Абдуллаев Ч.Г. Хирургическая тактика при язвенном кровотечении у больных пожилого возраста с сопутствующими заболеваниями // Хирургия Узбекистана. 1999. № 1. С. 77–78.
25. Назыров Ф.Г., Калиш Ю.И. Критические ситуации в абдоминальной хирургии // Хирургия Узбекистана. 2003. № 3. С. 4–5.
26. Оскретков В.И., Вильгельм Н.П. Хирургическое лечение хронической язвы двенадцатиперстной кишки, сочетанной с хронической дуоденальной непроходимостью // Хирургия. 1998. № 3. С. 41–44.
27. Пацырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв // Хирургия. 2003. № 3. С. 43–49.
28. Плешков В.Г., Ладнюк Б.П., Забросов В.С. Анализ летальности при прободных гастродуоденальных язвах // Вестн. хирургии. 1991. № 3. С. 11–13.
29. Сиддилов О.С., Климинский И.В., Ступин В.А. Отдаленные результаты хирургического лечения пилородуоденального стеноза язвенной этиологии в поздней стадии // Мед. журн. Узбекистана. 1985. № 10. С. 16–18.
30. Тараненко Л.Д., Папазов Ф.К., Анишин Н.С. и др. Летальность при язвенных гастродуоденальных кровотечениях и пути ее снижения. // Вестн. хирургии. 1978. № 3. С. 26–29.
31. Ткачев А.В., Пасечников В.Д., Чернов В.Н. и др. Оценка отдаленных результатов эрадикационной терапии и качества жизни у больных язвенной болезнью, осложненной кровотечением или перфорацией // Рос. жур. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 2002. № 6. С. 44–53.
32. Турсунов Б.С., Абдужалилов А.А., Ильясов И.И., Хитаев Б.А. Диагностическая и лечебная тактика гастродуоденального язвенного кровотечения. Новое в диагностике и лечении заболеваний органов пищеварения. Ташкент, 1997. С. 142–144.
33. Хаджибаев А.М., Маликов Ю.Р., Эрметов А.Т. и др. Выбор метода оперативного лечения при кровотечениях из гастродуоденальных язв // Мед. журн. Узбекистана. 2004. № 1. С. 49–53.
34. Хаджибаев А.М., Маликов Ю.Р., Мельник И.В. Диагностика и тактика лечения острых гастродуоденальных язвенных кровотечений // Хирургия Кыргызстана. 2006. № 3. С. 50–53.
35. Хаджибаев А.М., Маликов Ю.Р., Мельник И.В. и др. Хирургическая тактика и лечение рецидивных язвенных кровотечений // Бюл. Ассоциации врачей Узбекистана. 2005. № 3. С. 42–46.
36. Шентулин А.А. Язвенная болезнь – расширять ли показания к хирургическому лечению // Рос. жур. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 2003. № 5. С. 4–6.
37. Юлдашев Ф.Ю., Махмудов И.И., Арслонов М.А., Кодиров З.Л. Наш опыт лечения острых язв желудка, осложненных кровотечением // Хирургия Узбекистана. 2003. № 3. С. 95–96.
38. Blasco C., Petersen R., Cristaldo C. Value of emergency therapeutic endoscopy in gastrointestinal hemorrhage // Acta Gastroenterol. Latinoam. 1996. V. 26. N 4. P. 215–220.
39. Bretagne J.F. Indications therapeutiques dans l'hémorragie des ulcères duodénaux et gastriques // Rev. Prat. 1995. V. 45. N 18. P. 2297–2302.
40. Gon P., Tekant Y. Endoscopic hemostasis of bleeding peptic ulcers // Digestiv. Dis. 1993. V. 11. NN 4–5. P. 216–227.
41. Henriksson A.E., Edman A.C., Nilsson I. et al. Helicobacter pylori and the relation to other risk factors in patients with acute bleeding ulcer // Scand. J. Gastroenterol. 1998. V. 33. P. 1030–1033.
42. Hosking S.W., Yung M.Y., Chung S.C., Li A.C.C. Differing prevalence of Helicobacter in bleeding and non-bleeding ulcers // Gastroenterol. 1992. V. 102. A85.
43. Panos M.Z., Walt R.P. Current management of bleeding peptic ulcer // Drugs. 1993. V. 46. N 2. P. 269–280.

Letality in gastroduodenal bleeding

B.A. Magrupov, Yu.R. Malikov, G.M. Amonov

The review noted that the problem of ulcer bleedings has the permanent attention of surgeons. Medical strategy in ulcerative bleeding remains disputable. As before some surgeons are at the actively waiting position, other researchers are at the active position and tend to perform operation just the patient has been admit ted to clinic. Analysis of letality carried out has been allowed to detect diagnostical and tactic faults in the number of studies. The more frequent unsolvency of duodenum stump or gastroentero anastomosis has been noted in surgical causes of letality.

The review of the literature shows the large extention of diagnostics to surgery and increase surgical activity that is available to diminish the number of dangerous complications of the disease and letal decrease.