

## Прогноз и факторы риска рецидива язвенных гастроуденальных кровотечений

К.Г.КУБАЧЕВ, Д.М.РИЗАХАНОВ

### Rebleeding prognosis and risk factors for gastroduodenal peptic ulcer

K.G.KUBACHEV, D.M.RIZAHANOV

Городская Александровская больница, г. Санкт-Петербург

Учитывая высокую смертность при язвенных гастроуденальных кровотечениях, достигающую 12–15% [4, 8], развитие и повсеместное внедрение малоинвазивных методов диагностики является актуальной задачей современной медицины [3]. В настоящее время большую роль в диагностике и лечении желудочно-кишечных кровотечений играют эндоскопические технологии [6]. В развитых странах, с широким внедрением эндоскопических методик и использованием высокоэффективных антисекреторных препаратов, приведшим к постепенному снижению оперативной активности при кровоточащей гастроуденальной язве, летальность имеет тенденцию к снижению и в настоящее время составляет 1,5–4% [7].

Однако остается неизученным вопрос о возникновении рецидивов после использования эндоскопических вмешательств, о чем свидетельствуют противоречивые данные различных исследователей от 5 до 46,2% [5, 3]. Известно, что не все гастроуденальные кровотечения язвенной этиологии поддаются надежному эндоскопическому гемостазу. Особенно это касается рецидивных, резистентных к консервативным методам лечения кровотечений, на фоне тяжелой кровопотери. Как правило, рецидив кровотечения приводит к крайне высоким цифрам летальности, которая достигает 30–40% [1, 2].

Таким образом, необходимо дальнейшее изучение оценочных критериев возможного рецидива кровотечения гемостаза с учетом таких показателей как источник, локализация и темп кровотечения; общее состояние пациента и степень кровопотери; характер сопутствующей патологии.

Целью нашего исследования явилось изучение прогноза и факторов риска рецидивов кровотечений из гастроуденальных язв при различных способах эндоскопического гемостаза.

#### Материалы и методы

Проведен анализ лечения 1205 пациентов с кровотечением из гастроуденальных язв (61% – язва двенадцатиперстной кишки (ДПК) и 39% – язва желудка), поступивших в Александровскую больницу в экстренном порядке в период с 2000 по 2008 год.

Пациенты в возрасте от 21 года до 60 лет составили 79%, мужчин было 68,3%, женщины – 31,7%. Основная масса больных (57,9%) поступила в стационар после 24 часов от начала кровотечения, каждый третий из них – после 48 часов. Продолжительные догоспитальные сроки при кровоточащих гастроуденальных язвах обусловлены отсутствием в ряде случаев яркой манифестации кровотечения. Исключение составляет лишь небольшая группа больных с аррозией крупных артериальных стволов, когда массивная кровопотеря за короткое время приводила к резкому ухудшению состояния.

Во время выполнения эндоскопического гемостаза при активном и остановившемся кровотечении проводили эндоскопическую оценку риска рецидива кровотечения. При этом пациентов разделяли на две группы – с низким и высоким риском рецидива кровотечения. К группе больных с низким риском относили пациентов моложе 60 лет, без признаков шока и отсутствием данных за тяжелую кровопотерю, у которых при эндоскопии выявлялись язвы желудка либо двенадцатиперстной кишки без признаков продолжающегося кровотечения (IIa–III по Forrest). Их госпитализировали в отделения общей хирургии, где им проводилась консервативная противоязвенная и гемостатическая терапия. К группе с высоким риском рецидива кровотечения относили пациентов с активным кровотечением из язв на момент первичной эндоскопии (Ia, Ib – по Forrest) с любой степенью тяжести кровопотери и с состоявшимся кровотечением Forrest IIa, IIb со средней или тяжелой степенью кровопотери. Таких больных госпитализировали в реанимационное отделение с целью интенсивного наблюдения и терапии, с проведением последующей эндоскопии для выполнения контрольного осмотра, повторного эндоскопического гемостаза или подготовки к экстренному оперативному лечению. При успешном эндоскопическом гемостазе в качестве дальнейших мер по профилактике применяли антисекреторную и гастропротекторную терапию, аналоги соматотропина.

Математическая обработка и анализ полученных результатов проведены методом вариационной статистики. Достоверность различий оценивали при помо-

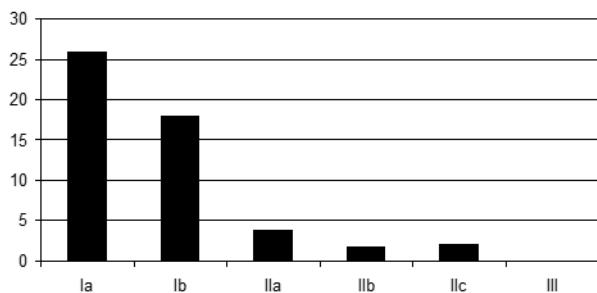


Рис. 1. Частота рецидивов в зависимости от выявленного исходного темпа по Forrest.

щи параметрических и непараметрических критериев. Различия считали достоверными при значении  $p \leq 0,05$ . Для оформления и расчётов статистического материала использовали пакет прикладных компьютерных программ MS Excel (Microsoft Company).

### Результаты и их обсуждение

При анализе случаев рецидивов кровотечения мы выявили, что наиболее часто они наблюдались в первые 6 часов, а у подавляющего большинства больных рецидив наступил в первые сутки после госпитализации (57,3%). Всего на первые 2-е суток пришлось 75% рецидивов. Из всех 1205 больных рецидив кровотечения был выявлен в 17,6% случаев. Анализируя данные эндоскопической картины у больных с возникшим впоследствии рецидивом кровотечения, отметили, что к эндоскопической оценке факторов риска рецидива кровотечения можно отнести рыхлый или плотный вишневый тромб в дне язвы. Если при рыхлом тромбе рецидив кровотечения развивался в ближайшие 6 – 24 часа, то при плотном тромбе в течение 24–72 часов с момента развития кровотечения. При исследовании взаимосвязи между темпом изначального и возникновения повторного кровотечения, выявили, что наиболее часто рецидивировало кровотечение у тех пациентов, у которых на момент госпитализации был темп кровотечения Forrest Ia и Ib (рис. 1).

Наши наблюдения относительно зависимости рецидива кровотечения от локализации выявили, что язвы, расположенные на малой кривизне желудка и задней стенке ДПК имеют самую большую тенденцию к повторному кровотечению, соответственно 34,7 и 23,2% от количества всех наблюдаемых нами случаев рецидива (рис. 2). Немаловажно отметить, что, как правило, при таких локализациях кровотечения сопровождалась тяжелой кровопотерей с развитием геморрагического шока. Зачастую у этих больных (37,8%) приходилось прибегать к традиционным оперативным вмешательствам, так как повторный эндоскопический гемостаз на фоне уже достаточно тяжелой кровопотери, высокого темпа кровотечения по Forrest, неустойчивого гемостаза, и риск ререцидива был бы

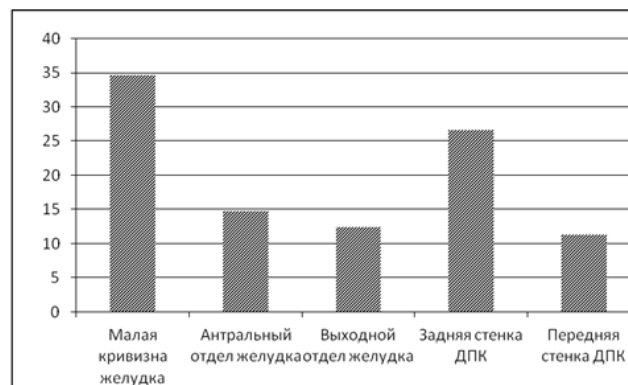


Рис. 2. Частота возникновения рецидивов в зависимости от локализации кровоточащей язвы.

слишком велик и смертельно опасен. В ряде случаев все же удавалось добиться остановки кровотечения и устойчивого гемостаза путем комбинации таких эндоскопических аппликаций как инъекционных и термических, инъекционных и механических.

Летальность после традиционных хирургических операций при первом рецидиве кровотечения составила 18,4%, а после повторной эндоскопической попытки гемостаза с последующим экстренным оперативным вмешательством на фоне неустойчивого гемостаза – 11,9%. Здесь необходимо отметить, что в большинстве случаев при повторном эндоскопическом вмешательстве удавалось добиться временного гемостаза, что позволяло провести оптимальную предоперационную подготовку, с проведением гемотрансфузий и других мер, направленных на восстановление объема циркулирующей крови и общей гемодинамики.

Также надо учесть, что традиционным операциям были подвергнуты самые тяжелые больные, с наибольшей кровопотерей, тяжелой сопутствующей патологией и неблагоприятным прогнозом.

### Выводы

Возникновение ранних рецидивов кровотечения при гастродуоденальной язве является грозным и смертельно опасным состоянием, требующим немедленного проведения повторного эндоскопического вмешательства в условиях реанимационного отделения, на фоне проведения интенсивных реанимационных мероприятий. При этом эндоскопический гемостаз должен проводиться с комбинированием нескольких методов. По данным повторной эндоскопии следует провести критическую оценку состояния больного, с учетом общей кровопотери, темпа кровотечения по Forrest и локализации кровоточащей язвы. Больным с высоким риском ререцидива следует выполнять экстренные традиционные вмешательства с минимальным объемом, направленные только на получение надежного гемостаза.

**Список литературы**

1. *Вачев А.Н., Корытцев В.К., Ларина Т.В.* Какое кровотечение из язвы двенадцатиперстной кишки следует считать рецидивным. *Хирургия* 2010; 45-49.
2. *Кондратенко П.Г., Раденко Е.Е.* Прогнозирование рецидивов кровотечения у больных с хроническими язвами. *Український Журнал Хірургії* 2010; 1: 153-156.
3. *Силуянов С.В., Смирнова Г.О., Лучинкин И.Г.* Кровотечения из острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки в клинической практике. *РМЖ.* 2009; 17: 5.
4. *Синенченко Г.И., Курьгин А.А., Вербицкий В.Г., Мусинов М.И.* Пути улучшения результатов лечения больных с кровотечениями из хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. *Материалы Всероссийской конференции. Саратов* 2003; 147.
5. *Сотников В.Н., Дубинская Т.К., Разживина А.А.* Эндоскопическая диагностика и эндоскопические методы лечения кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта: Учебное пособие. М.: РМАПО. 2000; 48.
6. *Шакуров Б.И., Маликов Ю.Р., Шелаев О.И.* Эндоскопия в профилактике и лечении рецидива язвенного кровотечения. *Вестник хирургической гастроэнтерологии.* 2006; 1: 71.
7. *Bardou M., Youssef M., Toubouti Y., Benhaberou-Brun D., Rahme E., Barkun A.* Newer endoscopic therapies decrease both re-bleeding and mortality in high risk patients with acute peptic ulcer bleeding: a series of meta-analyses. *Gastroenterology.* 2003; 123: 239-247.
8. *Depolo A., Dobrila-Dintinjana R., Uravi M., Grbas H., Rubini M.* Die obere gastrointestinale Blutung. Ein Überblick über unsere 10-Jahres Ergebnisse. *Zentralblatt Chir.* 2001; 126: 772-776.

Поступила 19.06.2011 г.

**Информация об авторах**

1. Кубачев Кубач Гаджимагомедович – д.м.н., проф., заместитель главного врача по хирургии городской Александровской больницы; e-mail: kubachev\_kubach@mail.ru
2. Ризаханов Даниял Магомедович – к.м.н., врач-хирург городской Александровской больницы; e-mail: kubachev\_kubach@mail.ru