

## Прогнозирование рецидивов острых кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта

М.В.ТИМЕРБУЛАТОВ, Р.Б.САГИТОВ, Ш.В.ТИМЕРБУЛАТОВ, Ю.М.ИСМАГИЛОВА,  
Р.Р.ШАРАФУТДИНОВ, Э.Р.БАКИРОВ

### Prognosis of relapse of the acute bleedings from the upper part of gastrointestinal tract

M.V.TIMERBULATOV, R.B.SAGITOV, S.V.TIMERBULATOV, J.M.ISMAGILOVA,  
R.R.SHARAFUTDINOV, E.R.BAKIROV

Башкирский государственный медицинский университет  
Больница скорой медицинской помощи, г. Уфа

На основании анализа результатов лечения 1768 больных с острыми кровотечениями из верхних отделов пищеварительного тракта, рассмотрены наиболее значимые факторы прогноза рецидива кровотечения. Выделены общие и местные факторы риска повторного кровотечения. Ведущими прогностическими факторами среди клинически значимых показателей оказались объем кровопотери и интенсивность кровотечения по критериям Forrest. Предложены схемы прогноза рецидива кровотечения с учетом указанных двух факторов и вытекающая из них лечебная тактика. Использование данной тактики позволило авторам снизить общую летальность с 2,1 до 1,0%, а послеоперационную летальность с 29,4 до 7,1%.

*Ключевые слова:* острые кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта

In article on the basis of the analysis of results of treatment of 1768 patients with acute bleedings from the upper parts of a digestive path, were shown the most significant factors of the forecast of relapse of a bleeding. To risk factors of relapse of a bleeding, authors carry as the reasons of a acute gastroenteric bleeding, hemostasis methods. Leading prognostic factors among clinically significant indicators had appeared volume of bleeding and intensity of a bleeding by criteria Forrest. Schemes of the forecast of relapse of a bleeding taking into account the specified two factors and medical tactics following from them are offered. Use of given tactics has allowed authors to lower the general lethality with 2,1 to 1,0 %, and a postoperative lethality with 29,4 to 7,1 %.

*Key words:* acute bleedings from the upper part of gastrointestinal tract

Острые кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта (ОКВОПТ) остаются актуальной проблемой современной хирургии и несмотря на внедрение этиопатогенетически обоснованных методов лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, частота острых кровотечений имеет тенденцию к более частому развитию [2, 6, 7, 9].

Существенную роль в увеличении числа больных с ОКВОПТ играют пациенты с острыми медикаментозными язвами, обусловленными приемом нестероидных противовоспалительных препаратов; после химио- и гормонотерапии; с хронического гепатита, цирроза печени и др.

ОКВОПТ сопровождаются достаточно высокой общей и послеоперационной летальностью, частыми рецидивами. Эти показатели, несмотря на совершенствование методов диагностики и лечения, существенного изменения в общелечебной сети не претерпели, хотя в отдельных клиниках они выглядят значительно лучше. Для сравнения можно привести данные С.С.Юдина [11], когда в 1930-1940 годах послеоперационная летальность составила 13,1%, а по данным М.А.Евсеева [3], в 2006 году этот показатель в среднем

по г. Москве составил 17,6% (от 5,9% до 33,5%). Такое сравнение нельзя считать корректным. Необходимо учитывать следующие обстоятельства: в 1930-1940 годах хирургическому лечению подвергалось подавляющее большинство больных, в т. ч. с кровотечениями легкой и средней степенями тяжести. В настоящее время основной части больных выполняется эндоскопический гемостаз; хирургическому лечению подвергаются больные в тяжелом и крайне тяжелом состоянии.

Особые сложности возникают при рецидивах кровотечений, летальность при этом достигает 30-40% и более [5, 8, 10, 13].

Эндоскопические медикаментозные методы не всегда обеспечивают окончательный гемостаз и основной проблемой при их использовании остается большая частота рецидивов кровотечения, достигающая 15% и более, при этом эффективность эндоскопических методов гемостаза колеблется от 53% до 93% [1, 15, 16].

В связи с этим, прогнозирование рецидива остро-го желудочно-кишечного кровотечения является важным компонентом в плане ведения каждого конкретного больного. К настоящему времени предложены

различные подходы к прогнозированию рецидива кровотечения. Так, предложен метод прогнозирования рецидива кровотечения из дуоденальной язвы на основе анализа трех факторов: локализации язвы на задней стенке двенадцатиперстной кишки, избыточной массы тела больного, частоты пульса при поступлении. Точность метода не превышает 50% [14]. Известен способ прогнозирования на основе анализа трех показателей: размеров язвы, интенсивности кровотечения, характеристики дна язвы. Критическим считается размер дуоденальной язвы более 0,8 см, а при наличии у больного двух показателей из трех, вероятность рецидива составляет 96%, что позволяет установить показания к срочному хирургическому лечению [4]. Некоторые авторы для прогнозирования повторных кровотечений при язве желудка использовали доплеровскую ультразвуковую диагностику [12]. При рецидивах кровотечения чувствительность доплеровских сигналов составила 87%, специфичность – 86%.

Вышеприведенные данные литературы свидетельствуют о нерешенности ряда аспектов проблемы повторных кровотечений в хирургических стационарах, особенно вопросов прогнозирования рецидивов ОКВОПТ и, как следствие, профилактики повторных кровотечений.

Целью исследования явилось улучшение результатов лечения больных с острыми кровотечениями из верхних отделов пищеварительного тракта, на основе метода определения объема кровопотери и прогнозирования рецидивов, в зависимости от способа гемостаза.

### Материалы и методы

Проведен анализ результатов лечения 1768 больных с кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, находившихся в клинике за последние 10 лет.

Как следует из таблицы 1, большую часть составили кровотечения из гастродуоденальных язв (40,4%), на втором месте – синдром Меллори-Вейсса (32,8%), на третьем – эрозивные поражения слизистой оболочки пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки (13,4%), далее – кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода, желудка (5,32%). Следует также отметить, что внутри структуры гастродуоденальных язв наибольшее число эпизодов кровотечения было обусловлено острыми язвами (64,57%), что отражает современную тенденцию к закономерности медикаментозного, стрессового повреждения этих органов. Кровотечения при острой язве желудка незначительно преобладали над дуоденальной локализацией (34,17% и 30,4%, соответственно). Отмечена большая частота кровотечений из дуоденальных язв (20,87%), чем при хронических язвах желудка (14,56%).

Больным с признаками острого желудочно-кишечного кровотечения проводили общеклиническое, лабораторное, эндоскопическое обследование, при необходимости выполняли ультразвуковые, рентгенологические методы исследования. Экстренная фиброгастродуоденоскопия является основным методом исследования, позволяющая установить факт наличия кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта, выявить источник кровотечения, установить его локализацию и оценить интенсивность по Forrest. Важными являются оценка состояния гемодинамики, объема кровопотери. Предварительную оценку объёма кровопотери определяли по формуле Moore [2, 6] в модификации нашей клиники:

$$V_{кп} = m \times 0,07 \times \frac{H_{тд} - H_{тф}}{H_{тд}}$$

где  $V_{кп}$  - величина кровопотери;  $m$  – масса тела больного;  $H_{тд}$  – показатель гематокрита должный: у мужчин в среднем 47% (40-54%), у женщин 39% (36-42%);  $H_{тф}$  – показатель гематокрита фактический.

Таблица 1

### Структура причин и рецидивов кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта

Причины острого желудочно-кишечного кровотечения	Частота причин		Рецидивы	
	Абс.	В %	Абс.	В %
Синдром Меллори-Вейсса	580	32,80	16	2,75
Острая язва желудка	244	13,80	49	20,08
Острая язва ДПК	217	12,28	27	12,44
Хроническая язва желудка	104	5,89	17	16,34
Хроническая язва ДПК	149	8,43	12	8,05
Эрозивный эзофагит	141	7,98	8	5,67
Эрозивный гастрит, дуоденит	96	5,43	6	6,25
Рак желудка	30	1,69	18	60,00
Рак пищевода	8	0,45	5	62,50
Варикозное расширение вен пищевода	94	5,32	31	32,97
Оперированный желудок	31	1,75	2	6,45
Синдром Дъелафуа	12	0,68	10	83,33
Другие (химический ожог пищевода, желудка и др.)	62	3,50		
Всего	1768	100	201	

Как известно, объем циркулирующей крови у человека является достаточно постоянной величиной и составляет 7% от массы тела, должный объем циркулирующей крови рассчитывают как 0,07 часть массы тела. Данный способ позволил в течение 10-15 минут (время на определение массы тела и гематокрита больного) достаточно точно определить объем кровопотери.

### Результаты и их обсуждение

Как следует из таблицы 1, частота рецидивов кровотечения зависит от его причин и последние также являются прогностическими критериями повторного кровотечения. С этой точки зрения, наиболее прогностически неблагоприятными являются синдром Дье-лафуа (частота рецидивов 83,33%), варикозное расширение вен пищевода и желудка (32,97%), острая язва желудка (20,08%), хроническая язва желудка (16,34%), острая язва двенадцатиперстной кишки (12,44%), а также злокачественные новообразования пищевода и желудка. Следует подчеркнуть, что рецидивы при последних заболеваниях носили, как правило, не массивный характер и экстренные хирургические методы гемостаза использовались редко. При вышеперечисленных доброкачественных заболеваниях, с учетом высокого риска рецидива кровотечения, применяли наиболее радикальные способы первичного, окончательного гемостаза, как правило, хирургические методы (резекция, перевязка кровоточащих сосудов).

При острых кровотечениях F 1a, как правило, выполняли неотложную хирургическую операцию. Достаточно сложные ситуации возникают при кровотечениях F 1b, F 2a и F 2b, когда неправильные первичные решения не предупреждают повторное кровотечение.

На основании анализа клинико-лабораторных, эндоскопических данных, результатов различных методов гемостаза, для обоснования дифференцированного подхода к выбору лечебной тактики, нами разработан алгоритм прогнозирования возможных рисков повторного кровотечения с учетом общих и местных факторов риска.

Общие факторы риска рецидива кровотечения: геморрагический шок; нестабильная гемодинамика; степень тяжести кровопотери (Vкп); возраст старше 60 лет; мужской пол; сопутствующие заболевания в стадии суб- и декомпенсации; величина баллов по АРАСНЕ – III; прием НПВС, антикоагулянтов, антиагрегантов.

При анализе состояния системной гемодинамики, тяжести кровопотери, мы учитываем правило «трех 100». Для клинически значимого кровотечения правило выглядит следующим образом: гемоглобин меньше 100 г/л

(Hb<100г/л), систолическое артериальное давление меньше 100 мм рт. ст. (АД<100 мм рт. ст.) и частота пульса более 100 в минуту (Ps>100 в 1 мин.).

Местные факторы риска рецидива кровотечения: кровотечение F1a, F1b, F2a, F2b; диаметр сосудистой культи; глубина язвенного дефекта; размеры язвы более 1 см; сосудистые мальформации; высокие показатели кислотности желудка.

Основным ключевым моментом хирургической тактики при острых кровотечениях из верхних отделов пищеварительного тракта является принятие решения о выборе вида гемостаза, обеспечивающего наименьшую вероятность рецидива кровотечения.

В оценке риска рецидива кровотечения оценка величины кровопотери является ведущим общим фактором, а ведущим местным фактором – оценка источника кровотечения по Forrest. Расчеты вероятности рецидива острого желудочно-кишечного кровотечения производились при дефиците ОЦК до 20%, 20-40% и более 40%, в зависимости от характеристики источника кровотечения по Forrest.

При дефиците ОЦК до 20% при кровотечениях F1a-b показана экстренная хирургическая операция. Эндоскопический гемостаз возможен только как временная остановка кровотечения. Риск рецидива кровотечения при такой тактике не превышает 3-4%. При кровотечениях F2a-b показан эндоскопический гемостаз. В зависимости от вида эндоскопической остановки кровотечения вероятность рецидива составляет от 2 до 5% (рис. 1).

При дефиците ОЦК от 20 до 40% вероятность рецидива кровотечения увеличивается. При F 1a-b после выполненной хирургической операции вероятность рецидива составляет до 10%, после эндоскопического гемостаза при F 2a-b от 10 до 20%, в зависимости от способа остановки кровотечения (рис. 2).

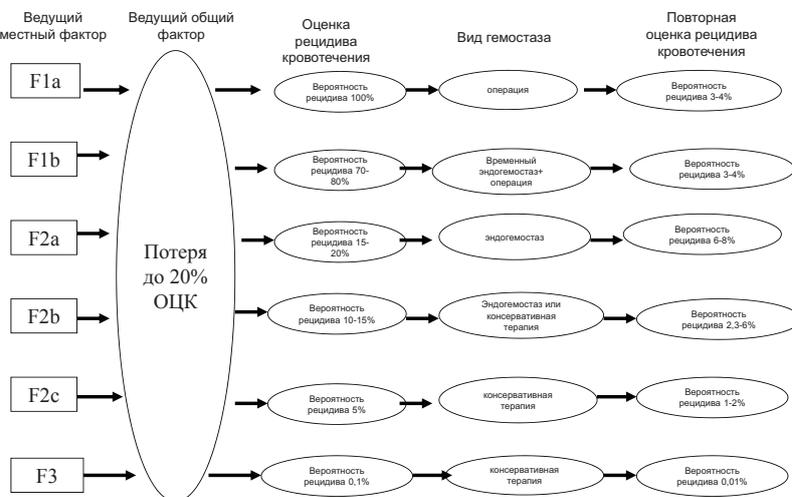


Рис. 1. Оценка рецидива кровотечения на основе ведущих факторов риска. Потеря до 20% ОЦК.

Прогностически более неблагоприятная ситуация отмечается при дефиците ОЦК > 40% (рис. 3), когда вероятность рецидива при кровотечениях F 1a, F 1b, F 2a, F 2b составляет 100%, при F 2c – 60%, а повторная оценка рецидива после гемостаза (оцениваемого, как правило, как окончательный, надежный) показывает уровень до 15-25% повторного кровотечения.

При кровотечениях уровня F 1a, F 1b, как правило, методом окончательного гемостаза, является хирургическая операция. При большом дефиците ОЦК показания к хирургическим и комбинированным методам гемостаза возникают чаще (при которых риск повторного кровотечения также ниже). В то же время, лицам пожилого и старческого возраста, больным с тяжелыми

сопутствующими заболеваниями, открытые оперативные методы гемостаза часто являются непереносимыми. И с этой точки зрения, первичный эндоскопический гемостаз, интенсивная превентивная подготовка к хирургическим методам, мониторинг с целью оценки риска рецидива кровотечения, являются необходимым и обоснованным решением возникших сложных клинических ситуаций.

### Заключение

Прогнозирование рецидива при ОКВОПТ является важным разделом в ведении данной категории больных. Прогностические факторы могут быть общими и местными, к факторам риска следует отнести еще причины острых желудочно-кишечных кровотечений, применяемые методы гемостаза. Наиболее значимыми факторами риска рецидива являются объем кровопотери, интенсивность кровотечения по Forrest, результаты оценки местного статуса в процессе эндоскопического мониторинга. Использование

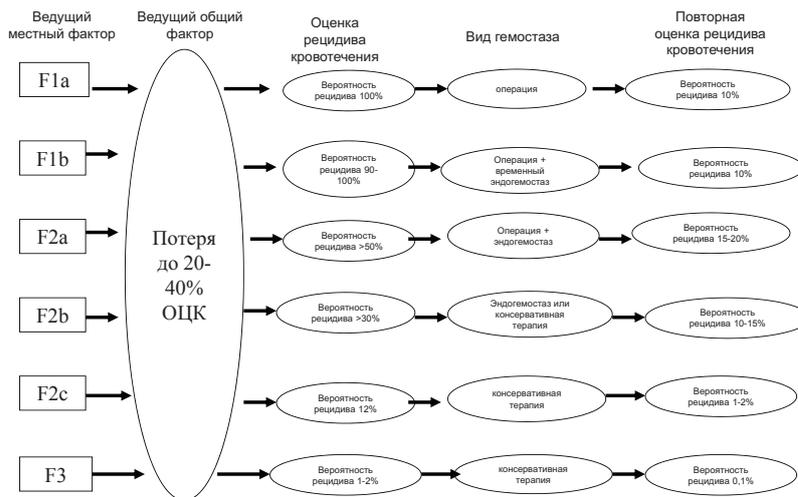


Рис. 2. Оценка рецидива кровотечения на основе ведущих факторов риска. Потеря от 20% до 40% ОЦК.

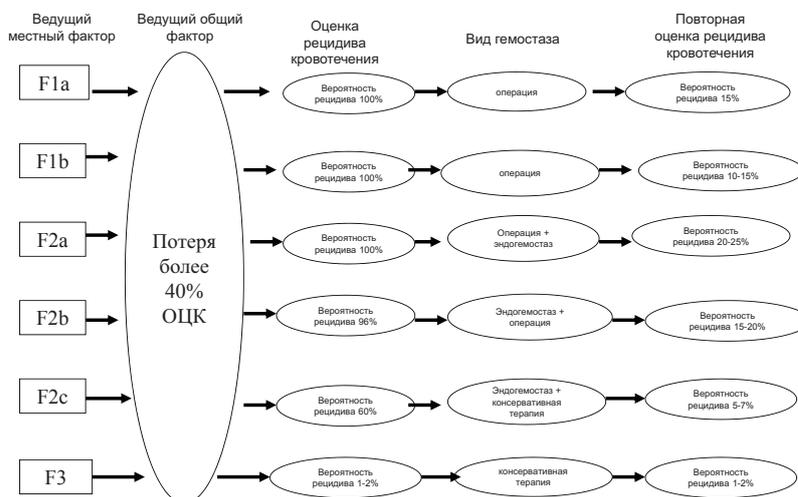


Рис. 3. Оценка рецидива кровотечения на основе ведущих факторов риска. Потеря более 40% ОЦК.

вышеизложенной тактики ведения больных с ОКВОПТ позволило за три года снизить общую летальность с 2,1 до 1,0%, а послеоперационную летальность с 29,4 до 7,1%.

### Список литературы

1. Багненко С.Ф., Курыгин Л.А., Синеченко Г.И. и др. Роль противорецидивной терапии в лечении тяжелых желудочно-кишечных кровотечений язвенной этиологии. Современные проблемы экстренного и планового лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (материалы научной конференции). Саратов 2003; 98-99.
2. Бондарев Г.А. Динамика осложнений язвенной болезни в Курской области за 20 лет. Рус. мед. журн 2005; 13; 25: 156-162.
3. Евсеев М.А., Ивахов Г.Б., Головин Р.А. Стратегия антисекреторной терапии у больных с кровоточащими и перфоративными гастродуоденальными язвами. Хирургия 2009; 3: 46-52.
4. Затевахин И.И., Щеголев А.А., Тутков Б.Е. Новые подходы к лечению язвенных гастродуоденальных кровотечений. Анн. хирургии 1997; 1: 40-45.
5. Крылов Н.Н. Кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта: причины, факторы риска, диагностика и лечение. Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии 2001; 2: 76-87.

6. Магомедов М.Г. Эндоскопическое лечение гастродуоденальных кровотечений. Автореф. дис. ... канд. мед. наук, РМАПО. М. 1999.
7. Скорляков В.В., Маслов А.И., Бароков Э.М. Тактика лечения больных с острыми гастродуоденальными язвенными кровотечениями. Вестник экспериментальной и клинической хирургии 2010; III: 1: 52-55.
8. 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.
9. Чередников Е.Ф., Зимарин Г.И., Любых Е.Н. и др. Опыт инновационного подхода к решению проблемы острых желудочно-кишечных кровотечений. Вестник экспериментальной и клинической хирургии 2010; III: 4: 429-430.
10. Черняховская Н.Е., Черепянец Д.П., Вараксин М.В., Андреев В.Г., Поваляев А.В. Диагностическая и лечебная гастродуоденоскопия при желудочно-кишечных кровотечениях язвенной этиологии. Медицинская помощь 2006; 4: 13-16.
11. Юдин С.С. Этюды желудочной хирургии. 3-е изд. М. Бином. Лаборатория знаний 2003; 423.
12. Fullarton G.M., Murray W.R. Prediction of rebleeding in peptic ulcers by visual stigmata and endoscopic Doppler ultrasound criteria. Endoscopy 1990; 22: 68-71.
13. Gilbert D.A., Silverstein F.E. Acute upper gastrointestinal bleeding. Gastroenterologic endoscopy. Ed.M.V. Sivak. 2nd ed. W.B. Saunders company 2000; 1: 284-289.
14. Park K.G.M., Steele R.J.C., Mollison J. Prediction of recurrent bleeding after endoscopic haemostasis in non-variceal upper gastrointestinal hemorrhage. Brit.J.Surg. 1994; 81; 10: 1465-1468.
15. Thomopoulos K.C., Nikolopoulou V.N., Katsakoulis E.C., Mimidis K.P., Margatis V.G., Markou S.A., Vagos C.E. The effect of endoscopic injections therapy on the clinical outcome of patients with benign peptic ulcer bleeding. Scand J Gastroenterol. 1997 Mar; 32(3): 212-6
16. Vreeburg E.M., Snel P., de Bruijne J.W. Acute upper gastrointestinal bleeding in the clinical outcome. BMJ 1997; 92: 236-243.

Поступила 23.02.2011 г.

#### Информация об авторах

1. Тимербулатов Махмуд Вилевич – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии с курсом колопроктологии Башкирского государственного медицинского университета; e-mail: timerm@yandex.ru
2. Сагитов Равиль Борисович – к.м.н., заведующий эндоскопическим отделением больницы скорой медицинской помощи г. Уфы; e-mail: timerm@yandex.ru
3. Тимербулатов Шамиль Вилевич – к.м.н., ассистент кафедры хирургии с курсом эндоскопии ИПО Башкирского государственного медицинского университета; e-mail: timerm@yandex.ru
4. Исмагилова Юлия Маратовна – аспирант кафедры хирургии с курсом эндоскопии ИПО Башкирского государственного медицинского университета; e-mail: timerm@yandex.ru
5. Шарафутдинов Рашит Раисович – врач-эндоскопист больницы скорой медицинской помощи г. Уфы; e-mail: timerm@yandex.ru