

На правах рукописи

САРДАРОВ РАФАЭЛЬ ШАХИН ОГЛЫ

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ
ЯЗВОЙ ОСЛОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ В ГРУППАХ ВЫСОКОГО РИСКА
РЕЦИДИВА**

14.01.17 – Хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

**диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Москва – 2011

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Российский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Научный руководитель:

доктор медицинских наук,
профессор

Ступин Виктор Александрович

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук,
профессор

Евсеев Максим Александров

доктор медицинских наук,
профессор

Щеголев Александр Андреевич

Ведущая организация: ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий»

Защита состоится «14» июня 2011 года в 14.00 часов на заседании диссертационного совета Д 208.072.03 при ГОУ ВПО РГМУ Росздрава по адресу: 117997, г. Москва, ул. Островитянова, д.1.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ ВПО РГМУ Росздрава по адресу: 117997, г. Москва, ул. Островитянова, д.1.

Автореферат разослан «25» мая 2011 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
доктор медицинских наук, профессор

М.Ш. Цициашвили

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) является преобладающей в структуре хронических язвенных поражений гастродуоденальной зоны. Несмотря на применение современных способов диагностики и лечения её частота составляет 6-10% среди взрослого населения (Шапошников А.В., 2007; Barkun A.N. 2003; Yuhong Y., 2006). Имеются данные о ежегодном приросте заболеваемости, за счет вновь выявляемых язв, клинически манифестирующих кровотечениями (Ефименко Н.А., 2004; Palmer K.R., 2002; Rokey D.C., 2006). Этот вид осложнения составляет 40-70% от всех кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (Гостищев В.К., 2005; Гринберг А.А., 1990; K. Rivkin, 2005; M. Gralnek, 2008; Barkun A.N., 2010) и 15-21% от всех больных язвенной болезнью (Кузеев Р.Е., 2000; Seinel L., 2000). Кровотечения из язв как непосредственная причина смерти, занимают первое место в структуре смертности от язвенной болезни и конкурируют по этому показателю с перфорациями (Горбашко А.И., 1982; Ермолов А.С., 2008; Панцырев Ю.М., 2010; Baradarian R., 2004; Crooks C.J., 2009).

Летальность при кровотечениях из язв двенадцатиперстной кишки (ДПК) высока и колеблется в пределах 4-10%, однако, в случаях рецидива кровотечения на фоне консервативного лечения у пациентов с выраженной соматической патологией достигает 30% (Сорцкая В.Н., 2005; Ступин В.А., 2003; Vardou M., 2003; Moscucci M., 2003). От осложнений язвенной болезни в России в трудоспособном возрасте ежегодно умирает около 6 тысяч больных (Шапошников А.В. 2007).

Высокая частота наблюдений ЯБДПК и высокая смертность от её осложнений в эпоху широкого использования новых технологий делают эту проблему не только медицинской, но и социальной (Евсеев М.А., 2010; Щеголев А.А., 2010). Так, затраты на лечение желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) в США составляют порядка 750 млн. долларов в год (Barkun A.N., 2010; Gralnek I.M., 2008).

Таким образом, очевидна необходимость анализа различных способов диагностики и лечения кровотечений из хронических язв ДПК в группах высокого риска рецидива, для выработки оптимальной современной тактики с учетом эндоскопического, медикаментозного и оперативного методов.

Цель и задачи исследования

Цель исследования: улучшить результаты лечения пациентов с хронической дуоденальной язвой осложненной желудочно-кишечным кровотечением (ЖКК) в группах высокого риска рецидива.

В соответствии с целью были сформулированы следующие **задачи:**

1. Проанализировать результаты лечения пациентов с

кровотечениями из хронических дуоденальных язв при высоком риске рецидива с позиций активной хирургической тактики.

2. Выявить основные причины рецидивов ЖКК при высоком риске у пациентов с хронической дуоденальной язвой.

3. Оценить эффективность эндоскопического гемостаза в сочетании с антисекреторной терапией при высоком риске рецидива ЖКК из хронических дуоденальных язв.

4. Уточнить показания и противопоказания к хирургическому лечению в группах высокого риска рецидива кровотечений из хронических язв ДПК.

5. Разработать алгоритм индивидуально-дифференцированной тактики лечения в группах высокого риска рецидива кровотечения при хронических язвах ДПК.

Научная новизна

Проведен сравнительный анализ способов активного хирургического лечения в группах с высоким риском рецидива и сформулированы положения индивидуально-дифференцированной тактики с учетом современных способов консервативного лечения этого осложнения. Для успешного результата индивидуально-дифференцированной тактики предложено в ранние сроки от первичного гемостаза выполнять мониторинг стабильности гемостаза повторными эзофагогастродуоденоскопиями (ЭГДС) и оценивать с помощью 24-часовой внутрижелудочной рН – метрии адекватность подавления кислотно-пептической агрессии в безопасных для рецидива кровотечения диапазолах. Определены сроки и показания к выполнению этих диагностических исследований, их лечебная значимость.

Практическая значимость

Применение индивидуально – дифференцированного лечения больных с высоким риском рецидива кровотечения из язв ДПК, позволило снизить число экстренных и срочных операций в группах с впервые выявленной язвой, манифестировавшей угрожающим жизни осложнением. В группе больных, с выраженной соматической патологией, увеличивающей риск оперативного лечения и, таким образом, уменьшить летальность и число рецидивов кровотечения.

Положения, выносимые на защиту

1. Особенностью современного течения ЯБДПК является первое проявление заболевания осложнениями, чаще всего кровотечением.

2. В основе механизма формирования агрессивного течения язв ДПК лежит гиперсекреция, приводящая к быстрому формированию без анамнеза язв с визуальными признаками хронических.

3. Изменение характера течения язвенной болезни требует пересмотра позиций активной хирургической тактики применяемой в клинике ранее.

4. Наиболее вероятными причинами рецидива кровотечения в группе

высокого риска является не адекватная антисекреторная терапия.

5. Основными принципами предлагаемой индивидуально-дифференцированной тактики является успешный эндоскопический гемостаз с последующим использованием антисекреторных препаратов парентерально и динамическим контролем состояния гемостаза.

Внедрение в практику

Положения, рассмотренные в диссертации, используются в работе эндоскопического, хирургических и реанимационных отделений 15 ГКБ им. О.М. Филатова, внедрены в учебный материал для студентов и клинических ординаторов кафедры госпитальной хирургии № 1 ГОУ ВПО РГМУ Росздрава.

Апробация диссертации

Диссертация апробирована на совместной научно-практической конференции кафедры госпитальной хирургии №1 РГМУ им. Н.И. Пирогова и 15 ГКБ им. О.М. Филатова, г. Москва 04 февраля 2011 г.

Материалы диссертации доложены и обсуждены на научных конференциях 15 ГКБ им. О.М. Филатова в 2006 и 2008 гг., на XIII Российской гастроэнтерологической неделе 2007 году, на XIV Российской гастроэнтерологической неделе 2008 году, на IV Конгрессе московских хирургов «Неотложная и специализированная хирургическая помощь» в 2011г.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 7 печатных работ, в том числе 4 в центральной печати.

Объем и структура работы

Диссертация написана на русском языке, состоит из введения, трех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы. Работа изложена на 125 страницах машинописного текста, иллюстрирована 23 рисунками и 20 таблицами. Список литературы содержит 228 источников, из которых 102 отечественных и 126 иностранных авторов.

СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Материалы и методы

У 920 больных с дуоденальной язвой осложненной кровотечением, выполнялись общеклинические, лабораторные и инструментальные методы диагностики, обнаруживающие признаки кровотечения, оценку степени кровопотери и верификацию источника. Учитывались данные язвенного

анамнеза, сроки начала кровотечения до момента госпитализации. При осмотре проводилась оценка показателей гемодинамики, пульса и артериального давления (АД), выполнялось ректальное исследование для подтверждения наличия крови в кишечнике, у всех оценивался характер содержимого при зондировании желудка перед ЭГДС. При нестабильной гемодинамике все этапы диагностики проводились на фоне лечения и выполнялись в условиях реанимации.

При клинических симптомах ЖКК выполнялась электрокардиограмма (ЭКГ), анализ мочи, и основные показатели крови, гемоглобин (Hb), гематокрит (Ht), эритроциты, лейкоциты, глюкоза крови. В отделениях интенсивной терапии оценивались биохимические показатели в первые часы лечения.

После зондирования желудка стабильным по гемодинамике пациентам в течение первых 2-4 часов выполнялась ЭГДС в отделении эндоскопии для верификации источника кровотечения и осуществления гемостаза. У тяжелых пациентов исследование проводилось в отделении реанимации после установки центрального катетера и стабилизации АД. Для диагностики источника кровотечения пользовались фиброгастроскопами фирм Olympus серии GIF, позволяющими визуализировать кровоточащую язву, как через окуляр, так и на экране монитора. С целью гемостаза или профилактики рецидива кровотечения во время ЭГДС применяли монополярные и аргоноплазменные коагуляторы, сочетая их с инъекционными способами гемостаза введением паравазально или периульцерозно спирт-новокаиновой смеси в разведении 1 мл 70% спирта на 5 мл раствора новокаина 0,25% или адреналина в разведении 1:10000. Для эндоскопической оценки кровоточащей язвы применяли классификацию Forrest J.A. (1974).

Рентгенологические исследования при кровотечении выполнялись после стабилизации гемостаза, ликвидации угрозы рецидива, для оценки характера и локализации язвы, наличия других осложнений, перфорации, пенетрации, стеноза.

Рентгенологическое контрастное исследование желудка и ДПК проводилось при подготовке к плановой операции для диагностики моторно-эвакуаторной функции желудка и ДПК, коррекции консервативного лечения и выбора метода операции. У больных, оперированных в экстренном и срочном порядке, рентгеноконтрастное исследование применялось в послеоперационном периоде для контроля эвакуации перед выпиской, в среднем на 8 – 10 суток без явлений гастростаза.

Функциональные методы исследования выполнялись после стабильности гемостаза или оперативного лечения. Исследование секреторной функции желудка выполняли приборами [«АГМ-03»](#), [«Гастроскан-5М»](#), [«Гастроскан-24М»](#) [«ГЭМ-01»](#). [Топографическая эндоскопическая рН-метрия](#) выполнялась сразу после гемостаза либо при динамических исследованиях. [Суточные рН метрии](#) применялись либо после 3 суток после первичного гемостаза, либо в поздние сроки стационарного лечения для коррекции антисекреторной терапии, определения показаний к

плановым операциям. Стандартная рН-метрия с субмаксимальной стимуляцией гистамином использовалась после стабильности гемостаза и повышения уровня Нв выше 100 г/л.

Клинические, лабораторные, инструментальные, рентгенологические данные и показатели функциональной диагностики вносились в базу данных «Гастроэнтерология».

Для обработки и анализа полученного материала пользовались методами параметрической и непараметрической статистики. За достоверное отклонение от нулевой гипотезы принимали значение $p < 0,05$.

Клиническая характеристика больных

За период с 1994 по 2008 год в клинике госпитальной хирургии №1 на базе 15 ГКБ им. О.М. Филатова в исследование включено 920 больных с ЖКК из хронических язв ДПК. В соответствии с разными подходами в лечебной тактике сформированы две группы: контрольная группа 487 больных - пролеченные за период с 1994 по 1998 годы, когда пользовались активной хирургической тактикой и группа сравнения 433 больных, за 2004 - 2008 годы, когда преобладала индивидуально-дифференцированная лечебная тактика.

Критерии включения в группы исследования:

- кровотечения из язв ДПК описанных при ЭГДС как хронические без язвенного анамнеза
- кровотечения из хронических язв ДПК с наличием язвенного анамнеза, в том числе после ушивания перфоративных язв.
- консервативно пролеченные и оперированные пациенты с ЖКК из хронических язв ДПК.

Критерии исключения из исследования были:

- кровоточащие язвы желудочной локализации.
- острые язвы желудка или ДПК.
- сочетанные язвы желудка и ДПК с кровотечением.
- язвенные кровотечения на фоне опухолей различной локализации, выявленные на дооперационном этапе.
- декомпенсированные циррозы печени класса В и С по Чайлд- Пью в сочетании с хроническими язвами осложненными кровотечением.
- пептические язвы после резекции желудка или пилоропластики с ваготомией или без неё.

В первый период более половины пациентов оперированы по угрозе рецидива кровотечения в контрольной группе. После внедрения позиций индивидуально-дифференцированной тактики, консервативные методы преобладали над операциями при ЖКК в группе сравнения. При сравнении обеих групп значимых различий по возрасту в разные временные периоды не выявлено, однако среди женщин наблюдали более пожилой возраст в оба

периода исследования при ($t = -6,42$ $p < 0,001$) в первый период и ($t = -5,90$ $p < 0,001$) во второй. Это связано с демографическими особенностями течения язвенной болезни 12 п.к., с преобладанием её у женщин, продолжительность жизни которых больше чем у мужчин.

Для оценки тяжести кровопотери пользовались субъективными данными после осмотра пациента и сбора анамнеза, получения результатов клинического анализа крови и объективными после получения лабораторных данных. Оценку степени тяжести кровопотери осуществляли по классификации Горбашко А.И. (1974г). Результаты оценки степени кровопотери представлены в таблице 1.

Табл. 1

Степень тяжести кровопотери по субъективным и объективным данным.

Степень тяжести кровотечения	1994 – 1998 г.		2004 – 2008 г.	
	Субъективно	Объективно	Субъективно	Объективно
Легкая	199	180	171	211
Средняя	185	302	158	216
Тяжелая	103	5	104	6
Всего	487		433	

В контрольной группе имеется слабая положительная корреляционная связь между субъективной и объективной оценками степени кровопотери $r = 0,4$ при $p < 0,001$, В сравнительной группе также имеется слабая положительная корреляция между субъективной и объективной оценками тяжести кровопотери $r = 0,3$ при $p < 0,05$. Таким образом, субъективная оценка состояния пациента в большинстве случаев подтверждается результатами объективной оценки с учетом лабораторных данных, так как в оценке степени кровопотери по Горбашко А.И., большая часть показателей клинические и она может отражать степень тяжести кровопотери.

По результатам ЭГДС у 166 (18,04%) пациентов в момент осмотра наблюдалось активное кровотечение, у 397 (43,2%) нестабильный гемостаз соответствующий F IIА и F IIВ, у 357 (38,8%) стабильный гемостаз F IIС и F III. Достоверных различий по числу пациентов с активным ЖКК и нестабильным гемостазом в разные периоды лечения не выявлено.

У всех поступивших пациентов с ЖКК клинические симптомы первого эпизода кровотечения наблюдались в сроки от 1 часа до 14 суток до момента госпитализации. Меньшее время от момента кровотечения до ЭГДС наблюдались в случаях развития осложнения у стационарных пациентов, находящихся на лечении по поводу сопутствующей патологии. В первой группе ЖКК в стационаре наблюдалось у 38 (7,8%) пациентов, во второй у 20 (4,6%).

Формирование групп риска рецидива кровотечения выполнялось с учетом степени тяжести кровопотери по системе А.И. Горбашко и эндоскопических критериев Forrest. Для цифровой оценки степени тяжести кровопотери шкала Горбашко А.И. ранжирована в баллах от 1 до 24. Легкой

степени кровопотери соответствовали показатели от 1 до 8 баллов, средней от 9 до 15 баллов, тяжелой от 16 до 24 баллов. Соответствие степени тяжести кровопотери и эндоскопических характеристик по Forrest представлены в таблице 2.

Табл. 2

Сопоставление степени тяжести кровопотери и эндоскопических критериев.

Степень кровопотери	Эндоскопическая характеристика язвы					F III
	F I		F II			
	A	B	A	B	C	
Легкая	13	27	88	52	185	6
Средняя	30	43	102	45	108	15
Тяжелая	24	29	77	33	33	10
Итого	67	99	267	130	326	31

Риск рецидива кровотечения определялся эндоскопической характеристикой язвы и степенью кровопотери. При активном кровотечении в момент осмотра соответственно F IA, B, у 18% больных констатировался высокий эндоскопический риск рецидива ЖКК, артериальный источник был в 67 случаях, венозный в 99. Как правило, артериальное кровотечение наблюдалось из среднего диаметра или мелких сосудов в дне язвы, венозное – из-под сгустка закрывающего язву или краев язвенного дефекта. При нестабильном гемостазе, соответствующем F II A,B у 397(43,2%) больных, по эндоскопическим критериям также имелся высокий риск рецидива ЖКК. У 357 (38,8%) больных с F II C и F III был невысокий риск по эндоскопическим признакам. Однако для формирования групп риска рецидива язвенного ЖКК нами учитывалась степень тяжести кровопотери и интенсивность кровотечения. Выполнив многофакторный анализ данных по таблице 2, с учетом степени тяжести кровопотери были сформированы 3 группы риска рецидива с учетом клинических данных о степени тяжести кровотечения:

- Высокий риск рецидива – средняя и тяжелая кровопотеря + F IA,B; F II A,B.
- Низкий риск рецидива – легкая кровопотеря + F II C; любая степень анемии + F III.
- Сомнительный риск рецидива (относительный) – легкая кровопотеря + F IA,B; F II A,B, средняя и тяжелая кровопотеря + F II C.

Число больных с учетом риска рецидива представлены на рисунке 1.

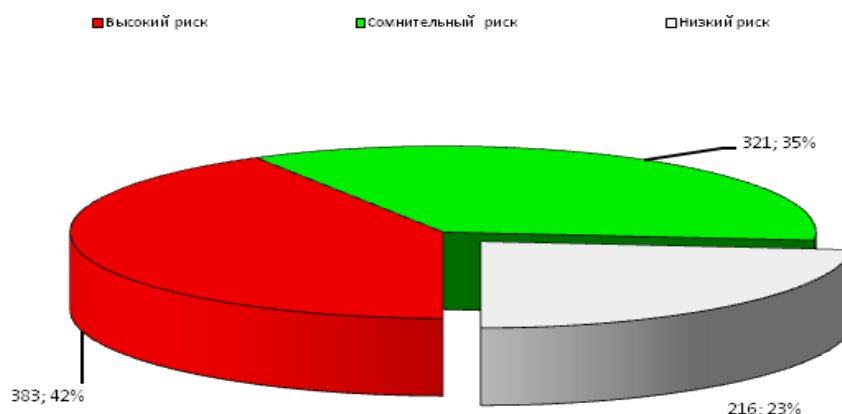


Рис. 1. Распределение больных по группам риска с учетом эндоскопических характеристик и тяжести кровопотери.

Разделение больных на группы риска обосновано клиническими результатами, различиями в числе рецидивов ЖКК, числе операций. Данные о рецидивах и операциях представлены в таблице 3.

Табл.3.

Число рецидивов и операций в группах с различным риском рецидива.

Риск рецидива	Число		Число операций		
	Больных	Рецидивов	Экстренные	Срочные	Плановые
Высокий	383	92	61	102	12
Сомнительный	321	15	5	29	13
Низкий	216	9	1	4	8
Всего	920	116	67	135	33

Во всей группе больных рецидив ЖКК в различные сроки от первичного гемостаза наблюдался у 116 (12,6%). Доля рецидивов в группе высокого риска составляла 0,24 (92/383), сомнительного риска 0,05 (15/321), низкого риска 0,04 (9/216). Существенные межгрупповые различия в числе рецидивов выявлены в группах высокого, сомнительного и низкого рисков ($p < 0,001$). Однако различия по числу рецидивов в сомнительной и низкой группах риска были не достоверны ($p = 0,587$). Возможно, это связано с неотложными операциями у 198 (21,5%) больных до развития рецидива в период активной хирургической тактики. Поэтому мы провели сравнительный анализ экстренных операций выполняемых при рецидивах или неуспешном эндоскопическом гемостазе и срочных операций предупреждающих возможное повторное кровотечение. Доля экстренных операций преобладала в группе высокого риска 0,16 (61/383). При сомнительном риске оперировались только рецидивы после первичного гемостаза в доле 0,02 (5/321), в случае низкого риска выполнена лишь одна

операция – 0,004 (1/216). Различия в числе экстренных операций существенны между группами высокого и сомнительного риска ($p < 0,001$), а также между сомнительным и низким рисками ($p = 0,03$). Аналогичная зависимость наблюдалась в группах со срочными операциями. Доля срочных операций преобладала в группе высокого риска 0,3 (102/323), снижалась в группе сомнительного риска до 0,09 (29/316) и низкого риска до 0,018 (4/216). Различия по числу срочных операций были существенными как между группами высокого и сомнительного риска ($p < 0,001$), так и между группами сомнительного и низкого риска ($p = 0,0007$). Плановые операции выполнялись в разных группах риска, у больных с сочетанными осложнениями, рецидивирующем течении язвенной болезни и неоднократных эпизодах кровотечения.

Таким образом, при анализе результатов лечения кровотечений из хронической язвы ДПК, были выделены два периода с различной хирургической активностью: активная тактика с 1994 по 1998 год, направленная на предупреждение возможного рецидива кровотечения и менее активная 2004 – 2008 годы. Второй период характеризуется снижением хирургических способов гемостаза за счет совершенствования системы прогнозирования рецидивов, применения новых способов эндоскопического гемостаза, использованием новых схем медикаментозной профилактики рецидивов. Для обоснования новых принципов в лечебной тактике, необходимо выделение групп больных с ЖКК по угрозе рецидива. Были выделены группы высокого, низкого и сомнительного риска рецидива, применительно к которым должны быть использованы различные диагностические и лечебные подходы.

Результаты исследования

Среди больных с ЯБДПК осложненной ЖКК пролеченных в клинике у 38 (4,1%) наблюдались сочетанные осложнения, кровотечение разной степени тяжести на фоне стеноза у 27, пенетрации язвы у 4, стеноза и пенетрации у 4, перфорации у 3. Учитывая сложности эндоскопических манипуляций и часто, неэффективность медикаментозной терапии всех больных с сочетанными осложнениями относили в группу высокого риска рецидива кровотечения или неблагоприятного течения заболевания. Среди больных с сочетанными осложнениями, оперировано 25 (65,8%). У 10 больных выполнены срочные операции, у 6 экстренные и в 9 случаях плановые. Экстренные операции выполнялись при сочетании с перфорацией у 2 больных и при рецидивах ЖКК с двумя летальными исходами. Срочные операции выполнялись в основном при стенозах, из-за ненадежности эндоскопического гемостаза. При срочных операциях также было два летальных исхода связанных с осложнениями операции. Плановые операции выполнены после полноценного обследования у больных имеющих неблагоприятное течение язвенной болезни, без летальных исходов. Не оперировано 13 больных с сочетанными осложнениями, четверо из них по

тяжести сопутствующей патологии и высокого риска оперативного лечения. Умерло 4 не оперированных больных от декомпенсированной сопутствующей патологии, у половины из них наблюдались рецидивы, остановленные успешно эндоскопически.

Среди 882 больных с только одним кровотечением оперировано 185 (21%) по неотложным показаниям. По угрозе рецидива оперировано 121 (65,6%), на фоне рецидивов 62 (34,4%). Результаты неотложных операций в разные периоды лечения представлены в таблице 4.

Табл. 4.

Результаты неотложных операций при активной хирургической тактике.

Название операции	Вид операции 1994-98г		Вид операции 2004-08г.	
	Экстренные	Срочные	Экстренные	Срочные
ТВ+пилоропластика Финнея	20	92	21	12
ТВ+антрумэктомия по Ру, Г-Ф	1	5	2	1
Резекция антрума по Г-Ф, Ру	-	1	-	1
СПВ+дуоденопластика, илипилоропластика Финнея	2	4	-	-
Пилоропластика по Финнею, Микуличу, дуоденопластика	6	5	11	1
Всего	29	107	34	15

Основной операцией при дуоденальных язвенных осложнениях в клинике являлась стволовая ваготомия (ТВ) с пилоропластикой по Финнею. По неотложным показаниям она выполнена у 145 больных, что соответствует 78,3% среди всех операций. В разные периоды лечения различий по частоте этой операции не выявлено. Первым этапом операции без активного кровотечения было выполнение стволовой ваготомии. Затем производили

гастродуоденотомию с рассечением привратника и прошиванием язвы на задней или верхне-нижних стенках ДПК. В случаях активного кровотечения на операционном столе и нестабильной гемодинамики начинали с гастродуоденотомии и остановки активного кровотечения. После остановки активного кровотечения и пилоропластики, если позволяло состояние больного выполняли ваготомию. В послеоперационном периоде у 27 – 30% больных при этой операции наблюдался гастростаз, пролеченный, консервативно. Умерло после ТВ и пилоропластики 7 больных. Одна смерть на операционном столе при тяжелой сопутствующей патологии, остальные в послеоперационном периоде от сопутствующих заболеваний.

У 23 больных ввиду тяжелого состояния не позволившего сделать полноценный объём операции выполняли только гастродуоденотомию с прошиванием язвы и один из вариантов пилоропластики, Финнея или Микулича. При этой операции за оба периода умерло 14 больных, 3 из них при повторном кровотечении из прошитой язвы, остальные на фоне осложнений системных послеоперационного периода.

В 9 случаях выполнена ТВ и антрумрезекция по Ру и в одном случае по Гофмейстеру-Финстереру. Умерло 2 больных после этих операций. При операциях резекции антрального отдела без ваготомии по методикам Ру и Бильрот 2, у двух больных, смерть после операции в одном случае. Таким образом, в разные периоды оперативного лечения, при неотложных операциях в группе без сочетанных осложнений умерло 24 больных. Послеоперационная летальность при неотложных операциях в контрольной группе составила 8,8% случаев, в период сравнения 24,3% различия между группами значимы $\chi^2 = 11,76$ при $p = 0,0006$. Анализ причин различий в летальности у оперированных больных показал, что рецидивы ЖКК наблюдались 26/136 (19,1%) в контрольной группе и у 33/49 (67,3%) в группе сравнения, существенных различий между ними не выявлено $\chi^2 = 1,93$ при $p = 0,164$. Поэтому, нельзя убедительно считать увеличивающееся число рецидивов при индивидуально-дифференцированной тактике причиной увеличения послеоперационной летальности. При оценке влияния сопутствующей патологии на послеоперационную летальность выявлено, что у всех умерших наблюдалось неблагоприятное сочетание сердечно-сосудистых заболеваний как основной патологии с другими заболеваниями в обеих группах. Однако, в группе сравнения имелось большее число больных с тяжелой соматической патологией 27/49 (55,1%) против 42/136 (30,9%) при $\chi^2 = 9,76$ при $p = 0,001$.

Успех консервативного лечения дуоденальных язвенных кровотечений определялся возможностями эндоскопического гемостаза и адекватностью антисекреторной терапии. Важное значение имеют способы эндоскопического гемостаза при активном кровотечении F I A,B и профилактики при F II. Неоднозначно отношение к эндоскопической профилактике при F IIС.

При первичной ЭГДС не у всех выполнялся эндоскопический гемостаз при отсутствии активного кровотечения. В контрольной группе

эндоскопический гемостаз не выполнялся у 201/318, в основной у 153/367 больных, различий в группах числу исследований без гемостаза не выявлено $\chi^2 = 0,35$ при $p = 0,55$. Зависимость больных с гемостазом и без него представлена в таблице 5.

Табл. 5.

Число рецидивов кровотечения у больных при консервативном лечении с эндоскопическим гемостазом и без него.

Характер язвы по Forrest	Без гемостаза		С гемостазом	
	N	Рецидивы	N	Рецидивы
F I A	-	-	28	5
F I B	-	-	55	5
F II A	51	6	132	12
F II B	33	4	66	6
F II C	249	6	42	2
F III	21	2	6	0
Всего	354	18	329*	30

*Примечание: в одном случае у больного был не эффективный гемостаз и смерть без операции.

У больных на консервативном лечении эндоскопический гемостаз выполнялся инъекционными способами, термическими и комбинированным в зависимости от характеристики язвы и анатомических особенностей её расположения. Из инъекционных способов предпочтение отдавалось спирт/новокаиновой смеси. В качестве термического гемостаза применялась электрокоагуляция монополярная, аргоноплазменная, микроволновая. В контрольной группе пользовались в основном инъекционными методами и электрокоагуляцией. Наибольшее число рецидивов наблюдалось в группах соответствующих высокому и сомнительному рискам. Несколько большее число рецидивов при выполненном гемостазе или профилактики, связано с увеличением числа больных с активным кровотечением или нестабильным гемостазом. Таким образом, первичный эндоскопический гемостаз или профилактика аналогичны минимальному хирургическому вмешательству, однако последнее является более травматичным способом остановки кровотечения, особенно у больных с массивной кровопотерей на фоне соматической патологии. Результаты применения эндоскопической профилактики в группах с нестабильным гемостазом соответствующим F II A, B представлены на рисунке 2.

При эндоскопической профилактике рецидивов кровотечений из дуоденальной язвы, инъекционные методы дают меньшее число рецидивов, не влияя на число неотложных операций за счет выполнения срочных вмешательств по угрозе рецидива. Срочные операции по угрозе рецидива после эндоскопической профилактики в период активной тактики выполнены у 47 (37,3%) больных, экстренные у 8 (6,3%). В период индивидуально-дифферен-

цированной тактики экстренно оперированы 14 (8,4%), срочно 9 (5,4%) больных. Уменьшение числа срочных операций более чем в 7 раз в период индивидуально-дифференцированной тактики в группе с нестабильным гемостазом и выполненной эндоскопической профилактикой существенны, $\chi^2= 11,05$ при $p=0,0009$. Рост числа экстренных операций в этой группе на 2% не достоверен, $\chi^2= 1,14$ при $p=0,28$.

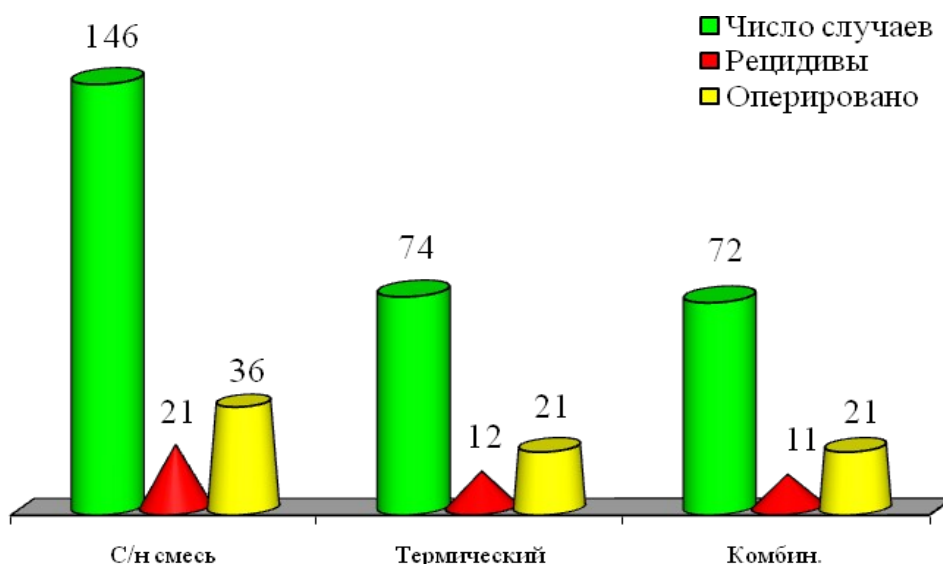


Рис. 2. Вид эндоскопической профилактики, число рецидивов и операций при нестабильном гемостазе F II A,B.

Сравнивая результаты в группе с нестабильным гемостазом и выполненной эндоскопической профилактикой и без неё мы отметили существенное увеличение числа рецидивов в группе без профилактики до 19,1%, при профилактике 15%, $\chi^2= 187,5$ при $p<0,001$. В то же время различий в числе неотложных операций при выполнении профилактики и без неё не выявлено, $\chi^2= 0,15$ при $p=0,69$.

У больных с тяжелой соматической патологией или выраженной анемией необходимо при отсутствии активного кровотечения применять эндоскопическую профилактику рецидивов, используя дифференцированный подход к способам, которыми пользуются для гемостаза. При неуверенности врача эндоскописта в надежности гемостаза, показано выполнение динамических ЭГДС, в сроки, зависящие от состояния язвы.

В любом случае, при успешном гемостазе необходимо дополнять лечение медикаментозными средствами подавляющими факторы агрессии в желудке. Важным аспектом, оценивающим возможности консервативного лечения, служит оценка эффективности применения антисекреторных препаратов. Для этой цели в неотложных условиях использовали методы эндоскопической рН-метрии или суточного мониторинга рН. Результаты использования инъекционных антисекреторных препаратов в среднетерапевтических дозировках методом суточной рН-метрии, представлены в таблице 6.

Исследование выполнено у 130 больных с дуоденальными язвами в сроки 3-5 суток после гемостаза. В таблицу не включены больные получавшие Н₂ блокаторы 2 поколения, ранитидин, зантак, т.к. их результаты аналогичны действию кваматела.

Табл. 6.

Сравнительная характеристика медиан и доверительных интервалов основных показателей кваматела, лосека и нексиума.

Исследуемые показатели	Квамател 20 мг	ДИ	Лосек 40 мг	ДИ	Нексиум 40 мг	ДИ
Время начала действия, мин	50±25,6	32 – 62	30±46,2	13 – 79	20±19,9	13 – 39
Длительность действия, часы	2,3±1,6	1,7 – 3,8	13,1±5,3	7,8 – 15,3	17,2±4,01	15,7 – 21,1
Среднесуточное рН, ед.	4,2±0,9	3,4 – 4,6	5,05±1,27	3,7 – 5,6	6,6±0,41	6,4 – 6,9
рН < 2 ед. (% времени)	24±21	24 – 47	10±21,2	8 – 26	1±1,9	3 – 5
рН 4 – 7 ед. (% времени)	31±20,9	26 – 51	66±24,2	47 – 82	48±14,6	38 – 58
рН > 7 ед. (% времени)	5±15,4	6 – 7	1,5±9,0	6 – 9	47±13,3	47 – 50

Примечание: ДИ доверительные интервалы.

Из представленных результатов и расчетов следует, что значимых различий по времени начала действия после внутривенного применения препаратов не выявлено. Начало действия кваматела несколько позднее, чем группы блокаторов протонного насоса. Однако, существенные различия обнаружены по длительности действия применяемой лечебной дозы препарата. Минимальное действие на секреторную активность для профилактики рецидива оказывает квамател, действуя не более 4 часов после инъекции. Лосек при однократном применении оказывает антисекреторный эффект 8 – 16 часов, что соответствует максимально 67% суточного времени. Этого так же не достаточно для профилактического действия этой дозы препарата. Поэтому среднетерапевтическая доза лосека, должна быть увеличена за счет двукратного введения. Длительность действия нексиума составляла от 16 до 21 часа, что соответствует от 67 до 87% суточного времени. Этого времени действия достаточно для эффективной профилактики рецидива кровотечения. Однако в случаях пациентов с высоким операционно-анестезиологическим риском срочной операции среднетерапевтическая суточная доза нексиума также должна быть удвоена. По современным правилам, антисекреторные препараты используются в дозе

до 260 мг после болюсного введения препарата. Мы не располагаем собственным материалом по исследованию таких доз препаратов.

Таким образом, современные тенденции в лечении кислотозависимых язв заключаются в создании алгоритмов лечения в каждом лечебном учреждении располагающих возможностями эндоскопического гемостаза, медикаментозной профилактики рецидивов и возможности хирургического пособия при неэффективности консервативной терапии. Этим требованиям соответствуют основные положения индивидуально-дифференцированной тактики.

ВЫВОДЫ

1. Активная хирургическая тактика в лечении дуоденальных язвенных кровотечений, основанная на прогнозе рецидива, дает летальность 8,8% при хирургической активности 32%.

2. Рецидивы дуоденальных язвенных кровотечений наблюдались у 12,5% больных, максимальное их число в группах высокого риска в течении 3 суток после эндоскопического гемостаза у 79,1%. У 50,4% рецидив кровотечения случается в первые сутки от эндоскопического исследования, он связан с ненадежным гемостазом или отказом от профилактики при угрозе рецидива.

3. Эндоскопический гемостаз и профилактика при Forrest I A,B II A,B с последующим применением инъекционных форм антисекреторных препаратов в средние терапевтических суточных дозах достаточны для предупреждения ранних, в течении 5 суток рецидивов кровотечения.

4. Показаниями к срочным операциям при дуоденальном язвенном кровотечении служат язвенный анамнез с предшествующими осложнениями, высокий риск рецидива, наличие сочетанных осложнений, стеноза, пенетрации. Экстренные операции выполняются при перфорации на фоне кровотечения или профузном рецидиве кровотечения.

5. Условиями применения индивидуально-дифференцированной тактики при язвенных дуоденальных кровотечениях являются, надежный эндоскопический гемостаз, доступность инъекционных форм ингибиторов протонного насоса, возможность динамического эндоскопического контроля. У больных с кровотечениями на фоне тяжелой соматической патологии при оперативном гемостазе применение малотравматичных вмешательств.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. В группы высокого риска по рецидиву кровотечения из дуоденальных язв относятся больные с тяжелой, средней кровопотерей и Forrest I A,B; II A,B. Сомнительный риск - Forrest I A,B; II A,B при успешном эндоскопическом гемостазе и легкой степени кровопотери, а так же Forrest II C со средней и тяжелой кровопотерей.

2. Экстренные операции по поводу язвенных дуоденальных кровотечений выполняются при неэффективности эндоскопического гемостаза и профузных рецидивов кровотечения в первые сутки после лечебной эндоскопии. Срочные операции в группах высокого риска при сочетанных осложнениях и наличии язвенных осложнений в прошлом. Плановые операции при неоднократных кровотечениях и полноценном обследовании больного, включая методы функциональной диагностики.

3. В группах сомнительного риска рецидива показана динамическая эндоскопия в течении первых 3 суток после первого исследования.

4. У больных с сопутствующими заболеваниями и высоким операционным риском при сомнительном или высоком риске рецидива показана повторная эндоскопия с профилактикой рецидива каждые 24 часа до исчезновения стигматов кровотечения.

5. Рецидив язвенного кровотечения без нарушения гемодинамики выявленный при контрольной ЭГДС не является показанием к оперативному лечению. Повторный эндоскопический гемостаз или профилактика с переоценкой риска рецидива.

6. У больных без язвенного анамнеза при хирургическом лечении и отсутствии пенетрации или стеноза показано минимальное вмешательство, прошивание язвы, с последующей адекватной противоязвенной терапией.

7. Диагностика источника кровотечения и лечение больных с тяжелой кровопотерей и соматической патологией должна выполняться в условиях отделения интенсивной терапии.

8. Для оценки необходимости применения антисекреторных препаратов в качестве профилактики рецидива показано применение эндоскопической или суточной рН-метрии.

СПИСОК РАБОТ ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Инъекционные формы блокаторов желудочной секреции в профилактике рецидивов язвенных кровотечений / С.В. Силуянов, В.А. Ступин, М.Б. Сохикян, Е.А. Калмыкова, Е.Ю. Токарева, **Р.Ш. Сардаров**, И.Г. Лучинкин // Российский медицинский журнал. – Т. 15. - № 29 (310). – 2007. – С. 2211-2216.

2. Современные технологии в диагностике и лечении гастродуоденальных язвенных кровотечений. / С.В. Силуянов, В.И. Кан, Е.В. Лукина, В.С. Фролов, М.В. Баглаенко, М.Б. Сохикян, **Р.Ш. Сардаров**, Т.А. Маловичко, Т.В. Иванова // Актуальные вопросы клинической медицины: Сборник научных работ, посвященных 25-летию городской клинической больницы № 15 г. Москвы им. О.М. Филатова / Под редакцией Е.М. Евсикова – М., 2006. –259 с. – С. 237-248.

3. Сравнительная оценка антисекреторного эффекта инъекционных форм блокаторов желудочной секреции в профилактике рецидивов язвенных кровотечений. / С.В. Силуянов, М.Б. Сохикян, **Р.Ш. Сардаров**, Е.Ю. Токарева // Материалы 13 Российской Гастроэнтерологической Недели. Российский жур-

нал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. –Т. XVII. - № 5. – 2007. – Приложение № 30. С. 35.

4. Лечение язвенных кровотечений при выраженной сопутствующей патологии. / В.А. Ступин, С.В. Силуянов, М.Б. Сохикян, **Р.Ш. Сардаров** // Материалы 14 Российской Гастроэнтерологической Недели. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. –Т. XVIII. - № 5. –2008. – Приложение № 32. С. 39.

5. Динамические эндоскопии как способ профилактики рецидивов язвенных гастродуоденальных кровотечений. / С.В Силуянов, М.Б. Сохикян, А.Т. Хамдан, **Р.Ш. Сардаров** // Украинский журнал хирургии. -№6 (15). -2011. – С. 32-36.

6. Рецидивы язвенных гастродуоденальных кровотечений как проблема современной лечебной тактики. / В.А. Ступин, С.В. Силуянов, Р.Ю. Тронин, Л.А. Ардабацкий, М.А. Собиров, **Р.Ш. Сардаров** // Материалы IV Конгресса Московских хирургов «Неотложная и специализированная хирургическая помощь» 19-20 мая 2011г. С. 109.

7. Результаты лечения пациентов с кровотечениями из хронических дуоденальных язв. / А.Е. Богданов, С.В. Силуянов, **Р.Ш.Сардаров**, М.В.Баглаенко, М.Б.Сохикян, Л.А.Ардабацкий, Л.А.Крамарова // Вестник РГМУ. -№3. -2011.

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии
www.gastroscan.ru/literature/