

УДК 616.33./342-002.44-005.1-07-090

ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ ЯЗВЕННЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ**С. Н. Хунафин¹, С. В. Федоров¹, Ю. В. Петров^{1*}, А. Ф. Власов¹, А. Ш. Загретдинов²**¹Башкирский государственный медицинский университет,²Городская клиническая больница №18, г. Уфа, Россия**GASTRODUODENAL ULCEROUS HEMORRHAGES****S. N. Khunafin¹, S. V. Fedorov¹, Yu. V. Petrov^{1*}, A. F. Vlasov¹, A. Sh. Zagretdinov²**¹Bashkir State University of Medicine,²City Clinical Hospital №18, Ufa, Russian Federation

Цель. Разработка критериев для определения хирургической тактики при гастродуоденальных язвенных кровотечениях.

Материалы и методы. Нами проанализированы результаты лечения 353 больных с кровотечением из хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Критерием для определения хирургической тактики при язвенных гастродуоденальных кровотечениях послужил вид кровотечения: артериальное и венозное. По виду кровотечения больные распределились следующим образом: 58 (16,4 %) имели артериальное кровотечение, а 295 (83,6 %) – венозное. Дифференциальную диагностику вида кровотечения проводили по клиническим, эндоскопическим и лабораторным данным.

Результаты. При артериальном кровотечении с резким нарушением гомеостаза довольно быстро наступает геморрагический шок. При таких ситуациях гемостатическая терапия дает временный эффект. При венозном кровотечении продолжительность его длительная, нет признаков геморрагического шока, состоявшееся кровотечение меньше рецидивирует и гемостатическая терапия в большинстве случаев эффективна. На основании полученных нами данных по дифференциальной диагностике видов кровотечения получен патент РФ на изобретение № 2407445 от 27 декабря 2010 г.

Выводы. Выделение артериального, венозного и капиллярного вида кровотечения позволяет оптимизировать тактику хирургического лечения у больных с гастродуоденальными язвенными кровотечениями и снизить общую летальность до 3,5 %.

Ключевые слова. Язвенные гастродуоденальные кровотечения, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, желудочно-кишечные кровотечения.

Aim. To develop the criteria for determination of surgical tactics in gastroduodenal ulcerous hemorrhages.

Materials and methods. The results of treatment of 353 patients with chronic ulcerous gastric and duodenal hemorrhages were analyzed. The type of hemorrhage – arterial and venous – was used as a criterion for determination of surgical tactics in case of gastroduodenal hemorrhages. The patients were distributed according to the type of hemorrhage: 58 (16,4 %) had arterial hemorrhage, 295 (83,6 %) – venous

© Хунафин С. Н., Федоров С. В., Петров Ю. В., Власов А. Ф., Загретдинов А. Ш., 2014

e-mail: petrovura@inbox.ru

тел. 8 (347) 228 77 00

[Хунафин С. Н. – доктор медицинских наук, профессор кафедры скорой помощи и медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузиологии ИПО; Федоров С. В. – доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургии с курсами эндоскопии и стационарзамещающих технологий ИПО; Петров Ю. В. (*контактное лицо) – аспирант кафедры скорой помощи и медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузиологии ИПО; Власов А. Ф. – кандидат медицинских наук доцент кафедры скорой помощи и медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузиологии ИПО; Загретдинов А. Ш. – заведующий отделением хирургии].

hemorrhage. Differential diagnosis of the type of hemorrhage was performed by clinical, endoscopic and laboratory data.

Results. In case of arterial hemorrhage with sharp disturbance of hemostasis, hemorrhagic shock starts rather promptly. In such situations, hemostatic therapy gives a temporary effect. In case of venous hemorrhage, its duration is long, there are no signs of hemorrhagic shock, completed hemorrhages are less recurrent and hemostatic therapy in most cases is effective. On the basis of the obtained data, RF Patent invention № 2407445 (December 27, 2010) was received by us.

Conclusions. Assessment of arterial, venous and capillary type of hemorrhage permits to optimize the surgical tactics in patients with gastroduodenal ulcerous hemorrhages and to decrease the total lethality to 3,5 %.

Key words. Ulcerous gastroduodenal hemorrhages, gastric and duodenal ulcerous disease, gastrointestinal hemorrhages.

ВВЕДЕНИЕ

У больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в 10–15 % случаев возникают желудочно-кишечные кровотечения, из них 10–14 % пациентов погибают в клинике, а при рецидиве кровотечения летальность возрастает до 30–40 % и не имеет тенденции к уменьшению. В настоящее время большинство авторов пользуются эндоскопической классификацией кровотечения J. A. Forrest [6]. Для оценки степени тяжести кровотечения используется классификация А. И. Горбашко [1]. Каждая из них применяется в сугубо практических целях и отвечает на конкретные вопросы о выборе тактики лечения больных с гастродуоденальными кровотечениями. По мнению многих авторов, выявление степени тяжести кровопотери позволяет определить объем и интенсивность заместительной инфузионной терапии и выбрать оптимальный вариант оперативного вмешательства [2–5].

Цель работы – разработать критерии для определения хирургической тактики при гастродуоденальных язвенных кровотечениях.

В связи с заявленной целью были сформулированы следующие задачи:

1) изучение факторов риска рецидива кровотечения;

2) разработка дифференциально-диагностических признаков различных видов желудочно-кишечных кровотечений;

3) уточнить возможности использования вида кровотечения в качестве критерия для определения хирургической тактики лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами проанализированы результаты лечения 353 пациентов с кровотечением из хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки, которые находились на лечении в ГКБ № 18 г. Уфы в 2007–2014 гг. Мужчин – 261 (73,9 %), женщин – 92 (26,1 %). Средний возраст больных мужчин составил $48,0 \pm 0,67$ г. (от 18 до 85 лет), женщин – $58,3 \pm 1,0$ г. (от 17 до 93 лет). Старше 60 лет было 108 (30,8 %) человек. В первые 6 ч с кровотечением поступили 18,2 %, в период от 6 до 12 ч – 17,8 %, 12–24 ч – 29,1 %, позже 24 ч – 34,9 %, то есть большинство больных доставляются в клинику позже 24 часов на фоне развившихся гемодинамических расстройств. Хроническая язва желудка была источником кровотечения в 36,9 % случаев, язва двенадцатиперстной кишки – в 59,4 %. Кровотечение из сочетанных хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки наблюдалось в 3,7 %. Распределение больных по классификации J. A. Forrest: тип I (FI) – 51 больной (14,4 %), тип II (FII) – 190 (53,8 %),

тип III (FIII) – 112 (31,8 %). С легкой степенью кровопотери в клинику поступили 160 (45,3 %) человек, средней – 108 (30,6 %), тяжелой – 85 (24,1 %). Для эндоскопической остановки кровотечения или усиления гемостаза использовали термокоагуляцию (установка термального зонда HPU, электрохирургический блок UES-10, Olympus, Япония) у 56 (15,8 %) больных, обкалывание язвенного дефекта 0,01 % раствором адреналина – у 110 (31,2 %), орошение источника кровотечения 96 % раствором спирта – у 168 (47,6 %) и как самостоятельный способ остановки термокоагуляцию использовали у 19 (5,4 %).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В качестве критерия для определения хирургической тактики при язвенных гастродуоденальных кровотечениях мы предлагаем использовать вид кровотечения: артериальное и венозное. По виду кровотечения больные распределились следующим образом: 58 (16,4 %) имели артериальное кровотечение и 295 (83,6 %) – венозное.

Дифференциальную диагностику вида кровотечения предлагаем проводить по общедоступным клиническим, эндоскопическим и лабораторным данным, которые приведены в табл. 1–4.

Таблица 1

Дифференциально-диагностические признаки желудочно-кишечных кровотечений на основании жалоб больных

Жалоба	Вид кровотечения	
	артериальное, n=58 (%)	венозное, n=295 (%)
Слабость	Выраженная (60,3)	Умеренная (45,1)
Головокружение	Выраженное (41,4)	Незначительное (41,7)
Холодный пот	Присутствует (13,8)	+(3,1)
Рвота со сгустками крови	+(41,4)	+(2,1)

Как видно из табл. 1, пациенты, поступившие в стационар с гастродуоденальным кровотечением, жалобы предъявляли в основном на слабость, головокружение, холодный пот и рвоту. При артериальном виде кровотечения слабость была выраженной у 60,3 %, при венозном – у 45,1 %. При артериальном кровотечении выраженное головокружение отмечено у 41,4 % и незначительное – у 41,7 % при венозном виде кровотечения. Холодный пот присутствовал при артериальном кровотечении у 13,8 % и у 3,1 % – при венозном. Рвота со сгустками крови отмечалась при артериальном кровотечении у 41,4 % больных, при венозном – у 2,1 %.

Большое значение в дифференциальной диагностике желудочно-кишечных кровотечений имеет его длительность, которая делится на короткую (до 6–12 ч); средней продолжительности (12–24 ч); длительную (более 24 ч). При артериальном виде кровотечения продолжительность была короткой у 9,7 % больных, при венозном кровотечении длительный анамнез имелся у 40,3 %.

Среди объективных признаков общее состояние пациентов оценивалось на основании бледности кожных покровов и слизистых, частоты пульса, уровня артериального давления (табл. 2).

При артериальном виде кровотечения общее состояние больных, как правило, было тяжелым и критическим, что отмечено у 69 %. При венозном кровотечении средней тяжести состояние было у 33,9 % и удовлетворительное – у 37,3 %.

Несомненно, в оценке состояния пациентов существенное значение придавалось результатам эндоскопических исследований (табл. 3).

Таблица 2

Клинические дифференциально-диагностические признаки вида кровотечений

Диагностический признак	Вид кровотечения	
	артериальное, n=58 (%)	венозное, n=295 (%)
Общее состояние	Тяжелое (44,9). Критическое (24,1)	Удовлетворительное (37,3). Средней тяжести (33,9)
Бледность кожных покровов и слизистых	Выраженная (48,3). «Мраморный цвет» (20,7)	Умеренная (78,7)
Частота пульса	Тахикардия выраженная (91 уд./мин и выше) (43,2)	Тахикардия выраженная (91 уд./мин и выше) (47,8)
Уровень артериального давления (мм рт. ст.)	Гипотония выраженная (до 80/60) (36,2). Гипотония критическая (до 40/0) (13,8)	Гипотония умеренная (до 100/60) (67,1)
Кал (цвет, оформленность)	Дегтеобразный (65,5). Жидкий (46,5)	Дегтеобразный (63,4)

Таблица 3

Эндоскопические дифференциально-диагностические признаки вида гастродуоденальных кровотечений

Эндоскопическая семиотика	Вид кровотечения	
	артериальное, n=58 (%)	венозное, n=295 (%)
Содержимое желудка	Сгустки крови (55,2)	Кофейная гуща (72,5)
Характер кровотечения	Струйное (75,9)	Стекает с краев язвы (99,7)
Цвет стекающей крови	Кровь алого цвета (87,9)	Кровь темного цвета (97,6)
Цвет тромба	Тромб алого цвета (94,9)	Тромб темного цвета (97,3)
Характер язвенного дефекта	Видимый сосуд (53,4). Фиксированный тромб (27,6)	Черное пятно (54,9). Фиксированный тромб (41,0)

При венозном кровотечении в желудке выявлялась кровь типа «кофейной гущи» у 72,5 % больных. При артериальном кровотечении у 55,2 % пациентов кроме «кофейной гущи» обнаруживались сгустки крови, так как при массивном артериальном кровотечении изменившаяся кровь не успевала вступить в реакцию с соляной кислотой и сворачивалась, формируя сгусток.

При артериальном кровотечении у 75,9 % пациентов наблюдается струйное истечение крови, при венозном кровь в 99,7 % случаев стекала с краев язвы. При артериальном кровотечении у 87,9 % кровь была алого цвета, при венозном – темного (97,6 %). При артериальном кровотечении видимый сосуд и фиксированный тромб наблюдался у 81,0 % больных, при венозном – у 95,9 % было черное пятно и фиксированный тромб.

Таблица 4

Лабораторные дифференциально-диагностические признаки вида кровотечения

Степень тяжести кровопотери	Объем кровопотери в мл (% ОЦК)	Ht, %	Hb, г/л	Кровотечение, %	
				артериальное	венозное
Доклиническая	До 500 (5–10 %)	44–40	65–62	8,6	21,4
Умеренная	500–1000 (10–20 %)	38–32	61–54	17,2	41,0
Средней тяжести	1000–1500 (20–30 %)	30–22	53–48	36,2	29,5
Тяжелая	>1500 (свыше 30 %)	<22	<48	38	8,1

Как видно из табл. 4, при артериальном виде кровотечения у 74,2 % больных наблюдается средняя и тяжелая степень кровопотери, при венозном – у 70,5 %.

Из 353 пациентов рецидив кровотечения был у 44 (12,4 %), из них артериальное кровотечение было у 42 (72,4 %), венозное – у 2 (0,7 %), т.е. рецидив при артериальном кровотечении наблюдался в 103 раза чаще, чем при венозном.

При артериальном кровотечении, как правило, с резким нарушением гомеостаза довольно быстро наступает геморрагический шок. При таких ситуациях гемостатическая терапия дает лишь временный эффект. При венозном кровотечении его продолжительность длительная, нет признаков геморрагического шока, состоявшееся кровотечение меньше рецидивирует и гемостатическая терапия в большинстве случаев эффективна.

На основании полученных нами данных по дифференциальной диагностике видов кровотечения получен патент РФ на изобретение № 2407445 от 27 декабря 2010 г.

Выводы

1. В качестве критерия для определения хирургической тактики при язвенных гастродуоденальных кровотечениях обосновано определение вида кровотечения на основании клинических, эндоскопических и лабораторных данных.

2. Использование предложенного нами комплекса дифференциально-диагностических признаков вида кровотечений и проведение адекватной хирургической тактики позволило улучшить результаты лечения больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением и снизить общую летальность до 3,5 % и послеоперационную – до 2,1 %.

Библиографический список

1. Горбашко А. И. Патогенетическое обоснование активной тактики хирурга при острых желудочно-кишечных кровотечениях язвенной этиологии. Вестн. хирургии 1980; 12: 728–34.
2. Григорьев С. Г., Корытцев В. К. Хирургическая тактика при язвенных дуоденальных кровотечениях. Хирургия 1999; 6: 20–22.
3. Луцевич Э. В., Ярема И. В., Бахшалиев Б. Р. Диагностика и лечение желудочно-кишечных кровотечений. Хирургия 1991; 9: 55–60.
4. Петров В. П., Шемякин И. С. О хирургической тактике при гастродуоденальных кровотечениях язвенной этиологии. Вестн. хирургии им. Грекова 1990; 9: 120–122.
5. Сацукевич В. Н., Сацукевич Д. В. Факторы риска острых осложнений гастродуоденальных язв. М: Либерей 1999; 416.
6. Forrest J. A. N., Finlayson N. D. L., Shearman D. J. L. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. Lancet 1974; 11: 395–397.

Материал поступил в редакцию 28.08.2014