

ID: 2011-03-24-A-1270

Оригинальная статья

Евсеев М. А.¹, Клишин И. М.¹, Головин Р.А.¹, Фролов И.А.², Шапкин Ю.Г.², Капралов С.В.²

Клиническое течение, прогнозирование и профилактика острых послеоперационных эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны у больных старших возрастных групп

¹ ГБОУ ВПО «Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минсоцразвития»

² ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Минсоцразвития»

Резюме

Цель исследования: улучшение результатов лечения хирургических больных с послеоперационными острыми кровоточащими эрозиями и язвами желудка и двенадцатиперстной кишки путем их прогнозирования и обоснования методов профилактики и лечения. *Материал исследования:* проведен ретроспективный анализ 3746 историй болезни оперированных больных. У 220 (5,9%) в послеоперационном периоде было диагностировано острое эрозивно-язвенное поражение (ОЭЯП) гастродуоденальной зоны осложненное кровотечением. Пациенты старших возрастных групп составили 62,8%. *Результаты.* Среди всех оперированных пациентов ОЭЯП развилось у 5,6% больных старшей возрастной группы и у 0,3% у больных среднего возраста. У пациентов пожилого возраста летальность при возникновении кровотечения из ОЭЯП составила 35,8. *Заключение.* Развитие ОЭЯП гастродуоденальной зоны является фактором, принципиально усугубляющим тяжесть состояния больных старших возрастных групп в послеоперационном периоде. Основными направлениями лечения ОЭЯП являются антисекреторная терапия и эндоскопический гемостаз. Эндоскопической остановке кровотечения должна соответствовать качественная антисекреторная терапия с достижением анацидного состояния в желудке. Применение инъекционных форм H₂-блокаторов (квamatел) не создает условий для профилактики рецидива кровотечения.

Ключевые слова: острые гастродуоденальные эрозии и язвы, желудочно-кишечное кровотечение.

Введение

Проблема острых гастродуоденальных эрозивно-язвенных поражений (ОЭЯП) осложненных кровотечением до настоящего времени не утратила своей актуальности. По данным А.А. Курыгина с соавт. (2004) у 60% больных желудочно-кишечное кровотечение служит основным проявлением острых язв, из них у 33% оно бывает массивным, и при этом лишь 13% пациентов предъявляют какие-либо жалобы [5]. У 14% больных исход таких осложнений является смертельным [7;8].

Массивное желудочно-кишечное кровотечение у больных с ОЭЯП без его профилактики развивается в 6-15 % наблюдений, а при проведении профилактики – в 1-3 % [4; 7]. Рецидивирующее кровотечение сопровождается увеличением летальности почти в 5 раз [5]. Поэтому выявление больных группы риска для профилактики развития кровотечения является наиболее актуальным.

Морфология и патогенез ОЭЯП во многом отличаются от хронических гастродуоденальных эрозий и язв. Установлено, что развитию эрозий предшествуют значительные нарушения микроциркуляции, что дает основание большинству морфологов рассматривать острые эрозии, как ишемический инфаркт слизистой оболочки [1; 6]. D.J. Cook (1994) [9] полагает, что основными факторами риска кровотечения являются острая дыхательная недостаточность и коагулопатия. В.П. Хохоля с соавт. [7] считают, что сочетание нескольких факторов (обширное оперативное вмешательство, печеночная недостаточность, дыхательная недостаточность, острый панкреатит, гиповолемия, сердечно-сосудистая недостаточность, перитонит, поражение центральной нервной

системы, шок, прием ulcerогенных препаратов) способствует появлению острых изъязвлений, а наличие 5 из них значительно повышает риск кровотечения.

В настоящее время установлено, что при кровотечении из острых эрозий и язв антацидные средства неэффективны. В многочисленных контролируемых исследованиях доказано преимущество антагонистов H₂-рецепторов гистамина над антацидами и сукральфатом при профилактике массивных кровотечений из острых эрозий и язв [3; 9]. Вместе с тем у больных при применении H₂-блокаторов развивается феномен «усталости рецепторов», а увеличение дозы препарата повышает риск развития побочных эффектов. Наиболее эффективными препаратами для подавления кислотопродукции в настоящее время являются блокаторы протонной помпы – омепразол и эзомепразол (особенно их внутривенные формы). [3].

Цель – улучшение результатов лечения хирургических больных с послеоперационными острыми кровоточащими эрозиями и язвами желудка и двенадцатиперстной кишки путем их прогнозирования и обоснования методов профилактики и лечения.

Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ 3746 историй болезни оперированных больных, находившихся в отделениях клиник общей хирургии ГОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» на базах госпиталя ветеранов войн № 2 и городской клинической больницы № 23 г. Москвы; и в отделениях клиник кафедры общей хирургии ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минсоцразвития» на базах МУЗ городская клиническая больница № 2 и городская клиническая больница № 6 г. Саратова с 2005 по 2010 год.

Из 3746 оперированных у 220 (5,9%) в ближайшем послеоперационном периоде было диагностировано ОЭЯП гастродуоденальной зоны осложненное кровотечением. Пациенты старших возрастных групп составили 62,8%.

Основным способом диагностики острых кровоточащих гастродуоденальных эрозий и язв в послеоперационном периоде служила фиброгастродуоденоскопия. Поводом для экстренной эндоскопии, позволившей диагностировать ОЭЯП, в послеоперационном периоде явились: прогрессирующая анемия (82,1%), гемодинамические нарушения (72%). Клиника желудочно-кишечного кровотечения была отмечена лишь у 17,9% больных. Осложнение было диагностировано на 3-и сутки у 119 пациентов (53,8%); на 5-е у 71 (32,4%); на 7-е у 23 (10,2%); на 9-е у 7 (3,4%). Кровопотеря легкой степени была выявлена у 128 (58,1%) пациентов; средней у 53 (23,9%) больных и тяжелой – у 39 (17,9%) человек.

У 137 пациентов диагностировались распространенные эрозивные поражения; у 44 – острые язвы. Еще в 39 наблюдениях наряду с множественными острыми язвами диагностировались глубокие сливные эрозии. При выявлении острых язв преобладали множественные поражения: у 33 больных наблюдали несколько язвенных дефектов.

Кровотечение по типу Forrest Ia выявлено в 7 (3,4%) наблюдениях; Forrest Ib в 40 (17,9%); Forrest IIa в 26 (11,9%); Forrest IIb в 117 (52,9%); Forrest III – у 30 (13,6%) больных.

В исследовании учитывались следующие критерии: возрастная группа (по классификации ВОЗ), объем перенесенного оперативного вмешательства (по классификации М. Samama, 1999) [10], выбор анестезиологического пособия. Объективная оценка тяжести состояния больных проводилась по интегральной системе АРАСНЕ III. Полученные результаты были проанализированы с применением методов параметрической и непараметрической статистики с использованием программ Statistica 6-0 и BioStat.

Результаты

С учетом объема перенесенного оперативного вмешательства вся совокупность пациентов была разделена на три группы (табл. 1). Из всех пациентов с ОЭЯП больные

пожилого возраста составили 30,4%; старческого – 64,6%; долгожители – 5,4%. У всех пациентов старших возрастных групп имелись сопутствующие заболевания, с преобладанием патологии сердечно-сосудистой системы, преимущественно атеросклеротического генеза. Среди всех оперированных пациентов ОЭЯП развилось у 5,6% больных старшей возрастной группы и у 0,3% у больных среднего возраста ($p < 0,01$).

Таблица 1. Частота развития ОЭЯП в группах клинического наблюдения

Виды операций	Распределение больных по возрасту			Распределение ОЭЯП по возрасту		
	Молодой и средний	Пожилой	Старческий (долгожители)	Молодой и средний	Пожилой	Старческий (долгожители)
I. Малые – продолжительностью до 1 часа (удаление поверхностных опухолей, аппендэктомия, грыжесечение)	798	850	112 (19)	-	4	5 (3)
II. Большие – продолжительностью до 3 часов (холецистэктомия, резекция желудка, резекция кишки, ампутация конечности)	554	1022	305 (9)	4	25	133 (9)
III. Расширенные – продолжительностью более 3 часов (гастрэктомия, экстрипация прямой кишки, панкреатодуоденальная резекция)	42	58	5 (-)	7	38	4 (-)
ВСЕГО	1394	1930	422 (28)	11	67	142 (12)

Таблица 2. Летальность в группах наблюдения с ОЭЯП

Виды операций	Распределение больных по возрасту					
	Молодой и средний		Пожилой		Старческий (долгожители)	
	Количество больных	Умерло	Количество больных	Умерло	Количество больных	Умерло
I Малые – продолжительностью до 1 часа	-	-	4	-	5 (3)	3 (3)
II Большие – продолжительностью до 3 часов	4	-	25	5	133 (9)	40 (9)
III Расширенные – продолжительностью более 3 часов	7	2	38	19	4	3
ВСЕГО	11	2	67	24	142 (12)	46 (12)

Среди всех 3746 оперированных пациентов умерло 82 человека. Послеоперационная летальность составила 2,2%. Среди умерших кровотечение из ОЭЯП отмечено у 72 больных. Таким образом послеоперационная летальность, ассоциированная с кровотечением из острых гастродуоденальных эрозий и язв составила всего 1,9%. Однако среди больных с кровотечением из ОЭЯП летальность достигла 32,7%. У пациентов пожилого возраста летальность при возникновении кровотечения из ОЭЯП составила 35,8%, у пациентов старческого возраста 32,4%; возникновение кровотечения из ОЭЯП в группе долгожителей ассоциировалось с облигатным летальным исходом (табл. 2).

При оценке тяжести состояния пациентов без ОЭЯП на 1 сутки послеоперационного периода установлено, что в пожилом возрасте среднее значение критерия APACHE III составило 40 баллов, у больных старческого возраста – 52 балла. В то же время у пожилых больных с развившимся впоследствии гастродуоденальным кровотечением из ОЭЯП средняя величина APACHE III составила 58 баллов, у пациентов старческого возраста – 76 баллов, у долгожителей – 105 баллов. Различия в величине показателя APACHE III статистически достоверны ($p < 0,05$). Статистический анализ с применением χ -критерия Пирсона показал, что риск развития острых кровоточащих гастродуоденальных эрозий и язв в послеоперационном периоде появляется при превышении значения показателя APACHE III на первые сутки после операции выше 55 баллов.

После операций под наркозом развитие ОЭЯП было отмечено в 12,5% наблюдений. После операций под спинномозговой (и различными вариантами регионарной) анестезией кровотечение развилось у 2,5% пациентов, а после вмешательств под местной анестезией у 2,3% больных (табл. 3).

Таблица 3. Частота развития ОЭЯП в зависимости от вида анестезии

Вид анестезии	Возраст больных					
	Молодой и средний		Пожилый		Старческий	
	Всего больных	ОЭЯП	Всего больных	ОЭЯП	Всего больных	ОЭЯП
Местная	567	1	602	18	107	11
Спинномозговая и различные варианты регионарной	104	-	318	7	126	7
Наркоз	723	10	1010	42	189	124

Среди всех оперированных пациентов гнойно-воспалительные осложнения в области оперативного вмешательства развились в 2,3% наблюдений. Среди больных с ОЭЯП частота местных инфекционных осложнений, развившихся синхронно или впоследствии, была несколько выше (2,5%), особенно у людей пожилого возраста (3,1%). В случае кровотечения при ОЭЯП в старческом возрасте частота местных гнойных осложнений увеличивалась до 9,4% ($p < 0,05$).

Системные инфекционные послеоперационные осложнения, ассоциированные с сепсисом, наблюдались у 0,1% всех пациентов. Однако среди больных с ОЭЯП частота развития сепсиса увеличивалась до 1,2%, а в старших возрастных группах до 13,8% ($p < 0,05$).

При диагностике продолжающегося кровотечения и в ряде случаев при угрозе его возобновления при ОЭЯП выполнялся эндоскопический гемостаз (табл. 4). У 34 (18,8%) больных после выполнения эндоскопического гемостаза развился рецидив кровотечения. Оценивая эффективность каждой из методик эндогемостаза, следует отметить низкую эффективность орошения. Рецидив геморрагии наблюдался в 44% случаев использования орошения в качестве самостоятельной манипуляции. Необходимо признать, что эта методика не имеет самостоятельного значения, а должна использоваться либо в качестве дополнения к другим способам эндогемостаза (лазерфотоккоагуляции, диатермокоагуляции), либо как поддерживающее воздействие при динамической эндоскопии. Эффективность диатермокоагуляции была достаточной для достижения инициального гемостаза, но недостаточной для его длительного поддержания (рецидив

отмечен у 8 из 18 человек). В случае диагностики повторного кровотечения в основном повторяли эндоскопический гемостаз с выбором альтернативной его методики. Рецидив геморрагии, развившийся после применения лазерфотокоагуляции и клипирования, в большинстве наблюдений требовал хирургического вмешательства.

Таблица 4. Эндоскопический гемостаз при ОЭЯП

Методика эндогемостаза	Количество наблюдений	Количество рецидивов кровотечения
Клипирование	10	1
Лазерфотокоагуляция	26	2
Аргоноплазменная коагуляция	75	5
Диатермокоагуляция	18	8
Инъекционный гемостаз	10	-
Орошение	41	18
ВСЕГО:	180	34

По жизненным показаниям при неэффективности эндоскопического гемостаза выполнено 7 операций. В 5 наблюдениях объем операций был ограничен иссечением язвы; в 2 случаях выполнялась резекция желудка. Из 7 оперированных больных умерло 5 человек. Наш опыт свидетельствует о бесперспективности хирургического лечения послеоперационных острых кровоточащих эрозий и язв.

Рецидив кровотечения у больных пожилого возраста отмечен в 4 (11,7%) случаях; у больных старческого возраста в 16 случаях (20,5%); у долгожителей в 2 (40%) случаях. Таким образом повторное кровотечение чаще развивалось у пациентов старших возрастных групп ($p < 0,05$).

Всем больным с ОЭЯП проводили антисекреторную терапию. Для подавления желудочной секреции у 146 больных использовали квамател, а у 74 лосек. Все препараты назначали в стандартных дозировках по рекомендуемым производителем схемам. Из 34 наблюдений рецидива геморрагии у 24 больных для его профилактики применялся квамател, а у 10 лосек. Разница в частоте развития рецидива статистически достоверна ($p < 0,05$). Рецидив кровотечения при использовании в качестве средства антисекреторной терапии H_2 -блокатора кваматела наблюдался у 10,9%, а при использовании омепразола – у 4,5% пациентов.

Обсуждение

При определении значимых для возникновения ОЭЯП факторов, на основании ретроспективного анализа 3746 наблюдений установлена высокая вероятность развития ОЭЯП с гастродуоденальным кровотечением у хирургических пациентов старших возрастных групп. Анализ данных таблицы 1 показывает, что в случае выполнения хирургического вмешательства больному старше 75 лет риск развития в раннем послеоперационном периоде острых кровоточащих эрозий и язв превышает 30% ($p < 0,05$). Наше исследование показало, что на частоту развития ОЭЯП влияет выбор объема операции и способ анестезии. С учетом показателей таблиц 1 и 3 определено, что у лиц старческого возраста риск осложнений «больших» операций превышает 40%, а в случае применения наркоза увеличивается до 65% ($p < 0,05$). Определенным критерием прогнозирования развития ОЭЯП гастродуоденальной зоны с желудочно-кишечным кровотечением может служить система комплексной оценки состояния больного APACHE III. Превышение ее расчетного показателя на первые сутки послеоперационного периода выше 55 баллов свидетельствует о высоком риске осложнений ($p < 0,05$).

Исследование показало, что развитие кровотечения из ОЭЯП особенно неблагоприятно для больных старших возрастных групп. Анализ данных таблицы 2 показывает, что при выполнении «больших» и «расширенных» хирургических операций в случае развития острых кровоточащих гастродуоденальных эрозий и язв

послеоперационная летальность достигает 20-50% среди больных в возрасте 65-75 лет, а у людей старше 75 лет увеличивается до 30-75% ($p < 0,05$).

Основными причинами летальности при ОЭЯП являются рецидивы желудочно-кишечного кровотечения, а также гнойно-септические осложнения. В исследовании было установлено, что вероятность развития последних значимо увеличивается у оперированных пациентов старческого возраста на фоне острых кровоточащих эрозий и язв желудка и двенадцатиперстной кишки ($p < 0,05$).

Основными направлениями лечения ОЭЯП являются антисекреторная терапия и эндоскопический гемостаз. Хирургическое лечение больных с острыми кровоточащими эрозиями и язвами может быть обусловлено лишь чрезвычайными обстоятельствами неэффективности консервативных мероприятий. Основным методом остановки кровотечения следует признать эндоскопический гемостаз. Его качество определяет прогноз лечения, особенно у пациентов пожилого и старческого возрастов. Надежный гемостатический эффект гарантирует лишь применение современных высокотехнологичных методик: аргоноплазменной коагуляции, лазерфотокоагуляции, клипирования. Нами показано, что ни орошение, ни диатермокоагуляция не позволяют обеспечивать стабильный эндоскопический гемостаз. Эндоскопической остановке кровотечения должна соответствовать качественная антисекреторная терапия с достижением анацидного состояния в желудке. В нашем исследовании было показано, что применение инъекционных форм H_2 -блокаторов (квamatел) не создает условий для профилактики рецидива кровотечения.

Заключение

Развитие ОЭЯП гастродуоденальной зоны является фактором, принципиально усугубляющим тяжесть состояния больных старших возрастных групп в послеоперационном периоде и ухудшающим прогноз.

Возникновение ОЭЯП коррелирует с увеличением возраста пациентов, расширением объема операции, применением в качестве анестезиологического пособия наркоза, развитием местных и системных инфекционных послеоперационных осложнений.

Использование эндогемостаза методикой орошения и применение инъекционных H_2 -блокаторов для антисекреторной терапии не могут гарантировать надежной профилактики рецидива кровотечения из ОЭЯП.

Литература

1. Аруин Л.И., Капулер Л.Л., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. – М.: Медицина, 1998. – с. 165–222.
2. Гельфанд Б.Р., Мартынов А.Н., Гурьянов В.А., Шипилова О.С. Профилактика стресс-повреждений верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у больных в критических состояниях // Хирургия. Consilium medicum. – 2003. – Прил. 2. – С. 16-20.
3. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Антисекреторная терапия как составляющая часть консервативного гемостаза при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях // Хирургия. – 2005. – № 8. – С. 52–57.
4. Кубышкин В.А., Шишин К.В. Эрозивно-язвенное поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта в раннем послеоперационном периоде // Consilium medicum. – 2004. – №1. – С. 29–32.
5. Курыгин А.А., Скрябин О.Н. Острые послеоперационные гастродуоденальные язвы. – СПб.: Изд-во ВМА, 2004. – 370 с.
6. Столпман Н., Метц Д.С. Патопфизиология и профилактика стрессовых язв у послеоперационных больных // РМЖ. – 2005. – Т. 13. – № 25. – С. 1668–1674.
7. Хохля В.П., Тарасов А.А., Кононенко И.Н. О факторах риска образования острых эрозий и язв органов пищеварения у хирургических больных // Клиническая хирургия. – 1987. – № 8. – С. 29-32.
8. Conrad S.A. Acute upper gastrointestinal bleeding in critically ill patients: Causes and treatment modalities // Crit. Care Med. – 2002. – 30 (6). – 365-368.

9. Cook D.J., Reeve B.K. , Guyatt G.H. et al: Stress ulcer prophylaxis in critically ill patients: Resolving discordant meta-analyses. – JAMA. – 1996. – Т. 275. – P. 308–314.
10. Samama Ch.M., Samama M. M. Prevention of venous thromboembolism // Congress of European Society of Anaesthesiology. – Amsterdam, 1999. – P. 39-43.