

Межрегиональная научно-практическая конференция "Современные проблемы медицины", посвященная 60-летию муниципального учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница № 6 им. академика В.Н.Кошелева» г. Саратов

Дата проведения очной сессии: 1-14 июня 2013 года

Подробная информация о мероприятии на сайте: <http://medconfer.com/node/2730>

ID: 2013-08-24-A-2926

Оригинальная статья

Шапкин Ю.Г., Потахин С.Н., Чалык Ю.В., Климашевич В.Ю., Капралов С.В.

Областной центр гастродуоденальных кровотечений: особенности хирургической тактики в условиях муниципальной клиники

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Резюме

Анализ результатов работы Центра гастродуоденальных кровотечений на базе МУЗ «Городская клиническая больница №6» показал, что верификация предрецидивного синдрома при остановившемся кровотечении с использованием компьютерной программы способствует сокращению количества рецидивов кровотечения, снижает хирургическую активность и летальность при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. Несмотря на то, что компьютерная техника для лечебных учреждений стала привычной, компьютерное прогнозирование течения заболеваний все еще мало используется в определении лечебной тактики. Возможное решение проблемы заключается в интеграции прогностических алгоритмов в медицинские информационные системы (электронную историю болезни) и размещение программного обеспечения в интернете на специальном портале с открытым доступом для специалистов любых лечебных учреждений.

Ключевые слова: гастродуоденальные кровотечения, прогнозирование рецидива кровотечения

Введение

Сегодня, как и раньше, результаты лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений зависят от технической оснащенности лечебного учреждения, опыта и навыков хирургов, а также организационных мероприятий, направленных на оптимизацию помощи данной категории больных. Для преодоления различий между лечебно-профилактическими учреждениями в возможностях оказания специализированной помощи некоторое время назад стали создаваться Центры гастродуоденальных кровотечений. Один из таких Центров был создан на базе МУЗ «Городская клиническая больница №6» г. Саратова в 1991 году.

Целью настоящей работы служит демонстрация организационных возможностей в оптимизации помощи областным и городским пациентам с кровоточащей гастродуоденальной язвой в условиях муниципального лечебного учреждения.

Материал и методы

Центр гастродуоденальных кровотечений работал на базе клиники с 1991 по 2000 год включительно. Организатором создания Центра являлась кафедра госпитальной хирургии педиатрического факультета Саратовского государственного медицинского университета под руководством проф. В.Н. Кошелева. В клинике в то время были лучшие результаты лечения больных с желудочно-кишечными кровотечениями, что позволило использовать материально-технический и кадровый ресурс для оказания помощи сельским жителям. В настоящее время подобного Центра в Саратовской области не существует.

За время работы Центра в клинике проведено лечение 1200 больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Городские пациенты составили 51% (616 человек), а сельские – 49% (584 человека).

В клинике круглосуточно дежурила бригада в составе хирурга и эндоскописта. По первому требованию специалисты могли вылететь, а в последние годы выехать на автомобиле к пациенту с желудочно-кишечным кровотечением в любой район Саратовской области, расположенной на площади 100 тыс. км². Из 584 сельских жителей 151 (26%) больной были оперированы на месте. Показаниями к операции служили: активное (продолжающееся) кровотечение – 98 человек, и угроза рецидива геморрагии – 53 человека. Во всех остальных случаях пациенты были доставлены в Саратов.

В работе Центра можно выделить два этапа: первый – с 1991 по 1997 гг., второй – с 1998 по 2000 гг.

В период с 1991 по 1997 гг. оказана помощь 680 больным с язвенными кровотечениями. Из них 123 человека (18%) оперированы сразу при поступлении по поводу продолжающегося кровотечения (операции экстренные А), а 133 (19,6%) больных оперированы в течение первых суток в связи с угрозой рецидива кровотечения (экстренные Б операции, или превентивные). Из 424 человек, лечение которым начали с консервативных мероприятий, у 66 (15,6%) развился рецидив кровотечения. В этот период работы практически не использовались методики эндоскопического гемостаза, а риск рецидива кровотечения оценивался только по эндоскопической картине.

Начиная с 1998 года, в клинике стали использовать компьютерную систему прогнозирования рецидива кровотечения [1]. Эта система (программа) на основании клиничко-лабораторных и эндоскопических данных позволяет констатировать предрецидивный синдром, определение которого было сформулировано нами в 2000 году [2]. Под предрецидивным синдромом мы понимаем состояние высокого детерминированного риска повторного кровотечения. С 1998 по 2000 г. было пролечено 520 человек с

язвенными гастродуоденальными кровотечениями. По поводу продолжающегося кровотечения при поступлении оперированы 92 (17,7%) человека, а по поводу предрецидивного синдрома – 60 (12%). Из остальных 368 пациентов у 37 (10%) развился рецидив кровотечения.

Результаты

В первый период работы (1991-1997 гг.) был выработан комплекс организационных, диагностических и лечебных мероприятий, направленный на оптимизацию оказания помощи городским и областным пациентам. Тактику определяли следующие данные: продолжается или нет кровотечение, и если не продолжается, то присутствуют ли признаки нестабильного гемостаза (эндоскопические критерии – наличие тромбированного сосуда или сгустка крови в дне язвы). На основании этих данных определяли показания к хирургическому лечению, его объем и возможность транспортировки пациента из района в Областной центр. Общая летальность составила 6,5% (умерли 44 из 680 пациентов). Послеоперационная летальность составила 9% (умерли 36 из 398 человек). Среди оперированных по поводу продолжающегося кровотечения умерли 15 из 123 человек (12,2%), а при рецидивном кровотечении погибли 9 из 64 больных (14%). В то же время после превентивных операций (выполняемых при высоком риске рецидива кровотечения) умерли 8 из 133 человек (6%). Кроме того, выделяли срочные и отсроченные операции. Срочными называли операции, выполняемые у пациентов с появившимися признаками угрозы рецидива кровотечения при повторном эндоскопическом осмотре, а отсроченными называли операции, выполняемые через 2-3 недели после компенсации кровопотери. Среди 59 пациентов, оперированных в отсроченном периоде, умерли только 3 (5,1%), а после 19 срочных операций был 1 летальный исход (5,3%).

Во втором периоде работы (1998-2000 гг.) общая летальность составила 3,7% (19 от 520), а послеоперационная – 7,9% (18 от 228). Среди оперированных в экстренном порядке умерло 9 (9,9%) из 92 больных с продолжающимся кровотечением и 3 человека из 60 (5%) с предрецидивным синдромом. После 34 операций по поводу рецидива кровотечения погибли 6 пациентов (17,6%). Летальных исходов после срочных (9) и отсроченных (33) операций не было.

Обсуждение

Внедрение компьютерной программы диагностики предрецидивного синдрома было сопряжено с определенными трудностями: отсутствие компьютеров в клинике, неподготовленностью сотрудников и просто нежеланием осваивать компьютер. Переломить ситуацию удалось благодаря ежедневному контролю со стороны зав. кафедрой Ю.Г. Шапкина над хирургической тактикой в данной группе больных. Немалую роль в формировании доверия к компьютерной программе сыграл энтузиазм молодых сотрудников клиники, занимающихся научными исследованиями. И наконец, полностью принять необходимость использования компьютерной программы позволило осознание сотрудниками Центра того факта, что использование программы позволяет избежать напрасных операций и летальности у пациентов с остановившимся кровотечением.

Особенно ценно было прогнозирование повторного кровотечения на уровне ЦРБ, поскольку транспортировка в Саратов являлась дополнительным фактором риска возобновления геморрагии. Для сельских жителей бригада Центра могла выполнить прогноз рецидива кровотечения, позвонив в клинику по телефону из ЦРБ и, сообщив необходимые данные для заполнения анкеты, осуществить экспертизу состояния больного.

Сравнение результатов лечения по группам представлено в таблицах 1-4. Улучшение результатов лечения после внедрения компьютерной программы прогноза рецидива кровотечения обусловлено, прежде всего, снижением числа повторных кровотечений с 15,6 до 10% (табл. 1). Отличие по этому показателю достоверно ($p < 0,05$). Соответственно уменьшилась доля экстренных операций при рецидивном кровотечении с 9,3% до 6,5% (табл. 2). Уменьшение почти в два раза числа превентивных операций также положительно характеризует используемый метод диагностики предрецидивного синдрома (Экстренные Б операции в табл. 2). Уменьшение количества экстренных операций сказалось на уменьшении хирургической активности как при поступлении, так и в целом при язвенных кровотечениях (табл. 3).

Сравнительный анализ между группами по общей и послеоперационной летальности представлен в таблицах 4 и 5. Отличие по значению общей летальности в первой и второй группе (6,5% и 3,7% соответственно) достоверно ($p < 0,05$). Достоверного отличия по значениям послеоперационной летальности между группами выявлено не было.

Следует отметить, что до 2000 года эндоскопические методы остановки кровотечения использовали бессистемно и в ограниченном количестве случаев. Поэтому снижение хирургической активности и улучшение результатов лечения полностью обусловлены обоснованным отбором пациентов для превентивных операций при высоком риске возобновления кровотечения.

После перевода Центра гастродуоденальных кровотечений в Областную клиническую больницу на кафедре госпитальной хирургии педиатрического факультета продолжалась работа над проблемой гастродуоденальных кровотечений, разрабатывались новые методы прогноза рецидива кровотечения и аппаратные средства для мониторинга внутрижелудочной среды [3, 4, 5, 6, 7]. Однако все эти методы не исключают использование ранее разработанной компьютерной программы. Прогнозирование повторного кровотечения по клинико-лабораторным и эндоскопическим данным сохраняет свою актуальность в повседневной практике стационаров разного уровня (ЦРБ, городские ЛПУ и центральные клиники). В настоящее время на кафедре идет работа над созданием Интернет-портала для прогнозирования течения заболеваний и оценки тяжести состояния больных. Доступ к программному обеспечению будет свободным, что сделает возможным использование разработанных методик врачами любых лечебных учреждений по всей стране.

Таблица 1. Количество больных с рецидивом кровотечения в разные периоды работы, %

Количество пациентов	Периоды работы	
	1991-1997 гг.	1998-2000 гг.
Количество больных с рецидивом кровотечения	15,6	10
Количество пациентов, не оперированных при поступлении	100%	100%

Таблица 2. Удельный вес разных вариантов лечения в первом и втором периоде работы, %

Вид операции	Летальность в разные периоды работы	
	1991-1997 гг.	1998-2000 гг.
Экстренная А, первичное кровотечение	18,1	17,7
Экстренная А, рецидивное кровотечение	9,3	6,5
Экстренная Б	19,6	11,5
Срочная	2,8	1,7
Отсроченная	8,7	6,4
Не оперированы	41,5	56,2
Всего	100	100

Таблица 3. Хирургическая активность в разные периоды работы, %

Вид лечения	Количество больных в разные периоды работы	
	1991-1997 гг.	1998-2000 гг.
Хирургическая активность	58,5	43,8
Хирургическая активность при поступлении	37,7	29,2

Таблица 4. Общая и послеоперационная летальность в разные периоды работы, %

Летальность	Периоды работы	
	1991-1997 гг.	1998-2000 гг.
Общая летальность	6,5	3,7
Послеоперационная летальность	9	7,9

Таблица 5. Послеоперационная летальность в разные периоды работы, %

Вид операции	Летальность в разные периоды работы	
	1991-1997 гг.	1998-2000 гг.
Экстренная А, первичное кровотечение	12,2	9,8
Экстренная А, рецидивное кровотечение	14	17,6
Экстренная Б	6	5
Срочная	5,3	0
Отсроченная	5,1	0

Заключение

Анализ результатов работы Центра гастродуоденальных кровотечений показал, что использование компьютерной программы диагностики предрецидивного синдрома способствует сокращению числа рецидивов кровотечения, снижает хирургическую активность и летальность при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. Несмотря на то, что компьютерная техника для лечебных учреждений стала привычной, компьютерное прогнозирование течения заболеваний все еще мало используется в определении лечебной тактики. Мы видим возможное решение проблемы в интеграции прогностических алгоритмов в медицинские информационные системы (электронную историю болезни) и размещение программного обеспечения в интернете на специальном портале с открытым доступом для специалистов любых лечебных учреждений.

Литература

- Шапкин Ю.Г. Хирургическая тактика при гастродуоденальных кровотечениях. – Саратов: Изд-во Саратов. мед. ун-та, 1998. – 245 с.
- Возможности совершенствования хирургической тактики при кровоточащей гастродуоденальной язве / Шапкин Ю.Г., Климашевич В.Ю., Потахин С.Н., Матвеева Е.Н. // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2000. Т. 159. № 2. С. 24.
- Возможности диагностики нестабильного гемостаза при кровоточащей гастродуоденальной язве / Шапкин Ю.Г., Капралов С.В., Потахин С.Н., Матвеева Е.Н. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2000. Т. 2000. С. 389.
- Диагностика предрецидивного синдрома при кровоточащей язве желудка и двенадцатиперстной кишки / Шапкин Ю.Г., Потахин С.Н., Беликов А.В. // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2004. Т. 163. № 1. С. 43.
- Новые экспериментально-клинические подходы к эндохирургическому лечению кровоточащей гастродуоденальной язвы / С.В. Капралов, Ю.Г. Шапкин, С.Н. Потахин, А.Н. Башкатов // Современные проблемы науки и образования. 2007. № 4. С. 18-22.
- Мониторинг желудочной секреции и ранняя диагностика рецидива кровотечения при язвенных гастродуоденальных кровотечениях / Потахин С.Н., Шапкин Ю.Г., Решетов П.В., Капралов С.В., Климашевич В.Ю., Беликов А.В. // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7. № 4. С. 957-962.
- Импедансометрия как метод мониторинга внутрижелудочной среды при гастродуоденальных кровотечениях / Шапкин Ю.Г., Чалык Ю.В., Потахин С.Н., Капралов С.В., Зевякина В.А., Лаврененко А.В., Митчинов А.Е. // Фундаментальные исследования. 2011. № 9-3. С. 566-569.