

На правах рукописи

ИСМАГИЛОВА ЮЛИЯ МАРАТОВНА

**ОЦЕНКА И ПРОГНОЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ГЕМОСТАЗА
ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ
ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА**

14.01.17 – хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

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

Уфа – 2013

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научный руководитель: член-корреспондент РАМН,
доктор медицинских наук, профессор
Тимербулатов Виль Мамилович

Официальные оппоненты:

Хасанов Анвар Гиниятович, доктор медицинских наук, профессор, Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, заведующий кафедрой хирургических болезней;

Андриевских Игорь Аркадьевич, доктор медицинских наук, профессор, Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, заведующий кафедрой госпитальной хирургии.

Ведущая организация: Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита диссертации состоится «___» _____ 2013 года в ___ часов на заседании диссертационного совета Д 208.006.02 при Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Автореферат разослан «___» _____ 2013 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета

Сергей Владимирович Федоров

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Острые кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта являются одной из актуальных проблем современной хирургии. Это связано с высокой частотой, летальностью, послеоперационными осложнениями и затратами на лечение данной группы больных. Несмотря на разработку и внедрение этиопатогенетически обоснованных методов лечения, частота острых кровотечений имеет тенденцию к росту (Чередников Е.Ф. и др., 2009; Чернов В.Н. и др., 2010).

Исследования в ряде стран Евросоюза показали, что острые кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта встречаются с частотой 50–170 случаев на 100 тыс. населения. Смертность, вызванная непосредственно эпизодами кровотечения или при декомпенсации конкурирующих заболеваний, составляет 5–10% (Blatchford O., 2000). По данным М.А. Евсеева (2009), этот показатель в среднем по г. Москве составил 17,6% (от 6,5 до 33,6%). Острые кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта в г. Уфе регистрируются в 15,7% случаев (Хасанов А.Г., 2009; Тимербулатов В.М., 2010).

Общая летальность при кровотечениях из верхних отделов пищеварительного тракта достигает 16–17% (у лиц пожилого и старческого возраста в 2 раза выше), послеоперационная летальность 10–12%, а при рецидивах кровотечения до 40% и более (Крылов Н.Н., 2007; Чернеховская Н.Е., 2009). По данным ряда зарубежных авторов, за последние 30 лет летальность при острых кровотечениях из верхних отделов пищеварительного тракта не имеет тенденции к снижению и колеблется от 5 до 14% (Schemmer P., 2006; Adamsen S. et al., 2007; Sung J.J., 2007; Van Leerdam M.E., 2008), а в отдельных группах достигает 80% (Тимен Л.Я., 2003; Ермолов А.С., 2006; Cheynel N., 2001). Высокий уровень летальности во многом определяется значительной долей больных с декомпенсированными сопутствующими заболеваниями и тяжелой степенью кровопотери (Чернооков А.И., 2007; Palmer K., 2004). На показатели летальности влияют также отсутствие общепринятой концепции лечения, сохраняющиеся разногласия по поводу показаний, сроков и объема оперативного вмешательства. Ряд

авторов отмечают, что рост послеоперационной летальности у больных с острыми кровотечениями из верхних отделов пищеварительного тракта в 30–35% случаев связан с увеличением числа экстренных операций и в 50% по поводу рецидива кровотечения (Зайцев М.Г., 2003).

Эндоскопические методы остановки кровотечений не всегда обеспечивают окончательный гемостаз. По данным Багненко С.Ф. (2009), основной проблемой при использовании эндоскопического гемостаза является высокая частота рецидивов кровотечения – до 20–30%. По данным Лебедева Н.В. (2010) и Thomopoulos К.С. (2004) и ряда других исследователей, эффективность эндоскопических методов гемостаза колеблется от 53 до 93%.

Таким образом, несмотря на развитие эндоскопии и эндоскопических методов остановки кровотечений, современной медикаментозной гемостатической терапии, проблема прогнозирования рецидивов кровотечений и выбора метода надежного гемостаза остается актуальной.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных с острыми кровотечениями из верхних отделов пищеварительного тракта.

Задачи исследования:

1. Провести ретроспективный анализ результатов лечения больных с острыми кровотечениями из верхних отделов пищеварительного тракта по данным клиники.
2. Разработать метод определения величины кровопотери и способ прогнозирования рецидива кровотечения.
3. Разработать лечебно-диагностический алгоритм на основе предложенного способа прогнозирования рецидива кровотечения.
4. Проанализировать результаты лечения больных с острыми кровотечениями из верхних отделов пищеварительного тракта, у которых применялся разработанный нами лечебно-диагностический алгоритм.

Научная новизна исследования. Разработан метод определения величины кровопотери при острых кровотечениях из верхних отделов пищеварительного тракта.

Впервые разработан способ прогнозирования рецидива кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта на основе общих и местных факторов риска рецидива.

Разработан дифференцированный подход к выбору метода гемостаза в зависимости от локализации источника кровотечения.

Впервые разработан лечебно-диагностический алгоритм при острых кровотечениях, основанный на оценке величины кровопотери и прогноза рецидива кровотечения.

Практическая ценность работы. Разработан метод определения величины кровопотери, который может применяться в хирургических отделениях различного уровня.

Определены показания и сроки к эндоскопическому гемостазу, экстренной операции и разработан алгоритм применения способов остановки кровотечения в зависимости от характеристики (типа и локализации) источника кровотечения.

Разработан и внедрен в клиническую практику алгоритм лечебно-диагностической тактики и прогнозирования рисков повторного кровотечения с учетом оценки источника кровотечения по Forrest и объема кровопотери у больных с острыми кровотечениями из верхних отделов пищеварительного тракта.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Разработанный способ определения величины кровопотери является точным методом, позволяющим судить о дефиците объема циркулирующей крови.

2. Прогнозирование рецидива кровотечения на основе учета местных и общих факторов риска позволяет с высокой точностью предсказать рецидив и предпринять необходимые мероприятия по его профилактике.

3. Разработанный лечебно-диагностический алгоритм основывается на учете характеристики источника кровотечения и риска развития рецидива кровотечения и позволяет определить показания к методу и срокам гемостаза.

Внедрение в практику. Результаты работы внедрены в клиническую практику хирургических и эндоскопических отделений ГБУЗ РБ «Больница скорой

медицинской помощи» г. Уфы, ГБУЗ РБ ГKB № 21 г. Уфы и МБУЗ ГKB № 8 г. Уфы РБ.

Апробация работы. Основные положения диссертационной работы доложены на: Всероссийском форуме «Пироговская хирургическая неделя» к 200-летию Н.И. Пирогова (Санкт-Петербург, 2010); заседании ассоциации хирургов Республики Башкортостан (Уфа, 2009; 2012); клинической конференции ГБУЗ РБ «Больница скорой медицинской помощи» (Уфа, 2012); межкафедральном профильном совещании ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ (Уфа, 2013).

Публикации. По материалам диссертационной работы опубликовано 13 научных работ, 5 из них в журналах, рекомендованных ВАК РФ.

Объем и структура работы. Диссертационная работа изложена на 148 страницах печатного текста, иллюстрирована 35 таблицами, 15 рисунками, состоит из введения, обзора литературы, 4 глав, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, содержащего 303 источников (151 отечественных и 152 иностранных).

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы клинического исследования. В основу диссертационной работы положен анализ результатов обследования и лечения 2110 больных с острыми кровотечениями из верхних отделов пищеварительного тракта (ОКВОПТ), находившихся на стационарном лечении в хирургических отделениях ГБУЗ РБ «БСМП» г. Уфы с 2005 по 2012 годы. Средний возраст больных составил $41,3 \pm 12,93$ года. Из них мужчин было 1392 (65,97%), женщин – 718 (34,03%).

Больные были разделены на две группы: основную и контрольную. В основную группу включен 1041 больной, находившийся на стационарном лечении с 2009 по 2012 гг. Больным основной группы применялся разработанный нами лечебно-диагностический алгоритм, основанный на методе определения величины кровопотери и способе прогнозирования рецидива кровотечения. Контрольную группу составили 1069 больных, прошедших лечение с 2005 по 2008 гг., у которых использовались стандартные методы лечения.

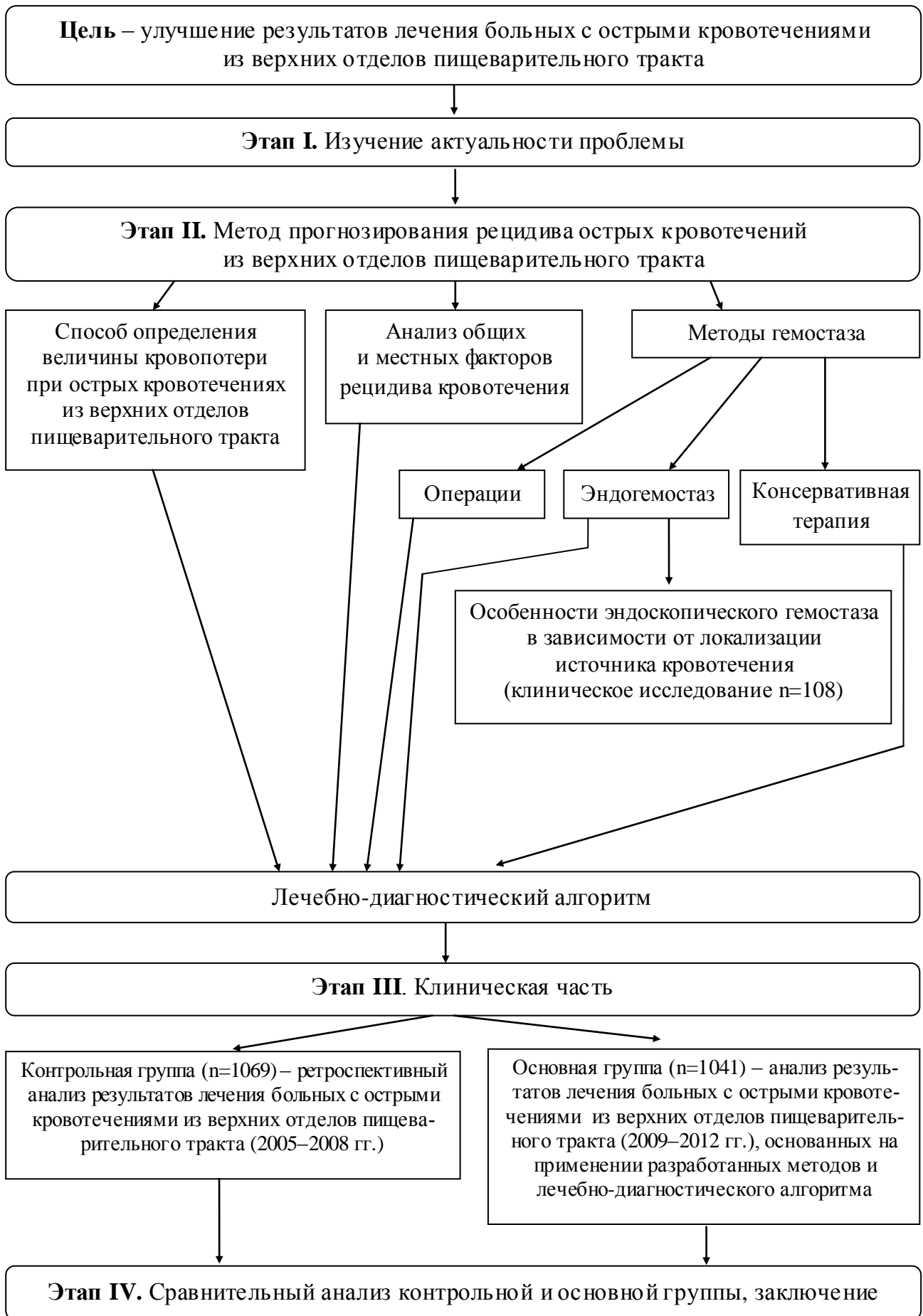


Рис. 1. Дизайн исследования

Критерии включения в наше исследование: больные с неварикозными кровотечениями из верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ) F1, F2. Критерии исключения: больные с кровотечениями из варикозно-расширенных вен пищевода, больные с кровотечениями F3.

В структуре кровотечений большую часть составили кровотечения из язв желудка и двенадцатиперстной кишки (50,5%), синдром Мэллори-Вейсса (30,4%), эрозивные поражения слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки (11,1%) и другие причины (8,0%).

Обследование больных с ОКВОПТ проводили в соответствии с протоколом, принятым в клинике. Всем больным с ОКВОПТ выполняли экстренную фиброэзофагогастродуоденоскопию (ФЭГДС). Противопоказанием к экстренной ФЭГДС считали агональное состояние больного. Эндоскопическое исследование, в зависимости от тяжести состояния больного выполнялось в отделениях эндоскопии и реанимации или в операционной.

Величину кровопотери определяли по разработанной нами формуле:

$$V_{\text{кп}} = m \times 0,07 \times \text{Ht}_д - \text{Ht}_ф / \text{Ht}_д,$$

где $V_{\text{кп}}$ – величина кровопотери (в миллилитрах); m – масса тела больного (в граммах); $\text{Ht}_д$ – показатель гематокрита должный: у мужчин в среднем 47% (40–54%), у женщин – 39% (36–42%); $\text{Ht}_ф$ – показатель гематокрита фактический.

Метод определения величины кровопотери при ОКВОПТ, применяемый в клинике, позволял в течение 10-15 минут (время на определение массы тела и гематокрита больного) определить объем кровопотери.

Дефицит ОЦК в процентах определяли по формуле:

$$\text{Дефицит ОЦК} = V_{\text{кп}} \times 100 / m \times 0,07,$$

где $V_{\text{кп}}$ – величина кровопотери (в миллилитрах); m – масса тела больного (в граммах).

Ацидогастрометрию проводили при помощи АГМ-03 с целью контроля рН-желудка при назначении антисекреторных препаратов.

Методы статистической обработки. Статистическая обработка результатов проводилась пара- и непараметрическими методами с применением современных программных пакетов математико-статистического анализа. Отличия считали статистически значимыми при $p < 0,05$ (Рафалес-Ламарка Э.Э., Николаев В.Ф., 1971; Реброва О.Ю., 2002; Зайцев В.М. и др., 2006).

При сравнении количественных признаков применялся критерий Стьюдента (t). При сравнении качественных признаков использовался двусторонний вариант точного критерия Фишера для четырехпольных таблиц и критерий χ^2 . Для сравнения процентных долей применяли угловое преобразование Фишера (ϕ -преобразование). Для оценки степени (доли) влияния фактора проводился непараметрический одно- и двухфакторный дисперсионный анализ, где были рассчитаны коэффициенты η^2 , F-критерий и уровень статистической значимости (p). Корреляционный анализ качественных признаков для полихорических таблиц сопряжения проведен с помощью коэффициента сопряженности Пирсона (C) и коэффициента канонической корреляции, с использованием результатов дисперсионного анализа: $r^* = \sqrt{\eta^2}$.

Сопоставляя виды гемостаза, изучалась вероятность (риск) неблагоприятных исходов в основной группе в сравнении с контрольной группой больных – относительный риск (ОР) и его 95% доверительный интервал (95% ДИ).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Нами проведен ретроспективный анализ больных контрольной группы по имеющимся протоколам ФЭГДС, оценены источники кровотечения по Forrest и определена степень тяжести кровопотери, для сравнительного анализа результатов лечения больных в основной и контрольной группах. В контрольной группе больных, в случаях остановившегося кровотечения, проводилась консервативная терапия, превентивный эндогемостаз и превентивные операции выполнялись только при рецидиве кровотечения. Эндоскопический гемостаз выполнялся без учета объема кровопотери, поэтому рецидивы кровотечения привели к запоздалым оперативным вмешательствам, упущению благоприятных сроков их выполнения и высокой летальности.

В контрольной группе степень кровопотери у большинства больных была легкой у 37,7%, средней у 30,9% и тяжелой у 31,4%. С кровотечением F1a – 51 (4,8%) больной, F1b – 125 (11,7%), F2a – 271 (25,4%), F2b – 298 (27,9%) и F2c – 324 (30,2%) больных.

Рецидив кровотечения в контрольной группе возник у 224 (21,0%) из 1069 больных; в 53 (23,7%) случаях наблюдался повторный рецидив кровотечения.

Среди больных частота рецидивов при легкой, средней и тяжелой степенях кровопотери составила соответственно 9,8%, 25,5% и 64,7%. Максимальное количество рецидивов кровотечений при любой степени тяжести кровопотери наблюдалось у больных с кровотечениями F2a – 68 (30,4%) и F2b – 65 (29,0%). Установлено взаимосвязь средней силы между степенью кровопотери и частотой развития рецидивов $r^* = \sqrt{\eta^2} = 0,39$, $p = 0,001$.

Консервативная терапия была проведена у 490 (45,8%) больных, из них у 52 (10,8%) был рецидив кровотечения.

Эндоскопический гемостаз при ОКВОПТ был проведен у 495 (46,3%) больных, из них рецидив кровотечения возник у 157 (31,7%) больных. При кровотечении уровня F1b из 109 (87,2%) больных, которым проводился эндоскопический гемостаз, рецидив кровотечения возник у 56 (51,4%) больных, при этом в 34 (31,2%) случаях было зарегистрировано 2 и более рецидива кровотечения. При кровотечении уровня F2a эндогемостаз проводился 173 (63,8%) больным, из них рецидив был у 57 (32,9%); при F2b из 196 (65,8%) больных у 44 (22,4%) возникли рецидивы.

В контрольной группе оперировано 84 (7,9%) больных, у 14 (16,7%) из них после операции были эпизоды повторного кровотечения, связанные с кровотечениями из гастротомной раны, ушитой язвы, появившейся новой язвы, развившегося эрозивно-язвенного поражения и другими причинами, обусловленными крайне тяжелым состоянием больных.

Общая летальность составила 5,6%, преобладающее количество летальных исходов наблюдалось при тяжелой кровопотере (более 1500 мл) – 12,7%, при средней степени тяжести (1001–1500 мл) – 2,1%, при легкой степени (500–1000 мл) – 0,6%. Среди больных, у которых возник рецидив кровотечения, ле-

тальность составила 17,0%. Послеоперационная летальность составила 29,8%, среди которого преобладали умершие с тяжелой степенью кровопотери – 54,5%.

Рецидив кровотечения обусловлен общими и местными факторами. К общим факторам, способствующим возникновению рецидива кровотечения, мы отнесли: геморрагический шок, нестабильную гемодинамику, степень тяжести кровопотери ($V_{\text{кп}}$); возраст старше 60 лет, мужской пол, сопутствующие заболевания в стадии суб- и декомпенсации; величину баллов по АРАСНЕ–III; прием НПВС, антикоагулянтов, антиагрегантов. При анализе состояния системной гемодинамики и тяжести кровопотери мы учитывали правило «трех 100». Для клинически значимого кровотечения правило выглядит следующим образом: гемоглобин меньше 100 г/л ($\text{Hb} < 100 \text{ г/л}$), систолическое артериальное давление меньше 100 мм рт. ст. ($\text{АД} < 100 \text{ мм рт. ст.}$) и частота пульса более 100 в минуту ($\text{Ps} > 100 \text{ в } 1'$).

К местным факторам риска рецидива кровотечения отнесли: кровотечение F1a, F1b, F2a, F2b; диаметр сосудистой культи; глубину язвенного дефекта; большие размеры язвы; «опасные зоны» малую кривизну желудка и заднюю стенку луковицы двенадцатиперстной кишки; количество источников кровотечения (язв, эрозий, вен и т. д.); сосудистые мальформации; высокие показатели кислотности желудка; состояние окружающей слизистой оболочки (воспаление или ишемия). На основании общих и местных факторов прогнозировали риск рецидива кровотечения из ВОПТ.

Нами разработаны дифференцированные подходы к эндоскопическому гемостазу в зависимости от локализации источника кровотечения. Сложность выполнения эндоскопического гемостаза обусловлена двумя факторами: техническими причинами и локализацией источника кровотечения. К техническим причинам относятся возможности гастроскопа и методы остановки кровотечения. Технические причины: 1) параметры современных гастроскопов: оптические гастроскопы – поле зрения в среднем 100 градусов, изгиб дистальной части вверх 180 градусов, вниз 90 градусов, вправо-влево 100 градусов; поле зрения видеогастроскопов составляет от 120 до 145 градусов; изгиб дистальной части вверх 210

градусов, вниз 90 градусов, вправо-влево 100 градусов; 2) вид метода эндоскопической остановки кровотечения (коагуляция, инъекция, клипирование).

Локализации источника кровотечения по сложности выполнения эндоскопического гемостаза делятся на легкие, средние и трудные. К легким относятся: 1) желудок – антральный отдел, в том числе наиболее удобная препилорическая область и привратник; 2) тело желудка – верхняя, нижняя и средняя трети большой кривизны и передней стенки; 3) нижняя треть пищевода и кардиальный жом (рис. 2).

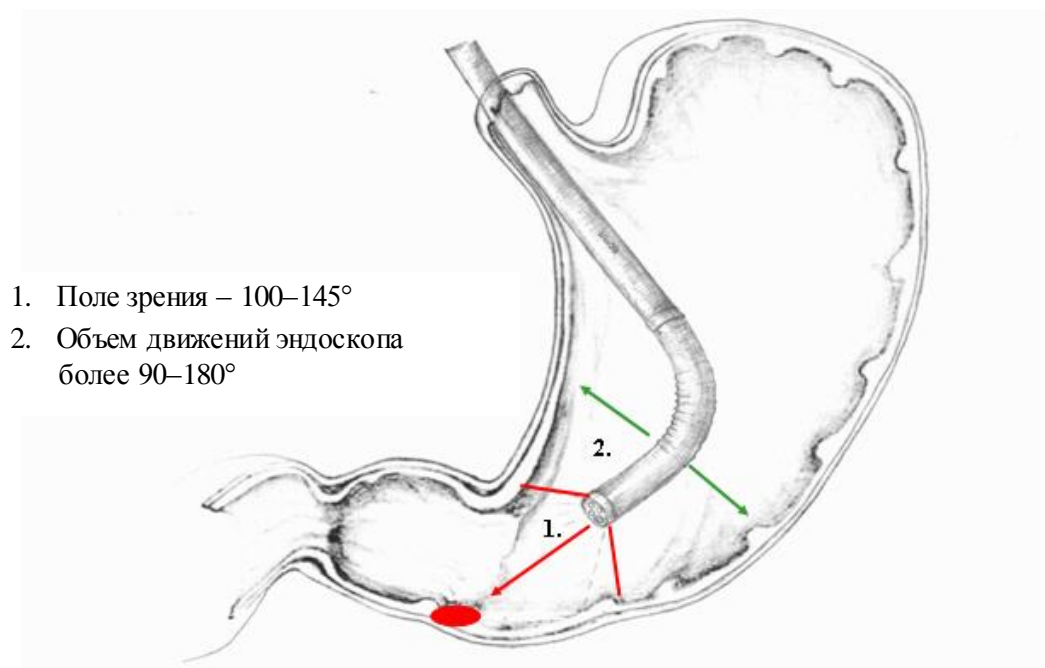


Рис. 2. Легкие локализации источников ОКВОПТ для эндоскопического гемостаза

Локализации средней степени сложности: 1) угол желудка при инверсионном положении гастроскопа; 2) задняя стенка тела желудка (верхняя, средняя и нижняя трети); 3) малая кривизна средней и верхней трети тела желудка; 4) дно желудка (рис. 3).

Трудные локализации для выполнения эндоскопического гемостаза: 1) субкардиальный отдел желудка; 2) луковица двенадцатиперстной кишки; 3) верхняя треть пищевода (рис. 4).

При легкой локализации источника кровотечения гастроскоп расположен строго напротив источника, при этом амплитуда движений аппарата вверх, вниз, вправо и влево остается самой максимальной в пределах 90–180 градусов и поле зрения более 100 градусов (100%), т. е. в данном случае больше возможностей для визуализации, прицеливания и выполнения точной манипуляции (рис. 2, 5).

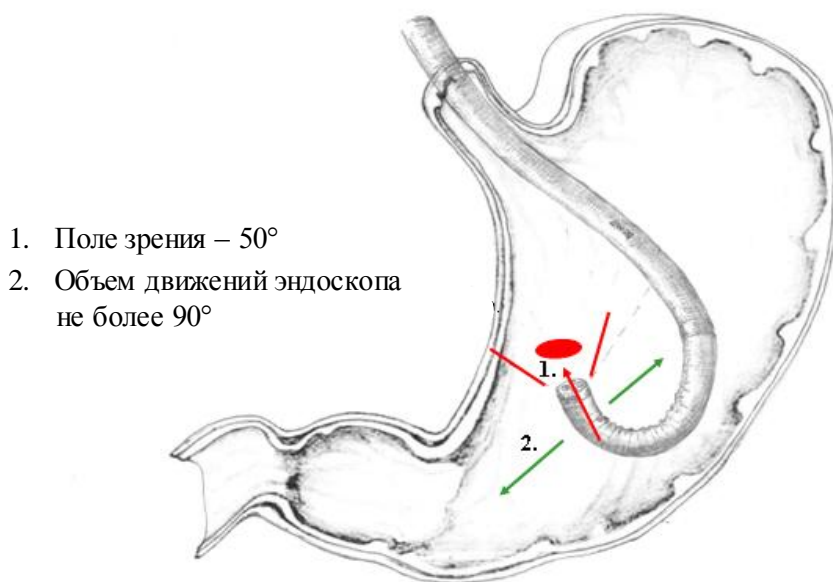


Рис. 3. Локализации средней степени сложности для проведения эндоскопического гемостаза

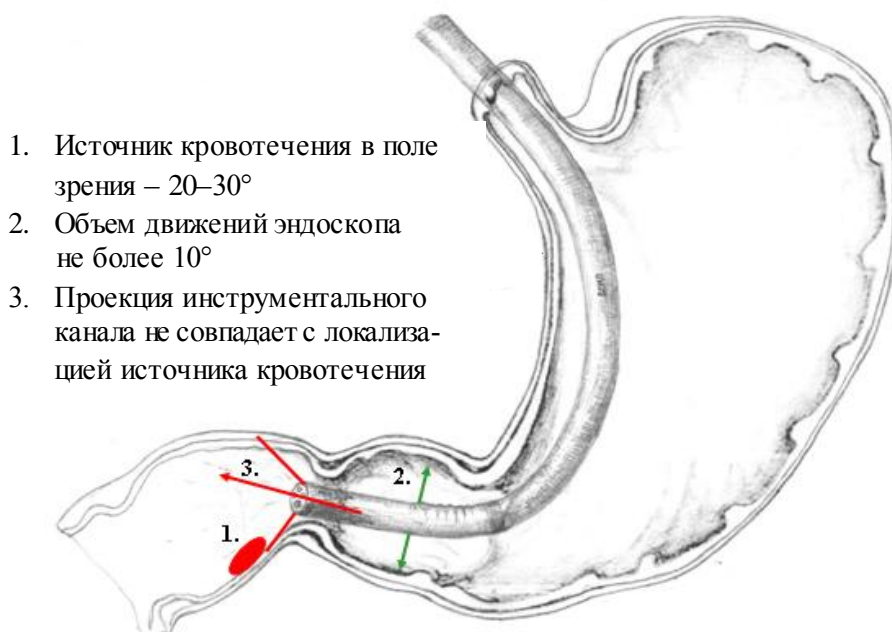


Рис. 4. Трудные локализации для выполнения эндоскопического гемостаза

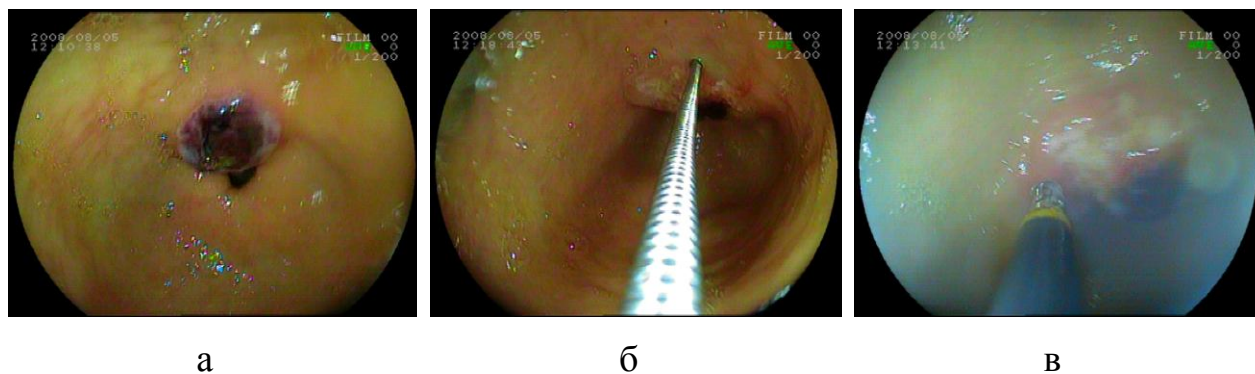


Рис. 5. а – острая язва препилорического отдела по малой кривизне желудка Forrest 2б; б – инъекционное введение 20% раствора глюкозы; в – диатермокоагуляция

При средней степени сложности ограничивается движение эндоскопа вправо – из 90 градусов только 5–10 градусов, влево, вверх и вниз объем движений сохраняется, поле зрения уменьшается на 50%, поэтому технические возможности уменьшаются на 30–40% (рис. 3).

При трудной локализации в субкардиальном отделе желудка гастроскоп вводится на всю длину и располагается в инверсионном положении, подвижность самого эндоскопа, амплитуда возможных движений вверх, вниз, влево, вправо ухудшены, но удается улучшить поле зрения до 100 градусов (расположить источник кровотечения по центру объектива эндоскопа) и сопоставить ось инструментального канала с источником кровотечения (рис. б).

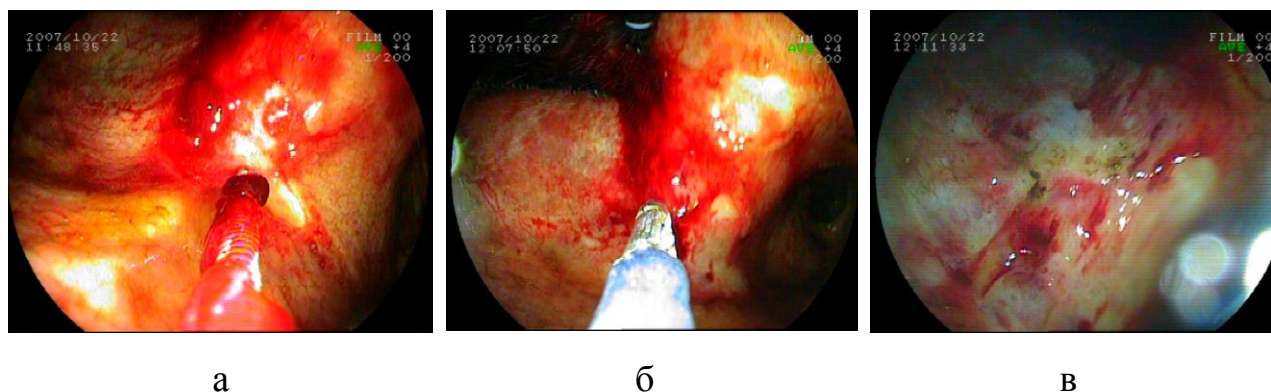


Рис. 6. а – острая язва субкардиального отдела желудка Forrest 2а. Инъекционное введение 20% раствора глюкозы; б – диатермокоагуляция; в – окончательный вид язвы после выполнения комбинированного эндоскопического гемостаза

При трудной локализации источника кровотечения в луковице двенадцатиперстной кишки объем движений во все стороны уменьшается до 5 градусов

за счет ограничения подвижности эндоскопа в привратнике. Поле зрения сокращается на 70–80% – язва расположена не по центру объектива на периферии и визуализируется с трудом. Кроме того, направление хода инструментального канала эндоскопа не совпадает с полем зрения язвы, что вызывает затруднения в проведении гемостаза. Узкий просвет пищевода и луковицы двенадцатиперстной кишки ограничивает возможность проведения каких-либо манипуляций по остановке кровотечения за счет меньших углов поворота аппарата, невозможности инверсии, а также эти органы обладают малым объемом и при кровотечении ухудшается визуализация (рис. 4, 7).

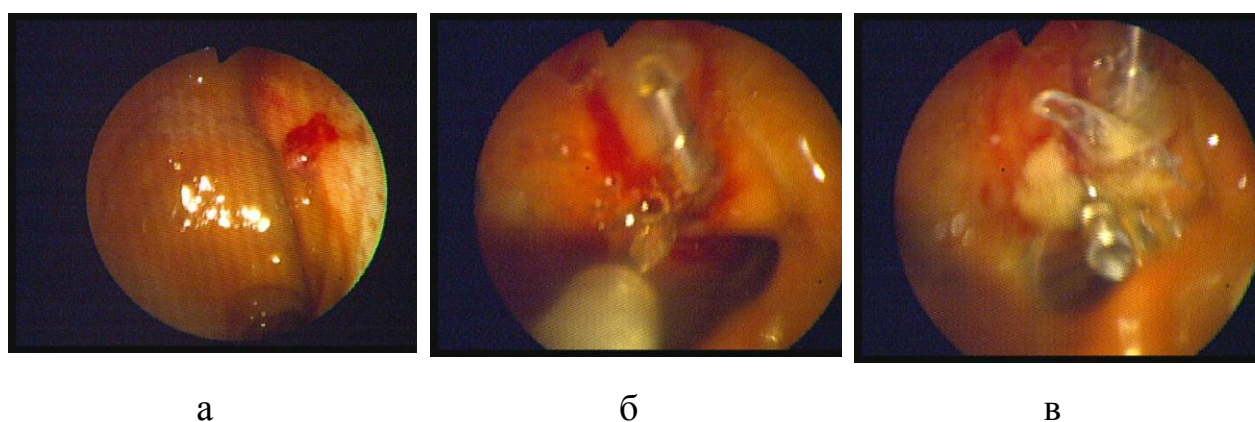


Рис. 7. а – язва задней стенки луковицы ДПК, Forrest 2а; б – этап наложения клипс; в – наложены дополнительные клипсы – достигнут эндогемостаз

Нами разработан лечебно-диагностический алгоритм тактики ведения больных с ОКВОПТ. Больным с подозрением или с клиникой ОКВОПТ после общеклинического обследования выполняли экстренную ФЭГДС, позволяющую установить факт наличия кровотечения из ВОПТ, выявить источник кровотечения, установить локализацию и дать характеристику по Forrest (рис. 8).

На основании эндоскопической картины и оценки величины кровопотери принимали решение о выборе гемостаза (хирургический, эндоскопический, консервативная терапия).

Основным ключевым моментом хирургической тактики при ОКВОПТ являлось принятие решения о выборе вида гемостаза при F1b, F2a и F2b, обеспечивающего наименьшую вероятность развития рецидива кровотечения.

Показаниями к проведению экстренной операции являлись: кровотечения уровня F1a и неэффективность эндоскопического гемостаза при кровотечении уровня F1b; рецидив кровотечения в стационаре; высокий риск рецидива кровотечения без положительной динамики (чаще наблюдался при наличии местных и общих факторов риска).



Рис. 8. Лечебно-диагностический алгоритм

Консервативная терапия при ОКВОПТ включала заместительную инфузионную терапию и назначение антисекреторных препаратов с момента госпитализации больного независимо от источника кровотечения по Forrest и объема

кровопотери. Мы применяли внутривенное введение ингибиторов протонной помпы (омепразол, эзомепразол) в максимальных дозировках в течение 3–5 суток с дальнейшим переходом на пероральный прием. Критерием эффективности лечения являлось стабильное снижение рН до 5,5–6,0.

Временный (предоперационный) эндоскопический гемостаз осуществляли при диагностике кровотечения уровнями F1a и F1b во время диагностической ФЭГДС. Критичным являлся фактор времени, если в течение 3–5 минут не удавалось уменьшить интенсивность кровотечения или его остановить, то манипуляции по временному гемостазу прекращали, больного немедленно транспортировали в экстренную операционную. В исключительных случаях эндоскопическому гемостазу, как методу остановки кровотечения уровня Forrest 1b, отдавали большее предпочтение, чем выполнению операции, в частности, больным старческого возраста с наличием тяжелой соматической патологии, когда сама хирургическая операция могла привести к неблагоприятному исходу. Тем не менее, окончательный выбор метода остановки кровотечения из ВОПТ, с нашей точки зрения, осуществлялся, исходя из позиции максимальной эффективности, надежности и безопасности для больного.

Кровотечения уровнями Forrest 2a, 2b являлись показанием к проведению лечебной эндоскопии. После проведения кратковременной предоперационной подготовки больные с тяжелой кровопотерей (более 1500 мл) с дополнительными эндоскопическими критериями риска развития рецидива подлежали оперативному вмешательству. После выполнения эндоскопического гемостаза производили оценку риска рецидива кровотечения, проводили ФЭГДС – мониторинг через 4–6 часов и на 2-е сутки и заново оценивали источник кровотечения по Forrest.

Дальнейшая тактика лечения основывалась на вероятности рецидива кровотечения и объективной оценки тяжести состояния больного. Если согласно данной классификации уровень кровотечения повышался с F2b до F2a-F1b, то повторный эндоскопический гемостаз производили только с целью временной остановки кровотечения, в данных случаях выполняли оперативное лечение.

Основную группу исследований составили 1041 больных с кровотечениями из ВОПТ, прошедший лечение за период 2009–2012 гг. Этой группе больных применялись разработанные нами методы и лечебно-диагностический алгоритм. Средний возраст больных составил $39,8 \pm 12,50$, из них мужчин было 66,0% , женщин – 34,0%.

Объем кровопотери у 407 (39,1%) больных составил 500–1000 мл, объем кровопотери 1001–1500 мл был у 337 (32,4%), объем кровопотери более 1500 мл – у 297 (28,5%). Кровотечение уровня F1a было у 45(4,3%) больных, F1b – у 140 (13,4%), F2a – у 277 (26,6%), F2b – у 297 (28,5%) и F2c – у 282 (27,1%) больных. На основании полученных данных прогнозировалось дальнейшее течение заболевания, и определялась хирургическая тактика у каждого конкретного больного (табл. 1).

Рецидивы кровотечения в основной группе развились у 76 (7,3%) больных. Оперативное вмешательство проведено 125 (12,0%) больным, рецидив возник в 11 (8,8%) случаях, эндоскопический гемостаз выполнен 437 (42,0%) больным, рецидивы возникли в 35 (8,0%) случаях, консервативная терапия проведена 479 (46,0%) больным, рецидив возник в 30 (6,2%) случаях.

Больные с кровотечением F1a – 93,3% были оперированы. У 5% больных с кровотечением F1b эндоскопическому гемостазу отдавалось большее предпочтение, чем выполнению операции, в частности, больным старческого возраста с наличием тяжелой соматической патологии, когда сама хирургическая операция могла привести к неблагоприятному исходу.

Все больные с кровотечением F2a, F2b находились в реанимационном отделении. Эндоскопический гемостаз был проведен с кровотечением F2a – 72,6%, F2b – 55,9%, рецидивы кровотечения возникли в 6,5% и 9,6% соответственно. Больным с тяжелой кровопотерей (более 1500 мл) – F2a 5,1%, F2b 2,4% и с дополнительными эндоскопическими критериями риска развития рецидива после проведения кратковременной предоперационной подготовки была выполнена экстренная операция.

Результаты методов гемостаза в основной группе

Характеристика кровотечения по Forrest / рецидив	Объем кровопотери, мл	Количество больных абс. (%) / рецидив абс. (%)	Операции абс. (%) / рецидив абс (%)	Эндоскоп. гемостаз абс. (%) / рецидив абс. (%)	Консерв. терапия абс. (%) / рецидив абс. (%)	η^2 , F, p
F1a n=45/-	500–1000	16 (35,6%) /-	13 (81,3%) /-	3 (18,8%) /-	–	–
	1001–1500	15 (33,3%) /-	15 (100%) /-	–	–	
	более 1500	14 (31,1%) /-	14 (100%) /-	–	–	
F1b n=140/11	500–1000	55 (39,3%) /2 (3,6%)	9 (16,4%) /-	31 (56,4%) /2 (6,5%)	15 (27,3%) /-	$\eta^2=3\%$, F=2,2; p=0,119
	1001–1500	45 (32,1%) /3 (6,7%)	11 (24,4%) /-	29 (64,4%) /3 (10,3%)	5 (11,1%) /-	
	более 1500	40 (28,6%) /6 (15%)	33 (82,5%) /5 (15,2%)	7 (17,5%) /1 (14,3%)	–	
F2a n=277/29	500–1000	108 (39,0%) /3 (2,8%)	–	67 (62,0%) /-	41 (38,0%) /3 (7,3%)	$\eta^2=6\%$, F=9,0; p=0,001
	1001–1500	90 (32,5%) /9 (10,0%)	7(7,8%) /-	72 (80,0%) /1 (1,4%)	11 (12,2%) /8 (72,7%)	
	более 1500	79 (28,5%) /17 (21,5%)	14 (17,7%) /4 (28,6%)	62 (78,5%) /12 (19,4%)	3 (1,1%) /1 (33,3%)	
F2b n=297/28	500–1000	116 (39,1%) /2 (1,7%)	–	23(19,8%) /-	93 (80,2%) /2 (2,2%)	$\eta^2=8\%$, F=13,6; p=0,001
	1001–1500	96 (32,3%) /7 (7,3%)	2 (2,1%) /1 (50,0%)	68 (70,8%) /-	26 (27,1%) /6 (23,1%)	
	более 1500	85 (28,6%) /19 (22,4%)	7 (8,2%) /1 (14,3%)	75 (88,2%) /16 (21,3%)	3 (3,5%) /2 (66,7%)	
F2c n=282/8	500–1000	112 (39,7%) /-	–	–	112 (39,7%) /-	$\eta^2=2\%$, F=3,5; p=0,016
	1001–1500	91 (32,3%) /3 (3,3%)	–	–	91 (32,3%) /3 (3,3%)	
	более 1500	79 (28,0%) /5 (6,3%)	–	–	79 (28,0%) /5 (6,3%)	
Всего	–	1041 (100%) /76 (7,3%)	125 (12,0%) /11 (8,8%)	437 (42,0%) /35 (8,0%)	479 (46,0%) /30 (6,2%)	–

* η^2 – сила влияния фактора, ** F – критерий Фишера, *** p – уровень значимости.

Выявлена слабая взаимосвязь между степенью кровопотери и частотой развития рецидивов в основной группе $r^* = \sqrt{\eta^2} = \sqrt{0,05} = 0,22$, $p = 0,001$.

У 27,0% больных было установлено кровотечение уровня F2c, данная группа больных находилась под наблюдением в хирургических отделениях, проводилась консервативная терапия, показаний для проведения эндоскопического гемостаза не было. Рецидив кровотечения наблюдался у 1,8% больных.

Общая летальность составила 1,9%, послеоперационная летальность – 8,8%. Среди больных, у которых возник рецидив кровотечения, летальность составила 10,5%.

Таким образом, нами проведен сравнительный анализ результатов лечения кровотечений из ВОПГ у больных основной и контрольной групп. В основной группе больных эффективность эндоскопического гемостаза составила 92,0%, в контрольной – 68,3% ($\chi^2=241,1$; $p=0,001$). В основной группе больных при проведении консервативной терапии ОКВОПГ частота рецидивов составила 6,2%, в контрольной – 10,8% ($\chi^2=5,37$; $p=0,021$), ОР=0,591 (95% ДИ–[0,37; 0,93]). Общая летальность в основной группе составила 1,9%, в контрольной – 5,6% ($\chi^2=16,62$; $p=0,001$), ОР=0,362 (95% ДИ–[0,21; 0,61]). В основной группе больных послеоперационная летальность составила 8,8%, в контрольной группе – 29,7% ($\chi^2=144,91$; $p=0,001$), ОР=0,299 (95% ДИ–[0,24; 0,37]). Летальность после рецидива в основной группе составила 10,5%, в контрольной 17,0% ($\chi^2=18,51$; $p=0,001$), ОР=0,616 (95% ДИ–[0,49; 0,77]), что доказывает эффективность разработанной нами методики.

ВЫВОДЫ

1. На основании ретроспективного анализа результатов лечения больных с острыми кровотечениями из верхних отделов пищеварительного тракта установлено, что рецидив кровотечения возникал у 21,0% больных, после оперативных вмешательств у 16,7%, общая летальность составила 5,6%, послеоперационная – 29,8%.

2. Разработанный нами способ оценки кровопотери позволяет с высокой точностью определить ее объем, соответственно, и дефицит объема циркулирующей крови, что является самым главным критерием тяжести кровотечения и обоснованием лечебной, хирургической тактики. Предложенный способ про-

гнозирования рецидива кровотечения позволяет предсказать относительный риск повторного кровотечения и тем самым определить лечебную тактику.

3. Лечебно-диагностический алгоритм, разработанный на основе предложенных способов определения величины кровопотери и прогнозирования рецидива кровотечения, позволяет выбрать оптимальный объем обследования и рациональные методы остановки кровотечения.

4. Эффективность разработанных методов диагностики, прогнозирования, выбора лечебной тактики при острых кровотечениях из верхних отделов пищеварительного тракта выразилась в снижении частоты рецидивов кровотечения до 7,3%, послеоперационной летальности до 8,8% и общей летальности до 1,9%.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Применение разработанного нами метода оценки объема кровопотери при ОКВОПТ позволяет в течение 10 минут определить объем кровопотери и дефицит объема циркулирующей крови.

2. Больным с объемом кровопотери 1001–1500 мл и характеристикой источника кровотечения Forrest 2a, 2b показано проведение гемостаза эндоскопическим способом.

3. Больным с объемом кровопотери более 1500 мл и характеристикой источника кровотечения Forrest 2a, 2b из-за высокого риска рецидива кровотечения рекомендуется проведение гемостаза хирургическим путем.

4. При проведении эндоскопического гемостаза, для обеспечения его надежности необходимо комбинирование методов – клипирование сосуда + электрокоагуляция, инъекционный метод + электрокоагуляция, коагуляция + клипирование + инъекционный метод.

5. После проведения эндогемостаза с целью определения его эффективности рекомендуется проводить эндоскопическое мониторирование в сроки до 12 часов.

6. При рецидиве кровотечения из источника Forrest 2a, 2b и дефиците ОЦК более 40% повторный эндогемостаз нецелесообразен, гемостаз необходимо проводить хирургическим путем.

СПИСОК ТРУДОВ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. Лечебная тактика при рецидивах кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта / Тимербулатов В.М., Сагитов Р.Б., Тимербулатов Ш.В., Ямалов Р.А., Исмагилова Ю.М. // **Анналы хирургии.** - 2009. – № 4. – С. 34–38.
2. Спорные и нерешенные вопросы в диагностике и лечении острых кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта / Тимербулатов В.М., Тимербулатов Ш.В., Фаязов Р.Р., Сагитов Р.Б., Гатауллина Э.З., Исмагилова Ю.М. // **Медицинский вестник Башкортостана.** – 2010. – Т. 5, № 4 – С. 20–28.
3. Оценка и прогноз эффективности методов гемостаза при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта Тимербулатов В.М., Сагитов Р.Б., Тимербулатов Ш.В., Исмагилова Ю.М., Ямалов Р.А., Шарафутдинов Р.Р., Бакиров Э.Р., Гатауллина Э.З. // **Медицинский вестник Башкортостана.** – 2010. – Т. 5, № 5 – С. 38–42.
4. Анатомо-клиническое обоснование методов эндоскопического гемостаза гастродуоденальных кровотечений / Уразбахтин И.М., Сагитов Р.Б., Бакиров Э.Р., Сибяев В.М., Шарафутдинов Р.Р., Исмагилова Ю.М., Тимербулатов Ш.В., Ямалов Р.А. // **Медицинский вестник Башкортостана.** – 2010. – Т. 5, № 6 – С. 86–91.
5. Прогнозирование рецидивов острых кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта / Тимербулатов М.В., Сагитов Р.Б., Тимербулатов Ш.В., Исмагилова Ю.М., Шарафутдинов Р.Р. // **Вестник экспериментальной и клинической хирургии.** – 2011. – Т. 4, № 2. – С. 258–263.
6. Метод определения объема и степени кровопотери / Тимербулатов Ш.В., Фаязов Р.Р., Смыр Р.Р., Гатауллина Э.З., Шакиров Р.Ф., Идрисов Т.С., Исмагилова Ю.М. // **Клиническая и экспериментальная хирургия Электронный научно-практический журнал.** – 2012. – № 5. – С. 49–54. www.jecs.ru.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВОПТ – верхний отдел пищеварительного тракта

ОКВОПТ – острые кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта

ФЭГДС – фиброзофагогастродуоденоскопия

ИСМАГИЛОВА ЮЛИЯ МАРАТОВНА

**ОЦЕНКА И ПРОГНОЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ГЕМОСТАЗА
ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ
ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА**

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Издательская лицензия № 06788 от 01.11.2001 г.
ООО «Издательство «Здравоохранение Башкортостана»
450000, РБ, г. Уфа, а/я 1293; тел.: (347) 250-81-20;
тел./факс (347) 250-13-82.

Подписано в печать 28.10.2013 г.
Формат 60×84/16. Гарнитура Times New Roman.
Бумага офсетная. Отпечатано на ризографе.
Усл. печ. л. 2,0. Уч.-изд. л. 2,0.
Тираж 100. Заказ № 800.

