# РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПО ДАННЫМ ХИРУРГИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРОВ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Машкин А.М., Гиберт Б.К., Ефанов А.В., Чесноков Е.В., Хойрыш А.А., Царик С.Л., Литвиненко И.В.
Департамент здравоохранения Администрации Тюменской области
Кафедра хирургии ФПК и ППС ГБОУ ВПО ТюмГМА МЗ РФ
ГАУЗ ТО «Консультативно-диагностический центр», г.Тюмень

**Актуальность.** Лечение пациентов с гастродуоденальными кровотечениями является одной из наиболее сложных проблем современной хирургии (Гостищев В.К и соавт, 2008; Евсеев М.А., 2009). Несмотря на значительные успехи хирургии, анестезиологии и клинической эндоскопии, летальность при острых желудочно-кишечных кровотечениях остается высокой, и не имеет тенденции к уменьшению (Лебедев Н.В., и соавт., 2009; Кубышкин В.А. и соавт., 2010). Вероятными причинами являются отсутствие стандартизированного подхода и единой тактики в лечении пациентов, а также недостаточное использование современных методов эндоскопического гемостаза.

**Цель исследования**: дать оценку результатам диагностики и лечения пациентов с острыми кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта в хирургических стационарах города Тюмени и Юга Тюменской области за последние 5 лет.

**Материалы и методы исследования.** Анализ результатов проводился методом анкетирования стационаров, оказывающих неотложную хирургическую помощь за период 2006-2010 г. В анкетировании приняли участие: ГБУЗ ТО ОКБ№1, ГБУЗ ТО ОКБ№2, ОАО МСЧ «Нефтяник», Тюменская больница ФГУ "ЗСМЦ ФМБА", ГБУЗ ТО ОБ№3 (г.Тобольск), ГБУЗ ТО ОБ№4 (г.Ишим), а также ГБУЗ ТО ОБ№5-24 Юга Тюменской области.

Структура анкет включала в себя следующие разделы:

- Паспортная часть, где указывалась характеристика хирургического отделения стационара (структура коечного фонда, количество обслуживаемого населения), а также контактная информация;
- Статистика диагностики и лечения кровотечений (количество пролеченных больных, количество проведенных эндоскопических исследований и частота применения эндоскопического гемостаза, хирургическая активность, летальность больничная и послеоперационная);

- Структура пациентов с острыми гастродуоденальными кровотечениями за последние 5 лет;

- Характеристика эндоскопического оснащения кадров (наличие врачей-эндоскопистов, эндоскопов, частота вызовов хирурга и эндоскописта через центр медицины катастроф, виды применяемого эндоскопического гемостаза в т.ч. – аргоноплазменная коагуляция);

- Характеристика выполняемых операций при острых гастродуоденальных кровотечениях;

- Объем антисекреторной терапии;

- Степень преемственности с гастроэнтерологической службой после выписки пациентов из стационара.

**Результаты исследования.**

Всего за исследуемый период пролечено 3918 пациентов с острыми гастродуоденальными кровотечениями.

При анализе результатов диагностики и лечения кровотечений мы отдавали себе отчет в том, что уровень лечебного учреждения (кадровый состав, оснащение) непосредственно связан с численностью обслуживаемого населения. Поэтому мы условно весь материал разделили на 3 группы.

1 группа. Хирургические стационары г.Тюмени. Численность населения города – 745 тыс. человек. Помощь оказывают, как правило, крупные хирургические стационары. Имеется возможность специализированного гастроэнтерологического амбулаторного лечения и диспансеризации.

2 группа. Хирургические стационары двух «городов-стотысячников» - Тобольск. Ишим. Помощь оказывают крупные хирургические стационары, выполняющие, кроме того, функции «кустовых» центров медицины катастроф.

3 группа. Хирургические стационары 20 районных центров с населением в основном от 10 до 20 тыс. человек (только 2 района – 50 и 70 тыс. человек). Штат хирургов представлен 1-3 врачами.

При анализе динамики общего числа больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями (рис.1) отмечено снижение числа больных с 2006 по 2008 г, а затем последующий рост, с превышением исходного уровня 2006 года. Нам видится, что характер тренда представляет интерес как отдельное исследование.

При анализе по группам (рис. 2) установлено, что тенденции разнотипны: в 1 группе – рост, во 2-ой – стабильность, в 3-ей – снижение. Наиболее простое объяснение – динамика численности населения в



указанных группах (рост в областном центре, и некоторое снижение – в районных центрах).

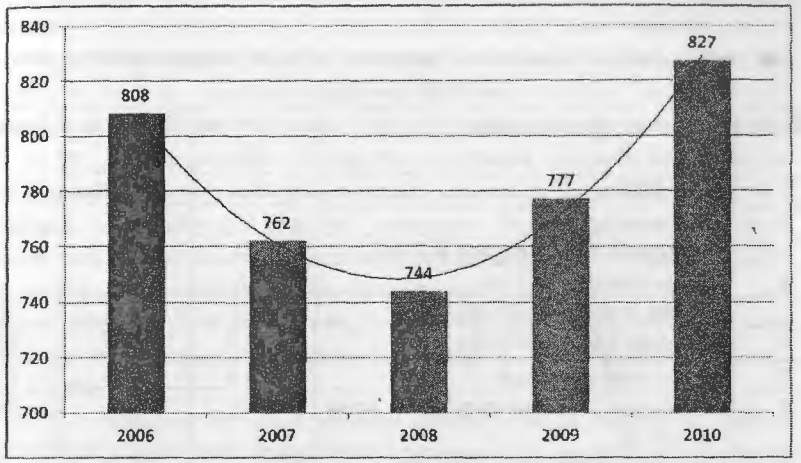



Рисунок 1. Динамика за 2006-2010 гг числа больных с острыми гастродуоденальными кровотечениями в целом в г.Тюмени и области

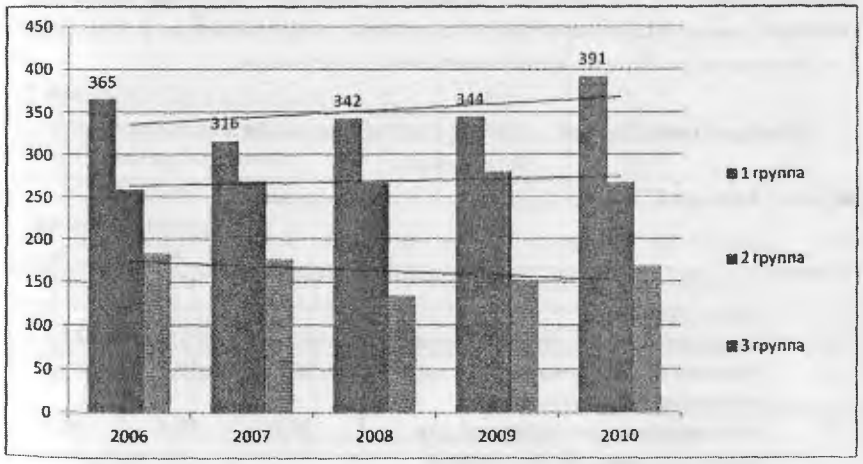



Рисунок 2 Динамика за 2006-2010 гг числа больных с острыми гастродуоденальными кровотечениями в 1-3 группах

Этиологическая структура кровотечений представлена в таблице 1.

Наиболее частым источником кровотечения явились язвенные кровотечения - 56,4% -59,1%. Следует отметить, что опухолевые кровотечения встречаются в районах в 3,5 раза чаще, нежели в городе.

Таблица 1.

Распределение пациентов в зависимости от источника кровотечения (n=3918, 2006-2010 гг.).

| № п/п | Источник кровотечения | 1 группа, % | 2 группа, % | 3 группа, % |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Язва ДПК | 28,9 | 22,8 | 27,3 |
| 2. | Язва желудка | 17,7 | 14,3 | 20,0 |
| 3. | Сочетание язвы желудка и ДПК | 1,2 | 1,5 | 0,5 |
| 4. | Пептическая язва ГЭА | 2,6 | 2,2 | 1,2 |
| 5. | Острые язвы желудка и ДПК | 6,0 | 8,7 | 9,7 |
| 6. | Синдром Меллори-Вейсса | 22,3 | 12,4 | 11,0 |
| 7. | Эрозивные процессы | 10,4 | 24,8 | 17,7 |
| 8. | Варикозно расширенные вены пищевода | 8,8 | 9,7 | 5,5 |
| 9. | Опухоли пищевода и желудка | 2,2 | 3,6 | 7,1 |

Анкетирование показало, что определенные проблемы в кадровом и инструментальном обеспечении эндоскопической диагностики присутствуют главным образом в 3 группе (таб. 2). Все стационары 1 и 2 группы полностью укомплектованы эндоскопистами, и оснащены оборудованием, в том числе для современного метода - аргоноплазменной коагуляции.

Таблица 2.

Характеристика кадрового и технического оснащения эндоскопической службы.

| № п/п | Критерий | 1 группа, % | 2 группа, % | 3 группа, % |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Укомплектованность врачами-эндоскопистами | 100,0 | 100,0 | 79,0 |
| 2. | Укомплектованность эндоскопами | 100,0 | 100,0 | 84,2 |
| 3. | Частота применения эндоскопического гемостаза | 58,3 | 55,7 | 15,5 |
| 4. | Оснащенность аппаратурой для аргоноплазменной коагуляции | 100,0 | 50,0 | 19,0 |

К помощи отделения экстренной и плановой консультативной помощи Центра медицины катастроф прибегают лечебные учреждения 3 группы, причем, как правило, одни и те же. За период 2006-2010 гг. зафиксировано 64



вызовов врача-хирурга и 8 вызовов врача-эндоскописта, что на весь объем пролеченных больных составило 2,9% и 0,4% соответственно.

Ниже представлены сравнение показателей результатов лечения (таб. 3).

Несмотря на оснащение и частое применение эндогемостаза, самый высокий уровень хирургической активности – в стационарах 1 группы, наименьший – в 3 группе. При достаточно высокой хирургической активности в 1 группе – и самый высокий уровень послеоперационной летальности. В стационарах 3 группы отмечены наименьший уровень хирургический активности, и самые низкие показатели послеоперационной и больничной летальности. Следует отметить более высокий уровень паллиативных вмешательств (прошивание кровоточащей язвы) при язвенных гастродуоденальных кровотечениях по сравнению с радикальными методами в условиях больниц 3-ей группы (40,3% и 59,7% соответственно), в то время как в 1 группе радикальные операции выполнены в 76,9%, а паллиативные – лишь в 23,1%.

Более детальное изучение данных показателей (в частности, анализ всех летальных исходов) представляет интерес для выработки наиболее эффективной лечебно-диагностической тактики.

Таблица 3.

Основные показатели лечения острых гастродуоденальных кровотечений (n=3918, 2006-2010 гг.).

| № п/п | Показатель | 1 группа, % | 2 группа, % | 3 группа, % |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Хирургическая активность, % | 18,1 | 11,9 | 12,7 |
| 2. | Больничная летальность, % | 5,5 | 7,3 | 3,2 |
| 3. | Послеоперационная летальность | 17,6 | 16,7 | 6,9 |

Анализируя объем антисекреторной терапии, установлено, что использование ингибиторов протонной помпы при язвенных гастродуоденальных кровотечениях, хотя и широко распространено, но все же не носит характер повсеместного (Таб.4). Достаточно часто еще используются в практике Н2-блокаторы.

Таблица 4.

Объем антисекреторной терапии при ЯГДК.

| | 1 группа, % | 2 группа, % | 3 группа, % |
|---|---|---|---|
| Ингибиторы протонной помпы | 76,9 | 63,8 | 73,5 |
| инъекционные | 24,6 | 31,0 | 38,7 |
| капсульные | 75,0 | 40,8 | 60,8 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Н2-блокаторы | 54,1 | 99,3 | 78,7 |
| инъекционные | 61,6 | 78,5 | 58,6 |
| таблетированные | 27,5 | 49,4 | 44,2 |
| Без антисекреторной терапии | 0,0 | 0,7 | 2,6 |

Анализ структуры кровотечений показывает, что свыше половины наблюдений связано с язвенной этиологией. Это еще раз подтверждает правильность положения – язвенные кровотечения – одна из главных проблем, и с учетом цикличности язвенной болезни и склонности ее к рецидивам подключение к лечению гастроэнтерологов просто необходимо. С 2004 г. после остановки кровотечения и выписки из стационара всех пациентов рекомендовано направлять к гастроэнтерологу ГЛПУ ТО «Консультативно-диагностический центр» (г. Тюмень), где их уже ждут, и продолжают преемственное лечение, имея для этого необходимую клинико-диагностическую базу. Однако, согласно данным анкет, после выписки из стационара на амбулаторном этапе лишь 56,7% пациентов 1 группы и 14,1% пациентов 2 и 3 группы направляются в Консультативный центр на амбулаторное долечивание и диспансеризацию. И если для последних такая низкая частота обусловлена во много территориальными ограничениями, то для г. Тюмени эта проблема носит прежде всего организационно-исполнительский характер.

**Выводы.**

1. Все больницы 1 и 2 групп полностью оснащены оборудованием для эндоскопической диагностики и эндогемостаза. Нуждаются в дооснащении фиброгастроскопами 15,8 % больниц 3 группы, и 81% больниц из этой группы - аппаратурой для аргоноплазменной коагуляции.

2. Необходима подготовка врачей–эндоскопистов для каждого пятого лечебного учреждения 3 группы.

3. Полученные результаты хирургического лечения кровотечений диктуют необходимость в тщательном анализе и обсуждении показаний к хирургическому лечению, в том числе к радикальным и паллиативным операциям.

3. В соответствии с современными принципами ведения пациентов с язвенными кровотечениями необходимо повсеместное использование ингибиторов протонной помпы, в том числе инъекционных.

4. Следует обратить внимание, что порядка 40% пациентов, выписанных из стационаров 1 группы, пока не направляется в консультативно-диагностический центр, что снижает возможность получения специализированной амбулаторной гастроэнтерологической помощи.



**Список литературы:**

1. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии (патогенез, диагностика, лечение). Гостищев В.К., Евсеев М.А. - ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 384 с.
2. Евсеев М.А. Антисекреторные препараты в неотложной хирургической гастроэнтерологии. –М., «КВАН».2009. -173 с.
3. Кубышкин В.А., Федоров Е.Д., Петров Д.Ю.. Методики эндоскопического и медикаментозного гемостаза при язвенных гастродуоденальных кровотечениях Материалы VI Всероссийской конференции общих хирургов "Издательство "Триада". - 2010 г. - С. 89.
4. Рекомендуемые протоколы оказания неотложной хирургической помощи населению (под общей редакцией профессора М.И.Прудкова). Екатеринбург, 2009.- 59 с.
5. Язвенные гастродуоденальные кровотечения. Лебедев Н.В., Климов А.Е. – Бином- 2010.- 176 с