

УДК 616.33/34-005.1-08

Т.А. Кусаинов, М.А. Семикина, А.А. Березинец

Городская больница, г. Экибастуз

**РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ БОЛЬНЫХ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ****Аннотация**

Авторами проведен анализ 151 больного поступивших с язвенным кровотечением желудка и двенадцатиперстной кишки за период с 2010 по 2011 годы в Экибастузскую городскую больницу. Хирургическая активность составила 13,2%. Общая летальность составила 5,3%, послеоперационная летальность составила 15,0%.

**Ключевые слова:** гастродуоденальные кровотечения, язвенные кровотечения желудка и 12-перстной кишки, эндоскопия.

**Актуальность**

Острые желудочно-кишечные кровотечения уже длительное время остаются сложной и до конца не решенной медицинской проблемой [1, 2, 8]. Более половины больных с желудочно-кишечными кровотечениями составляют пациенты с кровотечениями из язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. В последнее десятилетие был отмечен как общий рост заболеваемости населения язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, так и увеличение количества осложненных форм язвенной болезни [3].

Истинное значение визуальных прогностических признаков возможного рецидива кровотечения до сих пор обсуждается в литературе [6]. Следует помнить, что рецидив кровотечения осложняет все группы (F1 - F3) язв, но с различной частотой [5]. Диагностическая ценность ФЭГДС при остром кровотечении из верхних отделов пищеварительного тракта составляет 76-90% [7],

по данным отечественных авторов составляет до 98-100% [4].

**Цель:** провести анализ поступивших больных с язвенным кровотечением желудка и 12-перстной кишки для обеспечения активно-избирательной тактики.

**Материал и методы**

Материалом исследования были больные городской больницы Экибастуза пролеченные по поводу язвенного кровотечения желудка и двенадцатиперстной кишки в течение 2010-2011 гг. В 2010 г. количество всех пролеченных больных составила – 68 (табл. 1), в 2011 г. – 83 пациента.

Диагностическое эндоскопическое исследование выполняли эндоскопом фирмы *Olympus GIF-E3*, с широким углом зрения в 120° и небольшим наружным диаметром (9,8 мм). Подобный выбор обеспечивал наибольшую информативность и наименьшую возможность травмирования при выполнении исследования.

Таблица 1.

**Количество пролеченных и оперированных больных с язвенным кровотечением.**

	Все пролеченные больные	Количество оперированных	Хирургическая активность, %
2010	68	10	14,7
2011	83	10	12,0
Все больные	151	20	13,2

**Результаты и обсуждение**

Как известно диагностика желудочно-кишечного кровотечения складывается из трех основных компонентов:

1. Установление факта желудочно-кишечного кровотечения.

2. Оценка степени тяжести кровопотери.

3. Выявление источника кровотечения.

Неблагоприятными прогностическими факторами при желудочно-кишечном кровотечении считаются:

1. Возраст больного старше 60 лет.

2. Наличие двух и более сопутствующих заболеваний.

3. Массивная кровопотеря (больше 2 л).

4. Шок при поступлении.

5. Рецидив кровотечения в течение 72 ч.

Задачами эндоскопического исследования при желудочно-кишечных кровотечениях являются:

1. Установить локальную причину кровотечения.

2. Определить продолжается ли кровотечение на момент осмотра или остановилось.

3. В случае остановившегося кровотечения определить степень риска рецидива.

4. Определить показания к проведению местного лечения и его вид.

5. Провести эндоскопический гемостаз или профилактику рецидива кровотечения.

Эндоскопическая классификация активности гастродуоденальных кровотечений – средство реализации активной хирургической тактики. Основным документом эндоскопического исследования является его протокол. Совершенство его формы не только позволяет от наиболее полно передать впечатление эндоскописта от увиденного, но и фактически определяет методичность осмотра. Наиболее трудности возникает при списании источников кровотечения и его фазы. Существует необходимость в описаниях, отражающих не просто эндоскопические находки, а тактическую значимость того или иного признака. Это требует боли формализованного подхода к построению протокола эндоскопического исследования.

Мы использовали в работе классификацию по J.F/Forrest, 1974 или модификации (W.Heldvein et al., 1989).

F (Forrest) I - активное кровотечение

F I a - струйное кровотечение

F I b - капальное или «пропотевующее кровотечение»

F II - остановившееся кровотечения

F II a - видимый тромбированный сосуд в дне язвы

F II b - дно язвы покрыто тромбом или темным налетом гематина

F II c - плоское черное пятно (черное дно язвы)

F III – «состоявшиеся», завершившиеся кровотечения: язва без следов кровотечения, происходившего ранее.

Преимущества этой классификации состоят не только в том, что она позволяет строить прогноз, сколько заостряет внимание на состоянии и характере непосредственного источника кровотечения.

Данная классификация, несмотря на формализованность, улучшает взаимопонимание между хирургами и эндоскопистами. Первые могут корректно формулировать вопросы, а вторые - давать конкретизированные ответы, что определяет однозначность толкования гастроскопических и клинических данных и дает возможность своевременного принятия тактических решений.

В нашей клинике хирургическая активность в 2010 г. составила 14,7% (табл. 1), в 2011 г. – 12,0%. Общее число хирургической активности за 2 года составило – 13,2%.

В 2010 г. умерло 2 пациента, пролеченных по поводу язвенного кровотечения желудка и двенадцатиперстной кишки, что составило 2,9%. В 2011 умерло 6 пациентов, общая летальность оставила 7,2% ( $p>0,5$ ).

Послеоперационная летальность. В 2010 г. умер 1 пациент в послеоперационном периоде, что оставило 10,0%, в 2011 г. умерли 2 больных, что составило 20,0% ( $p>0,5$ ). Послеоперационная летальность в течение 2-х лет составила 15,0%.

Таблица 2.

**Летальность общая и послеоперационная.**

	2010	2011	p	Все больные
Общая летальность,	2 (2,9%)	6 (7,2%)	>0,5	8 (5,3%)
Послеоперационная летальность	1 (10,0%)	2 (20,0%)	>0,5	3 (15,0%)

**Выводы**

1. Пациентам с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, необходим активный эндоскопический мониторинг верхних отделов пищеварительного тракта для последующего обеспечения активно-избирательной тактики.

2. Необходимо снизить общую и послеоперационную летальность больных, применяя современные технологии в эндоскопическом лечении.

**Литература:**

1. Гринберг А.А., Нестеренко В.П., Лахтина Неотложная хирургия дуоденальной язвы. // Тез.докл. VIII Всеросс. съезда хирургов. Краснодар, 1995, с.63-65.
2. Затевахин И.И., Щеголев А.А. Обоснование лечебной тактики при кровотечениях из хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки // Тез.докл. VIII Всеросс. съезда хирургов. Краснодар - 1995, - С. 97-98.
3. Лобанков В.Н. Хирургия язвенной болезни на рубеже XXI века // Хирургия. - 2005, №1. - С. 58-64.

4. Панцырев Ю.М. Роль оперативной эндоскопии в диагностике и лечении острых язвенных желудочно-кишечных кровотечений / Ю.М. Панцырев, В.И. Сидоренко, Е.Д. Федоров // Мед. помощь. - 1995. - №4. - С. 14 - 17.

5. P-I. Hsu, X-Z. Lin, S. H. Chan et al. Bleeding peptic ulcer-risk factors for rebleeding and sequential changes in endoscopic findings // Gut 1994; 35: 746-49

6. Rockall T. A., Logan R. F. A., Devlin H. B., Northfield T. C. Selection of patients for early discharge or outpatient care after acute upper gastrointestinal haemorrhage // Lancet 1996; 347: 1138-40.

7. Rollhauser C., Flesher D.E. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: an update. // Endoscopy. - 1998.- №2. - P. 114-125.

8. Sung JJ, Chan FK, Lau JY, et al. The effect of endoscopic therapy in patients receiving omeprazole for bleeding ulcers with nonbleeding visible vessels or adherent clots: a randomized comparison. Ann Intern Med 2003;139:237-43.

**Тұжырым****ГАСТРОДУОДЕНАЛДЫ ҚАН КЕТКЕН НАУҚАСТАРДЫ РЕТРОСПЕКТИВТІ ТАЛДАУ**

Т.А. Кусаинов, М.А. Семикина, А.А. Березинец

Қалалық аурухана, Екібастұз қ.

Авторлар Экибастуз қалалық ауруханасына 2010-2011 жылдар аралығында асқазан ойық жарасы және ұлтабардан қан кету мен түскен 151 науқасқа талдау жүргізген. Хирургиялық белсенділік 13,2%, жалпы летальность 5,3%, операциядан кейінгі летальность 15,0%.

**Негізгі сөздері:** гастродуоденалды қан кету асқазан ойық жарасының және ұлтабардан қан кету, эндоскопия.

**Summary****RETROSPECTIVE ANALYSIS OF PATIENTS WITH GASTRODUODENAL BLEEDING**

Т.А. Kussainov, М.А. Semikina, А.А. Berezinetc

City Hospital, Ekibastuz c.

The authors analyzed 151 patients admitted with ulcer bleeding of the stomach and duodenum in the period from 2010 to 2011 at Ekibastuz city hospital. Surgical activity has left 13,2%. Overall mortality was 5,3%, postoperative mortality was 15,0%.

**Keywords:** gastroduodenal bleeding ulcer bleeding ulcer and 12 duodenal ulcer, endoscopy.