

УДК 617-089-08:615.273.52

КЛИНИКО-ВЕРОЯТНОСТНЫЙ МОНИТОРИНГ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ИНЦИДЕНТА В ВИДЕ КРИТИЧЕСКОЙ ПРОСВЕТНОЙ КРОВОПОТЕРИ

^{1,2}Чынгышова Ж.А., ²Чапыев М.Б., ²Эраалиев Б.А., ²Мамажусупов Н.А.

¹Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева,
Бишкек, e-mail: chapyev75@mail.ru;

²Национальный хирургический центр Министерства здравоохранения
Кыргызской Республики, Бишкек

В статье изложены результаты стратификационного мониторинга интраоперационных критических инцидентов, связанных с острой кровопотерей. С учетом того, что хирургическую тактику во многом определяет не только скорость просветного кровотечения, но и степень острой кровопотери, а также такие факторы риска, как преклонный возраст пациентов и тяжесть их состояния, обобщены результаты интраоперационной инфузионно-трансфузионной терапии (ИО ИТТ) в рамках анестезиолого-реанимационного обеспечения хирургических вмешательств у пациентов с ЯБ ДПК, осложненной кровотечением, основываясь на принципах доказательной медицины (ДМ). Предметом исследования было сравнительное обоснование вариантов программы ИО ИТТ в зависимости от предпринятой тактики: 1) активной; 2) активно-выжидательной. Нужно отметить, что исходным утверждением было то же самое, что и при освещении хирургических аспектов: во-первых, мета-анализ диссертационных и монографических исследований показали что смертность возрастает с каждым новым кровотечением и с каждой порцией кровопотери, поэтому дожидаться повторного кровотечения и повторной кровопотери принципиально неправильно, то есть нужно оперировать, но под прикрытием ИО ИТТ, желательнее в ранние сроки; во-вторых, факт активного язвенного кровотечения, не поддающегося консервативной остановке, а также факт усугубляющейся просветной кровопотери автоматически выдвигает вопрос об экстренной либо срочной операции под прикрытием ИО ИТТ; в-третьих, мнение о чрезмерной опасности операции у активно кровоточащего больного и значительной просветной кровопотери в значительной мере преувеличено. Как правило, в таких случаях опасна не операция, а излишнее выжидание, то есть нужно решаться на операцию под прикрытием ИО ИТТ в ранние сроки.

Ключевые слова: мониторинг, интраоперационная кровопотеря, полость

CLINICAL AND PROBABILITY MONITORING OF INTRAOPERATIVE INCIDENT IN THE FORM OF CRITICAL CLEAR BLOOD LOSS

^{1,2}Chyngyshova Zh.A., ²Chapyev M.B., ²Eraaliev B.A., ²Mamazhusupov N.A.

¹Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev, Bishkek, e-mail: chapyev75@mail.ru;

²National surgical center of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic, Bishkek

In article results of stratification monitoring of the intraoperative critical incidents connected with sharp blood loss are stated. Taking into account that, the fact that surgical tactics is defined in many respects by not only the speed of cavity bleeding, but also degree of sharp blood loss and also such risk factors as old age of patients and weight of their state results of interoperation infusion-transfusion therapy (IO ITT) within anesthesiologist-resuscitation ensuring surgical interventions at patients from stomach ulcer of a stomach and duodenum complicated by bleeding are generalized. At the same time based on the principles of the evidential medicine (EM). Comparative justification of versions of the IO ITT program depending on the undertaken tactics was an object of research: 1) Active; 2) Active and waiting. It should be noted that the same, as at illumination of surgical aspects was an initial statement: first, meta-analysis of dissertation and monographic researches was shown that mortality increases with each new bleeding and every portion of blood loss therefore to wait for repeated bleeding and repeated blood loss essentially incorrectly, that is it is necessary to operate, but under cover of IO ITT, it is desirable in early terms; secondly, the fact of the active ulcer bleeding which is not giving in to a conservative stop and also the fact of the aggravated cavity blood loss automatically puts forward a question of the emergency or urgent operation under cover of IO ITT; thirdly, opinion on excessive danger of operation at actively bleeding patient and considerable cavity blood loss considerably it is increased. As a rule, in such cases not operation, but excessive waiting is dangerous, that is it is necessary to decide on operation under cover of IO ITT in early period.

Keywords: monitoring, intraoperative blood loss, cavity

Национальный хирургический центр (НХЦ) на протяжении последних 10 лет (2007–2017) ведет исследовательскую работу по повышению эффективности интраоперационной инфузионно-трансфузионной терапии (ИО ИТТ) у больных с язвен-

ной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК), осложненной острым и массивным просветным кровотечением.

Цель работы: стратификация мониторинга интраоперационных критических инцидентов, связанных с острой кровопотерей.

Материалы и методы исследования

С учетом того, что хирургическую тактику во многом определяет не только скорость просветного кровотечения, но и степень острой кровопотери, а также такие факторы риска, как преклонный возраст пациентов и тяжесть их состояния, обобщены результаты ИО ИТТ в рамках анестезиолого-реанимационного обеспечения хирургических вмешательств у пациентов с ЯБ ДПК, осложненной кровотечением.

При этом основываясь на принципах доказательной медицины (ДМ). Предметом исследования было сравнительное обоснование вариантов программы ИО ИТТ в зависимости от предпринятой тактики: 1) активной; 2) активно-выжидательной.

Нужно отметить, что исходным утверждением было то же самое, что и при освещении хирургических аспектов: во-первых, метаанализ диссертационных и монографических исследований показал, что смертность возрастает с каждым новым кровотечением и с каждой порцией кровопотери, поэтому дожидаться повторного кровотечения и повторной кровопотери принципиально неправильно, то есть нужно оперировать, но под прикрытием ИО ИТТ, желательно в ранние сроки; во-вторых, факт активного язвенного кровотечения, не поддающегося консервативной остановке, а также факт усугубляющейся просветной кровопотери автоматически выдвигает вопрос об экстренной либо срочной операции под прикрытием ИО ИТТ; в-третьих, мнение о чрезмерной опасности операции у активно кровоточащего больного и значительной просветной кровопотери в значительной мере преувеличено. Как правило, в таких случаях опасна не операция, а излишнее выжидание, то есть нужно решаться на операцию под прикрытием ИО ИТТ в ранние сроки.

Результаты исследования и их обсуждение

Нами выполнена выборка данных ряда диссертаций за период 2000–2009 гг., в материалах которых превалирует та или иная хирургическая тактика, основанная, прежде всего, на таких аргументах, как скорость кровотечения (Фактор № 1), тяжесть состояния пациента (Фактор № 2); степень кровопотери (Фактор № 3), преклонный возраст пациентов (Фактор № 4).

Итак, в табл. 1 приведены сводные данные по диссертационным исследованиям, авторы которых по результатам своих исследований придерживаются и рекомендуют активную хирургическую тактику у больных с ЯБ ДПК, осложненной просветной кровопотерей, основываясь на том исходном утверждении, что с каждой кровопотерей происходит ослабление компенсаторных возможностей организма, а потому следует активизировать сроки хирургического вмешательства под прикрытием ИО ИТТ.

Как видно из табл. 1, практически у большинства авторов, включенные в метаанализ при использовании активной хирургической тактики ОШ достигает 3,2–3,8, свидетельствующих о том, что шансы на благоприятный исход составляют 32–38%. Риск неблагоприятного исхода не превышает $1,8 \pm 0,4$.

Параллельно нами выполнена выборка данных ряда диссертаций, в материалах которых превалирует выжидательная хирургическая тактика (табл. 2).

Как видно из табл. 2, практически у большинства авторов, включенные в метаанализ при использовании выжидательной хирургической тактики ОШ не достигает 3,0. Лишь у 3-х авторов этот показатель превышает 3,0.

Нами выделены несколько категорий авторов, в зависимости от того, на каком факторе (№ 1–4) они акцентируют внимание и какой соответствующий маршрут (№ 1–5) внутригоспитального продвижения пациентов они считают предпочтительным:

1-я категория – это сторонники ранних и радикальных операций под прикрытием ИО ИТТ, которые акцентируют внимание на факторе № 1 (скорость кровотечения) и считают, что для пациентов наиболее предпочтительным является маршрут № 1 (приемное отделение → операционная);

Таблица 1

Результаты выкопировки диссертационных данных сторонников активной тактики по оценке благоприятного (+) и неблагоприятного (–) исходов с расчетом ОШ и ОР

Ф.И.О. диссертанта	Год	Активная тактика		Выжидательная тактика		Показатели	
		+	–	+	–	ОШ	ОР
Томников В.Ю.	2000	55	10	48	5	3,4	2,6
Алмазкин В.Ю.	2000	46	8	39	6	3,1	2,2
Алекберзаде А.В.	2003	168	29	102	26	3,6	2,7
Воробьев В.М.	2006	77	18	62	22	2,6	1,8
Коваленко А.А.	2007	62	12	42	15	2,7	1,9
Авад Х.М.	2009	52	4	46	4	3,8	2,6
Абуладзе И.О.	2009	66	10	45	18	2,8	2,1
Алыбаев Э.А.	2009	54	42	12	36	22	14
Исмаилов К.К.	2007	72	5	32	6	3,0	1,9

Таблица 2

Результаты выкопировки диссертационных данных сторонников активно-выжидательной тактики по оценке благоприятного (+) и неблагоприятного (-) исходов с расчетом ОШ и ОР

Ф.И.О. диссертанта	Год	Активная тактика		Выжидательная тактика		Показатели	
		+	-	+	-	ОШ	ОР
Голубев С.В.	2000	48	9	122	20	2,6	1,9
Кутманбеков А.К.	2002	123	28	157	39	2,6	2,0
Вайташевская Н.В.	2005	56	12	102	26	2,5	1,8
Евсеев М.А.	2005	62	14	126	23	3,2	2,5
Кривонос К.В.	2005	74	14	120	22	2,6	1,6
Антонов В.Н.	2006	32	8	74	14	2,3	1,4
Андреасян А.Р.	2006	46	9	66	12	3,6	2,1
Варданян Э.С.	2008	40	8	88	12	3,1	1,9
Абуладзе И.О.	2009	88	4	69	8	2,9	2,0
Краснов О.А.	2009	122	12	101	14	2,8	2,1
Комаров Л.Н.	2009	34	3	45	8	3,4	2,0

2-я категория – сторонники экстренных операций и интенсивной предоперационной ИТТ, которые считают приоритетным при выборе хирургической тактики фактор № 2 (тяжесть состояния пациента), а что касается маршрутизации больных, то они предпочитают рекомендовать маршрут № 2 (приемное отделение → ОАР (отделение анестезиологии и реанимации) → операционная);

3-я категория – сторонники активно-выжидательной тактики, рекомендуемые отсроченные операции, и предоперационной ИТТ, которые заостряют внимание на факторе № 3 (степень острой кровопотери) и рекомендуют придерживаться маршрута № 3 (приемное отделение → эндоскопическое отделение → ОАР);

4-я категория – сторонники активно-выжидательной тактики и предоперационной ИТТ, которые считают важным и определяющим хирургическую тактику такой фактор, как преклонный возраст больных (Фактор № 4), а в качестве оптимального продвижения пациентов рекомендуют маршрут № 4 (приемное отделение → эндоскопическое отделение – ОАР);

5-я категория – сторонники выжидательной тактики на фоне предоперационной ИТТ с учетом разных факторов риска, которые уверены в том, что выбор хирургической тактики должен быть определен на основании учета всех факторов риска в комплексе. Они рекомендуют чаще использовать маршрут № 5 (приемное отделение → специализированное отделение).

Со сторонниками 1-й категории и их установками солидарны ряд исследователей, в числе которых В.К. Гостищев и со-

авт. (2007) [1], И.И. Затевахин и соавт. (2011) [2], Н.А. Яицкий и соавт. (2012) [3], которые подчеркивают, что результаты экстренных операций по поводу рецидивов дуоденальных кровотечений неблагоприятны: летальность составляет 34–73%, а у пациентов > 60 лет этот показатель > 80%. В этом аспекте следует провести экстренную операцию на высоте кровотечения в условиях адекватной ИО ИТТ.

Со сторонниками 2-й категории солидарны ряд исследователей, в числе которых А.К. Кутманбеков (2012) [4], И.О. Абуладзе (2009) [5], К.К. Исмаилов (2017) [6], которые приводят сведения о том, что применение в рамках дифференцированной хирургической тактики лечебно-диагностического алгоритма, основанного на комплексном прогнозировании рецидива язвенного кровотечения и оценке тяжести состояния пациента, позволяет исключить возникновение повторной геморрагии и объективизирует возможность проведения неотложных оперативных вмешательств у больных разных возрастных групп.

Такой подход снижает летальность при ЯБ ДПК, осложненной просветной кровопотерей во всех возрастных группах [4–6].

Ряд авторов монографий, посвященных проблеме ЯБ, в числе которых С.А. Алексеенко и соавт. (2000) [7], В.К. Гостищев и соавт. (2015) [8], С.А. Афендулов и соавт. (2016) [9], указывают на то, что выбор тактики лечения при язвенном кровотечении должен носить индивидуальный характер и основываться на результатах эндоскопического исследования, степени кровопотери, надежности гемостаза, достоверном

прогнозе вероятности рецидива кровотечения, а также учета операционно-анестезиологического риска. По их мнению, предпочтительной является все же активно-выжидательная тактика [7–9].

Со сторонниками 3-й категории выражают свое согласие следующая группа исследователей, в числе которых В.М. Воробьев (2006) [10], В.Н. Антонов (2006) [11], А.В. Климашевич (2007) [12], которые считают, что необходимость экстренной операции нужно признавать лишь при рецидивных дуоденальных кровотечениях, а во всех остальных случаях необходимо придерживаться выжидательной тактики. Причем в первоочередную задачу должна входить коррекция кровопотери в ОАР [10–12].

По мнению большинства исследователей [13–15], наиболее радикальной операцией у больных с ЯБ ДПК, осложненной просветной кровопотерей, является резекция желудка. Безусловно, она может оказаться трудно выполнимой, но все же такой объем операции необходим даже в условиях острой кровопотери, но под прикрытием ИО ИТТ.

Также со сторонниками 4-й категории выражают согласие следующие исследователи: В.М. Воробьев (2006) [10], В.Н. Антонов (2006) [11], А.В. Климашевич (2007) [12], которые считают, что уменьшение у больных с язвенным кровотечением числа неотложных операций при дифференцированном тактическом подходе является основной причиной снижения общей летальности у пациентов преклонного возраста [10–12].

А такие исследователи, как А.К. Кутманбеков (2012) [4], В.Н. Антонов (2006) [11], считая, что выявленные негативные последствия выжидательной и активной тактики у больных старших возрастных групп позволяет рекомендовать хирургам и анестезиологам-реаниматологам отказаться от активных тактических подходов у пациентов пожилого и старческого возраста [4, 11].

Со сторонниками 5-й категории солидарны авторы, в числе которых С.А. Алексеев и соавт. (2000) [7], С.А. Афондулов и соавт. (2001) [8], В.К. Гостищев и соавт. (2005) [9] считают, что показания к неотложной операции при язвенном кровотечении возникают примерно у 25% больных, однако на практике этот вопрос решают поразному и оперируют от 25% до 82,3% язвенных кровотечений. Причем результаты активных операций обнадеживают [7–9].

Таким образом, клинический и вероятный мониторинг непосредственных результатов различных тактических подходов позволяет аргументировать хирургическую, а также анестезиолого-реанимационную

тактику у пациентов с ЯБ ДПК, осложненной острой кровопотерей.

Мы склонны придерживаться дифференцированного тактического подхода, включающего комплекс мероприятий по оценке степени кровопотери, тяжести состояния пациента, прогнозированию рецидива геморрагии, применению оптимальной программы ИО ИТТ, наряду с активной гемостатической терапией. Речь идет об активной тактике. Однако не лишена логики активно-выжидательная тактика, по сравнению с выжидательной. Активно-выжидательная тактика позволила многим авторам уменьшить число неотложных оперативных вмешательств, избегать при возникновении рецидива кровотечения так называемых «операций отчаяния» при неадекватном для проведения вмешательства статусе пациента, что подтверждено принципиальным снижением уровня общей летальности у данной категории больных.

На наш взгляд, опыт НХЦ, а также метаанализ соответствующих источников информации показал, что в основе улучшения непосредственных результатов хирургического лечения больных с язвенными кровотечениями лежит снижение доли экстренных паллиативных операций, дающих большое число осложнений и высокую летальность, и, наоборот, увеличение доли резекции желудка, а в ряде наблюдений по показаниям – органосохраняющих вмешательств, выполняемых в срочном и отсроченном порядке.

Выводы

Как в 1-й, так и во 2-й период результаты мета-анализа диссертационных и монографических исследований свидетельствуют о том, что исходы операций находятся не только в прямой зависимости от таких факторов, как скорость кровотечения, тяжесть состояния пациентов, массивности кровопотери и преклонного возраста пациентов. Установлено, что в оба периода исследования экстренные операции являются более результативными, нежели острые операции.

Список литературы

1. Гостищев В.К. Проблема выбора метода лечения при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях // Хирургия. 2017. № 7. С. 7–11.
2. Затевахин И.И. Новые технологии в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений. М., 2011. 166 с.
3. Яицкий Н.А. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. М.: «Мед-пресс информ», 2012. 376 с.
4. Кутманбеков А.К. Комплексное определение метода и срока лечения при гастродуоденальных кровотечениях язвенной этиологии: автореф. дис. ... докт. мед. наук. Бишкек, 2012. 45 с.

5. Абуладзе И.О. Кровотечение из острых гастродуоденальных язв: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва, 2009. 18 с.
6. Исмаилов К.К. Пилородуоденопластика при перфоративных пилородуоденальных язвах с противорецидивной терапией: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Бишкек, 2016. 22 с.
7. Алексеенко С.А. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Хабаровск, 2000. 120 с.
8. Гостищев В.К. Острые гастродуоденальные язвенные кровотечения: от стратегических концепций к лечебной тактике. М., 2015. 350 с.
9. Афендулов С.А. Стратегия хирургического лечения язвенной болезни // Хирургия. 2016. № 5. С. 26–28.
10. Воробьев В.М. Выбор тактики лечения больных с острыми гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Новосибирск, 2006. 21 с.
11. Антонов В.Н. Эндоскопический гемостаз и прогноз рецидива кровотечения при хронических гастродуоденальных язвах (экспериментально-клиническое исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук. Иркутск, 2006. 19 с.
12. Климашевич А.В. Мониторинговая коррекция желудочной секреции в профилактике рецидива язвенного гастродуоденального кровотечения: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Саратов, 2007. 24 с.
13. Авад Х.М. Хирургическая тактика и выбор метода операции при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва, 2009. 22 с.
14. Grilli, R. Practice guidelines developed by specialty societies: The need for a critical appraisal // Lancet. 2010. V. 355. № 2. P. 103–106.
15. Алыбаев Э.У., Абдуллаев Ж.С. Эндоскопическая картина оперированного желудка после различных вариантов операций при перфоративных и кровоточащих гастродуоденальных язвах // Хирургия Кыргызстана. 2016. № 3. С. 40–43.