

ченном консервативно. Регресс неврологического дефицита оказался более выраженным в группе пострадавших, получивших хирургическую помощь. Степень реституции неврологических расстройств определялась, в первую очередь, глубиной поражения спинного мозга и была обратно пропорциональна ей. Что касается восстановления функции, то

результаты лечения в этом плане оказались несомненно лучше в группе прооперированных больных.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Пастор Э. // В кн.: Основы нейрохирургии. — Будапешт, 1985.
2. Угрюмов В. М. // В кн.: Руководство по нейрохирургии. — М., Медицина, 1979.

Поступила 19.03.90.

УДК 616.34—002.44—005.1—089.811/814

## УЧЕТ ФАКТОРОВ РИСКА В ВЫБОРЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ХРОНИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

М. А. Трунин, Ю. В. Плотников, А. Н. А. Абу-Обейд

Кафедра хирургических болезней имени проф. В. А. Опделя (зав. — проф. М. А. Трунин)  
Ленинградского санитарно-гигиенического медицинского института

**Реферат.** Представлена система прогнозирования исходов острого кровотечения из хронической язвы двенадцатиперстной кишки. С помощью единичных факторов риска и их сочетаний определены показания к переливанию крови, факторы риска рецидива кровотечения, степень тяжести больных (угроза кровотечения для жизни), показания к экстренной операции, факторы риска медикаментозного лечения и экстренной операции. На основании этой системы лечено 163 человека (основная группа). По сравнению с группой из 418 больных (контрольная группа) достигнуто снижение летальности и объемов переливаемой крови.

**Ключевые слова:** двенадцатиперстная кишка, язвенная болезнь, кровотечение, хирургическая тактика, факторы риска.

1 таблица. Библиография: 5 названий.

Каждый третий больной, поступающий в клинику по поводу острого желудочно-кишечного кровотечения, страдает хронической язвой двенадцатиперстной кишки. Статистический анализ результатов лечения больных этого контингента проведен нами по данным более чем 90 работ. Он показал, что в среднем общая летальность составляет  $9 \pm 1\%$ , послеоперационная —  $6 \pm 1\%$ , при медикаментозном лечении —  $8 \pm 1\%$ , после плановых операций —  $2 \pm 1\%$ , после ранних (экстренных, неотложных) операций —  $16 \pm 1\%$ . Несмотря на успехи, достигнутые в последние годы с помощью экстренной эндоскопии и сберегательных операций с применением ваготомии, наиболее сложным остается вопрос о том, нужна ли экстренная операция, когда ее предпринять, каким должен быть ее объем. Большинство из современных авторов основывают свои тактические установки

на различных критериях (факторах риска) — объеме кровопотери, угрозе рецидива кровотечения, опасности операции для больного и т. д. [1—4].

Мы подошли к этой проблеме с позиций математического прогнозирования. Для этого нами разработана иерархия целей: последовательно рассчитаны показания к переливанию крови, факторы риска рецидива кровотечения, опасность кровотечения для жизни больного (степень тяжести), показания к экстренной операции, факторы риска медикаментозного лечения и экстренной операции. Практически важны среди них показания к переливанию крови, экстренной операции, факторы риска медикаментозного лечения и экстренной операции. Показания к переливанию крови позволяют прибегать к этой мере только в том случае, когда оно действительно необходимо, с расчетом нужного количества крови. Активный подход предусматривает выполнение операции в той ситуации, когда на практике при одинаковых условиях оперируют хотя бы 50% больных. При сравнении риска медикаментозного лечения и риска экстренной операции предпочтение последней отдают тогда, когда ее делают реже, чем в 50% случаев, но риск медикаментозного лечения равен или превышает риск экстренной операции.

Другие цели прогнозирования — риск рецидива кровотечения и степень тяжести — на практике нужны в меньшей мере, но они являются составными элементами для прогноза других ситуаций.

**Оценка факторов риска и прогностическое значение их количества в выборе хирургической тактики при остром кровотечении из язвы двенадцатиперстной кишки**

Факторы	ППК	РРК	СТ	ПЭО	РМЛ	РЭО
1	2	3	4	5	6	7
Возраст 60 лет и старше			+		+	+
Кровотечение, возникшее в стационаре		+	+		+	
Повторная рвота с кровью или кровь при зондировании желудка	+	+	+	+	+	
Черный жидкий («красный») кал	+	+	+	+	+	
Обморок (потеря сознания)	+	+		+		
Сопутствующие заболевания декомпенсированные			+		+	+
Частота пульса наивысшая						
90—99		+	+			
100—119		+	+	+		
120 и чаще	+	++	+	++	+	
Изменение пульса						
улучшение	+	+	+	+	+	
ухудшение						
Артериальное давление (кПА)						
ниже 13,3	+	+	+	+	+	
Изменение АД						
повышение	+	+	+	+		
снижение	+	+	+	+	+	
Температура тела наивысшая (°C)						
38,0 и выше			+		+	
Объективные признаки патологических процессов (желтуха, гепато-спленомегалия, опухоль живота, асцит, гидроторакс, анасарка, одышка в покое, нарушение сознания, симптомы перитонита)		+	+		+	
Кровотечение продолжается	+			+		
возобновилось	+		+	+		
Осложненность язвы (учитывать одно осложнение или сочетание, кроме кровотечения)						
множественная			+			+
флегмона забрюшинной клетчатки		+				
прободение (в анамнезе)		+	+			+
неудалимая, пенетрирующая, более 1 см в диаметре, сочетание осложнений или с другими источниками		+	+	+		+
Эндоскопические признаки кровотечения		+		+		
Перелито крови объемом 1 л и более		+		+		
Гематологические показатели (учитывать только один — наихудший)						
гемоглобин (ммоль/л)						
1,5—1,7	+			+		
1,3—1,5	+	+		+		
1,3 и ниже	++	+		+		
эритроциты ( $\cdot 10^{12}/л$ )						
3,0—3,4	+					
2,5—2,9	+	+				
2,4 и менее	+	+	+	+		
гематокрит						
30—34	+					
25—29	+	+				
20—24	++	+				
10 и ниже	++	+	+	+		
Дефицит ОЦК (%)						
20—29	+					
30 и более	+	+	+	+		
Изменение гематологических показателей						
улучшение		+	+	+		
ухудшение	+	++	+	+		
Произведена операция	+					
экстренная	++					

1	2	3	4	5	6	7
Число факторов ППК						
4	+					
5	+	+	+			
6	+	+	+	+	+	
7—8	+	++	+	+	+	
9 и более	+	++	++	+	+	
Число факторов РРК						
5—6		+		+		
7		+		+		
8		++	+	+		
9 и более		+++	+	++		
Число факторов СТ						
6					+	
7					+	+
8				+	+	+
9			+	+	+	+
10 и более			+	+	+	+
Число факторов ПЭО						
5					+	
6					+	
7—8					+	
9					++	
10					++	
11 и более					++	+
Число факторов РМЛ						
5—8						+
9 и более					+	+
Число факторов РЭО						
5 и более						+

С помощью принципов байесовского подхода [5] нами оценены клинические признаки — факторы риска. Они изучены сначала в контрольной группе (418 чел.), а затем в основной (163 чел.), после этого показатели обеих групп были проанализированы и просуммированы (см. табл.).

Практическое пользование этой таблицей в условиях экстренной хирургии без применения ЭВМ таково: под каждую строчку подводят лист бумаги и имеющиеся у больного качественные оценки факторов (+) выписывают в столбцы, затем количество факторов в каждом столбце оценивают по следующей схеме.

ППК — показания к переливанию крови. На каждый фактор, начиная с третьего, планируется переливание по 250 мл крови. При 2 и менее факторах гемотранфузия не нужна.

РРК — риск рецидива кровотечения. При 2 факторах и менее он не превышает 3%, от 3 до 4 — 14%, от 5 до 6 — 40%, от 7 до 8 — 69%, 9 и более — 95%.

СТ — степень тяжести. Риск летального исхода без учета лечебной тактики при 3 факторах и менее составляет 0%, 4... 8 — 7%, 9 и более — 29%.

ПЭО — показания (частота) к экс-

тренной операции. При 2 факторах и менее частота равна 1%, от 3 до 5 — 14%, от 6 до 9 — 49%, 10 и более — 75%. Операция показана при 7 и более факторах.

РМЛ — риск медикаментозного лечения. При 8 факторах и менее он равен 1%, 9 и более — 75%.

РЭО — риск экстренной операции. При 4 факторах и менее он составляет 5%, 5 и более — 52%.

В контрольной группе больных придерживались активно-выжидательной тактики: операцию предпринимали при продолжающемся или рецидивирующем кровотечении. 8 больных основной группы оперировали без эндоскопии ввиду особо угрожающего жизни кровотечения (вынужденные экстренные операции). У всех остальных после экстренной эндоскопии произвели учет факторов риска и сразу были прооперированы 23 пациента (ранние операции). Объем операции зависел от риска экстренной операции: при 3 и менее факторах допускалась операция любого объема (селективная проксимальная ваготомия или резекция желудка), при 4... 5 — вмешательство на язве и стволовая ваготомия с дренирующей операцией, при 6 и более факторах — только вмешательство на

язве, иногда с дренирующей операцией и медикаментозная ваготомия в послеоперационном периоде. 5 больных операцию не предлагали; 3 человека вначале отказались от операции, но все они были прооперированы при рецидиве кровотечения (вынужденные отсроченные операции). Ошибка прогнозирования составила непредсказанный рецидив кровотечения, потребовавший операции, у 5 (3%) из 163 больных.

Все летальные исходы в основной группе произошли после вынужденных экстренных (у 3) и ранних (у 2) операций.

При сравнительно однородном составе контрольной и основной групп частота предпринятых операций была практически одинаковой: вынужденная экстренная, ранняя и вынужденная отсроченная операции были произведены в контрольной группе у 29% больных, в основной — у 24%. Медикаментозное лечение было проведено соответственно у 51% и 56% больных, плановые операции — у 20% и 20%. Однако за счет

более раннего выполнения операций частота продолжения или рецидива кровотечения в стационаре уменьшилась с 31 до 10%, а средний объем перелитой крови — с  $1,39 \pm 0,06$  до  $0,81 \pm 0,08$  л. Общая летальность снизилась с 11 до 3%: после экстренных операций — с 23 до 13%, после плановых — с 4 до 0%, при медикаментозном лечении — с 6 до 0%.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о рациональности примененного подхода.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Горбашко А. И. // Вестн. хир.— 1987.— № 10.— С. 3—9.
2. Петров В. П., Ерюхин И. А., Шемякин И. С. // Кровотечения при заболеваниях пищеварительного тракта.— М., Медицина.— 1987.
3. Поташов Л. В., Алиев М. А., Седов В. М., Нурмаков А. Ж. // Кровотечения из острых и хронических гастродуоденальных язв.— Алма-Ата, Казахстан.— 1982.
4. Хай Г. А. // Теория игр в хирургии.— Л., Медицина, 1978.
5. Штейн Л. Б. // Опыт прогнозирования в медицине с помощью ЭВМ.— Л., Изд-во ЛГУ, 1987.

Поступила 01.11.88

УДК 616.348—007.64—005.1—089.8

## ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ДИВЕРТИКУЛЕЗЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

В. Г. Сахаутдинов, Д. И. Мехдиев, В. М. Тимербулатов

Кафедра хирургии (зав.— доц. В. М. Тимербулатов) факультета усовершенствования врачей Башкирского медицинского института имени 15-летия ВЛКСМ

**Реферат.** Из 526 больных дивертикулезом ободочной кишки выраженные кровотечения были у 80 (15,2%) человек, в основном у лиц пожилого возраста. Экстренные оперативные вмешательства потребовались у 13,8% больных. Описана хирургическая тактика в зависимости от распространенности дивертикулеза и интенсивности кровотечения.

**Ключевые слова:** ободочная кишка, дивертикулез, кровотечение, лечение.

**Библиография:** 7 названий.

Одним из грозных осложнений дивертикулеза толстой кишки является кровотечение. При этой патологии оно возникает, по данным ряда авторов [2, 7], в 0,2—48,5% случаев. Кровь может изливаться из любого дивертикула независимо от его локализации в толстой кишке, однако наиболее часто при генерализованном дивертикулезе [3, 4].

Кровотечение из дивертикулов толстой кишки, как правило, останавливает-

ся спонтанно или после консервативного лечения (у 81%); рецидивы были отмечены у 22—40% человек больных [5, 6]. 54% пациентов с кровотечением из дивертикулов толстой кишки поступили в стационар в состоянии геморрагического шока, 38% — без явлений шока, но с низкими показателями гемоглобина [4].

Наш клинический опыт свидетельствует, что кровотечение в основном возникает в пожилом возрасте и в большинстве случаев — из проксимального отдела толстой кишки. Довольно трудно обнаружить местонахождение кровоточащего дивертикула, особенно при тяжелом состоянии больных и поражении проксимальных отделов толстой кишки. общепринятые и наиболее информативные методы обследования (ирригоскопия, колоноскопия), как правило, труд-