

В.К. Гостищев, А.Н. Афанасьев, М.А. Евсеев
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЦИДИВОВ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ
ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Каф. общей хирургии ММА им. И.М. Сеченова

Для определения прогностически значимых факторов риска рецидива острых гастродуоденальных язвенных кровотечений (ОГДЯК) проведен регрессионный анализ 84 клинических случаев рецидива ОГДЯК. На основании выявления факторов, достоверно ($p < 0,05$) связанных с возникновением рецидива язвенного кровотечения установлены клиничко-эндоскопические критерии риска рецидива ОГДЯК (см. табл.).

Таблица.

Факторы риска рецидива развития рецидива острых гастродуоденальных язвенных кровотечений

	Язва в зоне Dieulafoy, Dieulafoy Forrest I, IIa эндогемостаз; каллезная язва с пенетрацией. *	Forrest IIb-с, ЯЖ острая > 9мм, хр.> 20 мм, ЯЖ и ЯДПКс пенетрацией, ЯДПК острая > 6 мм, хр. > 10 мм. *	Forrest IIb - III, ЯЖ острая < 9мм, хр. < 20 мм, ЯДПК острая < 6 мм, хр. < 10 мм. **
Тяжелая кровопотеря, АРАСНЕ III > 85, АРАСНЕ III > 85	Риск рецидива 3 (максимальный)	Риск рецидива 3 ст.	Риск рецидива 2 ст.
Среднетяжелая кровопотеря АРАСНЕ III 65- 85 АРАСНЕ III 65 – 85	Риск рецидива 3 ст.	Риск рецидива 2 ст.	Риск рецидива 1 ст. (минимальный)
Легкая кровопотеря АРАСНЕ III < 65	Риск рецидива 3 ст.	Риск рецидива 2 ст.	Риск рецидива 1 ст.

*-отдельно или в совокупности; **-в совокупности

Выявление риска рецидива 3, максимальной, степени риска свидетельствует о неизбежном развитии рецидива в первые часы от момента первичного гемостаза; риск рецидива 2 степени указывает на возможность развития повторного кровотечения в период 24 - 48 часов от момента первичного гемостаза; риск рецидива 1 степени практически исключает возможность повторного язвенного кровотечения. Необходимо отметить, что проведение эндоскопического гемостаза задерживает возникновение рецидива ОГДЯК в среднем на 24 - 48 часов, принципиально не уменьшая риска его рецидива. Данная схема, как и все статистические оценочные методы, включает в себе возможность ошибочного прогноза. В связи с этим на основании концепции о прогрессирующем ишемическом некрозе как основном факторе развития рецидива ОГДЯК [В.К. Гостищев, М.А. Евсеев, 2002] в качестве объективных прогностических критериев мы используем величины парциального давления кислорода (pO_2 тк) и окислительно-восстановительного потенциала ($ОВП$ тк) в перипульцерозной зоне.

Величиной pO_2 тк, свидетельствующей о критическом уровне ишемии в периульцерозной зоне и неизбежности рецидива, являются значения < 24 мм рт.ст. Величиной $ОВП$ тк, указывающей на прогрессирующий некроз, являются значения > 75 мВ. Значения pO_2 тк и $ОВП$ тк четко коррелируют между собой. Ситуации, когда наблюдается «парадоксальный диссонанс» между нормальными значениями pO_2 тк и значением $ОВП$ тк > 70 мВ, трактуются нами как локальный реперфузионный синдром и также свидетельствуют о высоком риске рецидива ОГДЯК. Использование клинико-эндоскопических и объективных прогностических критериев позволило уменьшить число рецидивов ОГДЯК за последние 3 года с 8,2% до 2,2%.

Литература:

1. Затевахин И.И., Щеголев А.А., Титков Б.Е. Новые технологии в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений. М 2000; 166.

2. Лапина Т.Л. Лечение эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки. РМЖ 2001; 9: 13-14.