

УДК 616.33/34-005.1-089
ББК Р413.203.2

Е.В. ПЕРЦЕВА

АНАЛИЗ ПРИЧИН НЕЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Ключевые слова: *неязвенные кровотечения, эндоскопический гемостаз.*

Острое кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта является потенциально жизнеугрожающим состоянием, приводящим к госпитализации больных. Язвенная болезнь остается наиболее распространенной причиной острых желудочно-кишечных кровотечений. В то же время причины неязвенных кровотечений реже диагностируются своевременно. В работе дан анализ наиболее частых причин неязвенных кровотечений у 1092 больных.

E. PERCEVA

THE ANALYSIS OF RATE OF NON-ULCER UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING

Key words: *nonulcer upper gastrointestinal bleedings, endoscopic hemostasis.*

Acute gastrointestinal (GI) bleeding is a potentially life-threatening abdominal emergency that remains a common cause of hospitalization. Peptic ulcer disease remains the most common cause of upper gastrointestinal bleedings. At the same time ulcer-non-related causes of bleeding steel continue to be rarely diagnosed in the early stages. In this article causes of 1092 nonulcer GI bleeding incidences were analyzed.

Острое кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) является потенциально жизнеугрожающим состоянием, приводящим к госпитализации больных. К кровотечениям из верхних отделов ЖКТ относят кровотечения, возникающие из отделов, расположенных выше связки Трейтца. Гастроинтестинальные кровотечения являются сравнительно частой патологией среди различных по тяжести хирургических заболеваний, представляя одну из актуальных проблем современной клинической хирургии. Ранняя диагностика неязвенных кровотечений стала возможной в связи с широким внедрением в клиническую практику метода внутрископической эндоскопии. До появления современных технологий методом выбора при лечении кровотечений из верхних отделов ЖКТ являлось оперативное вмешательство. В современных условиях совершенствуются и разрабатываются новые способы эндоскопической диагностики и гемостаза (клипирование, аргоноплазменная коагуляция, радиоволновая коагуляция, аппликация фибринового клея и др.) [1].

Частота возникновения кровотечения из верхних отделов ЖКТ колеблется по разным данным от 100 случаев на 100 тыс. населения США и 50–170 случаев на 100 тыс. жителей Евросоюза [9, 13, 16].

Основной причиной гастроудоденальных кровотечений по-прежнему остаются язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, составляющие 50–70% случаев желудочно-кишечных кровотечений [2]. Однако большинство пациентов с данной патологией в связи с развитием болевого синдрома попадают под наблюдение специалистов своевременно и получают адекватную медикаментозную терапию, снижающую риск развития осложнений, в частности кровотечения. В то же время пациенты с заболеваниями неязвенной этиологии редко обращаются к специалистам первичного звена, часто остаются необследованными и потому находятся в группе повышенного риска по эпизодам острого гастроудоденального кровотечения.

В 2 раза чаще кровотечения из верхних отделов ЖКТ встречаются среди мужчин (во всех возрастных категориях), в то время как показатели летальности сходны у лиц обоего пола [7]. Следует учитывать, что летальность при неязвенных кровотечениях колеблется от 5 до 10% от всех случаев возникновения гастроудоденального кровотечения [9, 13, 16]. При этом наиболее тяжелыми в прогно-

стическом плане являются рецидивы кровотечений, летальность при которых составляет 30–40% [4, 5, 3, 14]. Поэтому при поступлении пациентов важно выделять группу с высоким риском рецидива остановившегося кровотечения, особенно у лиц с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

У пациентов с гастродуоденальными кровотечениями летальный исход часто наступает от сопутствующих заболеваний, а не от самого кровотечения. Так, одно и более коморбидное заболевание выявляется у 98,3% пациентов, умерших вследствие гастродуоденального кровотечения, причем у 72,3% пациентов сопутствующее заболевание причисляется к первичной причине смерти [7, 14].

В последние годы рядом исследований достоверно доказана наибольшая эффективность при неязвенных кровотечениях эндоскопического метода лечения, проведенного в течение первых 24 ч от начала возникновения острого кровотечения из верхнего отдела ЖКТ. Это способствует уменьшению количества койко-дней, проведенных в стационаре, снижению частоты возникновения рецидива кровотечения и количества экстренных хирургических вмешательств [8].

Целью исследования являлась оценка частоты возникновения кровотечения из верхних отделов ЖКТ неязвенной этиологии. По данным различных авторов, частота неязвенных кровотечений составляет в среднем 33,9% от всех случаев гастродуоденальных кровотечений [2].

Материалы и методы исследования. За период с 2012 г. по 2013 г. нами был проведен анализ причин кровотечений из верхних отделов ЖКТ неязвенной этиологии у 1092 пациентов. В структуру этиологических факторов неязвенного кровотечения входили синдром Маллори – Вейсса, эрозивные гастродуодениты, эрозивные поражения слизистой оболочки пищевода, варикозно расширенные вены пищевода вследствие портальной гипертензии, полипы желудка и пищевода, рак пищевода и желудка, скарификация слизистой пищевода инородным телом. Анализ причин кровотечений из верхних отделов ЖКТ представлен в табл. 1.

Таблица 1

Причины неязвенных кровотечений из верхнего отдела ЖКТ

Источник кровотечения	Количество пациентов	Мужчин		Женщин		Всего, %
		абс	%	абс.	%	
Синдром Маллори – Вейсса	399	339	84,96	60	15,04	36,54
Эрозивные гастродуодениты	259	154	59,46	105	40,54	23,72
Варикозное расширение вен пищевода вследствие портальной гипертензии	245	177	72,24	68	27,76	22,44
Эрозивные эзофагиты	154	104	67,53	50	32,47	14,10
Рак пищевода и желудка	28	22	78,57	6	21,43	2,56
Полипы желудка и пищевода	7	2	28,57	5	71,43	0,64
Всего:	1092	798		294		100

Не умаляя значимости оценки результатов клинических и лабораторных исследований при диагностике желудочно-кишечного кровотечения, отметим, что в настоящее время основным методом установления источника и интенсивности кровотечения, а также оценки риска развития повторного кровотечения является метод внутриспросветной эндоскопии.

Интенсивность кровотечения целесообразно оценивать по шкале Forrest [11], что является необходимым и достаточным для определения лечебно-диагностических мероприятий.

С учетом высокого процента смертности пациентов от рецидивов кровотечения крайне важным этапом ведения пациентов является оценка риска разви-

тия повторного кровотечения и смерти после госпитализации по шкале Rockall [15]. Шкала Rockall основана на оценке пяти показателей, представленных в табл. 2, которые являются независимыми прогностическими факторами риска.

Таблица 2

**Шкала для определения степени риска рецидивирования
острого кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта**

Показатели	Баллы			
	0	1	2	3
Возраст, годы	<60	60-79	>80	-
Шок	нет	пульс >100 уд/мин	систолическое АД <100 мм рт. ст.	-
Сопутствующие заболевания	нет		ишемическая болезнь сердца, сердечная недостаточность, другие тяжелые заболевания	почечная или печеночная недостаточность, метастазирующий рак
Диагноз	синдром Маллори – Вейсса или отсутствие поражений; отсутствие признаков недавнего острого кровотечения	все другие заболевания	злокачественная опухоль верхнего отдела желудочно-кишечного тракта	
Признаки недавнего кровотечения по данным эзофагогастродуоденоскопии	в основании язвы нет геморрагических высываний или темных пятен		в верхних отделах желудочно-кишечного тракта определяются следы крови, пристеночный сгусток, видимый или кровоточащий сосуд	

Количество баллов, набранных по шкале Rockall, соответствует определенному проценту рецидивов кровотечения и летальности после госпитализации (табл. 3).

Таблица 3

Прогностическое значение шкалы Rockall

Количество баллов	Частота рецидивов, %	Число летальных исходов, %
0	0	0
1	3	0
2	5	0,2
3	11	3
4	14	5
5	24	11
6	33	17
7	44	27
>8	42	41

Выявление пациентов с высоким риском повторного кровотечения и смерти позволяет срочно госпитализировать их в палаты интенсивной терапии для предотвращения рецидивов кровотечения, а в случае их возникновения своевременно и в полном объеме оказать необходимую лечебную помощь.

Важное значение в лечении больных с гастродуоденальными кровотечениями имеет определение объема кровопотери по формуле Мооге:

$$V_{\text{кп}} = \text{ОЦК}_d \times (H_{\text{д}} - H_{\text{ф}} / H_{\text{д}}),$$

где ОЦК_d – должный объем циркулирующей крови; $H_{\text{д}}$ – должный показатель гематокрита; $H_{\text{ф}}$ – фактический показатель гематокрита.

Таким образом, характеристика источника кровотечения, оценка интенсивности кровотечения по Forrest, определение объема острой кровопотери позволяют наиболее точно обосновать тактику лечения.

Основными методами остановки кровотечения являются оперативное вмешательство и эндоскопический гемостаз. Хирургическое лечение показано лишь при интенсивности кровотечения F1a (по Forrest) и неэффективности проводимых эндоскопических вмешательств. Методы эндоскопического гемостаза, применяемые в различных клиниках, варьируют в зависимости от их технической оснащенности и могут включать клипирование, аргоноплазменную коагуляцию, электрокоагуляцию, аппликацию фибринового клея, обкалывание растворами адреналина и др.

В комплексе с указанными методами оперативного и эндоскопического лечения обязательна и медикаментозная терапия. Целью медикаментозного лечения гастроудоденальных кровотечений являются выведение пациента из геморрагического шока, его стабилизация для проведения дальнейшего лечения и повышение эффективности гемостаза путем внутривенного введения ингибиторов протонной помпы. Свойство препаратов данной группы повышать pH желудочного содержимого предотвращает фибринолиз тромбов и способствует снижению риска рецидива кровотечения [10].

Результаты исследования и их обсуждение. Из 1092 пациентов с неязвенными кровотечениями из верхних отделов ЖКТ причиной кровотечений были синдром Маллори – Вейсса – у 399 (36,54%) человек, эрозивные гастриты и дуодениты – у 259 (23,72%), варикозно расширенные вены пищевода вследствие портальной гипертензии – у 245 (22,44%), эрозивные эзофагиты – у 154 (14,10%), рак пищевода и желудка – у 28 (2,56%), полипы желудка и пищевода – у 7 (0,64%). С целью гемостаза при синдроме Маллори – Вейсса применялись следующие методы: клипирование – у 7 (1,75%) пациентов, электрокоагуляция – у 35 (8,77%), орошение гемостатическими препаратами – у 56 (14,04%), распыление гемостатической полисахаридной смеси – у 21 (5,26%); сочетание нескольких методов гемостаза было применено у 56 (14,04%).

При эрозивных гастритах и дуоденитах орошение гемостатическими препаратами было применено у 28 (10,81%) пациентов. При эрозивных эзофагитах орошение было применено у 14 (9,09%), распыление гемостатической полисахаридной смеси – у 14 (9,09%) пациентов.

При кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода из эндоскопических методов успешно были применены орошение гемостатическими препаратами у 21 (8,57%) пациента и установка саморасширяющихся стентов у 7 (2,86%). У 105 (42,86%) пациентов с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода выполнение эндоскопического гемостаза в амбулаторных условиях из-за тяжести состояния данной группы больных оказалось невозможным, в связи с чем они были госпитализированы в реанимационное отделение для остановки кровотечения с помощью зонда Блейкмора.

Следует отметить, что на момент диагностического эндоскопического исследования пациентов с неязвенными кровотечениями данных за продолжающееся кровотечение не выявлено у 700 (64,10%) пациентов, у всех них кровотечение признано состоявшимся, показаний для эндоскопической гемостатической терапии не было.

Выводы. 1. В структуре этиологии неязвенных кровотечений из верхних отделов ЖКТ одно из первых мест занимает синдром Маллори – Вейсса. В лечении пациентов с данной патологией с успехом могут быть использованы эндоскопические методы остановки кровотечения.

2. Широкое использование метода внутриспросветной эндоскопии и методов эндоскопического гемостаза позволяет предельно сократить количество оперативных вмешательств по поводу неязвенных кровотечений из верхних отделов ЖКТ.

3. В более чем в половине случаев кровотечения неязвенной этиологии останавливаются самостоятельно, поэтому отпадает необходимость в эндоскопическом или хирургическом гемостазе.

4. При кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода и желудка показана комплексная гемостатическая терапия, включая клипирование, установку стентов и зонда Блейкмора.

Литература

1. Антонов В.Н., Белобородов В.А. Эндоскопический гемостаз клипированием при кровотечениях различного генеза из верхних отделов желудочно-кишечного тракта // Сибирский медицинский журнал. 2004. Т. 48, № 7. С. 27–28.
2. Дашиев Ц.Д., Плеханов А.Н., Золбоот Л. Современные подходы к консервативному лечению кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. 2010. № 2. С. 30–35.
3. Диагностическая и лечебная гастродуоденоскопия при желудочно-кишечных кровотечениях язвенной этиологии / Н.Е. Черняховская, Д.П. Черепянцев, М.В. Вараксин и др. // Медицинская помощь. 2006. № 4. С. 13–16.
4. Крылов Н.Н. Кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта: причины, факторы риска, диагностика и лечение // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2001. № 2. С. 76–87.
5. Сотников В.Н., Дубинская Т.К., Разживина А.А. Эндоскопическая диагностика и эндоскопические методы лечения кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта. М.: ПМА-ПО, 2000. 48 с.
6. Чередников Е.Ф. Комплексное лечение гастродуоденальных язв с применением гелевых сорбентов (клинико-экспериментальное исследование): автореф. дис... докт. мед. наук. Воронеж, 1998. 34 с.
7. Analysis of 3,294 cases of upper gastrointestinal bleeding in military medical facilities / R.T. Yavorski, R.K. Wong, C. Maydonovitch et al. // Am. J. Gastroenterol. 1995. Vol. 90(4), Apr. P. 568–573.
8. Early endoscopy in upper gastrointestinal hemorrhage: associations with recurrent bleeding, surgery, and length of hospital stay / G.S. Cooper, A. Chak, L.E. Way et al. // Gastrointest Endosc. 1999. Vol. 49(2). P. 145–152.
9. Fallah M.A., Prakash C., Edmundowicz S. Acute gastrointestinal bleeding // Med. Clin. North Am. 2000. Vol. 84(5). P. 1183–1208.
10. Fennerty M.B. Pathophysiology of the upper gastrointestinal tract in the critically ill patient: Rationale for therapeutic benefits of acid suppression // Crit. Care Med. 2002. Vol. 30. P. S351–S355.
11. Forrest J.A.H., Sherman D.Z. Endoscopy in gastrointestinae bleeding // The Lancet. 1974. Vol. 11, № 17. P. 394–397.
12. Gilbert D.A., Silverstein F.E. Acute upper gastrointestinal bleeding. Gastroenterologic endoscopy / Ed. by M.V. Sivak. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders company, 2000. Vol. 1. P. 284–289.
13. Morran C.G., Gaster D.S. Complications of peptic ulceration // Peptic ulcer / Ed. by D.C. Carter. Churchill Livingstone, 1983. P. 115–131.
14. Mortality with upper gastrointestinal bleeding and perforation: effects of time and NSAID use / S. Straube, M.R. Tramér, R.A. Moore et al. // BMC Gastroenterol. 2009. Jun 5. Vol. 9. P. 41.
15. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage / T.A. Rockall, R.F. Logan, H.B. Devlin et al. // Gut. 1996. Vol. 38. P. 316–321.
16. Rockall T.A., Logan R.F., Devlin H.B. Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal. Hemorrhage in the United Kingdom // BMJ. 1995. Vol. 311. P. 222–226.

ПЕРЦЕВА ЕКАТЕРИНА ВИКТОРОВНА – клинический ординатор кафедры госпитальной хирургии № 1, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары (ekaterina-percev@mail.ru).

PERCEVA EKATERINA – clinical resident of Hospital Surgery № 1 Chair, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.
