



УДК 616.33/.34-005.1-08

Р.Р. ШИГАБУТДИНОВ², А.В. ЗАХАРОВА^{1,2}, Д.М. МИРГАСИМОВА^{1,2}, С.Г. ГЛЕБАШЕВА², Д.Ж. ВАСИЛЬЕВ²¹Казанский государственный медицинский университет, 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49²Республиканская клиническая больница МЗ РТ, 420064, г. Казань, Оренбургский тракт, д. 138

Лечебная тактика при гастродуоденальных кровотечениях

Шигабутдинов Ринат Равилевич — заведующий отделением эндоскопии, тел. +7-917-267-31-56, e-mail: shigabutdinov1969@mail.ru**Захарова Анна Викторовна** — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры хирургических болезней № 1, врач-эндоскопист, тел. +7-927-408-22-07, e-mail: zahanna.83@rambler.ru**Миргасимова Джаухария Мирхатимовна** — кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней № 1, врач-хирург, тел. +7-904-667-45-51, e-mail: d.mirgasimova@yandex.ru**Глебашева Светлана Григорьевна** — врач-эндоскопист, тел. +7-905-312-75-22, e-mail: kfcnjxrf@yandex.ru**Васильев Джавад Жибрилович** — врач-эндоскопист, тел. +7-917-286-40-74, e-mail: djavadvasilev@yandex.ru

Проанализирован опыт диагностики и лечения 460 больных с гастродуоденальными кровотечениями. Кровотечения язвенной природы наблюдали у 172 (37,4%), неязвенной природы — у 288 (62,6%) больных. Эндоскопический гемостаз проведен у 129 больных, в том числе неоднократно, и был окончательным в 68% случаев. Комплексная консервативная терапия, включавшая заместительную терапию, медикаментозный гемостаз, антисекреторные препараты, была успешна у 286 больных. Экстренные операции при профузном и рецидивном кровотечении выполнены 36 больным, в том числе резекции желудка в 20 случаях. Послеоперационная летальность составила 33,3% (12 больных), общая летальность — 4,7% (22 больных). Эндоскопический гемостаз в сочетании с комплексной консервативной терапией у больных с гастродуоденальным кровотечением в большинстве случаев позволяет избежать экстренного хирургического вмешательства, что существенно снижает общую летальность.

Ключевые слова: гастродуоденальное кровотечение, диагностика, эндоскопический гемостаз, хирургическое лечение.**R.R. SHIGABUTDINOV², A.V. ZAKHAROVA^{1,2}, D.M. MIRGASIMOVA^{1,2}, S.G. GLEBASHEVA², D.Zh. VASILIEV²**¹Kazan State Medical University, 49 Butlerov St., Kazan, Russian Federation, 420012²Republican Clinical Hospital of the MH of RT, 138 Orenburgskiy Tract, Kazan, Russian Federation, 420064

Tactic of the treatment of gastroduodenal bleeding

Shigabutdinov R.R. — Head of the Department of Endoscopy, tel. +7-917-267-31-56, e-mail: shigabutdinov1969@mail.ru**Zakharova A.V.** — Cand. Med. Sc., Assistant of the Department of Surgical Diseases № 1, endoscopist, tel. +7-927-408-22-07, e-mail: zahanna.83@rambler.ru**Mirgasimova D.M.** — Cand. Med. Sc., Associate Professor of the Department of Surgical Diseases № 1, Surgeon, tel. +7-904-667-45-51, e-mail: d.mirgasimova@yandex.ru**Glebasheva S.G.** — endoscopist, tel. +7-905-312-75-22, e-mail: kfcnjxrf@yandex.ru**Vasiliev D.Zh.** — endoscopist, tel. +7-917-286-40-74, e-mail: djavadvasilev@yandex.ru

An experience of diagnosis and treatment of 460 patients with gastroduodenal bleeding is analyzed. Ulcer bleeding revealed in 172 (37,4%) and non-ulcer bleeding — in 288 (62,6%) of cases. Endoscopic hemostasis was performed in 129 patients, including once, and the final was in 68% cases. Complex conservative therapy including substitution therapy, drug haemostasis, antisecretory drugs was successful in 286 patients. Emergency surgery in profuse and recurrent bleeding was performed in 36 patients, including gastric resection in 20 cases. Postoperative mortality was 33,3% (12 patients), general mortality was 4,7% (22 patients) Endoscopic hemostasis combined with complex conservative therapy in patients with gastroduodenal bleeding in most cases allows to avoid emergency surgery, which significantly reduces general mortality.

Key words: gastroduodenal bleeding, diagnostics, endoscopic hemostasis, surgical treatment.

Лечение больных с гастродуоденальными кровотечениями (ГДК), несмотря на внедрение в практику новых хирургических, эндоскопических, медикаментозных методов лечения является одной из сложных и недостаточно решенных проблем хирургии. Острые ГДК являются тяжелыми осложнениями большого числа заболеваний пищевода,

желудка и двенадцатиперстной кишки, патологии панкреатобилиарной системы, а также системных заболеваний организма. Неудовлетворительные результаты лечения больных с кровоточащими гастродуоденальными язвами определяются высоким уровнем летальности, которая на протяжении последних 20 лет составляет 8-14% [1], а в груп-

Таблица 1. Причины гастроудоденальных кровотечений

Причины ГДК	%	Абс. число
I. Кровотечения язвенной природы	37,4%	172
1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки	21,3%	98
2. Язвенная болезнь желудка	14,1%	65
3. Пептические язвы анастомоза	2,0%	9
II. Кровотечения неязвенной природы	62,6%	288
1. Симптоматические (так называемые вторичные, в том числе острые) язвы стрессового, лекарственного и иного происхождения	19,5%	90
2. Эрозивно-геморрагические поражения слизистой оболочки	17,2%	79
3. Синдром Мэллори — Вейсса	12,2%	56
4. Опухоли (злокачественные) желудка и ДПК	4,3%	20
5. Варикозно-расширенные вены пищевода и желудка (при портальной гипертензии)	4,8%	22
6. Эрозивно-язвенный эзофагит	2,4%	11
7. Синдром Дъелафуа (интрамуральные артерио-венозные мальформации); кавернозные гемангиомы и другое	2,2%	10
Итого	100%	460

пе больных тяжелыми кровотечениями достигает 15-50% и рецидиве кровотечения — 30-75% [2].

Несмотря на общепризнанную эффективность современных противоязвенных средств число больных с язвенными кровотечениями увеличивается и составляет 90-103 на 100 000 взрослого населения в год [3]. Увеличилось и число кровотечений, не связанных с язвенной болезнью. Этот факт большинство специалистов связывают с дороговизной и нерегулярностью противоязвенного лечения, массовым приемом нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), с увеличением числа пациентов, страдающих гепатитами и циррозами печени [4, 5].

Цель исследования — улучшение результатов лечения больных с гастроудоденальными кровотечениями.

Материал и методы

Проведен анализ результатов диагностики и лечения 460 больных с гастроудоденальными кровотечениями, находившихся в различных отделениях РКБ МЗ РТ в 2013-2014 годах.

Учитывая многопрофильность Республиканской клинической больницы и концентрацию особо тяжелых больных с различной патологией со всей республики, большинство причин ГДК неязвенной этиологии — следствие или осложнение основных заболеваний (табл. 1). Эту группу составили пациенты отделений реанимации и интенсивной терапии, травматологические, ожоговые, сосудистые, кардиологические, нефрологические, ревматологические и другие.

Для всех больных с явными признаками или подозрением на ГДК диагностическая программа разрабатывалась индивидуально, в зависимости от тяжести состояния и получаемых последовательно результатов уже выполненных диагностических

исследований. Тяжесть кровотечения оценивалась по классификации А.И. Горбашко, которая выделяет легкую, среднюю и тяжелую степень [6].

Условно все больные с ГДК были разделены на три группы по принципу первоочередности выполнения тех или иных специальных диагностических исследований [7]. Первую группу составили больные с явными признаками продолжающегося массивного кровотечения, сопровождающегося признаками геморрагического шока или нестабильными показателями гемодинамики. Этим больным проводилось обследование по сокращенной программе параллельно с проведением реанимационных мероприятий и интенсивной терапии в условиях операционной приемно-диагностического отделения. Лечебные мероприятия в этих случаях являлись предоперационной подготовкой. Вторая группа больных — это пациенты с выраженными признаками кровопотери, но без явных проявлений продолжающегося кровотечения. Эти больные направлялись в отделение реанимации и интенсивной терапии. Здесь при одновременном проведении мониторинга жизненно важных функций и интенсивной терапии выполнялись все диагностические задачи, перечисленные выше. Третью группу составили пациенты, у которых анамнестические и клинические данные указывали на перенесенное ГДК, но проявления постгеморрагической анемии не имели выраженного характера. Эти больные были госпитализированы в хирургическое отделение для проведения обследования и лечения. Лабораторная диагностика по стандартам включала обязательные исследования: общий анализ крови, сахар крови, креатинин крови, общий белок, коагулограмма, гематокрит, группа крови, резус-фактор, анализ мочи общий, дополнительные (по показаниям): билирубин крови, калий и натрий крови, АСТ, АЛТ, определение ОЦК. Стандарты

**Таблица 2. Выполненные манипуляции при гастродуоденальных кровотечениях**

Эндоскопический гемостаз	Количество
Инфильтрация	59
Эндоклипирование	15
3. Аргано-плазменная коагуляция	35
4. Инфильтрация + аргано-плазменная коагуляция	20
Установка зонда Блейкмора	29
Экстренное оперативное вмешательство	
1. Гастротомия, прошивание вен пищевода	2
2. Гастротомия, ушивание сосуда	9
3. Гастротомия, иссечение язвы, ваготомия, пилоропластика	5
4. Резекция желудка	20
Итого	194

аппаратной диагностики включали: ЭКГ, рентгенография грудной клетки, эзофагогастродуоденоскопия, по показаниям выполнялось УЗИ органов брюшной полости.

Неотложная эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) является ведущим методом диагностики источника, типа, характера кровотечения и прогноза его рецидива, что играет важную роль в определении лечебной тактики.

Противопоказанием к проведению ЭГДС является агональное состояние больного, когда результаты исследования не могут повлиять на дальнейшую тактику ведения пациента. Ограничением метода служат изменения в верхних отделах желудочно-кишечного тракта (в основном это стенозы и стриктуры различной этиологии), что не позволяет провести эндоскоп.

Показанием к повторной динамической ЭГДС является необходимость активного мониторинга источника кровотечения в связи с сохраняющимся риском его рецидива и сам рецидив кровотечения. Мониторинг проводился через 2 часа, затем 1 раз в сутки в течение 3 дней.

Лечебно-диагностическая ЭГДС больным средней и тяжелой степени кровотечения проводилась в отделении реанимации после проведения или одновременно с комплексом консервативных мер, направленных на восполнение кровопотери, стабилизацию показателей гемодинамики и остановку кровотечения. При профузном продолжающемся кровотечении исследование выполнялось в операционной приемно-диагностического отделения одновременно с реанимационными и протившоковыми мероприятиями.

Обязательным является подготовка к исследованию — полное опорожнение полости пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки путем промывания «ледяной» водой через толстый желудочный зонд. Премедикация осуществляется введением за 20 мин. до исследования по 1 мл 2%-ного раствора промедола и 0,1%-ного раствора атропина. Местная анестезия глотки выполняется 10%-ным раствором лидокаина. При беспокойном поведении больного, затрудняющем адекватный осмотр или выполнение гемостаза, применяется

внутривенный, и при нестабильном состоянии пациента эндотрахеальный наркоз.

Эндоскопический гемостаз является продолжением диагностического исследования и проведение его во время первичного осмотра, по возможности, обязательно при продолжающемся кровотечении. Эндоскопическая характеристика язвенного кровотечения оценивалась по классификации J.Forrest. Применение эндоскопического гемостаза показано пациентам с кровотечениями Forrest Ia, Ib, IIa, иногда при IIb и не показано при Forrest IIc и III. С целью гемостаза мы применяли инфильтрационный метод (обкалывание язвы по периметру раствором адреналина в разведении 1:10000), аргано-плазменную коагуляцию, эндоклипирование, а также сочетание этих методов. Выбор метода эндоскопического гемостаза или их комбинации для конкретного больного осуществлялся в соответствии с характеристиками источника кровотечения (локализация, активность кровотечения, причина кровотечения) и особенностями самой методики.

При неэффективности попыток эндоскопического гемостаза больной подлежал экстренной операции. Организационно это решение принимает экстренный консилиум в составе ответственного хирурга, врача-эндоскописта и анестезиолога. Данные о выполненных эндоскопических и оперативных вмешательствах представлены в табл. 2.

Консервативная терапия больных с ГДК проводилась всем пациентам и была направлена на борьбу с шоком, восполнение объема циркулирующей крови, медикаментозный гемостаз, подавление кислотообразующей функции желудка. Заместительная терапия зависит от тяжести кровопотери, включает в себя инфузии кристаллоидов, коллоидов, свежезамороженной плазмы и эритроцитарной массы. С целью медикаментозного гемостаза использовали антифибринолитические препараты (транексамовая и аминокaproновая кислота), дигидрат (этамзилат натрия), викасол. Подавление кислотообразующей функции желудка достигалась применением антисекреторных препаратов (ингибиторы протонной помпы, H₂-блокаторы). Внутривенное болюсное введение ингибиторов протонной помпы в дозе 80 мг с последующей ин-

фузией 8 мг/час в течение 72 часов должно быть продолжено пероральным приемом в дозе 40 мг в сутки [8].

Общая летальность больных с ГДК составила 4,7% (22 больных), послеоперационная летальность — 33,3% (12 больных).

Выводы

1. Эндоскопический гемостаз в сочетании с комплексной консервативной терапией у больных с ГДК в большинстве случаев позволяет избежать экстренного хирургического вмешательства, что существенно снижает общую летальность.

2. Для улучшения результатов лечения больных с ГДК играет важную роль инструментальное оснащение эндоскопической службы, квалификация врача-эндоскописта, возможность проведения полноценной консервативной терапии.

3. С целью профилактики ГДК обязательным является проведение ЭГДС больным перед плановыми оперативными вмешательствами, а также всем пациентам группы риска (инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения, системные

заболевания, травмы, ожоговая болезнь, болезни крови, уремия, принимающие НПВП и гормональные препараты и др.).

ЛИТЕРАТУРА

1. Багненко С.Ф. Применение протоколов организации лечебно-диагностической помощи при язвенных гастродуоденальных кровотечениях в клинической практике / С.Ф. Багненко [и др.] // Вестник хирургии. — 2007. — Т. 166, №4. — С. 71-75.
2. Лебедев Н.В. Тактика лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями / Н.В. Лебедев [и др.] // Вестник хирургии. — 2007. — Т. 166, №4. — С. 76-79.
3. Swain C.P. Gastrointestinal haemorrhage / Swain C.P. // Clinical gastroenterology. — 2000. — Vol. 14, N3. — P. 357-515.
4. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / Под ред. В.С. Савельева. — М.: Триада-Х, 2005. — 640 с.
5. Crooks C.J. Comorbidities affect risk of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding / C.J. Crooks [et al.] // Gastroenterology. — 2013. — Vol. 144 (7). — P. 1384-1393.
6. Горбашко А.И. Острые желудочно-кишечные кровотечения / А.И. Горбашко. — Л.: Медицина, 1982. — 240 с.
7. Яицкий Н.А. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки / Н.А. Яицкий [и др.]. — М.: МЕДпресс-информ, 2002. — 376 с.
8. Панцырев Ю.М. Эффективность применения парентеральных форм омепрозола (лосек) и фамотидина (квamatел) у пациентов с острыми кровотечениями из гастродуоденальных язв / Ю.М. Панцырев [и др.]. — Фарматека. — 2003. — №3. — С. 44-49.