

## АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

**Н.С. Утешев, Л.Ф. Тверитнева, А.С. Ермолов, Г.В. Пахомова**

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Москва, Россия

### TREATMENT OF PATIENTS WITH BLEEDING COMPLICATIONS OF GASTRO-DUODENAL ULCERS: ANALYSES OF THE RESULTS

**N.S. Uteshev, L.F. Tveritneva, A.S. Ermolov, G.V. Pakhomova**

Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine, Moscow, Russia

#### РЕЗЮМЕ

По данным литературы, несмотря на достижения хирургической науки, летальность от гастроудоденальных язвенных кровотечений сохраняется на высоком уровне — от 8 до 30%, достигая максимального уровня у лиц пожилого возраста и пациентов с массивной кровопотерей на догоспитальном этапе. В результате анализа клинических исследований, проведенных у 720 пациентов с язвенным гастроудоденальным кровотечением, среди которых 430 имели II–III степень кровопотери по классификации Воробьева, обоснована лечебная тактика, направленная на снижение летальности у этой категории больных. Доказано, что активное применение как традиционных, так и высокотехнологических методов эндоскопического гемостаза, обладающих высокой эффективностью при продолжающемся и состоявшемся кровотечении, способствует сокращению числа вынужденных операций до 6,3%, что в совокупности с разумным ограничением объема оперативного вмешательства у пациентов с высоким анестезиологическим риском приводит к снижению показателей летальности при язвенных гастроудоденальных кровотечениях с 6,2 до 1,7% (в 3,6 раза).

#### Ключевые слова:

гастроудоденальное кровотечение, язвенная болезнь, желудок, двенадцатиперстная кишка.

#### ABSTRACT

Despite advances in surgical strategy and technique, mortality in patients with gastroduodenal ulcer bleeding is high (8–30%), especially in the elderly and patients with massive prehospital blood loss. Clinical data of 720 patients with ulcerative gastroduodenal bleeding (430 had a II–III degree of blood loss according to classification of Vorobiev) were analyzed to improve treatment and prognosis in these patients. Our results suggest that active use of both traditional and high-tech methods of endoscopic hemostasis in patients with continued bleeding would decrease rate of surgical operation to 6.3%, and if combining with reasonable limitation of surgical interventions in high anaesthesiological risk patients reduce mortality from the gastroduodenal ulcer bleeding from 6.2 to 1.7% (i.e. 3.6 times).

#### Keywords:

gastroduodenal bleeding, peptic ulcer disease, stomach, duodenum

#### ВВЕДЕНИЕ

Научные исследования последних лет указывают на неснижающийся удельный вес больных с тяжелым течением язвенной болезни, вызванным запущенностью процесса и наличием сопутствующей патологии. По данным литературы, на долю язвенной болезни в этиологии гастроудоденальных кровотечений приходится от 40 до 62% [1, 3, 10], летальность от гастроудоденальных кровотечений язвенной этиологии остается высокой и колеблется от 8 до 30% [6, 8, 10], при этом наиболее высокий уровень летальности (до 60%) приходится на пациентов пожилого и старческого возраста и на больных, перенесших массивную кровопотерю на догоспитальном этапе [8, 10].

Эффективное применение эндоскопических методов гемостаза позволяет снизить процент операций, производимых на высоте кровотечения, а в некоторых случаях и вовсе избежать оперативного лечения. Активное использование как традиционных, так и высокотехнологических методов эндоскопического

гемостаза привело к достоверному снижению хирургической активности при данной патологии в несколько раз. По мнению ряда авторов, у больных с гастроудоденальным кровотечением, имеющим высокий операционный и анестезиологический риск, сочетанное применение противоязвенной терапии, методов фармакологического и эндоскопического гемостаза в большинстве случаев позволяет избежать оперативного вмешательства и тем самым снизить летальность [5]. Очевидно, что для пациентов с массивной кровопотерей радикальные операции непереносимы, поэтому в литературе появилось понятие «операций отчаяния». Производимые на высоте кровотечения при крайней тяжести состояния пациента, эти операции осуществляются в минимальном объеме (прошивание, иссечение кровоточащей язвы) и направлены на спасение жизни больного. Они сопровождаются высоким уровнем летальности — 34–80% [2, 4, 6] и послеоперационных осложнений — 25–55% [7, 9]. Анализ

многолетнего опыта лечения пациентов с гастродуоденальным язвенным кровотечением позволил нам обосновать принятую за основу лечебную тактику для этой категории больных.

#### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Материалом послужили истории болезни 720 пациентов, госпитализированных в НИИ СП им. Н.В.Склифосовского по поводу гастродуоденального кровотечения за 5-летний период времени. У 430 пациентов объем кровопотери был значительным и соответствовал II–IV степени по классификации А.И.Воробьева. Результаты лечения этой группы больных были включены нами в дальнейший анализ, так как лечение остальных 290 пациентов с незначительной степенью кровопотери не представляло трудностей. Характер кровотечения и его источник определяли при экстренной эзофагогастродуоденоскопии. Для характеристики типа гастродуоденального кровотечения были использованы эндоскопические критерии классификации *Forrest*. Пациентов с продолжающимся кровотечением типа *Forrest 1a (F1a)* было 118 (28%), *F1b* — 83 (19%), с состоявшимся кровотечением типа *F2a* — 107 (25%), *F2b* — 90 (21%), *F2c* — 32 (7%).

Лечение начинали с эндоскопического гемостаза с использованием метода спиртовой инфильтрации (70% раствор), аргоноплазменной коагуляции или комбинации методов. Среди редко используемых применяли метод клипирования сосуда в язве (при четко визуализированном «столбике» сосуда), метод радиоволновой коагуляции (при низкоинтенсивном капиллярном кровотечении).

В случае отсутствия эффекта от первичного эндоскопического гемостаза при кровотечении типа *F1a* больного направляли в экстренную операционную для оперативного лечения, при кровотечении типа *F1b* допускались повторные попытки гемостаза до получения положительного эффекта; случаев полного отсутствия эффекта от эндоскопического гемостаза при данном типе кровотечения не наблюдали. Далее на фоне проводимого интенсивного консервативного лечения, включающего гемостатическую, гемозаместительную терапию, болюсное и инфузионное введение современных антисекреторных препаратов, в среднем в интервалы через 2–12–24 часа выполняли эндоскопический контроль за надежностью гемостаза. При развитии рецидива кровотечения либо при сохраняющейся угрозе его развития выполняли экстренно-отсроченную операцию (в среднем через 2–12 часов после первичного исследования).

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В целом эндоскопический гемостаз у 201 больного с продолжающимся кровотечением (*F1a* и *F1b*) был эффективен в 94,5% случаев. Отсутствие эффекта от гемостаза у 5 из 118 пациентов с кровотечением типа *F1a* и рецидив кровотечения в более поздние сроки с ненадежным эффектом повторного гемостаза у 9 из них привели к тому, что все эти 14 пациентов были экстренно оперированы. У 2 больных с рецидивом кровотечения в сроки до 1 суток и у 3 с рецидивом от 1 до 3 суток повторные попытки остановки кровотечения имели эффект. Из 83 больных с кровотечением типа *F1b* повторный гемостаз у 8 пациентов с рецидивом кровотечения как в ранние сроки (до 1 суток у 4 больных), так и в более поздние (от 1 до 3 суток у 4 больных) имел окончательный эффект. Всего из 201 больного с продолжающимся кровотечением (*F1a*

и *F1b*) рецидив кровотечения в различные сроки после его остановки возник у 24 пациентов (11,9%).

Большой опыт в применении эндоскопических методов гемостаза при лечении гастродуоденальных кровотечений позволил активно использовать их не только для остановки продолжающегося кровотечения, но и для профилактики его рецидива при спонтанно остановившемся кровотечении. Эндоскопическая профилактика рецидива кровотечения была выполнена 115 из 229 пациентов с состоявшимся кровотечением — в 71 случае при кровотечении типа *F2a* и в 44 — *F2b*.

Наиболее широко используемым эндоскопическим методом как для профилактики рецидива кровотечения, так и для его остановки считают инфильтрационный. Он был выполнен у 104 из 115 больных (90%). Показанием к нему служили случаи состоявшегося кровотечения *F2a* (60 больных), а также *F2b* (44 больных). При состоявшемся кровотечении типа *F2b* тактика, используемая врачами-эндоскопистами, была различной: у части пациентов гемостаз осуществлялся путем инфильтрации язвенного дефекта «под сгусток», у других — путем смывания рыхлого сгустка для лучшей визуализации источника кровотечения, после чего прицельно выполнялся гемостаз.

При состоявшемся кровотечении типа *F2a* помимо инфильтрационного в 11 случаях (10%) были применены физические методы гемостаза с использованием высокотехнологических средств: в 8 — метод аргоноплазменной коагуляции, в 3 — комбинация методов (инфильтрация, а затем аргоноплазменная коагуляция).

У 36 больных с состоявшимся кровотечением типа *F2a* и у 46 с кровотечением типа *F2b* в силу различных причин (неадекватное поведение больного, отсутствие четкой визуализации источника состоявшегося кровотечения, недостаточный квалификационный уровень врача-эндоскописта) эндоскопическая профилактика рецидива кровотечения не проводилась.

Кроме того, в 32 из 229 случаев имели место признаки состоявшегося кровотечения типа *F2c*, что в силу минимального риска возобновления кровотечения не требовало применения мер эндоскопической профилактики рецидива.

**Эффективность** эндоскопического гемостаза при профилактике рецидивов кровотечения типа *F2a* составила 93,3%. Рецидивы кровотечения в более поздний от гемостаза период (от 1 до 3 суток) возникли еще у 3 больных. Все 7 пациентов с неэффективным гемостазом имели «гигантские» язвы «опасной» локализации: 3 — на малой кривизне желудка, 4 — на задней и задненижней стенках двенадцатиперстной кишки. Пятеро из них были экстренно оперированы. У оставшихся 2 пациентов (одного — с язвой желудка и второго — с язвой двенадцатиперстной кишки) повторные попытки эндогемостаза имели окончательный положительный эффект. Процент рецидивов кровотечения при профилактике его методом спиртовой инфильтрации составил 11,6% (7 случаев).

Из 36 больных с кровотечением типа *F2a*, которым не была выполнена профилактика рецидива кровотечения, последний возник у 27 (75%). У большинства из них (в основном при небольших язвенных дефектах «неопасной» локализации) эндоскопический гемостаз методом спиртовой инфильтрации принес эффект. В 3 случаях эндоскопический гемостаз эффекта не имел («гигантские» язвы желудка с расположением в ант-ральном отделе (2) и на малой кривизне (1)). В 3 других

имели место повторные рецидивы кровотечения в различные сроки после гемостаза (от 6 часов до 3 суток). Во всех 3 случаях больные также имели «гигантские» язвы с локализацией в желудке (1) на задней стенке, в двенадцатиперстной кишке — на задней и задне-верхней стенках (2). Все 6 пациентов были экстренно оперированы.

Из 90 больных с кровотечением типа *F2b* эндоскопическая профилактика рецидива кровотечения методом спиртовой инфильтрации выполнена 44 (49%). Рецидивы кровотечения в ранние сроки (менее суток) возникли у 4 из них (9%). Следует отметить, что в этих 4 случаях профилактики рецидива кровотечения осуществлялась инфильтрацией «под сгусток». В целом эффективность профилактики рецидива кровотечения методом инфильтрации при данном типе состоявшегося кровотечения составила 91%.

У 5 из отмеченных выше 44 больных после проведенной эндоскопической профилактики возникли также рецидивы кровотечения в более поздние сроки (от 1 до 4 суток). Во всех этих случаях повторные попытки эндогемостаза методом инфильтрации имели окончательный положительный эффект. Частота рецидивов при профилактике кровотечения типа *F2b* составила 20%.

Среди 46 больных с состоявшимся кровотечением типа *F2b*, которым не производилась эндоскопическая профилактика рецидива кровотечения, последний возник в 17 случаях (37%): в сроки менее суток — в 6, в более поздние — в 11 из них. Попытки гемостаза у 2 пациентов с «гигантскими» язвами желудка и двенадцатиперстной кишки эффекта не имели, все они были экстренно оперированы. В остальных случаях эндоскопический гемостаз имел успех. Из 32 пациентов с кровотечением типа *F2c* рецидивов кровотечения не было ни у одного из них.

Таким образом, общий процент рецидивов в целом у 115 больных при кровотечении типа *F2a* и *F2b* после проведенной его эндоскопической профилактики тем или иным методом составил 13,9%. Среди 82 пациентов с состоявшимся кровотечением типа *F2a* и *F2b*, которым профилактика рецидива кровотечения не проводилась, рецидив кровотечения возник в 44 случаях (54%)

Из числа больных с возникшими рецидивами кровотечения оперированы 13. Во всех случаях как после попыток профилактики рецидива кровотечения (5), так и без них (8) эндоскопические методы гемостаза эффекта не имели. Все эти пациенты имели так называемые «гигантские» язвы желудка (7) и двенадцатиперстной кишки (6). У остальных больных (47) повторные попытки эндоскопического гемостаза были успешны.

Таким образом, эффективность метода спиртовой инфильтрации при продолжающемся кровотечении *F1a* составляла 93,1%, а при *F1b* — 94,4%. Наибольшей эффективностью при небольшом числе наблюдений обладали высокотехнологичные методы (аргоноплазменная коагуляция, комбинация методов).

У больных с состоявшимся (спонтанно остановившимся) кровотечением типа *F2a* и *F2b* активная эндоскопическая тактика, заключающаяся в профилактике рецидива кровотечения методом спиртовой инфильтрации или (реже) методом аргоноплазменной коагуляции способствует сокращению их числа в 6,5 раз при кровотечении типа *F2a* и в 2,7 раза при кровотечении типа *F2b*. При этом метод спиртовой инфильтрации

обладал эффективностью 93,3% при кровотечении типа *F2a* и 91% — при кровотечении типа *F2b*, метод аргоноплазменной коагуляции (при небольшом числе наблюдений) — 100%.

Как показывает наш опыт, необходимым условием эффективной профилактики кровотечения *F2b* считают обязательное удаление сгустка перед выполнением процедуры гемостаза, что способствует снижению частоты рецидива кровотечения по сравнению с инфильтрацией «под сгусток». Все случаи отсутствия эффекта от гемостаза были у пациентов с так называемыми «гигантскими» язвами, локализованными на малой кривизне желудка или на задней стенке двенадцатиперстной кишки. Они составили 6,3% среди пациентов с II–IV степенью кровопотери, которые были экстренно оперированы. Показаниями к экстренному хирургическому вмешательству у больных с гастродуоденальными кровотечениями были следующие:

1) отсутствие эффекта от эндоскопического гемостаза при продолжающемся кровотечении (тип *F1a*).

2) высокий риск рецидива или рецидив кровотечения после его эндоскопической остановки (тип *F1a*) или после произведенной эндоскопической профилактики рецидива (тип *F2a*, редко — тип *F2b*).

Подавляющее большинство из числа оперированных пациентов (24 из 27 — 88,9%) при наличии хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки имели тип кровотечения *F1a* и *F2a* с так называемой «опасной» локализацией язвенных дефектов (8 из 14 больных с язвой желудка и все — с язвой двенадцатиперстной кишки), что предполагает интенсивное кровотечение и высокий уровень кровопотери. Во всех случаях язвенные дефекты носили характер «гигантских». У 21 из 27 больных (78%) имелись признаки пенетрации язв в другие органы. Тяжесть кровопотери у оперированных пациентов соответствовала III–IV степени по классификации Воробьева. Из 27 оперированных 11 (40,7%) поступили в состоянии геморрагического шока.

Пожилые и престарелые пациенты с сопутствующей кардиологической и другой патологией составили 37% (10 больных). Все эти данные указывают, что пациенты, оперированные в экстренном порядке вследствие неэффективности альтернативных методов гемостаза, представляли из себя наиболее тяжелую категорию, и оперативные вмешательства у них имели вынужденный характер.

Как и ряд других хирургов, мы считаем, что операция, производимая по экстренным показаниям при продолжающемся гастродуоденальном кровотечении, должна быть направлена, прежде всего, на спасение жизни больного и поэтому иметь минимальный объем, при этом обеспечивать надежный гемостаз и сохранение пассажа пищи по желудочно-кишечному тракту. Расширение объема оперативного вмешательства при нестабильных показателях гемодинамики в условиях продолжающегося или массивного состоявшегося кровотечения крайне опасно для жизни больного и должно быть строго обосновано.

Наиболее распространенной операцией при кровоточащей язве желудка было ее иссечение с проксимальной ваготомией и пилоропластикой. Считаем эту операцию наиболее целесообразной в условиях продолжающегося кровотечения. Двум пациентам с локализацией язвы на задней стенке (1) и в антральном отделе желудка (1) выполнено прошивание кровоточащего сосуда в язве. Минимальный объем опе-

рации был выполнен из-за крайне тяжелого состояния пациентов вследствие геморрагического шока при профузном кровотечении.

При кровотечении из язвы двенадцатиперстной кишки при ее расположении на задней стенке выполнялось прошивание кровоточащего сосуда в язве с последующей пилородуоденопластикой. У 8 больных этот объем операции был дополнен передней селективной ваготомией. Двум пациентам, несмотря на тяжесть состояния и преклонный возраст одного из них (78 лет), в экстренном порядке была произведена резекция 2/3 желудка (в одном случае в модификации Гофмейстера-Финстерера, в другом — Бальфура). Такой объем операции был обусловлен распространенностью язвенного процесса (в обоих случаях язвы были полуциркулярными, с пенетрацией в головку двенадцатиперстной кишки), и оперативное вмешательство по сокращенному варианту не смогло бы обеспечить гемостаз и сохранение пассажа по желудочно-кишечному тракту.

Учитывая тяжесть состояния больных, обусловленную массивной кровопотерей, преклонным возрастом части из них (37%), тяжелой сопутствующей патологией, летальность при выполнении экстренных оперативных вмешательств в этих случаях была высокой и составила 29% (из 27 больных погибли 8). Средний возраст погибших составил 60,1±2,3 года. У большинства умерших (5 из 8 — 63%) основную роль в танатогенезе сыграли сопутствующие заболевания и их осложнения, усугубленные тяжелой кровопотерей, перенесенным оперативным вмешательством и преклонным возрастом пациентов. Только у 3 из них (37%) непосредственной причиной смерти стали осложнения язвенной болезни и перенесенного оперативного вмешательства (острая массивная кровопотеря и перитонит).

В плановом порядке после проведенного курса противоязвенной терапии было оперировано 3 больных с хронической язвой желудка (в одном случае — при наличии признаков пенетрации, в двух других — при подозрении на малигнизацию). Во всех этих случаях выполнялась резекция 2/3 желудка по методу Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера. Кроме того, плановые оперативные вмешательства выполнялись при повторной госпитализации больных в случае развития нарушений эвакуации при стенозировании двенадцатиперстной кишки после рубцевания гигантской кровоточащей язвы, сохраняющейся хронической язвы желудка с угрозой ее малигнизации. Осложнений и

смертельных исходов после плановых операций не было.

Основу консервативной терапии у больных после остановки кровотечения составила так называемая базисная терапия. Она включала :

1) использование препаратов с гемостатическим и кровезаместительным эффектом (внутривенное введение нативной плазмы, криопреципитата, эритроцитарной массы, аминокaproновой кислоты, внутримышечное введение дицинона, этамзилата натрия);

2) инфузионную терапию в объеме, соответствующем уровню гиповолемии, в составе, необходимом для коррекции нарушений гомеостаза;

3) антисекреторную терапию: внутривенное введение блокаторов протонной помпы, прием антацидных гелей.

Вторым компонентом консервативного лечения была патогенетическая терапия, включающая:

1) применение препарата с цитопротекторным и повышающим репаративные процессы механизмом действия (коллоидный субцитрат висмута 240 мг два раза в сутки, сукральфат 1 г 2 раза в сутки);

2) использование антиоксиданта актовегина в виде 10% стандартного раствора для внутривенных инфузий по 250 мл в сутки;

3) ГБО-терапию, обладающую антигипоксическим эффектом в ишемизированных тканях и улучшающую тем самым репаративные процессы в зоне язвенных дефектов с ускорением их заживления;

4) лечение *H. Pylori*-инфекции — больным с хроническими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки при выписке рекомендовали проведение амбулаторного курса эрадикационной терапии.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате внедрения в практику разработанной нами лечебной тактики было отмечено прогрессивное снижение общей летальности у больных с гастродуоденальным кровотечением язвенного генеза в исследуемой группе за 5-летний период с 6,2 до 1,7% (в 3,6 раза). В 2010 г. общая летальность при язвенных гастродуоденальных кровотечениях в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского составила 1,5% при том, что этот же показатель в стационарах г. Москвы за этот период в среднем составил 3,1% (по данным отчета главного хирурга Департамента здравоохранения г. Москвы член-корр. РАМН проф. А.С. Ермолова).

## ЛИТЕРАТУРА

1. Амиров А.М. Тактика лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений у лиц пожилого и старческого возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1995. — 18 с.
2. Воробьев А.И., Городецкий В.М., Шулуто Е.М. Острая массивная кровопотеря. — М.: ГЭОТАР-Медицина 2001. — 176 с.
3. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Острые гастродуоденальные язвенные кровотечения. — М.: Анта-Эко, 2005. — 349 с.
4. Гринберг А.А., Затевахин И.И., Щеголев А.К. Хирургическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. — М.: Медицина, 1996. — 149 с.
5. Еров С.А. Тактика при желудочно-кишечных кровотечениях у больных высокого хирургического и анестезиологического риска: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2007. — 21 с.
6. Муслинов И.М. О язвенных желудочно-кишечных кровотечениях. Причины рецидивов. Состояние системы гемостаза. Лечение: автореф. дис. ... докт. мед. наук. — СПб., 2007. — 38 с.
7. Харабериш В.А., Кондратенко П.Г., Яковецкий В.Д. Пути улучшения результатов лечения больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями язвенной этиологии // Клини. хир. — 1989. — № 4. — с. 1–4.
8. Bonagad A., Alaoui M., Benaquida M. Mortalite des ulcers gastroduodenaux hemorragiques traits en urgence // Lyon.Chir. — 1993. — V. 89, N 5. — P. 410–413.
9. Ovaska J.T., Haaplainen R.K., Voutilainen P.E. Acute surgical treatment of bleeding peptic ulcer // Ann. Chir. Gynaecol. — 1992. — V. 21, N 1. — P. 33–36.
10. Soplepmann J., Peetsalu A., Palmu A. Acute upper gastrointestinal haemorrhage in central Finland — province // Ann. Chir. et Gynaecol. — 1997. — V. 86. — P. 222–228.

Поступила 07.05.2011

Контактная информация:  
**Тверитнева Любовь Федоровна**,  
 д.м.н., ведущий научный сотрудник  
 отделения неотложной хирургической гастроэнтерологии  
 НИИ СП им. Н.В. Склифосовского  
 e-mail: tverlubov@yandex.ru