

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННОГО ЭЗОФАГИТА

Е.С. Нетесин, И.Е. Голуб, В.А. Агеенко, Е.А. Кельчевская

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра общей хирургии с курсом урологии, зав. – д.м.н., проф. В.А. Белобородов, кафедра анестезиологии и реаниматологии, зав. – д.м.н., проф. И.Е. Голуб)

Резюме. Проведен анализ результатов лечения 94 больных с эрозивно-язвенным эзофагитом, осложненным кровотечением. Проведена оценка риска рецидива кровотечений в зависимости от распространенности патологического процесса. Эндоскопический гемостаз и консервативная гемостатическая и заместительная терапия привели к окончательной остановке кровотечения у 98,9% больных.

Ключевые слова: эрозивно-язвенный эзофагит, кровотечение, эндоскопический гемостаз, интенсивная терапия.

INTENSIVE THERAPY OF EROSIIVE ULCEROUS ESOPHAGITIS

E.S. Netesin, I.E. Golub, V.A. Ageenko, E.A. Kelchevskaya

(Irkutsk State Medical University)

Summary. The analysis of results of treatment of 94 patients with erosive ulcerous esophagitis, complicated with bleeding, has been carried out. The estimation of risk of relapse of bleeding, depending on prevalence of pathological process, has been conducted. The endoscopic hemostasis and conservative hemostatic and replaceable therapy have led to final stop of bleeding in 98,9% of patients.

Key words: erosive ulcerous esophagitis, a bleeding, endoscopic hemostasis, intensive therapy.

Различные острые поражения верхних отделов ЖКТ были и остаются частой причиной обращения за экстренной медицинской помощью и не имеют тенденции к снижению [2,4,7]. В последнее время наметилась устойчивая тенденция к увеличению больных, госпитализированных в хирургическое отделение с различными заболеваниями пищевода, осложненными кровотечениями. Так по данным отделения анестезиологии и реанимации МУЗ Клиническая больница №1 г. Иркутска в 1990 г. таких больных было 16 человек, в 2000 г. – 28, то в 2007 г. – уже 41. Во многом это обусловлено анатомо-физиологическими особенностями пищевода, но в тоже время имеет прямую связь с особенностями питания населения, увеличением количества потребляемых консервантов и суррогатных алкогольных напитков [1,5].

Ведение больных с острыми заболеваниями пищевода, осложненными кровотечениями, осуществляется по общим принципам консервативной терапии кровотечений из верхних отделов ЖКТ (т.е. желудка и 12-перстной кишки). Однако при этом не учитываются существенные моменты, связанные с анатомо-физиологическими особенностями пищевода [3,6,7].

В настоящее время не существует единой тактики вверения больных данной категории, не конкретизированы показания к госпитализации данных больных в отделения интенсивной терапии, не разработаны базисные стандарты лечения [8].

Цель исследования: оценить течение эрозивно-язвенного эзофагита в зависимости и от распространенности патологического процесса, выраженности клинических проявлений кровотечения и проводимой интенсивной терапии.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 94 больных, поступивших в МУЗ «Клиническую больницу №1 г. Иркутска» в экстренном порядке за период с 2006 по 2009 г. У всех больных при поступлении на основании данных эзофагогастроскопии (ЭГДС) установлен диагноз эрозивно-язвенного эзофагита с признаками кровотечения различной интенсивности.

Среди обследованных больных женщины – 24 (27,1%), мужчины – 70 (72,9%). Средний возраст обследованных составил – $48,6 \pm 12,8$ лет.

В зависимости от распространенности патологического процесса все больные были распределены на 3

группы: 1 – больные с тотальным эрозивно-язвенным эзофагитом (n=23); 2 – больные с эрозивно-язвенным эзофагитом средней и нижней трети пищевода (n=31); 3 – больные с эрозивно-язвенным эзофагитом нижней трети пищевода (n=42).

При поступлении в стационар в течение первых 1-2 часов всем больным выполнялась ЭГДС. При крайне тяжелом состоянии больного ЭГДС выполнялась в отделении анестезиологии и реанимации. Все больные с подтвержденным диагнозом эрозивного эзофагита, осложненного кровотечением, госпитализировались в отделение анестезиологии и реанимации, где им проводилась консервативная терапия.

Оценивали следующие клинико-лабораторные показатели: АД, ЧСС, ЧД, ЦВД, показатели эритроцитов, гемоглобина и гематокритного числа, общего белка, глюкозы и креатинина в сыворотке крови, концентрацию электролитов (Na^+ , K^+), нарушения КОС, количественный и качественный состав проводимой инфузионной терапии.

Статистическую обработку результатов проводили с учетом полученных характеристик распределения. Данные представлены в виде медианы и процентильного размаха (25 и 75 процентиля). Количественные различия между группами оценивали по критерию Манна-Уитни, качественные показатели сравнивали с использованием точного критерия Фишера. Различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

По результатам клинико-лабораторного обследования больных с эрозивно-язвенным эзофагитом наиболее тяжелое состояние больных отмечалось в 1 группе больных с тотальным поражением пищевода.

Так, показатели систолического АД (рис. 1) в 1 группе составляли 90 (90; 110) мм рт.ст. (медиана и процентильный размах) и были статистически значимо ниже других групп ($p=0,032$ и $p=0,023$). Во 2 группе – 110 (100; 140) мм рт.ст., в 3 – 120 (110; 130) мм рт.ст.

Диастолическое АД между группами статистически значимо не различалось и находилось в пределах 60-80 мм рт.ст. ЧСС во всех группах превышала нормальные показатели и составляла: в 1 группе – 98 (88; 120), во 2 – 96 (90; 100), в 3 группе – 100 (83; 110) уд./мин. и не имела статистически значимых различий.

ЧСС во всех трех группах несколько превышало

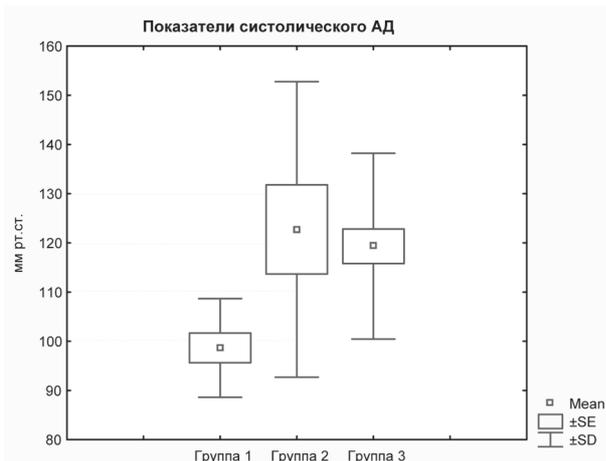


Рис. 1. Показатели систолического артериального давления.

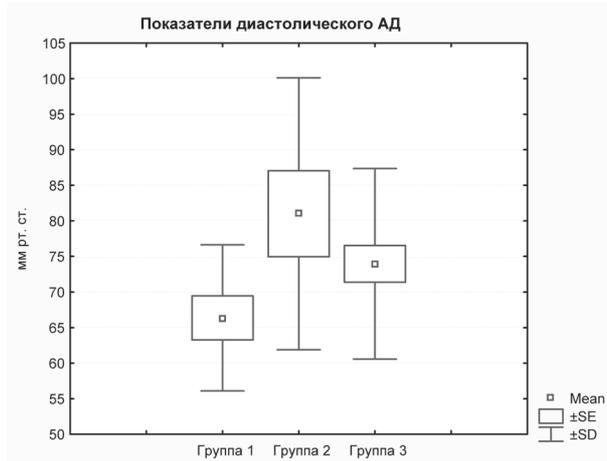


Рис. 2. Показатели диастолического артериального давления.

нормальные значения и находилось в пределах 96-100 уд.мин., не имея статистически значимых различий. ЦВД во всех группах было ниже нормальных значений

значимо ($p=0,005$) выше, чем во 2 и 3 группах (16 (14;18), 14 (12;18) соответственно).

Таблица 1
Основные клиничко-лабораторные показатели обследованных больных

Исследованные показатели	Группы больных		
	1 (n=23)	2 (n=31)	3 (n=42)
АД систолическое (мм рт.ст.)	90 (90; 110)	110 (100; 140) $p=0,032$	120 (110; 130) $p=0,023$
АД диастолическое (мм рт.ст.)	60 (60; 70)	75 (70; 90) $p=0,090$	80 (60; 80) $p=0,386$
ЧСС (уд. в мин)	98 (88; 120)	96 (90; 100) $p=0,326$	100 (83; 110) $p=0,858$
ЧД (раз в мин)	18 (18; 20)	16 (14;18) $p=0,005$	14 (12;18) $p=0,005$
ЦВД (мм вод.ст.)	10 (0; 20)	40 (20; 60) $p=0,011$	40 (40; 60) $p=0,007$
Эритроциты ($\times 10^{12}/л$)	3,3 (2,9; 3,5)	4,1 (3,65; 4,35) $p=0,012$	4,1 (3,5; 4,4) $p=0,006$
Гемоглобин (г/л)	108 (98; 115)	120 (114; 138) $p=0,041$	120 (110; 140) $p=0,008$
Гематокрит (%)	33 (30; 34)	38 (34; 40) $p=0,029$	38 (36; 44) $p=0,010$
Общий белок (г/л)	54 (52; 56)	59 (56; 63,5) $p=0,028$	64 (58; 68) $p=0,006$
Креатинин (мкмоль/л)	110 (90; 120)	84 (78; 92) $p=0,050$	83 (75; 91) $p=0,083$
Глюкоза (ммоль/л)	8,4 (7,0; 12,3)	7,4 (5,6; 8,8) $p=0,284$	7,5 (5,25; 12,4) $p=0,507$

Примечание: здесь и далее в таблицах p – значимость различий с 1-й группой.

и имело наиболее низкие показатели в 1 группе – 10 (0; 20) мм вод.ст., во 2 – 10 (0; 20) мм вод.ст. и статистически значимо отличалось от показателей 2 и 3 групп (40 (20; 60) мм вод.ст.).

Частота дыханий имела наиболее высокие показатели в 1 группе – 18 (18; 20) в мин. и был статистически

Показатели «красной крови» имели наиболее низкие значения в 1 группе и составили: эритроциты $3,3 (2,9; 3,5) \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 108 (98; 115) г/л, гематокрит – 33 (30; 34)% (табл. 1).

Концентрация общего белка в 1 группе так же имела наиболее низкие значения и составила 54 (52; 56) г/л,

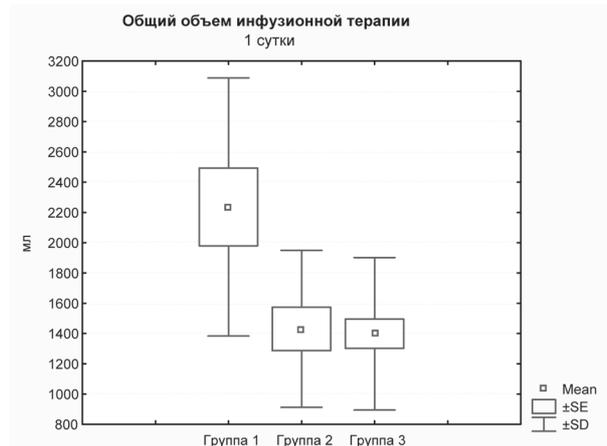


Рис. 3. Общий объем инфузионной терапии у больных с эрозивно-язвенным эзофагитом в I сутки.

статистически значимо ($p=0,028$ и $p=0,006$) отличаясь от показателей 2 и 3 групп (59 (56; 63,5), 64 (58; 68) г/л).

Содержание креатинина во всех группах находилось

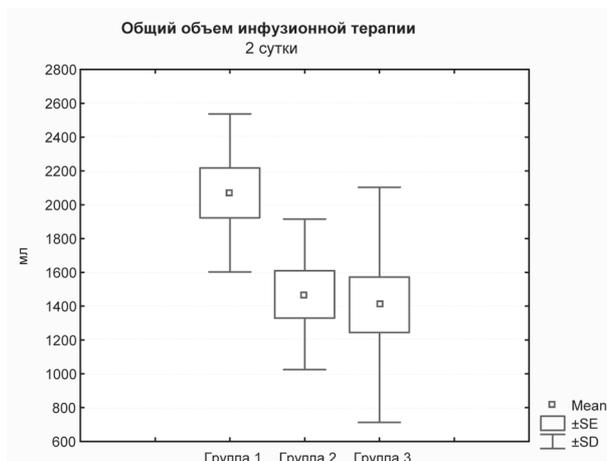


Рис. 4. Общий объем инфузионной терапии у больных с эрозивно-язвенным эзофагитом во II сутки.

в пределах нормальных значений и статистически значимо не различались.

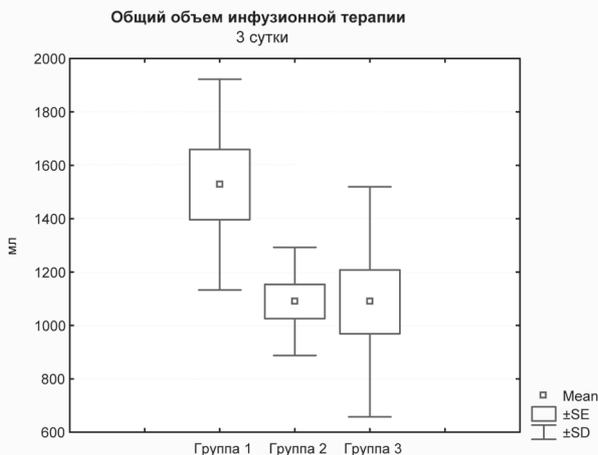


Рис. 5. Общий объем инфузионной терапии у больных с эрозивно-язвенным эзофагитом в III сутки.

Концентрация глюкоза в 1 группе составила 8,4 (7,0; 12,3) ммоль/л и была выше чем во 2 (7,4 (5,6; 8,8) ммоль/л при $p=0,284$) и 3 группах (7,5 (5,25; 12,4) ммоль/л при $p=0,507$).

Таким образом, полученные результаты клинико-лабораторного исследования показывают, что тяжесть состояния больных 1 группы существенно выше, чем тяжесть состояния больных 2 и 3 групп, что обусловлено большим объемом поражения пищевода (тотальный эзофагит) и более значимой величиной кровопотери.

Все больные, госпитализированные в отделение анестезиологии и реанимации, получали инфузионную, гемостатическую, антисекреторную и корригирующую терапию, обусловленную наличием кровотечения риском его рецидива.

Наиболее значимые объемы инфузионной терапии отмечались в 1 группе и составили: в I-е сутки – 2700 (1300; 3000) мл, во II-е сутки – 2100 (1800; 2400) мл, в III-и сутки – 1500 (1200; 1600) мл и имели статистически значимые различия со 2 и 3 группами, где объемы инфузионной терапии оказались существенно ниже (табл. 2).

Более высокая тяжесть состояния больных 1 группы потребовала проведение гемотранс-

фузии в данной группе у 10 (43,5%) больных. Во 2 группе к гемотрансфузиям прибегли всего у 2 (6,5%) больных, в 3 – гемотрансфузии не проводились. Коррекцию коагуляционного гемостаза проводили СЗП, которая в 1 группе использовалась у 14 (60,1%) больных, во 2 – у 6 (19,4%) и в 3 группе – у 2 (4,8%) больных.

Рецидивы кровотечений наиболее часто отмечались в 1 группе – 6 (26,1%) больных, во 2 – у 1 (3,2%) больных, в 3 группе рецидивов кровотечения не наблюдалось.

Длительность лечения больных с эрозивно-язвенным эзофагитом соответственно по группам составила: в 1 – $4,1 \pm 1,6$ дней, во 2 – $2,6 \pm 1,1$ день, в 3 – $1,8 \pm 0,7$ дней.

На основании полученных результатов можно сделать заключение, что больные с эрозивно-язвенным эзофагитом и объемом поражения до 1/3 пищевода в большинстве случаев не нуждаются в госпитализации в отделение анестезиологии и реанимации и могут получать консервативную терапию в условиях хирургического отделения, поскольку нет необходимости в больших объемах инфузионной терапии, коррекции кислородотранспортной функции крови и имеют небольшой риск рецидива кровотечения. Исключение могут составлять больные с тяжелой сопутствующей патологией. Больные с эрозивно-язвенным эзофагитом и поражением более 2/3 пищевода нуждаются в проведении консервативной инфузионной, гемостатической и корригирующей терапии в условиях отделения

Таблица 2
Основные показатели интенсивной терапии

Исследованные показатели		Группы больных		
		1 (n=23)	2 (n=31)	3 (n=42)
Общий объем инфузии	1 сутки (мл)	2700 (1300; 3000)	1400 (1100; 2400) $p=0,021$	1400 (1200; 1800) $p=0,028$
	2 сутки (мл)	2100 (1800; 2400)	1350 (1200; 2400) $p=0,017$	1200 (1000; 2150) $p=0,272$
	3 сутки (мл)	1500 (1200; 1600)	1100 (1000; 1200) $p=0,062$	1200 (900; 1250) $p=0,686$
Гемотрансфузий (кол-во / % больных)		10 / 43,5%	2 / 6,5%	0
Трансфузия СЗП (кол-во / % больных)		14 / 60,1%	6 / 19,4%	2 / 4,8%
Эндоскопический гемостаз:				
- обкальвание адреналином		2	8	3
- орошение ферракрилом		16	15	14
Рецидивов кровотечения		6 / 26,1%	1 / 3,2%	0
Длительность пребывания в оАиР		$4,1 \pm 1,6$	$2,6 \pm 1,1$	$1,8 \pm 0,7$
Летальность		4,3%	0	0

анестезиологии и реанимации с применением полного комплекса лечебных мероприятий.

1987. – 256 с.

6. Сотников В.Н., Дубинская Т.К., Разживина А.А. Эндоскопическая диагностика острых кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта: Учебное пособие. – М., 2000. – 24 с.

7. Шептулин А.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: от мифов прошлого к реалиям настоящего (памяти А.Л.Гребенева) // Клиническая медицина. – 2003. – №6. – С.4-8.

8. Ефендиев В.М., Касумов Н.А., Кязимов А.К. и др. Ваготомия в лечении кровоточащего рефлюкс-эзофагита и гастродуоденальных кровотечений // Хирургия. – 2004. – №6. – С.24-26.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аруин Л.И., Исаков В.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и *Helicobacter pylori* // Клиническая медицина. – 2000. – №10. – С.62-68.
2. Гастроэнтерология. Клинические рекомендации / Под ред. В.Т. Ивашкина, В.А.Лапиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 265 с.
3. Горбашко А.И. Острые желудочно-кишечные кровотечения. – Л.: Медицина, 1974. – 240 с.
4. Касумов Н.А. Рефлюкс-эзофагит: современное состояние проблемы // Хирургия. – 2007. – №4. – С.62-65.
5. Петров В.П., Ерюхин И.А., Шемякин И.С. Кровотечения при заболеваниях пищеварительного тракта. – М.: Медицина,

Информация об авторах: 664003, Иркутск, ул. Красного Восстания, 1, тел. (3952) 703715, e-mail: Jeinnet@yandex.ru, Нетесин Евгений Станиславович – ассистент, к.м.н.; Голуб Игорь Ефимович – заведующий кафедрой, профессор, д.м.н.; Агеенко Вера Александровна – ассистент, к.м.н.; Кельчская Елена Арнольдовна – ассистент, к.м.н.