

ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДИК

А.Е.Борисов, К.Г.Кубачев, Е.Г.Солоницын, Д.М.Ризаханов

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава

GASTRO-DUODENAL HEMORRHAGE TREATMENT BY THE INSTRUMENTALITY OF ENDOSCOPY

A.E.Borisov, K.G.Kubachov, E.G.Solonitsin, D.M.Rizakhanov

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава

© Коллектив авторов, 2009 г.

Резюме. Представлена сравнительная характеристика эффективности методов эндоскопического гемостаза, показания к выполнению определенного эндоскопического пособия в зависимости от локализации язвы и темпа кровотечения, согласно классификации по Форресту. Проведен сравнительный анализ непосредственных результатов применения различных способов эндоскопического гемостаза и их комбинации, определены частота рецидивов кровотечения и причины неудач. Применение эндоскопических методов гемостаза позволило снизить оперативную активность с 63% до 14%, при этом показаниями к оперативному лечению служили невозможность выполнения эндоскопического гемостаза и высокий риск рецидива при гигантских язвах.

Ключевые слова: желудочно-кишечные кровотечения, ulcerогенные кровотечения, язвенная болезнь, локализации язвы, эндоскопический гемостаз.

Summary. The comparative characteristic of efficiency of methods of endoscopic hemostasis, the indication to performance definite endoscopic grants depending on localisation and rate of a hemorrhage, according to classification by Forrest is presented.

The comparative analysis of direct results of application of various ways of endoscopic hemostasis and their combination is carried out, frequency of relapses of a hemorrhage and the reason of failures are defined.

Application of endoscopic hemostasis methods has allowed to reduce operative activity from 63 to 14 percents, thus as indications to operative treatment served impossibility of performance an endoscopic hemostasis and high risk of relapse at huge ulcers.

Key words: gastro-intestinal hemorrhage, ulcer hemorrhage, gastric ulcer, ulcer site, endoscopic hemostasis

Введение. Сегодня эндоскопические методы играют ведущую роль в диагностике и лечении желудочно-кишечных кровотечений. Несмотря на высокую эффективность современных методов диагностики и консервативного лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, острые ulcerогенные кровотечения по-прежнему являются причиной смертности у 5–10% больных [3]. Летальность при операциях на высоте кровотечения колеблется от 20 до 40% [2]. Эти данные побуждают к поиску надежных малоинвазивных способов остановки кровотечения с применением новых технологий.

Тем временем, возможности эндоскопического гемостаза во многом ограничены, во-первых, локализацией, характером язвенного дефекта и интенсивностью кровотечения, во-вторых, укомплектованностью эндоскопическим оборудованием и опытом врача-эндоскописта, который непосредственно осуществляет гемостаз с применением той или иной методики. Эффективность эндоскопической остановки кровотечения, по данным литературы, колеблется в пределах 53,8–97,6% [1], с рецидивами от 5 до 46,2% [6]. Летальность при рецидиве кровотечения остается высокой, — ее уровень в среднем составляет 30–40% [5]. Это позволяет, несмотря на постоянное совершенствование

эндоскопических методик, упорно отстаивать лечебную тактику, востребованную 30–40 лет назад, сторонникам активной хирургической позиции [4]. По нашему наблюдению, основные неудачи эндоскопического лечения связаны с недостаточным опытом специалистов гастроинтестинальной эндоскопии, ошибками в выборе метода гемостаза, недостаточной технической оснащенностью отделений эндоскопии, отсутствием эффективной и адекватной консервативной терапии. Редко причиной неудачи являются особенности источника кровотечения (диаметр сосуда, интенсивность поступления крови, локализация язвенного дефекта).

Цель нашего исследования: определение эффективности активной эндоскопической тактики в лечении пациентов с кровоточащими гастродуоденальными язвами в условиях стационара скорой помощи.

Материалы и методы. Для решения поставленных задач был проведен анализ лечения 913 пациентов с кровотечением из гастродуоденальных язв (61,2% — язва двенадцатиперстной кишки и 38,8% — язва желудка), поступивших в Александровскую больницу в экстренном порядке в период с 2000 по 2006 гг. Пациенты в возрасте от 21 до 60 лет составили 79%; 68,3% больных были мужчины, 31,7% — женщины.

Основная масса больных (57,9%) поступила в стационар после 24 часов от начала кровотечения, каждый третий из них — после 48 часов (табл. 1). Значительная длительность догоспитального этапа при кровоточащих гастродуоденальных язвах обусловлена отсутствием в ряде случаев яркой манифестации кровотечения. Исключение составляет лишь небольшая группа больных с аррозией крупных артериальных стволов, когда массивная кровопотеря за короткое время приводила к резкому ухудшению состояния.

Длительность язвенного анамнеза пациентов была различной. Противоязвенное лечение различными

жутком времени) в 3,5 раза больше, чем женщин. Именно эта группа достаточно неблагоприятна для эндоскопического гемостаза и для нее характерен высокий риск развития рецидива кровотечения и неудач эндоскопического лечения.

После выполнения эндоскопии пациентов разделяли на две группы — с низким и высоким риском неблагоприятного исхода. К группе больных с низким риском относили пациентов моложе 60 лет, без признаков шока и с отсутствием данных за тяжелую кровопотерю, у которых при эндоскопии выявлялись язвы желудка либо двенадцатиперстной кишки, без

Таблица 1

Длительность догоспитального этапа по годам

Длительность догоспитального этапа (часы)	Годы							Всего
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
До 6	21	22	27	17	37	29	32	185 (20,3%)
6,1–24	26	30	38	27	29	26	23	199 (21,8%)
Более 24	62	67	80	87	67	73	93	529 (57,9%)
Всего	109	119	145	131	133	128	148	913

современными препаратами получали все пациенты с язвенным анамнезом. Однако противорецидивное лечение использовали только 123 (17,8%) пациента, санаторно-курортное лечение — 41 (5,9%). Более 80% больных после первого выявления язвы не наблюдались у врача и в дальнейшем не принимали назначенных препаратов по различным причинам (отсутствие симптомов, самолечение и т. д.).

Более чем у половины поступивших пациентов отмечались выраженные нарушения гемодинамики (рис. 1). Для оценки степени тяжести кровопотери придерживались классификации, предложенной А.И.Горбашко в 1974 г. При I степени кровопотеря доходила до 20% объема ОЦК, II степени — 20–30% и тяжелой — более 30%.

Средняя и тяжелая степень кровопотери преобладала у мужчин, легкая степень кровопотери была вы-

признаков продолжающегося кровотечения (пациенты с кровотечением II–III степени согласно классификации Форреста). Их госпитализировали в отделения общей хирургии, где проводили консервативную противоязвенную терапию. Пациентов, отнесенных к группе высокого риска рецидива кровотечения, госпитализировали в реанимационное отделение для интенсивного наблюдения и терапии, возможного повторного гемостаза либо подготовки к экстренному оперативному лечению. В табл. 2 представлены данные по выявленному темпу кровотечения согласно классификации Форреста.

Установить источник кровотечения при первой эндоскопии удалось у 784 (85,9%) больных. Основными причинами неудач при первой эндоскопии являлись обильное количество крови или пищевых масс в желудке. Этим больным промывали желудок, а затем

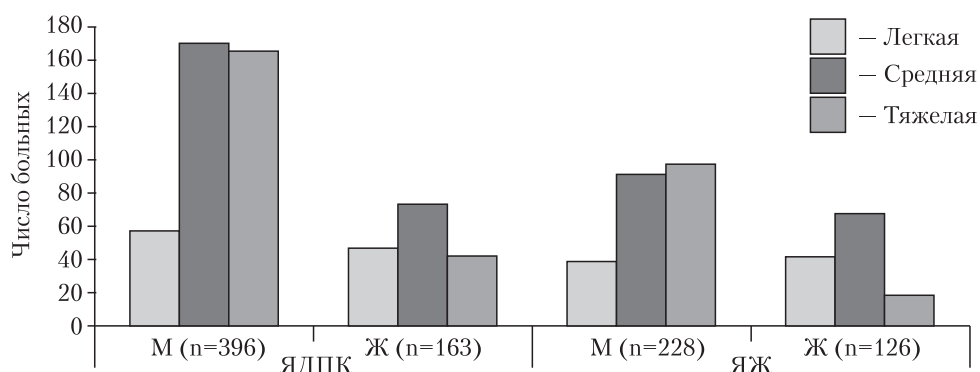


Рис. 1. Степень тяжести кровопотери (ЯДПК — язва двенадцатиперстной кишки, ЯЖ — язва желудка, М — мужчины, Ж — женщины).

явлена только у 20,5% больных. Число мужчин, поступивших в стационар в состоянии геморрагического шока (вследствие аррозии крупного артериального ствола и массивной кровопотери за короткий проме-

выполняли повторное исследование. В целом источник кровотечения посредством эндоскопии был визуализирован у 893 (97,8%) пациентов. У 20 пациентов из-за выраженного пилородуоденального стеноза

Частота выявленного кровотечения по Форресту

Темп кровотечения	ЯДПК (n=559)		ЯЖ (n=354)		Всего (n=913)
	М (n=396)	Ж (n=163)	М (n=228)	Ж (n=126)	
Ia	52 (13,1%)	7 (4,3%)	32 (14,1%)	17 (13,5%)	108 (11,8%)
Ib	109 (27,6%)	38 (23,3%)	75 (32,9%)	34 (27%)	256 (28%)
IIa	94 (23,7%)	52 (31,9%)	63 (27,6%)	28 (22,2%)	237 (26%)
IIb	73 (18,5%)	43 (26,4%)	39 (17,1%)	23 (18,3%)	178 (19,5%)
IIc	56 (14,1%)	17 (10,4%)	11 (4,8%)	13 (10,3%)	97 (10,6%)
III	12 (3%)	6 (3,7%)	8 (3,5%)	11 (8,7%)	37 (4,1%)

Примечание: ЯДПК — язва двенадцатиперстной кишки, ЯЖ — язва желудка.

и особенностей локализации язвы источник кровотечения при эндоскопическом исследовании обнаружить не удалось.

Диаметр язвы определяли по данным эндоскопического, рентгенологического исследований, операционных находок и результатов вскрытия умерших. У 34,8% язва была диаметром менее 1 см. Гигантские язвы двенадцатиперстной кишки (более 2 см) и желудка (более 3 см) выявлены у 7,1% и 13,3%. Множественные язвы (2 и более) желудка наблюдались у 29 больных. Сочетание язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (второй тип язвы по Джонсону) наблюдали у 21 больного. Зеркальные язвы луковицы — у 59 больных.

Результаты и обсуждение. В период за 2000 — начало 2003 гг., когда лечебное учреждение не имело возможности выполнять эндоскопический гемостаз, и лечение больных было ограничено консервативной терапией либо хирургическим вмешательством, в стационар поступило 395 пациентов с кровотечением из язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Из них 127 были оперированы в первые часы на фоне продолжавшейся кровопотери, 21 — в различные сроки при рецидиве кровотечения; 247 были пролечены только консервативно (рис. 2) при отсутствии признаков продолжающегося кровотечения на момент госпитализации (у 35 в последующем развился рецидив, излеченный консервативно).

При активном внедрении различных способов эндоскопических методик, в 2003–2006 гг., в больнице

находилось на лечении 518 больных, из них оперирован 71 пациент, в том числе 8 — при рецидиве кровотечения после проведения эндоскопического гемостаза. Лапароскопическое ушивание язвы выполнено у 12 больных при ее локализации на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки, когда выполнить надежный эндоскопический гемостаз по разным причинам не удавалось. У остальных 447 больных успешно выполнены различные способы эндоскопического гемостаза (рис. 3), несмотря на то, что пациенты с кровотечением из язв Форрест Ia и Ib составили больше половины (52,7%). У 17 из них при рецидиве кровотечения применяли эндоскопический гемостаз повторно. При этом использовали комбинированные методы эндоскопического гемостаза, — наиболее часто сочетали инъекционное введение раствора адреналина с физиологическим или гипертоническим растворами в разведении 1:10 000 с последующим клипированием сосуда или аргонплазменной коагуляцией. При кровотечении из острых язв с мягкими краями хорошо себя зарекомендовало в качестве монотерапии лигирование кровоточащей язвы, заключающееся в наложении лигатуры на втянутый в колпачок эндоскопа участок слизистой вместе с аррозированным сосудом.



Рис. 2. Соотношение больных в первой группе.



Рис. 3. Соотношение больных во второй группе.

Летальность после хирургического лечения составила 11,4%, (умер 21 пациент после первичных операций и 4 оперированных после рецидива), после консервативного лечения — 1,9% и после эндоскопического гемостаза 1,1%. Стоит отметить, что группа

больных, которым проведена консервативная терапия (до 2003 г.), была менее отягощенной, нежели группа оперированных пациентов, то есть выбор пациентов для оперативного лечения был вынужденным (высокий риск рецидива, рецидив кровотечения, продолжающееся кровотечение, сочетанные осложнения язвенной болезни), и его часто проводили без предварительной подготовки. Поэтому сравнение летальности в этих группах несколько условно. В отличие от этого эндоскопическое пособие выполняли у всех пациентов; оперативное лечение выполняли при невозможности гемостаза и рецидиве профузного кровотечения.

Применение эндоскопических методик при условии соблюдения необходимых мер, направленных на предупреждение аспирации крови и пищевых масс в верхние дыхательные пути, мониторинге состояния гемодинамики, проводимых в блоке критических состояний приемного отделения, позволяет свести к минимуму долю пациентов, нуждающихся в экстренной операции, а в случае ее надобности способно дать необходимое в таких случаях время для проведения адекватной предоперационной подготовки.

Для быстрого и эффективного выявления источника необходимо обеспечить эвакуацию содержимого из желудка, поскольку измененную свернувшуюся кровь невозможно удалить через эндоскоп. Промывание желудка через толстый зонд не всегда возможно, а часто неэффективно. В последние годы для адекват-

ной и быстрой очистки желудка используется болюсное введение в вену 200 мг эритромицина, обладающего хорошим прокинетическим эффектом.

По нашему опыту, алгоритм действий при невозможности установления источника кровотечения таков.

1. Если эндоскопических признаков продолжающегося кровотечения нет, больного переводят в реанимационное отделение и исследование повторяют через 6–8 ч (при отсутствии рецидива кровотечения в течение этого времени).

2. При наличии признаков продолжающегося кровотечения (Форрест Ib) повторное исследование проводят после фрагментации сгустка и отмывания содержимого желудка толстым зондом до чистой воды либо после введения эритромицина.

3. При профузном артериальном кровотечении (аррозия крупных артериальных стволов) на фоне проводимых противошоковых мероприятий выполняют оперативное вмешательство.

Заключение. С приобретением опыта применения эндоскопических методик, внедрением моновариантных и комбинированных способов гемостаза, рассматриваемых нами как альтернативные традиционному оперативному лечению, разработкой рационального алгоритма ведения больных с желудочно-кишечным кровотечением с участием всех экстренных служб прослеживается четкая тенденция к снижению летальности и улучшению результатов лечения данной категории больных.

Литература:

1. Гуу В.М., Бодруг Р.Г., Пител Е.В. Сравнительная оценка и результаты использования эндоскопических и хирургических методов гемостаза при язвенных гастродуоденальных кровотечениях // Украинський журн. малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. — 2000, № 3. С. 40.
2. Касумьян С.А., Алимов А.В., Буцки И.В. Сочетанные приемы эндоскопического гемостаза при острых язвенных гастродуоденальных кровотечениях. // Сборник тезисов 4-го Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии / Под ред. проф. Ю.И. Галлингера. — Москва, 26–28 апреля 2000 г. — С. 112–113.
3. Курьгин А.А., Стойко Ю.М., Багненко С.Ф. Неотложная хирургическая гастроэнтерология. — СПб.: Питер, 2001. — 568 с.
4. Луцевич Э.В., Празников Э.П., Семенов М.В. Эндоскопические методы гемостаза в лечении больных язвенными желудочно-кишечными кровотечениями: Сб. научн. работ. — М. 1999. — С. 140–142.
5. Сотников В.Н., Дубинская Т.К., Разживина А.А. Эндоскопическая диагностика и эндоскопические методы лечения кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта: Учебное пособие. М.: РМАПО, 2000. — 48 с.
6. Vokurka J. Wechsler J. Zak J. Vlcek P. Capov I. Endoscopic and surgical treatment of acute bleeding gastroduodenal ulcers [Czech] 1997 Bratislavske Lekarske Listy. Vol. 98, № 3. — P. 163–165, Mar.