

© Коллектив авторов, 2008
УДК 616.33/.342-002.44-06:616.33/.342-005.1-089

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

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВЕННЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Кафедра хирургии им. Н.Д.Монастырского (зав. — А.Е.Борисов) Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования Росздрава

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

Введение. На сегодняшний день 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 язвенные кровотечения по-прежнему являются причиной летальности 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% [5]. Летальность при рецидиве кровотечения остается высокой, ее уровень в среднем составляет 30–40% [4]. Это позволяет, несмотря на постоянное совершенствование эндоскопических методик, упорно отстаивать лечебную тактику, востребованную 30–40 лет назад, сторонникам активной хирургической позиции. По нашему наблюдению, основные неудачи эндоскопического лечения связаны с недостаточным опытом специалистов по 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.

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

Основная масса больных (57,9%) поступили в стационар после 24 ч от начала кровотечения, каждый третий из них — после 48 ч (табл. 1). Продолжительные догоспитальные сроки при кровоточащих гастродуоденальных язвах обусловлены отсутствием у некоторых пациентов яркой манифестации кровотечения. Исключение составляет лишь небольшая группа больных с аррозией крупных артериальных сосудов, когда массивная кровопотеря за короткое время приводила к резкому ухудшению состояния.

Длительность язвенного анамнеза у пациентов была различной. При этом противоязвенное лечение различными современными препаратами получали все пациенты с язвенным анамнезом. Однако противорецидивное лечение использовали только у 123 (17,8%) пациентов, санаторно-курортное лечение — у 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 (рисунок). Для оценки определения степени тяжести кровопотери придержи-

Таблица 1

Сроки госпитализации по годам

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

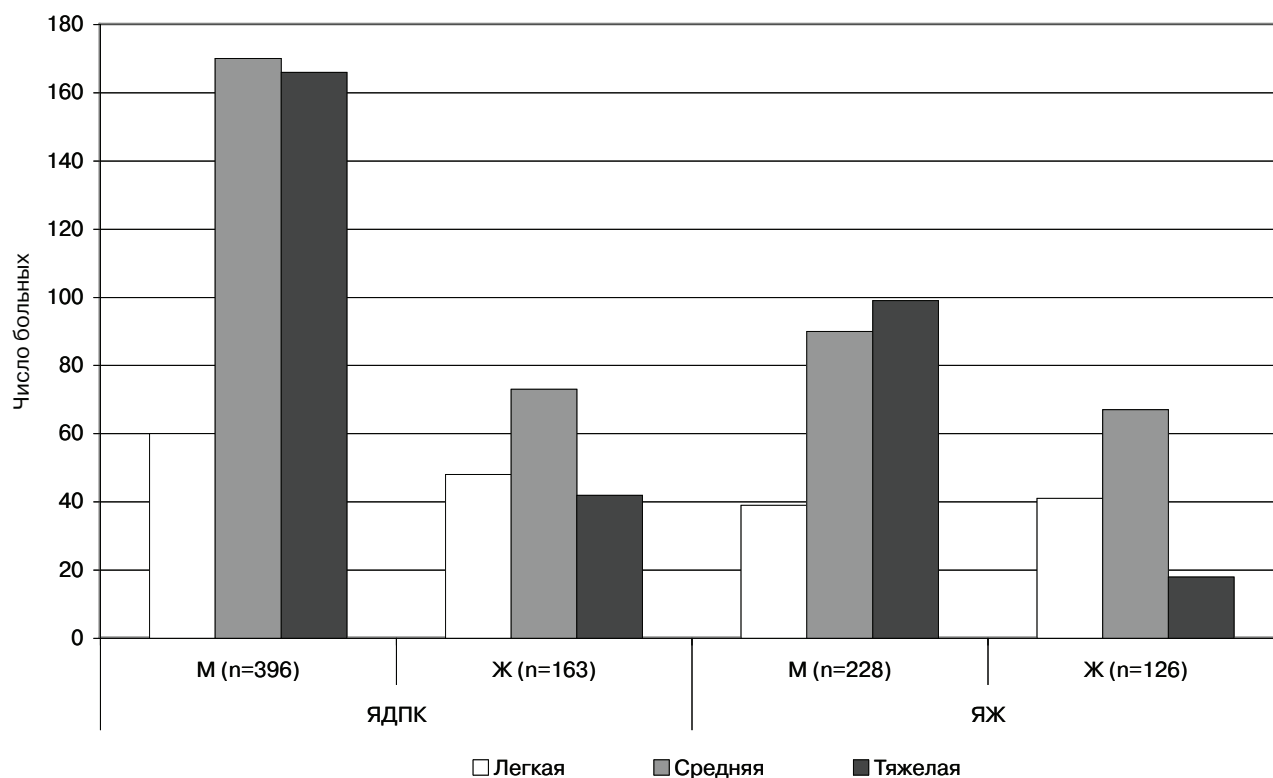
живались классификации, предложенной А.И.Горбашко в 1974 г. При легкой (I степени) кровопотеря доходила до 20% объема ОЦК, средней тяжести (II степени) — от 20 до 30% и тяжелой (III степени) — более 30%.

Средняя и тяжелая степень кровопотери превалировала у мужчин, легкая степень кровопотери была выявлена только у 20,5% больных. Число мужчин, поступивших в стационар в состоянии геморрагического шока (вследствие аррозии крупного артериального сосуда и массивной кровопотери за короткий промежуток времени), в 3,5 раза больше, чем женщин. Именно эта группа является достаточно неблагоприятной для эндоскопического гемостаза, и ей 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 отсутствием данных за тяжелую кровопотерю, у которых при эндоскопии выявлялись язвы желудка либо двенадцатиперстной кишки, без признаков продолжающегося кровотечения (пациенты с

кровотечением II–III степени согласно классификации Форреста). Их госпитализировали на отделения общей хирургии, где им проводили консервативную противоязвенную терапию. Пациентов, отнесенных к группе с высоким риском рецидива кровотечения, госпитализировали в реанимационное отделение с целью 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 проводили промывание желудка, а затем выполняли повторное исследование. В целом источник кровотечения посредством эндоскопии был визуализирован у 893 (97,8%) пациентов. У 20 пациентов из-за выраженного пилородуоденального стеноза (у 7) и особенностей локализации язвы обнаружить источник кровотечения при эндоскопическом исследовании не удалось.



Степень тяжести кровопотери.

ЯДПК — язва двенадцатиперстной кишки; ЯЖ — язва желудка; М — мужчины; Ж — женщины.

Таблица 2

Распределение больных с кровотечением из язв двенадцатиперстной кишки и желудка по классификации Форреста

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%)

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% соответственно. Множественные язвы (2 и более) желудка наблюдали у 29 больных, сочетание язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (второй тип язвы по Джонсону) — у 21 больного. Зеркальные язвы луковицы имелись у 59 больных.

Результаты и обсуждение. В период за 2000 г. — начало 2003 г., когда лечебное учреждение не обладало возможностью выполнения эндоскопического гемостаза и лечение больных было ограничено консервативной терапией либо хирургическим вмешательством, в стационар поступили 395 пациентов с кровотечением из язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Из них 127 были оперированы в первые часы на фоне продолжающейся кровопотери, 21 — в различные сроки при рецидиве кровотечения, а 247 (63%) — пролечены только консервативно при отсутствии признаков продолжающегося кровотечения на момент госпитализации (у 35 — в последующем развился рецидив, поддавшийся консервативной терапии).

При активном внедрении различных способов эндоскопических методик в 2003–2006 гг. в больнице находились на лечении 518 больных, из которых 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 осуществить надежный эндоскопический гемостаз, по разным причинам, не удавалось. Остальным 447 (86%) больным успешно выполнены различные способы эндоскопического гемостаза, несмотря на то, что пациенты с кровотечением из язв по Форресту IA и IB составили больше половины (52,7%). У 17 из них при развившемся рецидиве кровотечения

применяли эндоскопический гемостаз повторно. При этом использовали комбинированные методы эндоскопического гемостаза — наиболее часто сочетали инъекционное введение раствора адреналина в разведении 1:10 000 на физиологическом или гипертоническом растворах натрия хлорида с последующим клипированием сосуда или аргон-плазменной 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 оболочки вместе с аррозированным сосудом.

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%. При этом стоит отметить, что группа больных, которым проведена консервативная терапия (до 2003 г.), была менее отягощенной, нежели группа оперированных пациентов, т.е. выбор пациентов для оперативного лечения был вынужденным (высокий риск рецидива, рецидив кровотечения, продолжающееся кровотечение, сочетанные осложнения язвенной болезни), и оно часто проводилось без предварительной подготовки. Поэтому сравнение летальности в этих группах является несколько условным. В отличие от этого эндоскопическое пособие выполнялось всем пациентам, а оперативное лечение осуществлялось 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 такой ситуации время для проведения адекватной предоперационной подготовки.

Для быстрого и эффективного выявления источника кровотечения 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 с целью адекватной и быстрой очистки желудка используется болюсное введение в вену 200 мг эритромицина, дающего хороший прокинетический эффект.

По нашему опыту, алгоритм действий при невозможности установления источника кровотечения следующий: 1) если эндоскопических признаков продолжающегося кровотечения нет, то больного переводят в реанимационное отделение, и исследование повторяют через 6–8 ч (при отсутствии рецидива кровотечения в течение этого времени); 2) при признаках продолжающегося кровотечения (Форрест IB) повторное исследование производится после фрагментации сгустка и отмывания содержимого желудка толстым зондом до «чистой» воды либо после введения эритромицина; 3) при профузном артериальном кровотечении (аррозия крупных артериальных сосудов) на фоне проводимых противошоковых мероприятий выполняется оперативное вмешательство.

Вывод. С приобретением опыта использования 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 четко прослеживается тенденция к снижению летальности и улучшению результатов лечения данной категории больных.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Гуцу В.М., Бодруг Р.Г., Пител Е.В. Сравнительная оценка и результаты использования эндоскопических и хирургических методов гемостаза при язвенных гастродуоденальных кровотечениях // Украинский журн. малоинваз. та эндоскоп. хір.—2000.—№ 3.—С. 40.
2. Касумьян С.А., Алимов А.В., Буцик 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.—М., 2000.—С. 112–113.
3. Курыгин А. А., Стойко Ю. М., Багненко С. Ф. Неотложная хирургическая гастроэнтерология.—СПб.: Питер, 2001.—568 с.
4. 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.
5. Vokurka J., Wechsler J., Zak J. et al. Endoscopic and surgical treatment of acute bleeding gastroduodenal ulcers // Bratislavske Lek. Listy.—1997.—Vol. 98, № 3.—P. 163–165.

Поступила в редакцию 18.04.2008 г.

A.E.Borisov, K.G.Kubachev, E.G.Solonitsyn,
D.M.Rizakhanov

NONINVASIVE METHODS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH GASTRODUODENAL ULCEROUS BLEEDINGS

An analysis of results of treatment of 913 patients has shown that the endoscopic methods of hemostasis allowed reducing the operative activity from 63 to 14%. Impossible implementing endoscopic hemostasis and high risk of bleeding in patients with giant ulcers were considered as indications to operative treatment.