

УДК 616.33/.34-005.1-036.87-08-039.71

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВА ЯЗВЕННОГО ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

Ю.Г. Шапкин¹, С.В. Капралов¹, А.В. Климашевич², В.А. Гришаев¹, В.А. Зевякина³,

¹ГОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Росздрава»,

²Пензенский медицинский институт, ³МУЗ «Городская клиническая больница № 6», г. Саратов

Шапкин Юрий Григорьевич – e-mail: meduniv@sgmu.ru

Целью настоящей работы служит демонстрация возможности организации и оказания оптимальной медицинской помощи больным с кровоточащей гастродуоденальной язвой. Появление в арсенале хирурга методик эндоскопического гемостаза и эффективных антисекреторных средств позволило снизить риск развития повторного кровотечения. Проводимая профилактика рецидивной геморрагии позволила пересмотреть хирургическую тактику и снизить хирургическую активность. Дифференцированная хирургическая тактика с применением методов эндоскопического гемостаза, верификацией предрецидивного синдрома, динамической эндоскопией, антисекреторной терапией позволила снизить послеоперационную летальность с 9,45 до 6,25%; показатель общей летальности уменьшился с 4,94 до 2,36%.

Ключевые слова: кровоточащая гастродуоденальная язва, эндоскопический гемостаз, зонд-детектор, медикаментозная терапия.

The purpose of present work is demonstration of an opportunity of organization and rendering of an optimum medical care by the patient with bleeding gastroduodenal ulcer. The occurrence in an arsenal of surgeon techniques endohemostasis and effective antisecretory agents has allowed to lower risk of development of a repeated bleeding. The prophylaxis of repeated bleeding has allowed to reconsider surgical tactics and to lower surgical activity. Differential surgical tactics with application methods of endohemostasis, verification of pre-re-lapse syndroms, dynamic endoscopy, antisecretory therapy has allowed to lower a postoperative lethality from 9,45% to 6,25%, the parameter of an over-all mortality has decreased from 4,94% up to 2,36%.

Key words: bleeding gastroduodenal ulcer, endoscopic hemostasis, detector catheter, pharmacotherapy (drug therapy).

Согласно статистическим данным, в 90-х годах прошлого века число плановых операций в Российской Федерации снизилось более чем в 2 раза. При этом число экстренных операций за этот же период увеличилось в 2–3 раза и, как следствие, возросла послеоперационная летальность [1].

Несомненно, основной причиной неблагоприятных исходов лечения является рецидив кровотечения [2]. Как правило, раннее повторное кровотечение развивается в ближайшие 24–36 часов и наблюдается у каждого седьмого пациента, причем тяжелая кровопотеря при рецидиве развивается у 50% больных [3, 4].

Появление в арсенале хирурга методик эндоскопического гемостаза и эффективных антисекреторных средств позволило значительно снизить риск развития повторного кровотечения. Проводимая профилактика рецидивной геморрагии требует пересмотра хирургической тактики и снижения хирургической активности в экстренной ситуации [5, 6].

Еще одним фактором улучшения результатов лечения больных с кровоточащей язвой является снижение опасности рецидива вследствие его ранней диагностики. Обычно для диагностики рецидива желудочно-кишечного кровотечения используется назогастральный зонд. Диагностика рецидива обычно запаздывает вследствие того, что отток крови из желудка начинается только при достаточно большом объеме кровопотери – не менее 500 мл. Нередко даже при значительном темпе кровотечения просвет зонда закрывается кровавым сгустком и диагностика повторного кровотечения становится невозможной. Иногда рецидив геморрагии регистрируется при контрольной фиброгастродуоденоскопии, но этот надежный метод не позволяет обеспечить постоянный мониторинг за состоянием гемостаза.

Нами предложено устройство «Зонд-детектор для ранней диагностики рецидива желудочно-кишечного кровотечения», позволяющее производить индикацию малого объема крови непосредственно в просвете желудка, вне зависимости от проходимости зонда (патент РФ № № 2257836, 2004). Достоинством предлагаемого устройства является возможность ранней диагностики рецидива желудочно-кишечного кровотечения при появлении в желудке минимального количества крови (до 10 мл) в условиях постоянного мониторинга за состоянием больного. Зонд применялся с 2004 года у 98 больных с гастродуоденальным кровотечением. При поступлении больному выполнялась экстренная фиброгастроскопия, при которой определялся источник кровотечения и состояние гемостаза. В случае продолжающегося кровотечения выполнялся эндоскопический гемостаз.

Затем, наряду с проведением медикаментозной терапии, ежедневно выполняли динамическую эндоскопию до появления признаков стабильного гемостаза. В промежутках между эндоскопическими осмотрами контроль гемостаза осуществлялся зондом-детектором рецидивной геморрагии.

За анализируемый период, 2005–2009 гг., пролечено 322 пациента с кровоточащей гастродуоденальной язвой. Из них

мужчин 243 (75,5%), женщин 79 (24,5%). При продолжающемся кровотечении выполнено 26 экстренных операций. Еще у 32 больных диагностирован предрецидивный синдром, по поводу которого выполнены превентивные операции. Консервативному лечению подвергнуто 265 (82%) человек. У 17 пациентов с гастродуоденальной язвой был выявлен рецидив кровотечения. Повторное кровотечение регистрировалось в ранний срок и лишь в 2 случаях сопровождалось минимальными клиническими проявлениями – отмечалась тахикардия без снижения артериального давления. Рецидив подтверждался при экстренной ФГДС. Отмечалось присутствие в желудке минимального количества крови – 10–20 мл. Повторный эндоскопический гемостаз оказался успешен у 15 больных, еще у 2 были выполнены экстренные операции без летальных исходов. Летальных исходов при рецидивной геморрагии не было.

Эффективность применения зонда-детектора с целью диагностики рецидивной геморрагии составила 94,9%.

В условиях постоянного контроля за состоянием гемостаза можно уверенно проводить медикаментозное лечение больных с остановившимся язвенным кровотечением. При проведении консервативной терапии у больных с предрецидивным синдромом индивидуально подбирали дозу антисекреторных препаратов для каждого пациента, контролируя кислотность желудочного сока в течение суток аппаратом «Гастроскан-24». За анализируемый период проведено исследование по применению инъекционных форм H₂-блокаторов (Квамател фирмы «Гедеон Рихтер») и ингибиторов протонной помпы (Лосек фирмы «Астра Зенека»). При исследовании обнаружены достоинства и недостатки каждого из них (таблица).

ТАБЛИЦА.

Клинические исследования антисекреторных препаратов мониторинговой pH-метрией

Препарат	Время начала действия	pH на первые сутки	pH на 3-и сутки
Квамател	15–30 минут	4–6	1,8–2,1
Лосек	45–60 минут	6–8	6,3–7,4

В результате использования H₂-блокаторов, антисекреторный ответ развивался через 15–25 минут после введения препарата. Фиксируемые значения pH в течение суток сохранялись на стабильно высоком уровне 4–6. Наиболее быстрый ответ наблюдался при болюсном введении 40 мг Кваматела. У части больных на фоне проведения антисекреторной терапии проведено повторное исследование кислотности желудочного сока аппаратом для одноразового определения pH (АГМ 03). При этом обнаружена следующая закономерность: начиная со 2-х суток введения Кваматела, значения pH снижались и на 3-и сутки составляли в среднем 1,8–2,1. В литературе этот эффект описан как «Синдром усталости H₂-рецепторов».

За 2 года работы (2005–2007 гг.) Квамател назначали для экстренной профилактики повторной геморрагии 107 больным с состоявшимся желудочно-кишечным кровотечением. Рецидивы кровотечения развились у 5 человек (4,6%).

При введении ингибиторов протонной помпы (препарат Лосек), антисекреторный ответ развивался спустя 45–60 минут после болюсного введения и сохранялся в течение 14–16 часов. Замедленная реакция объяснялась тем, что действие препарата проходило через каскад сложных химических реакций, однако получаемый антисекреторный ответ достигал более высоких значений pH – 6–8, что не сопровождалось синдромом усталости, что и было подтверждено контрольными измерениями pH на 3–4-е сутки лечения.

Клиническое применение Лосека в клинике начато в 2007 году. В течение 2007–2008 годов Лосек получали 13 человек. Рецидив геморрагии отмечен в 3 случаях. Причем у 2 больных повторное кровотечение состоялось в первые часы инфузии, до возможного развития анацидного состояния.

Нами высказано предположение, что оптимальной антисекреторной терапией является сочетание двух препаратов. Поэтому в лечении язвенного желудочно-кишечного кровотечения стали использовать комбинацию препаратов H₂-блокаторов и ингибиторов протонной помпы. В качестве стартового препарата используем однократное болюсное введение 40 мг Кваматела внутривенно. Затем продолжаем его инфузию по 20 мг 2 раза в сутки в течение 3 дней; 40 мг Лосека назначаем в виде дополнительной инфузии 2 раза в сутки, с последующим переводом на таблетированные ингибиторы протонной помпы, начиная с 5-х суток.

Предложенная схема лечения применена у 12 пациентов в 2009 году. По данным исследования pH обнаружен быстрый антисекреторный ответ в течение 15–20 минут. Рецидивов кровотечения среди этих больных не отмечено.

Дифференцированная хирургическая тактика с широким применением методов эндоскопического гемостаза, верификацией предрецидивного синдрома, динамической эндоскопией, антисекреторной терапией позволила в клинике снизить послеоперационную летальность с 9,45 до 6,25%; показатель общей летальности уменьшился с 4,94 до 2,36%.

Выводы

1. Для контроля за качеством гемостаза наряду с динамической эндоскопией целесообразно применять устройство «Зонд-детектор для ранней диагностики рецидива желудочно-кишечного кровотечения».

2. Адекватная и своевременная антисекреторная терапия позволяет избежать рецидивов язвенного кровотечения.

3. Оптимальной схемой антисекреторной терапии является комбинация инъекционных препаратов H₂-блокаторов (80 мг/сут. Кваматела) и ингибиторов протонной помпы (Лосека в дозе 80 мг/сут.). Для скорейшего достижения гипоацидного состояния необходимо однократное болюсное введение Кваматела в дозе 40 мг.

МА

ЛИТЕРАТУРА

1. Афендулов С.А. Превентивное хирургическое лечение язвенной болезни. Вестн. хирург. 2006. № 3. С. 18–23.
2. Булгаков Г.А. Хирургическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у лиц пожилого и старческого возраста. Хирургия. 2002. № 11. С. 24–26.
3. Гостищев В.К. Рецидив острых гастродуоденальных язвенных кровотечений. Хирургия. 2003. № 7. С. 43–49.
4. Красильников Д.М. Тактика хирурга у больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Практическая медицина. 2004. № 4 (9). С. 39–41.
5. Ермолов А.С. Гастродуоденальные кровотечения при критических состояниях. Хирургия. 2004. № 8. С. 41–45.
6. Bleu B.F. Final results: Rebleeding from peptic ulcers associated with adherent clots – prospective randomized controlled study comparing endoscopic therapy with medical therapy. Gastrointest. Endosc. 2005. № 8. Т. 45. Р. 251–260.