

© Коллектив авторов, 2009

УДК 616.33/.34-002.44-06:616.33/.34-005.1-036.87-08-084

А.А.Курыгин, Г.И.Синенченко, И.М.Мусинов

ПРИЧИНЫ РЕЦИДИВОВ ЯЗВЕННОГО ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ, ИХ ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ¹

2-я кафедра хирургии усовершенствования врачей (нач. — проф. Г.И.Синенченко) Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург

Ключевые слова: язвенные желудочно-кишечные заболевания, рецидивы, гемостаз, лечение.

Введение. Проблема язвенных желудочно-кишечных кровотечений остается чрезвычайно актуальной. К сожалению, при попытке ее решения она остается непобедимой, и больные во многих случаях умирают. Важно отметить, что ключевой вопрос этой проблемы — причины рецидивов кровотечения — остается недостаточно изученным, в результате чего послеоперационная летальность с наиболее признанных в клинической практике 14–15% среди больных с желудочно-кишечными кровотечениями при их рецидивах возрастает иногда до 50% [1–3, 5, 7, 9–11]. В настоящее время главная задача состоит в том, чтобы с помощью достижений медицинской науки и хирургии в том числе, при условии роста благосостояния наших граждан, добиваться снижения числа осложнений и летальных исходов при лечении язвенных желудочно-кишечных кровотечений, особенно среди не отягощенных серьезными сопутствующими заболеваниями пациентов.

Материал и методы. В основу работы положены материалы исследования, касающиеся 1019 больных с хроническими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненными кровотечением. Исследование было подчинено изучению причин рецидивов кровотечения. Среди наших больных рецидив кровотечения наблюдался у 124 (12,1%). У всех этих больных изучено состояние системы гемостаза, частота развития ДВС-синдрома, которая составила 25% при тяжелой кровопотере, а у 18% больных возникла эмболия легочной артерии. Кроме этого, у всех больных определяли активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), содержание тромбоцитов в крови в разные сроки постгеморрагического периода, показатели продуктов деградации фибрина/фиброгена (ПДФ), концентрацию растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК) и активность антитромбина III. На основании полученных результатов, определены лабораторные признаки развития ДВС-синдрома и его осложнений. Изучена роль противорецидивной антисекреторной терапии и лечебной эндоскопии

в развитии рецидива кровотечения в зависимости от тяжести кровопотери.

В результате исследования были сформулированы показания к неотложному, отсроченному и плановому хирургическому вмешательству при язвенных желудочно-кишечных кровотечениях, а также содержание консервативной противорецидивной терапии.

Результаты и обсуждение. В данном сообщении мы остановимся на: бесспорных и вероятных причинах рецидива язвенных кровотечений, связанных с тяжестью первичной кровопотери, нарушениями в системе гемостаза, топографоанатомической характеристикой язв, возможностями эндоскопических вмешательств на кровоточащей язве, а также на выборе вида консервативной терапии и хирургического вмешательства.

Не станем детально касаться причин рецидивов язвенного желудочно-кишечного кровотечения на догоспитальном этапе пребывания больных, а остановимся на более остром вопросе данной проблемы — причинах рецидива кровотечения у больных, находящихся на лечении в стационарах, в том числе специализированных, где имеются достаточно эффективные методы исследования и лечения.

Возникновение повторного кровотечения у больных, находящихся в хирургическом стационаре, приводит к возрастанию послеоперационной летальности до 22% против 7%, наблюдаемой среди всех больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Так, рецидив кровотечения в СПбНИИ СП им. И.И. Джанелидзе за период 2000–2004 гг. возник у 124 (17,7%) больных из 700 пациентов, которым при госпитализации была определена консервативная тактика лечения или хирургическое вмешательство было отложено на срок свыше 2 ч. При этом отмечено, что 80% рецидивов наблюдались при тяжелой и крайне тяжелой первичной кровопотере, из них в 61% случаев — в 1-е сутки пребывания больных в

¹ Работа доложена на 2302-м заседании 12.09.2007 г. Хирургического общества Пирогова и опубликована в журнале «Вестник хирургии им. И.И. Грекова». — 2008. — № 1. — С. 123–124.

стационаре. Отсюда напрашивается вывод о недооценке клинических предвестников повторного кровотечения.

Важными диагностическими критериями вероятного рецидива язвенного гастродуоденального кровотечения являются: тяжесть первичной кровопотери, возраст больных старше 60 лет, а также нарушения в системе гемостаза. При массивной кровопотере изменения в состоянии гомеостаза качественно отличаются от таковых при более легкой кровопотере. Прогрессирующее нарушение метаболизма в результате гипоксии органов и тканей у больных с тяжелой кровопотерей тормозит репаративные процессы, способствует нарастанию некробиоза в хронической язве и расплавлению внутрисосудистого тромба, что приводит к возобновлению кровотечения [3, 12].

Нами установлено, что у каждого 4-го больного, умершего от язвенного кровотечения, при патологоанатомическом исследовании обнаружены признаки ДВС-синдрома в виде множественных кровоизлияний в висцеральной и париетальной брюшине, плевре, легких, эпикарде, почках, слизистой оболочке желудка и кишечника, которые в ряде случаев сопровождаются другими геморрагическими осложнениями, а у 18% больных он сочетался с тромбозом легочной артерии. Указанные изменения при ДВС-синдроме усиливают кровопотерю, острую сердечно-сосудистую недостаточность, что требует ранней коррекции нарушений в системе гемостаза и профилактики тромбоза легочной артерии [8].

Результаты исследования системы гемостаза у 120 больных с язвенными желудочно-кишечными кровотечениями свидетельствуют о цикличности патологических изменений в системе гемостаза, когда гиперкоагуляция сменяется гипокоагуляцией разной степени выраженности. Гипокоагуляция в постгеморрагическом периоде сопровождается усилением интенсивности внутрисосудистого свертывания крови. Коагулопатия в постгеморрагическом периоде у одних больных является преимущественно следствием разведения крови, у других — носит смешанный характер — разведения и потребления в результате развития диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови [4, 6].

В нашем исследовании ДВС-синдром встречался в 17% случаев при средней, в 37,5% — при тяжелой и в 92% — при крайне тяжелой кровопотере. После рецидива кровотечения лабораторные признаки ДВС-синдрома наблюдались у 93% больных.

У пожилых людей с выраженной сопутствующей патологией при прочих равных условиях ДВС-синдром возникает чаще и протекает тяжелее. В распознавании этого грозного осложнения необходимо отдавать предпочтение лабораторным

методам диагностики, а в ходе лечения — осуществлять мониторинг системы гемостаза.

Так, увеличение АЧТВ более чем в 1,5 раза, снижение фибриногена до 1,5 г/л и уменьшение содержания тромбоцитов менее $130 \times 10^9/\text{л}$ в 1-е сутки постгеморрагического периода могут быть приняты за первые признаки ДВС-синдрома. Оценка проявления ДВС-синдрома в динамике должна проводиться на основании ПДФ, концентрации РФМК и активности антитромбина III. ДВС-синдром утяжеляет нарушения микроциркуляции в органах, ухудшает репаративные процессы в язве, усиливает плазминемию, которая способствует лизису тромба в язве и рецидиву кровотечения.

Важными клиническими критериями риска рецидива язвенного кровотечения считаются эндоскопические признаки устойчивости гемостаза в язве и надежность эндоскопической остановки кровотечения. Установлено, что высоким риском рецидива язвенного кровотечения, по эндоскопическим данным, являются струйное артериальное или диффузное продолжающееся кровотечение (Forrest Ia и b) после успешной лечебной эндоскопии, а также наличие в язве тромбированной артерии или фиксированного сгустка крови красного цвета (Forrest IIa и b). К низкому риску рецидива гастродуоденального кровотечения относятся язвы, в которых видны мелкие тромбированные сосуды и язвы под тромбом белого цвета (Forrest IIc–III).

Возникновение рецидива кровотечения в большой степени зависит от содержания противорецидивной терапии. Так, при включении в состав консервативной терапии антисекреторных препаратов рецидив кровотечения наблюдался у 37 (8,0%) больных из 461, а без применения этих препаратов — в 87 (36%) случаях из 239 больных, т.е. в 4,5 раза чаще. Установлено, что эффект противорецидивной терапии неодинаков при разной устойчивости гемостаза и тяжести кровопотери.

При устойчивом гемостазе рецидив кровотечения у 26 больных из 28 возник без применения H_2 -блокаторов и(или) блокаторов протонной помпы. Еще у двух больных его возникновение произошло после отмены антисекреторных препаратов. Таким образом, при устойчивом гемостазе, независимо от локализации язвы и тяжести кровопотери, назначение антисекреторных препаратов предотвращает рецидив кровотечения, что подтверждает значительную роль кислотно-пептической агрессии не только в разрушении тромбированных сосудов, но и в прогрессировании некробиотического процесса в язве. Из приведенных данных следует еще один важный вывод — антисекреторная терапия не должна прерываться.

Назначение антисекреторных препаратов при легкой и средней кровопотере привело к умень-

шению рецидивов кровотечений до 3% против 23%, которые наблюдались без их применения, т.е. в 7 раз реже. Иная ситуация возникает при использовании антисекреторных препаратов у больных с тяжелой и крайне тяжелой кровопотерей. Так, рецидивы кровотечения при гемостазе Forrest Па–Пб у больных с тяжелой кровопотерей без применения антисекреторных средств наблюдались в 67% случаев, а при применении этих препаратов — в 38%, т.е. в 1,5 раза реже.

Учитывая, что часть желудочных протеаз действуют при pH 6,5–7,0, т.е. почти в щелочной среде, для исключения воздействия кислотно-пептической агрессии на язвенный кратер необходимо добиваться такой среды, что особенно важно при наличии неустойчивого гемостаза. В результате проведенного исследования установлено, что болюсное внутривенное введение 80 мг лосека с последующим назначением этого препарата по 40 мг каждые 8 ч отвечает вышеуказанным требованиям. Антисекреторный эффект H_2 -блокатора гистаминовых рецепторов кваматела менее выражен.

Что касается лечебной эндоскопии, то наилучшие результаты её применения достигались при легкой и средней кровопотере. В этих условиях гемостаз при продолжающемся кровотечении был достигнут в 84% случаев, а рецидивы кровотечения наблюдались лишь в 13% случаев, причем на фоне антисекреторной терапии — только у 6% больных.

При тяжелой и крайне тяжелой кровопотере гемостаз с помощью лечебной эндоскопии был достигнут только в 62% случаев, а возобновление кровотечения наблюдалось у каждого 4-го больного и почти у половины из них — на фоне применения антисекреторных средств.

Оценка противорецидивного действия лечебной эндоскопии позволила сформулировать следующие принципы ее применения в лечении язвенного гастродуоденального кровотечения (ЯГДК).

1. Продолжающееся диффузное или струйное кровотечение является показанием к немедленно эндоскопическому гемостазу. Неоднократные попытки остановки кровотечения, особенно артериального из хронических каллезных язв, расположенных в кардиальном отделе и в теле желудка, а также на задней стенке двенадцатиперстной кишки, нецелесообразны, так как ведут к задержке оперативного вмешательства. Неустойчивый гемостаз также является показанием к проведению лечебной эндоскопии.

2. Для остановки продолжающегося кровотечения и профилактики его рецидива целесообразно использовать инъекционные методики, диатермокоагуляцию или аргонкоагуляцию. Сочетание инъекционного и одного из коагуляционных методов является более эффективным.

3. Контрольная фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) должна проводиться в течение 6–12 ч после первого исследования. При необходимости контрольная ФГДС может быть переведена в лечебную эндоскопию.

Коррекция системы гемостаза является частью комплексной консервативной терапии. Важно не только восстановление гемокоагуляционного потенциала, но и лечение ДВС-синдрома в случае его развития. Самостоятельным направлением терапии при ДВС-синдроме является устранение чрезмерной активации системы гемостаза, что достигается включением в состав инфузионной терапии адекватных доз свежезамороженной плазмы, воздействующей на тромбин и плазминемиию.

В клинике сформулированы основные критерии выбора тактики лечения язвенных желудочно-кишечных кровотечений, которыми являются:

— тяжесть кровопотери (тяжесть патофизиологических сдвигов);

— эндоскопические признаки продолжающегося кровотечения или степени устойчивости гемостаза в язвенном кратере;

— определение риска анестезии и операции с учетом возраста больного, тяжести сопутствующих заболеваний и кровопотери, а также объема предстоящего радикального вмешательства.

Результаты настоящей работы позволяют выделить дополнительные критерии риска рецидива, к которым относятся:

— локализация язв в теле и кардиальном отделе желудка вдоль малой кривизны и на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки;

— размер язвы желудка более 2 см и более 1 см для язвы двенадцатиперстной кишки;

— лабораторные признаки ДВС-синдрома.

Результаты нашего морфологического исследования объясняют наибольшую частоту рецидивов кровотечений из язв, расположенных на задней стенке кардиального отдела и тела желудка, а также на задней стенке двенадцатиперстной кишки. При локализации язв в этих отделах, как правило, происходит аррозия крупных артериальных сосудов, которая вызывает тяжелое кровотечение.

В антральном отделе желудка на малой кривизне располагаются конечные артерии задней нисходящей ветви левой и правой желудочных артерий, диаметр которых при внедрении в стенку желудка намного меньше, чем артерий, впадающих в тело и кардиальные отделы желудка. У больных с высоким риском оперативных вмешательств снижение послеоперационной летальности после выполнения отсроченных операций в наших случаях с 14,6 до 8% стало возможным благодаря проведению адекватной предоперационной подготовки и уменьшению частоты рецидивов кровотечения до 7%.

Показанием для неотложной операции (в течение 2 ч после поступления больного) при ЯГДК являются:

— продолжающееся кровотечение в случае отсутствия лечебной эндоскопии или неэффективности эндоскопического гемостаза;

— рецидив язвенного кровотечения в стационаре.

Отсроченной операции (в течение 24 ч после поступления) подлежат больные с высоким риском рецидива кровотечения без положительной динамики по данным эндоскопического исследования.

Вопрос о плановой операции решается индивидуально после коррекции постгеморрагических нарушений функций органов и систем. Показанием к ней, как правило, является невозможность исключить малигнизацию язвы желудка, а также язвенный стеноз двенадцатиперстной кишки или выходного отдела желудка.

Операцией выбора при хронической язве двенадцатиперстной кишки и препилорического отдела желудка, осложненной кровотечением, является стволовая ваготомия с пилоропластикой, прошиванием или иссечением язвы, а при язве желудка — резекция желудка. Паллиативные операции в виде одного только прошивания или иссечения язвы допустимы у больных, находящихся по разным причинам в крайне тяжелом состоянии.

Обоснованная в настоящем исследовании лечебная тактика позволила снизить общую летальность при ЯГДК в проспективной группе больных до 3,3% против 7% — в ретроспективной группе. Улучшение результатов лечения достигается за счет снижения оперативной активности с 44 до 21%, уменьшения неотложных оперативных вмешательств, а также за счет снижения послеоперационной летальности после выполнения отсроченных операций с 14,6% до 8% путем проведения адекватной предоперационной подготовки и снижения частоты рецидивов кровотечения до 7%.

Как видно из приведенных данных, наши усилия в лечении больных с острыми язвенными желудочно-кишечными кровотечениями привели к некоторому успеху, однако в целом проблема остается нерешенной.

Выводы. 1. Возникновение рецидива язвенного желудочно-кишечного кровотечения зависит от тяжести кровопотери, локализации и размеров язвы и прогрессирующего некробиотического процесса в язве.

2. Развитие ДВС-синдрома утяжеляет состояние больного, ухудшает репаративные процессы в язве, поддерживает генерализованную плаزمинемию, которая усиливает лизис тромба в язве, все это приводит к рецидиву кровотечения.

3. Комплексная лекарственная терапия с включением антисекреторных препаратов и лечебной эндоскопии являются важными составляющими в профилактике возобновления кровотечения на почве хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Багненко С.Ф., Синенченко Г.И., Курыгин А.А. Мусинов И.М. Роль системы гемостаза в возникновении рецидива желудочно-кишечного кровотечения // Скорая медицинская помощь.—2006.—№ 4.—С. 72–76.
2. Вербицкий В.Г. Желудочно-кишечные кровотечения язвенной этиологии: Дис. ... д-ра мед. наук.—СПб., 1999.—309 с.
3. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Антисекреторная терапия как составная часть гемостаза при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях // Хирургия.—2005.—№ 8.—С. 52–57.
4. Момот А.П. Дискордантные сдвиги фибринолиза при остром и подостром ДВС-синдроме // Тромбоз, гемостаз и реол.—2005.—№ 1.—С. 45–48.
5. Мусинов И.М. Острые язвенные желудочно-кишечные кровотечения. Причины рецидивов, состояние системы гемостаза, лечение: Дис. ... д-ра мед. наук.—СПб., 2007.—300 с.
6. Папаян Л.П., Барышев Б.А. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови — трагический срыв системы гемостаза // Трансфузиология.—2001.—№ 2.—С. 52–71.
7. Сацукевич В.Н., Сацукевич Д.В. Факторы риска острых осложнений гастродуоденальных язв.—М.: Либерия, 1999.—416 с.
8. Синенченко Г.И., Селиванов Е.А., Мусинов И.М. Состояние системы гемостаза при язвенных желудочно-кишечных кровотечениях // Вестн. хир.—2006.—№ 2.—С. 15–19.
9. Basan H.A., Kim U. Fatal gastroduodenal artery bleeding // Gastrointest. Endosc.—2003.—Vol. 58, № 5.—P. 755–762.
10. Rockall T.A., Logan R.F.A., Devlin H.B. et al. Risk assessment after acute upper gastrointestinal hemorrhage // Gut.—1996.—Vol. 38, № 3.—P. 316–321.
11. Saeed Z.A., Cole R.A., Ramirez F.C. et al. Endoscopic retreatment after successful initial hemostasis prevents ulcer rebleeding // Endoscopy.—1996.—Vol. 28, № 3.—P. 288–294.
12. Sung J.J., Chan F.K., Lau J.Y. et al. The effect of endoscopic therapy in patients receiving omeprazole for bleeding ulcer with nonbleeding visible vessels or adherent clots. A randomized comparison // Ann. Intern. Med.—2003.—Vol. 139, № 4.—P. 237–243.

Поступила в редакцию 16.09.2008 г.

A.A.Kurygin, G.I.Sinchenko, I.M.Musinov

CAUSES OF RECURRENCES OF GASTRO-INTESTINAL ULCER BLEEDING, THEIR PROPHYLACTICS AND TREATMENT

The authors have analyzed main causes of recurrences of gastro-intestinal ulcer bleeding which are thought to be the continuing ulcer alteration, lysis of the protective thrombus with gastric juice or the fibrinolysis system. The data obtained allowed determination of laboratory signs of the development of DIC-syndrome and its significance in the appearance of recurrent bleeding and greater lethality. The role of antirecurrence antisecretory therapy and therapeutic endoscopy was studied for prevention of recurrent bleeding depending on the degree of blood loss. The indications were formulated for emergency, postponed and planned surgery for gastro-intestinal ulcer bleedings as well as the content of conservative antirecurrence therapy.