

© Коллектив авторов, 2007
УДК 616.33/.342-002.44-005.1-082

С.Ф.Багненко, Г.И.Синенченко, В.Г.Вербицкий, А.А.Курыгин

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТОКОЛОВ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И.Джанелидзе (дир. — чл.-кор. РАМН проф. С.Ф.Багненко), 2-я кафедра хирургии усовершенствования врачей (нач. — проф. Г.И.Синенченко) Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург

Ключевые слова: язвенные кровотечения, организация, тактика лечения, результаты.

Летальность среди пациентов, госпитализированных по поводу кровотечения из хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки, за последние полстолетия не снижается и составляет 8–14%. В большинстве случаев неблагоприятный исход лечения язвенных кровотечений (ЯК) связан с пожилым возрастом и тяжелой сопутствующей патологией пациентов, доля которых среди госпитализированных в стационары за указанный период существенно возросла [4].

Не вызывает сомнений тот факт, что результаты лечения ЯК существенно лучше в специализированных стационарах. Во многом это определяется тем, что диагностика и лечение ЯК — мультидисциплинарная клиническая проблема. В рекомендациях Британского Общества гастроэнтерологов [3] и согласительного совещания под эгидой Канадской Ассоциации гастроэнтерологов [1] отмечена необходимость разработки в каждом стационаре мультидисциплинарного протокола по оказанию медицинской помощи данной категории больных.

В отделе хирургической гастроэнтерологии НИИСП им. И.И.Джанелидзе были разработаны протоколы организации оказания лечебно-диагностической помощи при кровотечениях из хронических язв желудка, двенадцатиперстной кишки и пептических язв гастроэнтероанастомоза, которые применяются в клинической практике с 2002 г.

Цель настоящей работы — изложить основные принципы организации лечебно-диагностической помощи больным с ЯК, обсудить результаты и проблемы их реализации в клинической практике.

Ежегодно в центре по лечению желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) НИИСП

им. И.И.Джанелидзе оказывается помощь 200–250 больным с ЯК, т. е. каждому пятому пациенту с данной патологией в Санкт-Петербурге. Все больные с общеизвестными признаками ЖКК или при обоснованном подозрении на таковое подлежат немедленному направлению в хирургические стационары крупных многопрофильных больниц, где круглосуточно обеспечивается дежурная эндоскопическая служба и штатная служба (кабинет, отделение) переливания крови. Важными условиями оказания специализированной медицинской помощи при ЖКК любой этиологии следует считать наличие персонала, обученного и владеющего современными методиками лечебной эндоскопии и аппаратуры для выполнения всего арсенала (не менее двух) методик экстренной лечебной эндоскопии. Направление больных с ЖКК в ближайшие районные или городские больницы, в которых не обеспечены данные условия, может быть оправдано крайней степенью состояния больных или другими исключительными обстоятельствами.

При первичном осмотре в приемном отделении (ПО) стационара необходимо решить два вопроса: выставить диагноз «желудочно-кишечное кровотечение» и в отдельных случаях предположить его источник и определить тяжесть состояния («тяжелое ЖКК» или «нетяжелое ЖКК»), которое нередко зависит не только от степени и интенсивности кровопотери, но и от тяжести сопутствующей патологии, определяющей индивидуальную реакцию организма больного на кровопотерю. Всем больным этой группы в ПО стационара должно быть выполнено: измерение АД и ЧСС, пальцевое исследование прямой кишки, установлен желудочный зонд, произведены общий анализ крови, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости (при отсутствии нарушений гемодинамики). Зондирование желудка необходимо производить в

первую очередь в диагностически сомнительных случаях с целью уточнения характера содержимого желудка (неизменная кровь, «кофейная гуща», примесь желчи), что в дальнейшем поможет в оценке тяжести заболевания и определении условий дальнейшего обследования и лечения. Кроме этого, промывание желудка через зонд позволяет эвакуировать кровь и повышает информативность экстренной эндоскопии.

В зависимости от выраженности проявлений кровотечения и тяжести состояния все больные с желудочно-кишечным кровотечением в ПО разделяются на 2 основные группы: «тяжелое ЖКК» и «нетяжелое ЖКК». Критериями для отнесения к группе «тяжелое ЖКК» являются: возраст старше 60 лет, неоднократные рвота малоизмененной кровью («кофейной гущей») и(или) мелена, а также выделение с калом алой или малоизмененной крови (гематоксиз) в анамнезе, коллапс, потеря сознания, тахикардия — частота сердечных сокращений 100 в 1 мин и более, гипотензия — систолическое АД 100 мм рт. ст. и менее, концентрация гемоглобина менее 100 г/л, поступление малоизмененной крови по заведенному в ПО желудочному зонду или при пальцевом исследовании прямой кишки, наличие сопутствующих заболеваний в стадии суб- и декомпенсации, требующих неотложных лечебных мероприятий или непосредственно угрожающих жизни больного. Наличие четырех и более из перечисленных признаков позволяет диагностировать у больного «тяжелое ЖКК», что требует направления его в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) для дальнейшего обследования и лечения. Подобные принципы отбора данной группы больных на этапе ПО позволяют прогнозировать в ней риск рецидива кровотечения у 15–43% больных, а вероятность летального исхода — у 11–45% [2, 5, 6]. Остальные пациенты относятся к группе «нетяжелое ЖКК» и подлежат обследованию в условиях ПО (кабинета эндоскопии), а в дальнейшем большинству из них показано лечение и наблюдение на профильном хирургическом отделении. Риск рецидива ЖКК в этой группе составляет от 0 до 10%, а вероятность наступления летального исхода — 0–2,5%.

Больные, находящиеся в критическом состоянии с нестабильными показателями гемодинами-

ки, минуя ПО, направляются в ОРИТ или операционную, где на фоне интенсивной терапии проводится комплекс диагностических мероприятий, в том числе экстренная лечебно-диагностическая эндоскопия с дальнейшим решением вопроса о тактике лечения. Учитывая небольшой удельный вес продолжающихся кровотечений, которые не удастся остановить современными методиками лечебной эндоскопии, направление подобных больных, находящихся по разным причинам в критическом состоянии, сразу при поступлении в операционную нельзя считать абсолютно целесообразным.

Диагностические мероприятия у больных группы «тяжелое ЖКК» включают обязательные и дополнительные исследования (по показаниям). Обязательные исследования: ФГДС, ЭКГ, рентгенография груди (если не выполнены в ПО), биохимический анализ крови (сахар, мочевины, креатинина крови, общий белок), определение группы крови и резус-принадлежности. Дополнительные исследования: количество тромбоцитов, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), международное нормализованное отношение (МНО), фибринолитическая активность крови, биохимический анализ крови (билирубин, АСТ, АЛТ, калий и натрий), РаО₂, ЦВД.

В условиях ОРИТ после постановки катетера в магистральную вену и начала инфузионно-трансфузионной терапии (ИТТ) проводится комплексная оценка общесоматического статуса для выяснения степени риска операции и уточняется тяжесть кровопотери по 3-степенной шкале для составления программы ее восполнения. Параллельно осуществляется лечебно-диагностическая фиброгастроуденоскопия (ФГДС). Последовательность лечебно-диагностических мероприятий определяется индивидуально в зависимости от тяжести состояния больного и наличия признаков продолжающегося кровотечения.

Для объективизации степени риска анестезии и операции целесообразно использовать общепринятую классификацию Американского Общества анестезиологов (ASA) либо балльные системы оценки полиорганной недостаточности MODS и APACHE II. К группе «высокого риска операции» по ASA относятся пациенты IV–V степени тяжести соматического состояния и риском радикаль-

Ориентировочные объем и соотношение средств ИТТ на этапе коррекции расстройств гемодинамики

Тяжесть кровопотери	Объем ИТТ, мл/кг	Кристаллоиды, %	Синтетические коллоиды, %	Гемотрансфузионные средства, %
Легкая	10	100	–	–
Средняя	30	65	15	20
Тяжелая	60	50	20	30 и более

ного хирургического вмешательства — III «Э» степени (резекция желудка или ваготомия с пилоропластикой), более 10 баллов по шкале MODS или более 20 баллов по APACHE II.

Объем и состав ИТТ зависят от величины кровопотери и представлены в таблице.

Дефицит ОЦК необходимо восполнять в течение 6 ч на 60–70%, а к исходу 1-х суток — полностью. ИТТ необходимо начинать с кристаллоидных плазмозаменителей. При отсутствии эффекта от ИТТ — синтетические коллоидные плазмозаменители до 800–1000 мл (10–14 мл/кг). Неэффективность терапии указанными плазмозаменителями является показанием к назначению глюкокортикоидных гормонов в дозах 5–15 мг/кг гидрокортизона. На начальном этапе лечения больных с кровопотерей (при гиповолемии) гемо- и плазмотрансфузия проводится после стабилизации АД на фоне ИТ кристаллоидными и коллоидными плазмозаменителями. При нормоволемии показанием для гемотрансфузии является снижение концентрации гемоглобина ниже 70 г/л и гематокрита ниже 25% или наличие признаков гемической гипоксии. При ИТТ ЯК с тяжелой степенью кровопотери целесообразно использование перфторана и инфузионных антигипоксантов (мафусола, полиоксифумарина, реамберина и др.).

Критериями адекватности восстановления ОЦК после массивной кровопотери служат: уровень САД — 80–100 мм рт. ст., величина ЦВД — не более 12 см вод. ст., скорость диуреза — не менее 40 мл/ч, насыщение гемоглобина капиллярной крови кислородом не менее 95% при FiO_2 менее 0,3.

ФГДС при тяжелом ЯК должна быть выполнена в экстренном порядке соответственно тяжести состояния больного в течение 2 ч после поступления в стационар. Противопоказанием для проведения лечебно-диагностической ФГДС может быть только терминальное состояние больного. Признаки продолжающегося или состоявшегося кровотечения целесообразно характеризовать, используя общепринятую классификацию J.A.Forrest (1974) — F I, F II, F III.

Эндоскопическая характеристика источника ЯК, наряду с клинико-лабораторными критериями тяжести кровопотери, определяет высокий либо низкий риск рецидива кровотечения, что играет важную роль в выборе тактики лечения пациентов с ЯК. Эндоскопическими признаками высокого риска рецидива ЯК являются: F IA, B, C; F IIA, B. В ряде случаев размер язвы более 2 см и локализация ее на задней стенке желудка или двенадцатиперстной кишки могут являться дополнительными эндоскопическими признаками, свидетельствующими о высоком риске рецидива ЯК. Эндоскопические критерии высокого риска реци-

дива (F IA, B, C; F IIA, B) являются показанием к немедленному эндоскопическому гемостазу. Для остановки продолжающегося ЯК и профилактики его рецидива могут применяться инъекционные методики, термокоагуляция, клипирование сосудов, аргонно-плазменная коагуляция. Их сочетание нередко бывает более эффективным. Следует отметить, что клипирование сосудов является перспективным методом эндоскопического гемостаза и профилактики рецидива. Однако технические трудности его выполнения в хронической язве, экономическая целесообразность и общепризнанная необходимость дополнительных сравнительных исследований по изучению эффективности клипирования при ЯК определяют ограниченное применение данной методики.

Согласно рекомендациям Международного (Канадско-Французского) консенсуса по лечению больных с неварикозными кровотечениями из верхних отделов ЖКТ [3] и руководству Британского Общества гастроэнтерологов по данной проблеме [5], ни один из растворов, применяемых для эндоскопической инъекционной терапии, не имеет преимуществ перед другими (раствор адреналина 1:10 000, этанол, изотонический раствор натрия хлорида, цианоакрилат, полидоканол, тромбин, фибрин и т. д.). Не отмечено в рандомизированных исследованиях и существенных преимуществ среди методов термокоагуляции (диатермокоагуляция, мультиполярная электрокоагуляция или лазерная коагуляция). Более того, лазеротерапия в экстренных ситуациях используется в настоящее время все реже вследствие высокой стоимости и громоздкости аппаратуры. Аргонно-плазменная коагуляция является более безопасной, эффективной и простой в применении, чем стандартная электрокоагуляция. Однако в настоящее время достоверных различий между применением инъекционной терапии в сочетании с термокоагуляцией и инъекционной терапии в сочетании с аргонно-плазменной коагуляцией не выявлено.

По мнению большинства исследователей, занимающихся проблемой лечения острых неварикозных кровотечений из верхних отделов ЖКТ, программируемые повторные лечебные эндоскопические вмешательства с целью профилактики рецидива нецелесообразны.

Помимо ИТТ, направленной на восстановление функции жизненно важных органов и систем, при массивных ЯК необходимо проводить медикаментозную коррекцию развивающихся коагуляционных расстройств (системную гемостатическую терапию). Базисная системная гемостатическая терапия включает в себя введение: этамзилата (дицинона) 12,5% 2 мл (в/в, в/м) 4 раза в сутки, викасола 1% 1 мл (в/в, в/м) 2 раза в сутки, хлорида кальция 10% 10 мл (в/в) 2 раза в сутки. У

всех больных с ЯК увеличение АЧТВ более 40 с, МНО более 1,3 и снижение количества тромбоцитов менее $80 \times 10^9/\text{л}$ свидетельствует о гипокоагуляции и требует назначения 1–2 доз СЗП в сутки. Повышение фибринолитической активности плазмы крови выше 20% является показанием к назначению производных аprotинина (контрикала — по 50 000 КИЕ в сутки или других) и/или аминокaproновой кислоты 5% 100 мл — в/в 1–2 раза в сутки.

В результате обследования больные с тяжелыми ЯК относятся к одной из 3 групп.

1-я — «Неотложная операция в течение 2 ч»: больные с продолжающимся ЯК и неэффективной лечебной эндоскопией; пациенты с рецидивом ЯК в стационаре.

2-я — «Консервативное лечение в условиях ОРИТ»: больные с высоким риском рецидива кровотечения; больные, нуждающиеся в коррекции нарушений гомеостаза на фоне тяжелой кровопотери и/или по общесоматическому статусу. Высокий риск рецидива ЯК окончательно определяется по эндоскопическим данным (Forrest IA, B, C и F II A, B) после успешной лечебной эндоскопии. Этим больным, оставленным для консервативного лечения в ОРИТ, показана контрольная ФГДС в течение 12 ч после первичной. При отсутствии благоприятной динамики эндоскопических признаков кровотечения на фоне консервативного лечения коллегиально, с учетом общесоматического статуса больного принимается решение о срочной (отсроченной) операции в течение 24 ч после поступления. Под благоприятной динамикой эндоскопических признаков кровотечения понимается отсутствие крови в просвете желудка (двенадцатиперстной кишки), изменение признаков кровотечения до F I C и III. Эти больные при отсутствии общесоматических показаний к пребыванию в ОРИТ могут быть переведены для дальнейшего лечения в специализированное хирургическое отделение.

3-я — «Больные, не нуждающиеся в дальнейшем лечении в ОРИТ»: больные, не относящиеся к 1-й и 2-й группе. Как правило, это пациенты со средней (реже тяжелой) степенью кровопотери, стабильные, без тяжелой сопутствующей патологии и низким риском рецидива (F I C и III). Эти больные подлежат переводу для дальнейшего лечения в специализированное хирургическое отделение.

Всем больным, у которых избрана консервативная тактика лечения (2-й и 3-й групп), а также пациентам, подвергшимся оперативному вмешательству с прошиванием язвы, в течение 2 ч должна быть начата инфузионная антисекреторная терапия. Наиболее эффективная схема: начальное болюсное внутривенное введение 80 мг омепразола с последующей постоянной инфузией препарата в дозе 8 мг/ч (200 мг/сут) в течение 3 сут.

Данная схема может быть рекомендована в первую очередь пациентам с высоким риском операции и рецидива язвенного кровотечения. Достоверно не отличаются по эффективности схема болюсного внутривенного введения омепразола (80 мг и далее по 40 мг 2–3 раза в сутки в течение 3 сут) в комбинации с октреотидом (300 мг/сут, в/в, п/к) и фамотидином 40 мг на ночь; монотерапия омепразолом в болюсном режиме (80 мг и далее по 40 мг 2–3 раза в сутки в течение 3 сут). С 4–5-х суток осуществляется переход на пероральный прием омепразола в дозах 80–120 мг/сут. При недостатке средств, отпущенных на лечение в рамках ОМС, возможно применение фамотидина в монорежиме.

Больные группы «нетяжелое ЖКК» после ФГДС в условиях кабинета эндоскопии и подтверждения диагноза кровотечения из хронической язвы желудка (двенадцатиперстной кишки) при эндоскопически низком риске рецидива (F I C и F III) подлежат консервативному лечению в условиях специализированного хирургического отделения. При обнаружении в ходе ФГДС рецидива язвенного кровотечения, признаков высокого риска рецидива или ухудшении общего состояния лечебная тактика соответствует таковой в 1-й и 2-й группе, а больные направляются соответственно в операционную или ОРИТ.

Консервативное лечение в хирургическом отделении включает: щадящую диету с первых суток, инфузионную терапию и коррекцию коагуляционных расстройств в соответствии с принципами изложенными ранее, антисекреторную терапию: болюсно 80 мг омепразола внутривенно, далее пероральный прием омепразола по 80–120 мг/сут (эзомепразол, рабепразол — 20 мг/сут) в течение срока пребывания в стационаре. Если выявлена инфицированность *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) цитологическим и/или уреазным методами, целесообразно начать курс эрадикационной терапии в виде дополнения к омепразолу (80 мг/сут) — кларитромицина 500 мг 2 раза в сутки и амоксициллина 1000 мг 2 раза в сутки. В экстренных ситуациях на фоне ЯК биопсия с целью выявления инфицированности *H. pylori* и проведение эрадикационной терапии нецелесообразны, так как тесты на *H. pylori* нередко дают ложноотрицательные результаты, а непосредственное влияние инфекции на возникновение рецидива ЯК в настоящее время не доказано. На данный момент признается значение *H. pylori* в возникновении обострения язвенной болезни и повышении вероятности развития повторного кровотечения.

Основная задача оперативного вмешательства при ЯК состоит в спасении жизни пациента путем

выполнения адекватного состоянию больного объема операции, позволяющего устранить источник кровотечения, обеспечить надежный гемостаз и по возможности излечить от язвы желудка или двенадцатиперстной кишки. Выбор хирургической тактики лечения больных с ЯК должен быть направлен на выполнение, по возможности, радикальной операции. Операцией выбора при язве желудка является его резекция, при язвах двенадцатиперстной кишки и препилорического отдела желудка — стволовая ваготомия с дренирующими желудок вмешательствами. Альтернативная операция — резекция желудка. При залуковичных язвах двенадцатиперстной кишки, осложненных кровотечением, резекция желудка на выключение нецелесообразна. В этих случаях следует применять дренирующие желудок операции с прошиванием кровоточащей язвы, дополненные стволовой ваготомией. Допустимо применение ваготомии с пилоропластикой при кровоточащей дуоденальной язве, сочетающейся с неосложненной язвой желудка. Оптимальным вмешательством при кровотечениях пептических язвах желудочно-кишечных соустьев следует считать стволовую ваготомию с прошиванием язвы. Паллиативные вмешательства в виде перевязки сосудов на протяжении, одного только прошивания или иссечения язвы допустимы у больных, находящихся по разным причинам в крайне тяжелом состоянии. В ходе оперативных вмешательств по поводу рецидивных ЯК и кровотечений с тяжелой степенью кровопотери целесообразно использовать в ИТТ перфторан (400 мл при FiO_2 более 0,4), благоприятно влияющий на кислородтранспортную функцию в условиях тканевой гипоксии. После радикальных органосохраняющих операций с прошиванием кровоточащей язвы и паллиативных вмешательств по поводу ЯК показана инфузионная антисекреторная терапия. Учитывая развитие постгеморрагического и послеоперационного иммунодефицита при тяжелой кровопотере и рецидивных ЯК, целесообразно проведение в ходе оперативного вмешательства антибиотикопрофилактики цефалоспоридами второго поколения или фторхинолонами + метронидазол.

Представленная тактика лечения ЯК позволила стабилизировать общую летальность при данной патологии в 2002–2005 гг. на уровне 3,5–6,5%, а послеоперационная летальность составила 7–10,5%. При этом оперативная активность снизилась с 39–41% (в 2002–2003 гг.) до 29–27% (в 2004–2005 гг.).

Анализ причин разброса показателей летальности за анализируемый период показал, что результаты лечения ЯК во многом определяются структурой поступивших больных, а именно удельным весом пациентов с тяжелой степенью кровопотери и высоким риском операции и анес-

тезии, возможностями проведения им полноценного консервативного лечения. Что касается последнего обстоятельства, то в 2005 г. лишь 55% от всех больных с ЯК лечебная эндоскопия проводилась при первичной ФГДС, при этом подавляющему большинству из них (80%) проводилось только инъектирование, а 20% — выполнялись комбинированные методики эндоскопического гемостаза. Антисекреторная терапия в течение 2 ч после поступления назначалась 68% больных с ЯК. У 60% из них в основном назначалась менее эффективная схема — фамотидин (внутривенно болюсно), у 30% — омепразол (внутривенно болюсно) и у 10% — комбинация препаратов (омепразол, аналоги соматостатина, фамотидин). В связи с этим именно с доступностью и качественными показателями важнейших элементов консервативного лечения ЯК мы связываем возможность дальнейшего улучшения результатов лечения данной патологии.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Barkun A., Bardou M., Marshall J.K. Consensus recommendations for managing patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding // *Ann. Intern. Med.*—2003.—Vol. 139, № 10.—P. 843–857.
2. Blatchford O., Murray W.R., Blatchford M. A risk score to predict need for treatment for upper gastrointestinal haemorrhage // *Lancet.*—2000.—Vol. 356.—P. 1318–21.
3. British Society of Gastroenterology Endoscopy Section. Non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage: guidelines // *Gut.*—2002.—Vol. 51, Suppl. IV.—P. 1–6.
4. Palmer K. Management of haematemesis and melaena // *Postgr. Med. J.*—2004.—Vol. 80.—P. 399–404.
5. Rockall T.A., Logan R.F.A., Devlin H.B. et al. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage // *Gut.*—1996.—Vol. 38.—P. 316–321.
6. Vreeburg E.M., Terwee C.B., Snel P. et al. Validation of the Rockall scoring system in upper gastrointestinal bleeding // *Gut.*—1999.—Vol. 44.—P. 331–335.

Поступила в редакцию 31.01.2007 г.

S.F.Bagnenko, G.I.Sinchenko, V.G.Verbitsky,
A.A.Kurygin

USE OF THE PROTOCOLS OF ORGANIZATION OF THE MEDICO-DIAGNOSTIC CARE FOR ULCEROUS GASTRODUODENAL BLEEDINGS IN CLINICAL PRACTICE

Results of realization of the protocols of organization of the medico-diagnostic care to patients with bleedings from chronic gastric and duodenal ulcers since 2002 have been analyzed. A simplified scale of the assessment of severity of ulcerous bleedings (UB) at admission including 8 criteria is proposed. Protocols of medical strategy for «severe UB» under conditions of the resuscitation unit are discussed. The principles of rendering the medico-diagnostic care for UB allowed stabilization of total lethality among these patients at the level of 3.4–3.7% at operative activity 27%. The possibility to improve results of the treatment of this pathology in future is associated by the authors with the available and high quality elements of conservative treatment.