

© Коллектив авторов, 2009
УДК 616.33/.342-002.44-005.1-08-084

Н.В.Лебедев, А.Е.Климов, И.О.Абуладзе

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Кафедра факультетской хирургии (зав. — проф. А.Е.Климов) Российского университета дружбы народов, Москва

Ключевые слова: симптоматические гастродуоденальные язвы, профилактика и лечение.

Введение. Лечение больных с кровотечениями из симптоматических гастродуоденальных язв, несмотря на внедрение в практику новых хирургических, эндоскопических и медикаментозных методов лечения, остается актуальной и сложной проблемой неотложной хирургии [3, 4, 11]. Острые эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются особенно актуальной проблемой в отделениях интенсивной терапии.

По данным литературы, острые гастродуоденальные язвы в 20–25% случаев осложняются кровотечением [6, 7], при этом летальность среди больных достигает 70% [2, 12].

Лечение осложнившихся кровотечениям симптоматических гастродуоденальных язв представляет значительные трудности. В связи с тем, что часто клинические признаки появления острых изъязвления гастродуоденальной зоны и их осложнений маскируются тяжелой сопутствующей патологией, большинство из них диагностируются с опозданием [1, 5, 8]. Единые подходы к лечению больных с острыми гастродуоденальными язвами, осложнившихся кровотечением, в настоящее время отсутствуют. Большая частота желудочно-кишечных кровотечений, связанных с острыми язвами, и высокие показатели летальности при этой патологии требуют дальнейшего изучения проблемы с целью выработки оптимальной тактики профилактики и лечения, которая позволила бы в условиях экстренной хирургии улучшить результаты лечения данной категории больных.

Цель нашего исследования — разработка методов профилактики и лечения больных с симптоматическими гастродуоденальными язвами, осложненных кровотечением.

Материал и методы. Работа основана на изучении 723 протоколов аутопсий больных, лечившихся в

нехирургических отделениях по поводу инфаркта миокарда, нарушения мозгового кровообращения, печеночно-почечной, сердечно-сосудистой недостаточности и анализе результатов лечения 468 больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями в период с 2004 по 2007 г. В последней группе больных хронические гастродуоденальные язвы выявлены у 318 (68%) пациентов, острые язвы — у 150 (32%).

Объективную оценку тяжести состояния больных проводили по шкале SAPS II [10]. Для оценки язвенного кровотечения использовали классификацию J.Forest [9].

Результаты и обсуждение. При анализе секционного материала в 102 (14,1%) случаях из 723 выявлены острые гастродуоденальные язвы и эрозии, причем только у 28 (27,5%) из 102 умерших они были диагностированы прижизненно. У 74 (72,5%) умерших эта патология явилась секционной находкой. Осложненное течение острых изъязвлений из 102 умерших отмечено в 51 (50%) наблюдении: в 49 случаях — развилось желудочно-кишечное кровотечение, а в 2 — перфорация стенки желудка и двенадцатиперстной кишки. Острая кровопотеря и постгеморрагическая анемия явились непосредственной причиной смерти у 6 (5,9%) больных, прободение острой язвы желудка и двенадцатиперстной кишки — у 2 (2,0%) больных. У остальных 94 умерших причиной смерти было основное заболевание.

По данным аутопсий, среди язвенных поражений преобладали одиночные дефекты. Как одиночные, так и множественные язвы преимущественно локализовались в желудке (всего — 48) и реже в двенадцатиперстной кишке (всего — 17). При множественных острых язвах в 5 случаях отмечено одновременное поражение обоих отделов гастродуоденальной зоны. Эрозивные поражения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) были только множественными, при сохранении преимущественной желудочной локализации (48 против 11), в 6 случаях отмечено эрозивное поражение обоих отделов гастродуоденальной зоны. Одновременное наличие язв и эрозии отмечено в 11 случаях, из

которых в 3 случаях имело место множественное эрозивно-язвенное поражение желудка и двенадцатиперстной кишки. Размер острых язв обычно не превышал 2,0 см [в среднем $(0,98 \pm 0,21)$ см].

Тяжесть состояния больных оказалась существенным фактором, влияющим на частоту образования острых изъязвлений гастродуоденальной зоны. В наших наблюдениях у 723 умерших больных тяжесть состояния в среднем составляла $(36,1 \pm 11,5)$ балла, а у группы больных с острыми изъязвлениями верхних отделов желудочно-кишечного тракта — $(43,8 \pm 10,6)$ балла по шкале SAPS II [10]. Острые язвы и эрозии выявлены у больных с тяжестью состояния 20–29 баллов в 9,8% (10 умерших), 30–39 баллов — 21,5% (22 умерших), 40–49 баллов — 41,2% (42 умерших), больше 50 баллов — 27,5% (28 умерших) (таблица).

Частота возникновения острых язв и эрозий в зависимости от тяжести состояния больных

Баллы по SAPS II	Частота возникновения острых язв	
	Абс. число	%
20–29	10	(9,8)
30–39	22	(21,5)
40–49	42	(41,2)
≥50	28	(27,5)
Всего	102	(100)

Таким образом, у больных с тяжестью состояния 40 баллов и выше по шкале SAPS II высока вероятность образования острых язв и эрозий. С уменьшением балла тяжести состояния вероятность образования острых гастродуоденальных язв и эрозий снижается.

Значительная частота возникновения острых язв у соматически тяжелых больных, трудности диагностики, возможность осложнений обуславливают важность поиска надежных методов профилактики данной патологии.

В наших наблюдениях из 102 умерших пациентов с острыми язвами в 23 (22,5%) случаях острое изъязвление гастродуоденальной зоны развилось несмотря на профилактику эрозивно-язвенных поражений. В 79 (77,5%) случаях профилактику не проводили (соотношение пациентов с профилактикой и без профилактики соответствовало 1:3,4). У 79 пациентов, которым профилактику не проводили, острое изъязвление осложнилось в 42 (53,2%) случаях кровотечением, а в 2 (2,5%) случаях — прободением язвы. У 23 умерших на фоне профилактики кровотечение из острых язв и эрозий возникло у 7 (30,4%) больных. Медикаментозную профилактику возникновения острых язв проводили антисекреторными препаратами:

H₂-блокаторами — в 14 случаях (Квамател парентерально — 40 мг/сут) и ингибиторами протонной помпы — в 9 случаях (Лосек парентерально — 40 мг/сут).

Противоречивые мнения о необходимости проведения эрадикации *H. pylori* в профилактике и терапии острых гастродуоденальных язв побудили нас изучить влияние данного макроорганизма на развитие острых гастродуоденальных язв и эрозий. Нами проведено обследование на хеликобактериоз 101 больного, из них 41 пациент — без язвенной болезни желудка и ДПК (с урологическими, терапевтическими, неврологическими, кардиологическими и другими заболеваниями) — 1-я группа, 30 больных с кровотечением из хронических гастродуоденальных язв — 2-я группа и 30 — с кровотечением из симптоматических язв желудка и ДПК — 3-я группа. Для определения наличия обсеменения слизистой оболочки гастродуоденальной зоны *H. pylori* использовали серологический метод исследования, основанный на определении антител (IgG, IgA) к *Helicobacter pylori* в сыворотке крови. Для выявления антигеликобактерных антител пользовались методом ИФА (иммуноферментный анализ). Забор крови производили в день поступления пациентов, до начала антибактериальной терапии. Кровь получали из центральной вены.

Анализ полученных результатов исследования показал, что частота обсеменения *H. pylori* слизистой оболочки гастродуоденальной области у больных с кровотечением из симптоматических язв такая же (50%), как и у пациентов без язвенных поражений верхних отделов желудочно-кишечного тракта (52,4%) ($p > 0,05$) и в 1,7 раза реже ($p = 0,0407$), чем у больных с кровотечением из хронических гастродуоденальных язв (86,7%). Это обстоятельство указывает на отсутствие влияния *H. pylori* в патогенезе образования острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки (рисунк).

Для назначения адекватной фармакотерапии необходимо составить правильное и по возможности полное представление о природе эрозивно-язвенных поражений. В этой связи важно четко дифференцировать язвенную болезнь, патогенез которой связан с инфекцией *H. pylori*, и симптоматические язвы — изъязвления гастродуоденальной слизистой оболочки, встречающиеся при различных заболеваниях и состояниях.

Наши исследования показали, что *H. pylori* не имеет ведущего значения в образовании острых гастродуоденальных язв, и терапия, направленная на эрадикацию *H. pylori* для профилактики их образования, не обоснована.

Анализ результатов лечения 468 больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями

показал, что кровотечение из симптоматических гастродуоденальных язв чаще возникало у пациентов пожилого (32,7%) и старческого (33,3%) возраста, а из хронических язв — у пациентов молодого (26,7%) и зрелого (31,1%) возраста (возрастная классификация ВОЗ). Если острые язвы примерно одинаковой частотой встречались у мужчин (52%) и у женщин (48%), то хронические гастродуоденальные язвы в 2,4 раза чаще встречались у мужчин (соответственно 70,5 и 29,5%).

Всего умерли 106 пациентов, поступавших с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Общая летальность составила 22,6%. Летальность при хронических гастродуоденальных язвах составила 19,8% (умерли 63 больных из 318). Летальность при симптоматических язвах составила 28,7% (умерли 43 больных из 150).

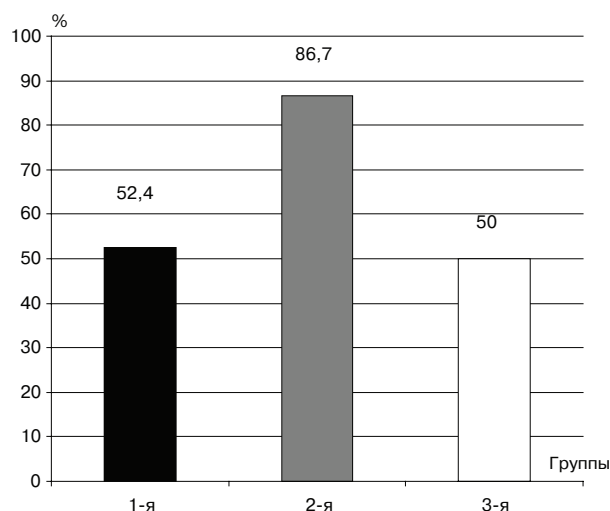
Острая кровопотеря и постгеморрагическая анемия явились непосредственной причиной смерти у 11 (3,5%) больных с хроническими язвами и 4 (2,7%) больных — с симптоматическими гастродуоденальными язвами. У остальных 94 умерших причиной смерти была различная сопутствующая патология.

При первом эндоскопическом исследовании интенсивность кровотечения из хронических и острых гастродуоденальных язв оказалась примерно одинаковой (FIA — 4,8 и 7,2%, FIB — 13,2 и 12%, FIIA — 26,4 и 23,5%, FIIB — 20,7 и 21,3%, FIIC — 34,9 и 36% соответственно).

Различные методики лечебной эндоскопии при кровотечениях из язв желудка и ДПК применены у 307 (65,8%) больных, поступивших с клиникой гастродуоденального кровотечения. Аргонплазменная коагуляция использована в 235 (76,5%) случаях, инъекционный метод — в 45 (14,7%), и радиоволновая коагуляция — в 27 (8,8%) случаях.

При стадировании кровотечения по Forrest IA [9] его удалось остановить у 86,4% пациентов с хроническими гастродуоденальными язвами и у 91% пациентов — с острыми. У пациентов с кровотечением Forrest IB гемостаз был достигнут в 97,6% случаев при хронических язвах и в 94,5% случаев — при острых. Отличие в частоте неудач при разных методах эндогемостаза недостоверно. После применения аргонплазменной коагуляции рецидивы возникали в 17,4%, инъекционной методики — в 22,1%, радиоволнового гемостаза — в 18,5% случаях. Рецидивы кровотечения после эндогемостаза при кровотечениях из хронических гастродуоденальных язв возникали в 18,4% случаев, при кровотечениях из острых язв — в 17,7% случаев ($p=0,5109$).

Кровотечение из острых гастродуоденальных язв явилось показанием к оперативному вмеша-



*Частота обсеменения *H. pylori* у больных без гастродуоденальной язвы (1-я группа), с хронической язвой (2-я группа), с острой язвой (3-я группа).*

тельству у 16 больных. Резекция $2/3$ желудка произведена 7 пациентам (3 летальных исхода), гастро(дуоденотомия) с прошиванием кровоточащей язвы — 8 (1 летальный исход), и одному больному произведено прошивание язвы с последующей стволовой ваготомией и пилоропластикой (больной умер).

Применение современных эндоскопических методов остановки кровотечений (аргонплазменная коагуляция), современных антисекреторных препаратов (лосек) и полноценного лечения основного заболевания позволяет успешно проводить консервативное лечение больных с кровотечениями из симптоматических гастродуоденальных язв, сводя к минимуму вероятность развития неустрашимого эндоскопически рецидива кровотечения. Показанием к оперативному вмешательству у больных с кровотечением из острых язв является только продолжающееся кровотечение, которое невозможно остановить методом эндоскопического гемостаза, или рецидив кровотечения при тяжести состояния больного менее 30 баллов по шкале SAPS II.

Выводы. 1. У соматически тяжелых больных основное заболевание в 14,1% случаев осложняется возникновением симптоматической гастродуоденальной язвы, которая, в свою очередь, в 50% случаев приводит к кровотечению или прободению. Только у 27,5% больных острые гастродуоденальные язвы диагностируются прижизненно, а у 72,5% больных эта патология является секционной находкой.

2. *H. pylori* не имеет ведущего значения в образовании острых гастроудоденальных язв. Терапия, направленная на эрадикацию *H. pylori* при кровотечениях из симптоматических гастроудоденальных язв, не обоснована.

Показанием к оперативному вмешательству у больных с кровотечением из острых язв является только продолжающееся кровотечение, которое невозможно остановить методом эндоскопического гемостаза, или рецидив кровотечения при тяжести состояния больного менее 30 баллов по шкале SAPS II.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- Бокерия Л.А., Ярустовский М.Б., Шипова Е.А. Острые гастроудоденальные кровотечения в сердечно-сосудистой хирургии.—М.: Изд-во НЦССХ им. А.Н.Бакулева РАМН, 2004.—186 с.
- Гаврилин С.В. Герасимов Г.Л., Бояринцев В.В. и др. Острая недостаточность органов желудочно-кишечного тракта при тяжелой огнестрельной травме // Вестн. хир.—2001.—№ 5.—С. 89–93.
- Гельфанд Б.Р., Мартынов А.Н., Гурьянов В.А., Шипилова О.С. Профилактика стресс-повреждений верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у больных в критических состояниях // Хирургия. Consilium medicum.—2003.—Прил. 2.—С. 16–20.
- Кобиашвили М.Г. Энтеральное питание пострадавших с тяжелой травмой // Вестн. хир.—2003.—№ 2.—С. 37–41.
- Котаев А.Ю. Острые эрозии и язвы верхнего отдела Желудочно-кишечного тракта, осложненные кровотечениями // Русск. мед. журн.—2006.—№ 6.—С. 501–504.
- Тверитнева Л.Ф., Пахомова Г.В., Крылов В.В. и др. Лечение острых изъязвлений верхних отделов желудочно-кишечного тракта у больных нейрореанимационного профиля // Вестн. хир.—2002.—№ 2.—С. 22–25.
- Яремчук А.Я., Зотов А.С. Современные принципы профилактики острых послеоперационных поражений желудочно-кишечного тракта // Вестн. хир.—2001.—№ 5.—С. 101–104.
- Brzozowski T., Konturek P.C., Konturek S.J. et al. Gastric adaptation to aspirin and stress enhances gastric mucosal against the damage by strong irritants // Scand. J. Gastroenterology.—2000.—Vol. 31, № 2.—P. 118–125.
- Forrest J.A.H., Finlayson N.D.C., Shearman D.J.C. Endoscopy in gastrointestinal bleeding // Lancet.—1974.—Vol. 17.—P. 394–397.
- Le Gall J.R., Lemeshow S., Saulnier F.A. New simplified acute physiology scores (SAPS II) based on a European/North American Multicenter Study // JAMA.—1993.—Vol. 170.—P. 2957–2963.
- Lewis J.D., Sibb C.E., Blecker D. Endoscopy for hematochezia in patients under 50 years of age // Dig. Dis. Sci.—2005.—Vol. 46, № 12.—P. 2660–2665.
- Zeltsman D., Rowland M., Shanavas Z. et al. Is the incidence of hemorrhagia stress ulceration in surgical critically ill patients affected by modern antacid prophylaxis? // Amer. Surg.—1998.—Vol. 62, № 12.—P. 1010–1013.

Поступила в редакцию 04.09.2008 г.

N.V.Lebedev, A.E.Klimov, I.O.Abuladze

PROPHYLACTICS AND TREATMENT OF BLEEDINGS FROM SYMPTOMATIC GASTROUDODENAL ULCERS

The work deals with problems of prophylactics and treatment of patients with symptomatic gastroduodenal ulcers complicated by bleedings. In somatically critical patients the main disease in 14% of cases is complicated by the appearance of symptomatic gastroduodenal ulcer which in its turn results in bleedings or perforation in 50% of cases. *H.pylori* is of no leading significance in formation of acute gastroduodenal ulcers. The only indication to surgery in patients with bleedings from acute ulcers is persistent bleeding which can not be arrested by the method of endoscopic hemostasis or a recurrent bleeding in patients with the state of severity not less that 30 scores by the SAPS II scale.