

В.А. Белобородов, Е.А. Кельчевская

РЕЦИДИВЫ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ОСТРЫХ ЯЗВ И ЭРОЗИЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ (Иркутск)

Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 386 больных с острыми кровоточащими язвами и эрозиями верхних отделов пищеварительного тракта. Установлено, что рецидивы кровотечения чаще развиваются у больных с гастродуоденальными острыми язвами и эрозиями (12,3 %) по сравнению с эрозивно-язвенным эзофагитом (9,0 %), повышают оперативную активность до 26,9 % и количество летальных исходов — до 42,3 %. Эффективность эндоскопического гемостаза при активном пищеводном кровотечении и его рецидивах в комплексе с гемостатической, заместительной и антисекреторной терапией составила 90,9 %, при гастродуоденальном кровотечении — 88,8 %.

Ключевые слова: острые язвы и эрозии, кровотечение, рецидив, эндоскопический гемостаз

RELAPSES OF BLEEDING FROM ACUTE ULCERS AND EROSIONS OF UPPER DIGESTIVE TRACT

V.A. Beloborodov, E.A. Kelchevskaya

Irkutsk State Medical University, Irkutsk

We performed retrospective analysis of the results of treatment of 386 patients with acute bleeding ulcers and erosions of upper digestive tract. It was determined that relapses of bleeding more frequently appear in patients with acute gastroduodenal ulcers and erosions (12,3 %) in comparison with erosive ulcerative esophagitis (9 %), increase the percentage of surgical procedures to 26,9 % and percentage of lethal outcomes — to 42,3 %. The effectiveness of endoscopic hemostasis at vigorous esophageal bleeding and its relapses in complex with haemostatic, replacement and antisecretory therapy was 90,9 %, at gastroduodenal bleeding — 88,8 %.

Key words: acute ulcer and erosion, bleeding, relapse, endoscopic hemostasis

Проблема кровотечений из острых язв и эрозий верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ), несмотря на проведенные многочисленные продуктивные исследования, остается актуальной и в настоящее время. Поверхностные повреждения слизистой ВОПТ в последние десятилетия занимают в структуре причин желудочно-кишечных кровотечений второе место [8]. Современный эндоскопический гемостаз, комплексная гемостатическая и антисекреторная терапия улучшили результаты лечения кровоточащих острых язв и эрозий, но не исключили возможности развития рецидивов кровотечения, которые значительно увеличивают число неблагоприятных исходов лечения [5]. Многочисленные попытки создать новые программы, схемы, методики прогнозирования рецидивов кровотечения с учетом дополнительных клинических, лабораторных, эндоскопических, морфологических данных требуют сложных расчетов, ориентированы на возможности отдельных лечебных учреждений и разработаны преимущественно для хронических язв [1, 6].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С целью изучения возможности прогноза, профилактики и лечения рецидивов кровотечения из острых язв и эрозий пищевода и гастродуоденальной зоны (ГДЗ) проведен анализ эффективности обследования и лечения 386 больных с острыми язвами и эрозиями ВОПТ, подписавшие добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Среди них было 272 (70,5 %) мужчи-

ны и 114 (29,5 %) женщин. Все больные поступали в экстренном порядке с клиническими проявлениями желудочно-кишечного кровотечения. В поздние сроки (позже 24 часов) поступили 41,4 % больных. Кроме стандартного клинического обследования всем больным в ближайшие часы от момента поступления выполняли экстренную эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС), а при тяжелом состоянии больных и отсутствии признаков продолжающегося кровотечения — после стабилизации состояния. Динамическое эндоскопическое исследование проводили при высоком риске рецидива кровотечения и неустойчивом гемостазе.

Проведен мультифакторный анализ с изучением данных анамнеза, клинико-лабораторных показателей на различных этапах лечения, данных эндоскопических исследований, эффективности эндоскопического гемостаза и результатов лечения. Тяжесть кровопотери оценивали по классификации В.С. Савельева [4]. При оценке активности кровотечения и риска рецидива кровотечения использовали классификацию J. Forrest [9]. Для сравнительного анализа данных определяли средние арифметические величины и ошибку средней величины ($M \pm m$). Значимость различий определяли с помощью t-критерия Стьюдента при критическом уровне значимости при проверке статистических гипотез $p = 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Для проведения сравнительного анализа результатов лечения выделены две группы больных. В

первую группу вошли 175 больных с локализацией острых язв и эрозий в пищеводе, во 2-ю группу — 211 больных с эрозиями и язвами в ГДЗ.

Отношение мужчин к женщинам в первой группе составило 4,3 : 1 и во 2-й группе — 1,7 : 1. В первой группе значительно преобладали лица трудоспособного возраста, а пожилой и старческий возраст был у 8,0 % больных. Во 2-й группе доля лиц старше 60 лет составила 38,9 %.

У больных 1-й группы преобладала кровопотеря легкой степени тяжести (64,9 %), 2-й группы — кровопотеря тяжелой степени (47,4 %) (табл. 1).

Таблица 1
Распределение больных по степени тяжести кровопотери

Степень тяжести кровопотери	1-я группа (%)	2-я группа (%)
Легкая	64,9	20,4
Средняя	22,7	32,2
Тяжелая	12,4	47,4

При экстренной ЭГДС множественные поражения слизистой пищевода были выявлены у 164 (93,7 %) больных, единичные — у 11 (6,3 %). Из них у 60 (34,3 %) эрозия и язва локализовались в дистальном отделе пищевода, у 77 (44,0 %) — распространялись на среднюю треть пищевода и у 38 (21,7 %) больных был тотальный эрозивный эзофагит.

У 178 (84,3 %) больных 2-й группы острые язвы и эрозия локализовались в желудке (у 18 из них они сочетались с поражением слизистой в двенадцатиперстной кишке), у 16 (7,6 %) были язвы и эрозия двенадцатиперстной кишки, у 17 (8,1 %) — области желудочно-кишечного анастомоза. Множественные язвы и эрозия были у 137 (64,9 %) больных, единичные — у 74 (35,1 %) больных.

Продолжающееся кровотечение было выявлено у 21 (12,0 %) больного первой группы. Причем у 19 из них интенсивность кровотечения была небольшой. Риск рецидива по Forrest был определен как F1a у 2 (1,1 %) больных, F1b — у 19 (10,9 %), F2a — у 11 (6,3 %), F2b — у 61 (34,9 %), F2c — у 69 (39,4 %) и F3 — у 13 (7,4 %) больных.

Во 2-й группе продолжающееся кровотечение отмечено у 27 (12,8 %) больных, чаще у лиц пожилого и старческого возраста (15,1 %) по сравнению с группой больных моложе 60 лет (9,4 %). У 184 (87,2 %) больных были признаки состоявшегося кровотечения с риском рецидива кровотечения F2a у 49 (23,2 %) из них, F2b — у 73 (34,6 %), F2c — у 54 (25,6 %), F3 — у 8 (3,8 %) больных.

Источник кровотечения при экстренном эндоскопическом исследовании в первой группе установлен у 100 % больных, во второй группе — у 84,7 %. У части (15,3 %) больных уточнить источник не удалось из-за ряда причин: крайне тяжелое состояние или неадекватное поведение больных, большое количество крови и сгустков в просвете желудка и (или) двенадцатиперстной кишки, множественный характер поражения слизистой,

сочетание источников кровотечения (варикозно расширенные вены, разрывы слизистой пищевода и кардии). При неуточненном источнике кровотечения, а также при высоком риске рецидива проводился динамический эндоскопический контроль. Повторные исследования позволили диагностировать причину кровотечения у всех, за исключением 5 (2,8 %) больных (4 из них были оперированы на высоте кровотечения). Один больной умер в ближайшие часы после госпитализации.

При продолжающемся кровотечении из острых язв и эрозий пищевода всем больным проводили эндоскопический гемостаз. Применяли инфльтрацию раствором адреналина, орошение или прием внутрь 4% раствора феракрила, аргонплазменную коагуляцию (АПК). У одного больного с интенсивным кровотечением были наложены 3 клипсы, введен раствор адреналина и выполнена диатермокоагуляция через клипсу. У всех больных кровотечение было остановлено. При остановившемся на момент исследования кровотечении и высокой степени риска его рецидива по Forrest (2a и 2b) и клинико-лабораторным данным, характерным для неустойчивого гемостаза, проводилась эндоскопическая профилактика рецидива. Эффективность первичного эндоскопического гемостаза при острых язвах и эрозиях пищевода составила 80,9 %. Гемостаз при рецидиве кровотечения в сочетании с медикаментозной гемостатической и заместительной терапией позволил добиться окончательной остановки кровотечения у 90,9 % больных.

Во 2-й группе больных эндоскопический гемостаз и профилактика рецидива кровотечения были проведены у 116 (55,0 %) больных, из них обкалыванием раствором адреналина — у 50 (23,7 %), наложением клипс — у 42 (19,9 %), АПК — у 16 (7,6 %) и другими способами (орошением раствором феракрила, этамзилата, зонд Блэкмора) — у 8 (3,8 %) больных. Часто инъекционный гемостаз раствором адреналина применяли в сочетании с эндоклипированием и АПК. Эффективность эндоскопического гемостаза и профилактики рецидива кровотечения во 2-й группе составила 88,8 %.

В первой группе рецидив кровотечения (табл. 2) развился у 14 (8,0 %) больных в течение первых (10) и вторых суток (4). Из них у 4 больных при продолжающемся кровотечении малой интенсивности (F1b) при первичной ЭГДС был выполнен эндоскопический гемостаз, у 2 — при высоком риске рецидива кровотечения (F2a и F2b) предпринята эндоскопическая профилактика рецидива. У 8 больных при самопроизвольно остановившемся кровотечении (F2c) лечебная эндоскопия не проводилась. Рецидив чаще развивался у больных, поступивших с продолжающимся кровотечением (21 %) и при риске рецидива F2a (9,1 %). При F2b развитие рецидива отмечено у 6,6 % больных, в то же время при малом риске рецидива (F2c) — у 7,2 % больных. После повторно проведенного эндоскопического гемостаза (обкалывание раствором адреналина, АПК) была достигнута окончательная остановка кровотечения у 10 больных. У 3 больных реци-

Таблица 2

Частота рецидивов кровотечений в зависимости от степени риска рецидива (Forrest) и локализации острых язв и эрозий

Степень риска рецидива кровотечения	Пищевод			Желудок и ДПК		
	Всего больных	Число рецидивов		Всего больных	Число рецидивов	
		Абс.	%		Абс.	%
1a	2	0	0	4	0	0
1в	19	4	21	23	4	17,4
2a	11	1	9,1	49	0	0
2в	61	4	6,6	73	17	23,3
2с	69	5	7,2	54	5	9,2
3	13	0	0	8	0	0
Всего	175	14	8	211	26	12,3

дивное кровотечение остановилось окончательно спонтанно. Умер 1 больной от отравления суррогатами алкоголя на фоне трижды рецидивирующего кровотечения и тяжелых сопутствующих заболеваний (гнойно-деструктивного панкреанекроза, двухсторонней гнойной пневмонии, хронического гепатита, нефросклероза).

Во 2-й группе рецидив кровотечения развился у 26 (12,3 %) больных в течение первых (21), вторых (3) и третьих (2) суток после эндоскопического гемостаза (4), эндоскопической профилактики кровотечения (9) или самопроизвольной остановки кровотечения (13). Рецидив наблюдался при продолжающемся на момент первичной ЭГДС кровотечении (F1в) у 4 больных, при остановившемся кровотечении (F2в) — у 17 и (F2с) — у 5 больных (табл. 2). При активном продолжающемся кровотечении (F1а) и (F2а) рецидивов после лечебной эндоскопии не наблюдалось. Эндоскопический гемостаз при рецидиве кровотечения выполнен у 16 больных, у 11 из них удалось добиться окончательной остановки кровотечения, в том числе после повторных рецидивов (у 3 больных). На высоте рецидива кровотечения оперированы 7 больных. Из них одному выполнена резекция желудка по Бильрот-1, 6 больным — гастротомия и прошивание кровоточащих язв (умерли 3 больных). Всего при рецидиве кровотечения летальный исход наступил у 11 (42,3 %) из 26 наблюдений.

Общая характеристика групп сравнения представлена в таблице 3. При проведении сравнительного анализа некоторых параметров обеих клинических групп больных с кровоточащими язвами и эрозиями пищевода и гастродуоденальной зоны мы отметили значительные отличия по полу, возрасту, степени тяжести кровопотери, количеству эрозивно-язвенных поражений слизистой, эффективности эндоскопической диагностики и гемостаза и исходам лечения. В 1-й группе, по сравнению с данными 2-й группы, преобладали мужчины (80,0 % и 62,7 % соответственно), было меньше больных пожилого и старческого возраста (8,0 % и 38,9 %), значительно чаще наблюдались

множественные поражения слизистой (93,7 % и 64,9 %) и больные с легкой степенью кровопотери (64,9 % и 20,4 %).

Таблица 3

Результаты сравнительного анализа некоторых параметров в исследуемых группах

Параметр	1-я группа (n = 175) (%)	2-я группа (n = 211) (%)
Мужчины	80,0	62,7
Женщины	20,0	37,3
Возраст старше 60 лет	8,0	38,9
Злоупотребление алкоголем	89,2	23,0
Сопутствующие заболевания	92,3	82,0
Множественные эрозии и язвы	93,7	64,9
Легкая степень кровопотери	64,9	20,4
Тяжелая степень кровопотери	12,4	47,4
Рецидивы кровотечения	8,0	12,3
Оперативное лечение	0	3,8
Летальный исход при рецидивах кровотечения	7,1	42,3
Общая летальность	1,1	13,7

Диагностические возможности первичной ЭГДС при кровотечениях из острых язв и эрозий пищевода выше, чем при локализации их в желудке и ДПК (100 % и 84,7 % соответственно). При контрольных исследованиях источник кровотечения установлен у 97,2 % больных 2 группы. Эффективность эндоскопического гемостаза в первой группе составила 96,9 %, во второй группе — 88,8 %.

Чаще рецидив кровотечения развивался при локализации язв и эрозий в гастродуоденальной зоне (12,3 %). Наиболее высокий процент рецидива в обеих группах оказался при продолжающемся неинтенсивном кровотечении (F1в) и при остановившемся кровотечении (F2в). В то же время при продолжающемся кровотечении F1а в наших наблюдениях эффективность гемостаза составила 100 % в обеих группах.

Известно, что при плоском черном дне язвы (F2c), выявленном во время экстренной ЭГДС, эндоскопическая профилактика рецидива кровотечения не показана [1]. По нашим данным, в обеих группах больных при таких данных был рецидив кровотечения — у 7,2 % и 9,2 % больных соответственно. Возможно, ошибка в оценке риска рецидива кровотечения объясняется тем, что гемосидерин, прикрывающий дно язвы, может «маскировать» тромбированный сосуд. Оценка риска рецидива в определенной степени субъективна, зависит от опыта и навыков, качества аппаратуры и инструментария, подготовки больного. Это обосновывает необходимость проведения динамического эндоскопического контроля у таких больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гастродуоденоскопия в диагностике и лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений / Н.В. Лебедев, А.Е. Климов, Н.В. Войташевская [и др.] // Хирургия. — 2007. — № 3. — С. 13–21.
2. Гастроэнтерология / Под ред. акад. РАМН В.П. Ивашкина, В.А. Лапиной. — М.: Изд. группа «ГЕОТАР-Медиа», 2008. — 265 с.
3. Касумов Н.А. Рефлюкс-эзофагит: современное состояние проблемы // Хирургия. — 2007. — № 4. — С. 62–65.
4. Клиническое хирургическое национальное руководство / Под ред. акад. РАН и РАМН В.С. Савельева и член-корр. РАМН А.И. Кириенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 825 с.
5. Лебедев Н.В., Климов А.Е., Бардухарова Т.В. Прогноз рецидива кровотечения из гастродуоденальных язв // Хирургия. — 2009. — № 2. — С. 32–34.
6. Прогнозирование рецидива кровотечения / Ю.Г. Шапкин, Ю.В. Чалык, С.В. Капралов, Е.Н. Матвеева // Хирургия. — 2002. — № 11. — С. 32–33.
7. Силуянов С.В., Смирнова Г.О., Лучинкин И.Г. Кровотечения из острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки в клинической практике // Рус. мед. журнал. — 2009. — Т. 17, № 5. — С. 25–27.
8. Темирбулатов В.М., Темирбулатов Ш.М., Сагитов Р.Б. Гемостаз при острых желудочно-кишечных кровотечениях // Хирургия. — 2010. — № 3. — С. 20–23.
9. Forrest J.A.H., Finlayson N.D.C., Shearman D.S.C. Endoscopy in gastrointestinal bleeding // Lancet. — 1974. — Vol. 17, N 11. — P. 394–397.

Сведения об авторах

Белобородов Владимир Анатольевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии с курсом урологии ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ (664046, г. Иркутск, ул. Байкальская, 118; тел.: 8 (3952) 70-37-29; e-mail: BVA555@yandex.ru)

Кельчевская Елена Арнольдовна — кандидат медицинских наук, доцент общей хирургии с курсом урологии ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ