

УДК 616.33/34-005.1-07-08

© Г.Р. Халикова, И.С. Малков, И.И. Хамзин, 2009

Г.Р. Халикова, И.С. Малков, И.И. Хамзин  
**ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ  
КРОВОТЕЧЕНИЙ**

*Кафедра хирургии Казанской государственной медицинской академии*

Проанализированы результаты лечения 550 больных с кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Были использованы методы консервативной терапии, эндоскопического гемостаза и хирургического лечения. Установлена необходимость дифференцированного метода эндоскопического гемостаза в зависимости от локализации источника кровотечения, его интенсивности и эффективность аргонно-плазменной коагуляции при продолжающихся кровотечениях.

**Ключевые слова:** кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, эндоскопический гемостаз, хирургическое лечение.

G.R. Khalikova, I.S. Malkov, I.I. Khamzin  
**THERAPEUTIC AND DIAGNOSTIC ASPECTS OF GASTRO-DUODENAL BLEEDING**

Results of therapy of 550 patients with upper gastrointestinal bleedings have been analyzed. The methods of conservative treatment, endoscopic hemostasis and surgical therapy were used. The necessity of differentiation method of endoscopic hemostasis depending on localization of bleeding source and its intensity was established. The efficiency of argon – plasma coagulation during continuous bleedings was also determined.

**Key words:** upper gastrointestinal bleedings, endoscopic hemostasis, surgical therapy.

Проблема кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) как осложнения различных заболеваний верхнего отдела желудочно-кишечного тракта продолжает оставаться актуальной. В структуре кровотечений данной локализации наибольшую практическую значимость представляет выбор лечебной тактики при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, эрозивно-геморрагическом гастрите и синдроме Mallory-Weiss, встречающихся, соответственно в 23,0-74,4%, 11,2-33,0% и 0,15-6,04% [7, 8, 9]. Хирургическое вмешательство при тяжелом состоянии пациентов и при наличии выраженной сопутствующей патологии не всегда безопасно и часто приводит к неудовлетворительным результатам лечения. Общая летальность при ulcerозных гастро-дуоденальных кровотечениях (ГДК) составляет 4-8%, а послеоперационная летальность, характеризующая наиболее тяжелые формы кровотечений, может достигать 33% [5]. Основным фактором, ухудшающим результаты лечения язвенных кровотечений, является возникновение рецидива, послеоперационная летальность при котором достигает 50% [2, 6]. Несмотря на успехи в диагностике и лечении синдрома Mallory-Weiss, расширение арсенала средств и хирургических вмешательств, успехи анестезиологии и реаниматологии,

общая летальность при этой патологии остается на протяжении ряда лет постоянной и колеблется от 5 до 10%, число рецидивных кровотечений у больных с синдромом Mallory-Weiss колеблется от 20 до 35% [1, 3, 4]. В связи с этим, представляется целесообразным и актуальным усовершенствование уже известных методик эндоскопических вмешательств, применяемых у больных с кровотечениями из верхних отделов ЖКТ, а также эндоскопического гемостаза, разработка прогностических критериев надежности гемостаза.

**Цель исследования:** улучшение результатов лечения больных с кровотечениями из верхних отделов ЖКТ путем оптимизации эндоскопических методов гемостаза.

**Материал и методы**

В работе использованы результаты лечения 550 больных с кровотечениями из верхних отделов ЖКТ, которые находились в отделении неотложной хирургии МУЗ ГКБ №7 г. Казани с 2000 до 2009 года.

Среди госпитализированных больных мужчин было почти в 3 раза больше – 410 (74,5%), чем женщин – 140 (25,5%). Возраст пациентов колебался от 15 до 90 лет (Me=50,5), составляя в среднем 52±8,6 лет. Всем больным, с признаками желудочно-кишечного кровотечения (ЖКК) в экстренном

обязательном порядке выполнено эндоскопическое исследование в течение первого часа с момента поступления в стационар после предварительной подготовки верхних отделов желудочно-кишечного тракта к осмотру (промывание желудка и пищевода холодным физиологическим раствором до светлых вод). Задачами проводимых urgentных эндоскопических исследований являлись: установление причины и характера кровотечения; определение факта продолжающегося или остановившегося на момент осмотра кровотечения; определение локализации и размеров источника кровотечения, вероятность его возможного рецидива; определение дальнейшей лечебной тактики (проведение гемостаза или хирургического вмешательства).

В 1-е сутки от начала кровотечения поступили 215 (39,09%) больных, на 2-е сутки - 106 (19,27%), на 3-и сутки - 102 (18,54%) и позже - 127 (23,1%) больных. Большую роль в диагностике, выборе метода гемостаза как консервативного, так и оперативного пособия и соответственно прогнозе заболевания играет время поступления больных в стационар. Чем позже поступают больные, тем чаще производятся хирургические методы гемостаза, что увеличивает число осложнений и летальных исходов.

Причиной острых кровотечений явились язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки у 254 (46,2%) больных, синдром Меллори-Вейсса у 105 (19,1%), язвенная болезнь желудка - 94 (17,1%), эрозивный эзофагит - 29 (5,3%), синдром Дъелафуа - 18 (3,3%), прочие причины у 50 (9%) пациентов (полипы желудка, пептические язвы гастроэнтероанастомоза, язвы гастродуоденоанастомоза, опухоли пищевода и желудка, химический ожог пищевода и желудка, язвы двенадцатиперстной кишки с пенетрацией в поджелудочную железу, гепатодуоденальную связку и др.)

Хронические сопутствующие заболевания выявлены у 40,1% больных. Одно сопутствующее заболевание было у 117 (21,3%) пациентов, два - 79 (14,4%), три и более - у 24 (4,4%) больного. Наиболее распространенными заболеваниями были ишемическая болезнь сердца (14,6%) и гипертоническая болезнь (8,4%) и их сочетание, нарушения мозгового кровообращения (5,2%).

При поступлении в стационар кровотечение легкой степени тяжести установлено у 285 (51,8%) больных, средней степени - у 168 (30,5%), тяжелой степени тяжести - у 97 (17,7%). Оценка степени тяжести кровопотери проводилась по классификации Горбашко

А.И. (1982), которая учитывает как объем перенесенной кровопотери, так и состояние больного.

При поступлении в клинику больным с желудочно-кишечным кровотечением производилась оценка клинического состояния, определялась степень тяжести кровопотери; по данным фиброэзофагогастродуоденоскопии устанавливались источник кровотечения и устойчивость гемостаза по классификации J.A. Forrest et al. (1974). Выделяли продолжающееся кровотечение: Ia - артериальное, струйное (13 - 2,4%), Ib - капельное, диффузное (59 - 10,7%); остановившееся кровотечение: IIa - тромбированная артерия (1685 - 30%), IIb - фиксированный сгусток (233 - 42,4%), IIc - мелкие тромбированные сосуды (72 - 13,1%). Язву под белым тромбом характеризовали как Forrest III (8 - 1,4%). На основании полученных данных определялась лечебная тактика у каждого пациента.

В табл. 1 представлена эндоскопическая характеристика источника кровотечения у больных с острыми кровотечениями из верхних отделов ЖКТ.

Таблица 1  
Распределение интенсивности кровотечения по классификации J.A. Forrest et al. /1974/

Характеристика по J.A. Forrest	Количество больных	
	абс.	%
Ia - артериальное, струйное	13	2,4
Ib - капельное, диффузное	59	10,7
IIa - тромбированная артерия	165	30
IIb - фиксированный сгусток	233	42,4
IIc - мелкие тромбированные сосуды	72	13,1
III - язва под «белым» тромбом	8	1,4

Для эндоскопической остановки кровотечения или усиления гемостаза использовали орошение источника кровотечения 5% раствором аминокaproновой кислоты у 16 больных (2,9%), электрокоагуляцию у - 12 (2,2%), инъекционный метод введения раствора адреналина 1:10000 у - 15 (2,7%), аргоноплазменную коагуляцию с использованием отечественного коагулятора Фотек ЕА-142 (г.Екатеринбург, Россия) посредством зондов фирмы ERBE (Германия) с торцевым и боковым наконечником у 33 пациентов (6%), а также их сочетание в 6 случаях (1,09%). В одном случае после инъекционного гемостаза 0,1% раствором адреналина при синдроме Меллори-Вейсса возник рецидив кровотечения, при котором окончательный гемостаз достигнут хирургическим путем прошиванием надрывов слизистой оболочки пищевода.

Эндоскопические методы гемостаза обладают определенными достоинствами и недостатками, что предопределяет их применение в конкретных клинических ситуациях.

Метод орошения гемостатическими препаратами является самым простым и доступным, позволяющим добиться временного, а в некоторых случаях и окончательного гемостаза, и не требует высококвалифицированных навыков от врача-эндоскописта. Этот способ был эффективен при источнике кровотечения размерами до 1 см, продолжающемся капиллярном и остановившемся кровотечении и чаще носит временный характер.

Электрокоагуляция является одним из часто применяемых вариантов термического гемостаза, позволяя достичь первичной остановки кровотечения у 98,1%, окончательного – у 96,2 % больных. В то же время имеет ряд недостатков: низкая эффективность при интенсивном артериальном кровотечении, образование обширного некроза тканей в зоне коагуляции, отрыв образовавшегося коагуляционного струпа при удалении электрода и возобновление кровотечения.

Инъекция адреналина, широко используемая в арсенале эндоскопического гемостаза, рассматривается как метод первого выбора ввиду, высокой эффективности, безопасности, простоты, удобства и низкой стоимости. Данный метод был эффективен как первичный гемостаз у 93,3% больных. Однако после инъекции адреналина у 6,67% больных кровотечение рецидивировало вследствие непродолжительного гемостатического эффекта.

Аргано-плазменная коагуляция имеет сопоставимую эффективность с термокоагуляцией, являясь при этом более безопасным. Метод позволяет избежать фиксирования к электроду струпа и отрыва последнего. Коагулирующий эффект аргоновой плазмы легко поддается дозировке, формирующийся объем коагулируемых тканей обычно невелик, а образующийся коагуляционный слой, как правило, бывает очень плотным и неглубоким (2-4мм). Следовательно, вероятность перфорации стенки полого органа, как и опасность механической природы рецидива кровотечения в результате отрыва от электрода коагуляционного струпа в очаге кровотечения, практически исключается. Важным преимуществом метода является также возможность обеспечения гемостаза в условиях сложной топографоанатомической локализации источника кровотечения (деформация желудка, луковицы двенадцатиперстной кишки и др.) благодаря феномену сродства ионизированного аргона к таким структурам высокой электропроводности, как свежий тромб или жидкая кровь. Коагулирующее действие при аргано-плазменной коагуляции характеризуется

выраженным термическим воздействием на структуры стенки органа с глубиной поражения не более 2-4 мм. Еще одним положительным моментом является возможность проведения гемостаза данным методом в условиях видимого (F 1a, F 1b) кровотечения. Метод обеспечивает большие возможности доступа к воздействию на источник кровотечения из аксиального, радиального или ретроградного направлений, практически не связан с интенсивным образованием дыма непосредственно во время процедуры. При динамической эндоскопии отмечены минимальные деформирующие изменения или даже отсутствие их в процессе заживления. К числу недостатков следует отнести высокую стоимость оборудования, сложность использования метода на догоспитальном этапе и возможность возникновения таких нежелательных последствий, как избыточное наполнение желудочно-кишечного тракта аргоном и вероятность развития газовой эмфиземы. Эффективность от применения данного метода по нашим результатам отмечена в 100% случаях с достижением окончательного гемостаза.

При оценке результатов консервативного лечения у 6,4% больных выявлен высокий риск рецидива кровотечения, но без использования эндоскопического гемостаза. Данные возникших рецидивных кровотечений с нозологической характеристикой представлены в табл.2.

Таблица 2  
Структура рецидивных кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта

Заболевание	Количество больных	
	абс.	%
Язва двенадцатиперстной кишки	9	1,6
Язва желудка	14	2,5
Синдром Дъелафуа	1	0,2
Синдром Меллори-Вейсса	8	1,45
Язва гастроэнтероанастомоза	1	0,2
Химический ожог желудка	1	0,2

Использование эндоскопических методов остановки желудочно-кишечного кровотечения позволило снизить количество выполняемых экстренных оперативных вмешательств до 6,7% (37 случаев) из 550 больных (табл. 3).

Послеоперационная летальность составила 2,09%. Одна из главных причин высокой летальности при кровотечениях из верхних отделов ЖКТ – поздняя госпитализация. Также сказывается увеличение числа больных пожилого и старческого возраста с фоновыми нарушениями функций органов и систем в разной степени компенсации, у которых снижена устойчивость к острой кровопотере и операционной травме.

Таблица 3  
Характер оперативных вмешательств у больных  
с кровотечениями из верхних отделов ЖКТ

Характер операции	Число больных	
	абс.	%
Резекция желудка по Б 1	8	23,5
Резекция желудка по Б 2	6	17,6
Гастротомия, прошивание кровотока в язве	3	8,8
Ушивание разрывов слизистой пищевода	4	11,8
Ушивание трещин слизистой желудка	5	14,7
Гастродуоденотомия, ушивание язвы желудка	2	5,9
Субтотальная резекция желудка по Б 2 в модиф. Гофмейстера-Финстерера	1	2,95
Резекция желудка по Ру	1	2,95
Пилородуоденотомия, прошивание язвы, пилоропластика по Гейнико-Микуличу	2	5,9
Резекция 2/3 желудка по Бильроту	2	5,9

#### Сведения об авторах статьи

**Малков Игорь Сергеевич** профессор кафедры хирургии КГМА  
Адрес: 420139, г.Казань, ул.Зорге, д. 101, кв.113, Телефон: 8 (843) 268-76-78. E-mail: ismalkov@yahoo.com.  
**Игорь Сергеевич Малков**, профессор, д.м.н., зав.каф.хирургии КГМА,  
раб.адрес: г.Казань, ул.Муштари, 11.  
**Гузелия Рависевна Халикова**, очный аспирант кафедры хирургии КГМА,  
раб.адрес: г.Казань, ул.Муштари, 11; e-mail: guzeliya-x@mail.ru.  
**Ильдар Ильдусович Хамзин**, врач-эндоскопист отделения функциональной диагностики МУЗ ГКБ № 7;  
раб.адрес: г.Казань, ул.Чуйкова, 54.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Вербицкий В.Г. Консервативное лечение желудочно-кишечных кровотечений / В.Г.Вербицкий, А.А.Кузьмич // Хирургическая гастроэнтерология. Руководство для врачей. – М.: Медицина. - 2001. - С. 94-108.
2. Гостищев В.К. Острые гастродуоденальные язвенные кровотечения: от стратегических концепций к лечебной тактике / В.К.Гостищев, М.А.Евсеев // - М.: Анта-Эко.-2005. - 352 с.
3. Загидов М.З. Тактика лечения синдрома Меллори-Вейсса / М.З.Загидов, А.М.Загидова, Ц.К.Велиева // Сб. тез. Первого Конгресса Московских Хирургов «Неотложная и специализированная хирургическая помощь». - М.- 2005. С. 14.
4. Лопатников А.В. Активная эндоскопическая тактика при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта / А.В.Лопатников // Сб. тез. Первого Конгресса Московских Хирургов «Неотложная и специализированная хирургическая помощь». - М. - 2005. С.- 22.
5. Луцевич Э.В. Пятидесятилетний опыт лечения больных с желудочно-кишечными кровотечениями: с эндоскопией и без нее / Э.В.Луцевич, И.Н.Белов, М.В.Семенов // Проблемы неотложной помощи в клинической практике.- М.: Талант. – 2001. – С.52-57.
6. Мусинов И.М. Острые язвенные желудочно-кишечные кровотечения. Причины рецидивов, состояние системы гемостаза, лечение : Автореф. Дис. ... д-ра мед. наук. / И.М.Мусинов // - Москва. – 2008. - 58 с.
7. Тимен Л.Я. Кровопотеря. Возможности эндоскопического гемостаза и значение эндоскопии в выборе тактики при лечении гастродуоденальных кровотечений / Тимен Л.Я., Хаит Б.А., Черепанин А.И. и др. // Медицинская консультация. – 1995. - № 3. – С. 8-15.
8. Desmond A.M. Erosive gastritis its diagnosis management and surgical treatment / A.M.Desmond, K.W.Reinolds // Brit. J. Surg. - 1972. – V. 59. - P. 5-15.
9. Hollender L.F. Le syndrome de Mallory-Weiss / L.F.Hollender, G.Sava // Actualites hepato-gastroent. – 1969. – V.5. – P. A229-A246.

#### Выводы

1. Наиболее достоверным методом диагностики кровотечений из верхних отделов ЖКТ является экстренная фиброэзофагогастродуоденоскопия.

2. В зависимости от локализации источника кровотечения, его интенсивности следует дифференцированно выбирать метод эндоскопического гемостаза.

3. Использование аргоно-плазменной коагуляции в большинстве случаев позволяет добиться устойчивого гемостаза при продолжающихся интенсивных кровотечениях.