
СОВРЕМЕННЫЙ ТАКТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

А.А. Щеголев, О.А. Аль-Сабунчи

Кафедра хирургических болезней
Московский факультет
Российский государственный медицинский университет
ул. Фортунатовская, 1, Москва, Россия, 105058

Е.А. Ключева

Областная больница г. Тамбов
ул. Полевая, д. 4, село Покрово-Пригородное, Тамбовская область, 392524
МУЗ ЦРБ Тамбовского района

Ю.А. Азимова

Городская клиническая больница № 36
ул. Фортунатовская, 1, Москва, Россия, 105058

Проблема язвенных гастродуоденальных кровотечений остается одной из наиболее актуальных и нерешенных задач urgentной хирургии

В проведенное исследование было включено 199 пациентов с кровотечением из хронических язв. Первую группу (контрольную) составили 104 пациента с кровотечением из хронических язв, у которых была применена активная тактика, основанная на прогнозе рецидива кровотечения. Вторую группу (основную) составили 95 пациентов с кровотечением из хронических язв, в тактике лечения которых использовали методы эндоскопического и медикаментозного гемостаза; операцию выполняли только в случае рецидива кровотечения. Среди пациентов 1 (контрольной) группы хирургическая активность составила 45,2% (47 больных). Послеоперационная летальность составила 8,5% (4 пациента).

Консервативно пролечено 57 пациентов (54,8%) первой группы. Летальность на фоне консервативного лечения составила 12,3% (7 пациентов), Рецидив кровотечения возник у двух пациентов, получавших консервативное лечение (1,9%). Общая летальность среди пациентов 1 группы составила 10,5% (11 больных).

Рецидив кровотечения среди пациентов основной группы был отмечен у 3 больных (3,2%). Все они были оперированы в экстренном порядке. Послеоперационная летальность составила 40% (2 пациента). Летальность на фоне консервативного лечения у пациентов основной группы составила 1,1% (1 больной). Общая летальность среди пациентов основной группы составила 3,2% (3 больных).

Таким образом, активное применение методов эндоскопического гемостаза и современных фармакологических препаратов у пациентов с кровотечением из хронических язв позволяет достоверно снизить количество выполняемых оперативных вмешательств, а также уменьшить процент рецидивов кровотечения с достоверным снижением уровня общей летальности.

Ключевые слова: язвенные гастродуоденальные кровотечения, эндоскопический гемостаз.

Проблема язвенных гастродуоденальных кровотечений остается одной из наиболее актуальных и нерешенных задач urgentной хирургии, с достаточно высоким уровнем общей летальности, достигающей 10—14% [5]

Несмотря на спонтанный гемостаз, наблюдаемый у 80—85% пациентов с кровотечением из хронических язв [8, 9], у каждого пятого из них возникает рецидив, увеличивающий уровень летальности до 30—40% [7]

В связи с этим становится очевидным, что одним из основных путей улучшения результатов лечения пациентов с данной патологией является профилактика именно рецидива кровотечения.

История лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений проходила несколько периодов развития, от активной тактики, предложенной С.С. Юдиным, когда любое язвенное кровотечение должно быть остановлено хирургическим путем, до активно-выжидательной тактики, при которой лечение любого язвенного кровотечения начиналось с проведения консервативных мероприятий, а оперативное лечение выполнялось при рецидиве кровотечения [5]. На смену последней пришла тактика, основанная на прогнозировании рецидива кровотечения из хронических язв и предусматривающая выполнение экстренных операций у больных с язвенным кровотечением при рецидиве или в случае продолжающегося кровотечения, которое не поддается эндоскопической остановке. Во всех других случаях состоявшегося кровотечения прогнозируется угроза рецидива. Пациентов при высокой угрозе кровотечения оперируют в срочном порядке.

Эта тактика оказалась значительно эффективней. Она сопровождалась увеличением количества срочных операций (до 66,8%) и снижением послеоперационной летальности до 8,0% и летальности до 8—10% [8].

С развитием эндоскопии стали широко использоваться различные способы эндоскопического гемостаза, различающиеся по физической природе, эффективности, безопасности и стоимости [1, 4], позволяющие достигнуть временного, а в ряде случаев и окончательного гемостаза. С другой стороны, появление новых методов медикаментозного гемостаза позволило пересмотреть тактику ведения данной категории больных.

В настоящее время проведен сравнительный анализ активной тактики, основанной на прогнозировании угрозы рецидива кровотечения, и нового тактического подхода, основанного на использовании методов медикаментозного и эндоскопического гемостаза.

С 2001 по 2008 год было пролечено 199 пациентов с кровотечением из хронических язв.

Первую группу (контрольную) составили 104 пациента с кровотечением из хронических язв, у которых была применена активная тактика, основанная на прогнозе рецидива кровотечения. Вторую группу (основную) составили 95 пациентов с кровотечением из хронических язв, в тактике лечения которых использовали методы эндоскопического и медикаментозного гемостаза; операцию выполняли только в случае рецидива кровотечения.

Соотношение пациентов 1 группы по полу, возрасту, локализации источника кровотечения (язвенная болезнь желудка — ЯБЖ, язвенная болезнь 12-перстной кишки — ЯБДПК и сочетание язвы желудка и 12-перстной кишки — ЯБЖ + ЯБДПК) отражено в табл. 1, соотношение больных по тяжести кровопотери — в табл. 2.

Таблица 1

Относительные критерии угрозы рецидива кровотечения

Интегральный показатель	Критерии угрозы рецидива	Баллы
Клиническая характеристика кровотечения	а) высокая интенсивность кровопотери или б) коллапс в анамнезе	1
Эндоскопическая характеристика гемостаза	а) любое кровотечение, остановленное эндоскопически, или б) наличие тромбированных сосудов в язве или в) язва, прикрытая сгустком крови (тромбом)	1
Эндоскопическая характеристика язвы	а) диаметр более 1,3 см для язвы желудка или б) диаметр более 0,8 см для язвы двенадцатиперстной кишки	1

Таблица 2

Распределение пациентов основной и контрольной групп по полу, возрасту и локализации источника кровотечения

Признак	Основная группа (n = 95)		Контрольная группа (n = 104)	
	абс.	%	абс.	%
Мужчины	69	72,6	69	66,3
Женщины	26	27,4	35	33,7
ЯБЖ	33	34,7	38	36,5
ЯБДПК	60	63,2	63	60,6
ЯБЖ + ЯБДПК	2	2,1	3	2,9
Возраст: до 40 лет	27	28,4	24	23,1
С 41 до 60 лет	46	48,4	40	38,5
С 61 до 80 лет	22	23,2	40	38,5

При госпитализации всем пациентам выполнялась эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) с визуализацией источника кровотечения и оценкой его по классификации Forrest. В случае продолжающегося кровотечения проводилась его эндоскопическая остановка инъекционным способом 0,001% раствором адреналина в количестве от 5 до 15 мл.

Эндоскопические признаки продолжающегося кровотечения из хронических язв выявлены у 13 пациентов (12,5%) от всех пациентов в данной группы. У 62 больных (59,6%) обнаружены эндоскопические признаки состоявшегося кровотечения, у остальных больных на момент эндоскопического исследования признаков кровотечения обнаружено не было.

В соответствии с принятой методикой прогнозирования рецидива язвенного кровотечения последняя проводилась на основании учета абсолютных и относительных критериев; абсолютные критерии (большая каллезная язва, более 3 см для язвы желудка и более 2 см для язвы 12-перстной кишки, и гемоглобин менее 50 г/л при поступлении больного в стационар) и с учетом совокупности балльной оценки относительных критериев: клинических (тяжесть, интенсивность кровотечения), лабораторных (уровень гемоглобина) и эндоскопических (характеристика язвы и гемостаза) показателей. Относительные критерии угрозы рецидива кровотечения оценивались по интегральным показателям с использованием балльной шкалы (см. табл. 1).

Максимальная балльная оценка каждого из трех интегральных показателей — 1 балл. Если итог сложения всех интегральных показателей достигает 2 или 3 баллов, то прогнозируется рецидив кровотечения.

Экстренные оперативные вмешательства проводились у пациентов с продолжающимся кровотечением при невозможности его эндоскопической остановки, а также при рецидиве кровотечения в стационаре. Срочные операции выполнялись при прогнозировании высокой степени уровня рецидива (2, 3 балла или абсолютная угроза). В случае, когда риск рецидива отсутствовал, пациентам проводили консервативное лечение.

Всем пациентам 1-й группы назначалась парентеральная форма блокатора водородной помпы — препарат Лосек. Терапия начиналась непосредственно после эндоскопического гемостаза. Вводили 40 мг препарата, разведенного на 100 мл физиологического раствора через каждые 6 часов на протяжении 2 суток. Затем осуществлялся прием препарата омез по 20 мг 2 раза в сутки на протяжении 4 недель.

Вторую группу (основную), как уже было сказано выше, составили 95 пациентов с кровотечением из хронических язв.

Распределение пациентов основной и контрольной групп по полу, возрасту и локализации источника кровотечения отражено в табл. 2.

Распределение пациентов основной и контрольной групп по степени тяжести кровопотери представлено в табл. 2. Как свидетельствуют данные таблиц 2 и 3, основная и контрольные группы не имели статистически значимых различий по полу и возрастному составу, локализации источника кровотечения, а также степени тяжести кровопотери, т.е. явились сопоставимыми.

Таблица 3

Распределение пациентов основной и контрольной групп по степени тяжести кровопотери

Признак	Основная группа (n = 95)		Контрольная группа (n = 104)	
	абс.	%	абс.	%
Кровопотеря				
Легкой степени	49	51,6	65	62,5
Средней степени тяжести	26	27,4	17	16,3
Тяжелая	20	21,1	22	21,2

Эндоскопические признаки продолжающегося кровотечения из хронических язв среди больных 2-й группы выявлены у 12 пациентов (12,6%) от всех поступивших в данной группе. У 65 больных (68,4%) обнаружены признаки состоявшегося кровотечения, а у остальных больных на момент эндоскопического исследования признаков кровотечения обнаружено не было.

Распределение пациентов основной и контрольной групп по характеристике источника кровотечения по Forrest представлено в табл. 4. Как свидетельствуют данные табл. 4, у пациентов основной и контрольной групп статистически значимого отличия по характеристикам кровотечения из хронических язв по Forrest обнаружено не было.

Распределение пациентов основной и контрольной групп по характеристике источника кровотечения по Forrest

Характеристика источника кровотечения по Forrest	Основная группа (n = 77)		Контрольная группа (n = 75)	
	абс.	%	абс.	%
Forrest 1a	5	6,5	4	5,3
Forrest 1b	7	9,1	9	12
Forrest 2a	32	41,6	31	41,3
Forrest 2b	12	15,6	9	12
Forrest 2c	21	27,3	22	29,3

В качестве способов эндоскопического гемостаза у пациентов 2-й группы использовался комбинированный метод эндоскопического гемостаза. Применялся инъекционный способ гемостаза с введением 0,001% раствора адреналина в количестве от 5 до 15 мл, затем использовалась аргоноплазменная коагуляция (АПК) в режиме «спрей» импульсами.

Контроль над источником кровотечения после проведенного эндоскопического гемостаза, как при остановке кровотечения, так и в случае его профилактики, осуществлялся через 12 и 24 часов.

Оперативные вмешательства выполнялись при неэффективности эндоскопического гемостаза (при невозможности остановки кровотечения эндоскопически и в случае рецидива кровотечения).

Во 2-й группе эндоскопический гемостаз выполнен у 56 пациентов (58,9%).

Необходимо отметить, что у 12 пациентов (12,6%) 2-й группы выполнен эндоскопический гемостаз при продолжающемся кровотечении из язвы, и еще 44 пациентам (46,3%), у которых выявлены эндоскопические признаки неустойчивого гемостаза, проведен эндоскопический гемостаз с целью профилактики рецидива кровотечения.

Всем пациентам 2-й группы, после проведенного эндоскопического гемостаза, сразу назначался антисекреторный препарат Лосек (производство фирмы «Астра»). Вводили 40 мг препарата, разведенного на 100 мл физиологического раствора через каждые 6 часов на протяжении 2 суток. Затем осуществлялся прием препарата омез по 20 мг 2 раза в сутки на протяжении 4 недель. В качестве эрадикационной терапии использовали кларитромицин по 500 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней и амоксициллин по 1000 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней.

Полученные результаты: среди пациентов 1-й (контрольной) группы хирургическая активность составила 45,2% (47 больных). Экстренные оперативные вмешательства выполнены у 8 больных (17%), в срочном порядке оперированы 37 пациентов (78,7%), а в плановом порядке оперировано 2 (4,3%) пациента. Послеоперационная летальность составила 8,5% (4 пациента). Рецидивов кровотечения в послеоперационном периоде у пациентов контрольной группы отмечено не было.

Консервативно пролечено 57 пациентов (54,8%) первой группы. Летальность на фоне консервативного лечения составила 12,3% (7 пациентов), причем у 2 пациентов причиной летальных исходов явилась острая сердечно-сосудистая не-

достаточность на фоне рецидива кровотечения, а у 5 больных — прогрессирующее конкурирующих заболеваний.

Таким образом, рецидив кровотечения возник у двух пациентов, получавших консервативное лечение (1,9%). Общая летальность среди пациентов 1-й группы составила 10,5% (11 больных).

Рецидив кровотечения среди 95 пациентов основной группы был отмечен у 3 больных (3,2%), все они были оперированы в экстренном порядке, еще 2 больных были оперированы в связи с продолжающимся кровотечением и неэффективностью эндоскопического гемостаза. Таким образом, хирургическая активность составила 5,3% (5 больных). Послеоперационная летальность составила 40% (2 пациента). Послеоперационные осложнения отмечены у 2 больных. У остальных 90 больных основной группы, получавших консервативное лечение, еще один пациент умер в связи с прогрессирующим конкурирующих заболеваний. Таким образом, летальность на фоне консервативного лечения у пациентов основной группы составила 1,1% (1 больной). Общая летальность среди пациентов основной группы составила 3,2% (3 больных).

В заключение хотелось бы отметить, что на сегодняшний день активное применение методов эндоскопического гемостаза и современных фармакологических препаратов у пациентов с кровотечением из хронических язв позволяет достоверно снизить количество выполняемых оперативных вмешательств, а также уменьшить процент рецидивов кровотечения с достоверным снижением уровня общей летальности.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Ефименко Н.А., Лысенко М.В., Астахов В.Л.* Кровотечение из хронических гастродуоденальных язв: современные взгляды и перспективы лечения // *Хирургия*. — 2004. — № 3. — С. 56—60.
- [2] *Затевахин И.И., Гринберг А.А., Щеголев А.А. и др.* Хирургическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях // М.: Медицина, 1996. — С. 149.
- [3] *Затевахин И.И., Щеголев А.А., Титков Б.Е.* Новые технологии в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений. — М., 2001. — 166 с.
- [4] *Короткевич А.Г., Антонов Ю.А., Лобыкин Ф.И. и др.* Сравнительная оценка эндоскопического гемостаза при состоявшемся язвенном кровотечении // *Эндоскопическая хирургия*. — 2004. — № 4. — С. 41—44.
- [5] *Петров В.И., Корнев И.И., Горбунов В.И.* Хирургическое лечение кровоточащих язв 12-перстной кишки // *Хирургия*. — 1982. — № 12. — С. 27—31.
- [6] *Станулис А.И., Кузеев Р.Е., Гольдберг А.П. и др.* Хирургическое лечение гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии // *Хирургия*. — 2001. — № 3. — С. 4—7.
- [7] *Шапкин Ю.Г., Чалык Ю.В., Шанина Н.Ю. и др.* Иммунологические аспекты прогнозирования язвенных гастродуоденальных кровотечений // *Анналы хирургии*. — 2002. — № 5. — С. 43—46.
- [8] *Щеголев А.А.* Обоснование принципов хирургического лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений: Дисс. ... докт. мед. наук. — М., 1993. — С. 337.
- [9] *Chung S.C.S.* Surgery and gastrointestinal bleeding // *Gastrointest. Endosc. Clin. North. Am.* — 1997. — № 7. — P. 687—701.
- [10] *Schoenberg M.H.* Surgical therapy for peptic ulcer and nonvariceal bleeding // *Langenbecks Arch. Surg.* — 2001. — Vol. 386. — P. 98—103.

MODERN TREATMENT STRATEGY OF GASTRODUODENAL ULCER BLEEDING

A.A. Schyogolev, O.A. AlSabunchi

Chair surgical disease Muscovite faculty
Russian national medical university
Fortunatovskaya str., 1, Moscow, Russia, 105058

E.A. Klochneva

Regional hospital Tambov city
Polevaya str., buil. 4, village Pokrovo-Prigorodnoe, Tambovskaya region, 392524
CRH of Tambovskaya region

J.A. Azimova

Clinic city hospital № 36
Fortunatovskaya str., 1, Moscow, Russia, 105058

The problem of acute gastroduodenal hemorrhages remains one of the most urgent and unsolved tasks of urgent surgery

Our study included 199 patients with hemorrhage from chronic ulcers. The first group (control) consist 104 patients with hemorrhage of chronic ulcers, in which active tactics was used, based on forecast of rebleeding.

The second group (basic) consist 95 patients with hemorrhage of chronic ulcers, which treated with endoscopic and drug hemostasis; operation was performed only in the case of rebleeding.

Surgical activity in control group was 45,2% (47 patients). Postoperative death was 8,5% (4 patients). Conservative treatment undergone 57 patients (54,8%). Rebleeding occur in two patients (1,9%). Common death rate in first group was 10,5% (11 patients).

In basic group rebleeding occur in 3 patients (3,2%), they all were operated. Postoperative rate death was 40% (2 patients). The Death rate in conservative treatment was 1,1% (1 patient). Common death was 3,2% (3 patients).

Thus the use of endoscopic hemostasis and conservative treatment in patients with hemorrhage from the chronic ulcers, reduce quantities of operations, and decrease the percentage of rebleeding with a reliable decrease in the rate of death.

Key words: ulcer gastroduodenal hemorrhages, endoscopic hemostasis.