

---

## ОСТРЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ ЯЗВЫ, ОСЛОЖНЕННЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

А.Е. Климов, Н.В. Лебедев,  
М.Ю. Персов, И.О. Абуладзе

Кафедра факультетской хирургии  
Медицинский факультет  
Российского университета дружбы народов  
ул. Миклухо-Маклая, 8, Москва, Россия, 117198

Изучены 723 протокола аутопсий больных, лечившихся в нехирургических отделениях, и проведен анализ результатов лечения 468 больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. У соматически тяжелых больных основное заболевание в 14,1% случаях осложняется возникновением симптоматической гастродуоденальной язвы, которая в свою очередь в 50% случаях приводит к кровотечению или прободению. Н. руlogi не имеет ведущего значения в образовании острых гастродуоденальных язв. 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.

Несмотря на внедрение в практику новых хирургических, эндоскопических и медикаментозных методов лечения, оказание помощи больным с кровотечениями из симптоматических гастродуоденальных язв остается актуальной и сложной проблемой неотложной хирургии [3, 4]. Возникновение острых эрозивно-язвенных поражений слизистой верхних отделов желудочно-кишечного тракта является 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].

Как правило, клинические признаки появления острых изъязвлений гастродуоденальной зоны и их осложнений маскируются тяжелой сопутствующей патологией. Большинство кровотечений диагностируют с опозданием [1, 5, 8]. Единые подходы к лечению больных с острыми гастродуоденальными язвами, осложнившимися 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.

**Целью** нашего исследования явилась разработка методов профилактики и лечения больных с симптоматическими гастродуоденальными язвами, осложненными кровотечением.

**Материал и методы.** Работа основана на изучении 723 протоколов аутопсий больных, лечившихся в нехирургических отделениях по поводу инфаркта миокар-

да, нарушения мозгового кровообращения, печеночно-почечной, сердечно-сосудистой недостаточности, и анализе результатов лечения 468 больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями, проходивших лечение в хирургических отделениях в период с 2004 по 2007 годы. 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 характеристики 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. Только у 28 (27,5%) из 102 умерших они были диагностированы прижизненно. У 74 умерших (72,5%) 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 или 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 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. В группе больных с острыми изъязвлениями верхних отделов желудочно-кишечного тракта —  $43,8 \pm 10,6$  балла по шкале SAPS-II. Острые язвы и эрозии у больных с тяжестью состояния 20—29 баллов выявлены 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) (табл. 1).

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

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

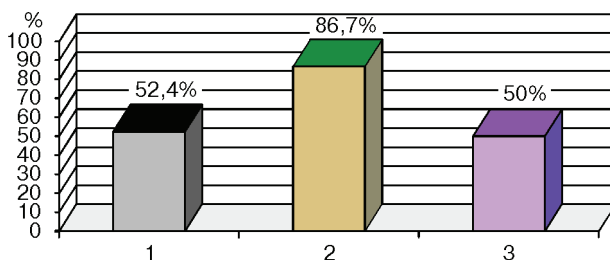
Баллы по SAPS II	Частота выявления острых язв
20—29	10 (9,8%)
30—39	22 (21,5%)
40—49	42 (41,2%)
≥ 50	28 (27,5%)
Всего	102 (100%)

Увеличение частоты возникновения острых язв у соматически тяжелых больных, трудности диагностики, возможность развития 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 области развилось несмотря на проведение профилактики эрозивно-язвенных поражений. В 79 (77,5%) случаях профилактики не проводили. Соотношение пациентов по принципу проведения профилактики эрозивно-язвенных поражений соответствовало 1/3,4. У 79 пациентов, которым профилактики 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 кровотечения из острых язв и эрозий верхних отделов желудочно-кишечного тракта возникли у 7 (30,4%) больных. Медикаментозную профилактику возникновения острых язв проводили антисекреторными препаратами:  $H_2$ -блокаторами в 14 случаях (квamatел — парентерально — 40 мг в сутки) и ингибиторами протонной помпы в 9 случаях (лосек парентерально — 40 мг в сутки).

Противоречивые мнения о необходимости проведения эрадикации *H. pylori* в профилактике и терапии острых гастродуоденальных язв побудили нас изучить влияние данного микроорганизма на развитие острых гастродуоденальных язв и эрозий. Нами проведено обследование на хеликобактериоз 101 больному. Из них 41 пациент без язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (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 двенадцатиперстной кишки — 3-я группа. Для определения наличия обсеменения слизистой гастродуоденальной зоны *H. pylori* использовали серологический метод исследования, основанный на определении антител (IgG, IgA) к *Helicobacter pylori* в сыворотке крови. Для выявления антихеликобактерных антител пользовались методом — ИФА (иммуноферментный анализ).

Анализ полученных результатов исследования показал, что частота обсеменения *H. pylori* слизистой 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 разе ( $p = 0,0407$ ) 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 (рис. 1).



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

Анализ результатов лечения 468 больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями показал, что кровотечение из симптоматических гастродуоденальных язв чаще возникали 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 с 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 умерло 106 пациентов, поступавших с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Общая летальность составила 22,6%. Летальность при хронических гастродуоденальных язвах составила 19,8% (умерло 63 больных из 318). Летальность при симптоматических язвах составила 28,7% (умерло 43 больных из 150).

Острая кровопотеря и постгеморрагическая анемия явились непосредственной причиной смерти у 11 (3,5%) больных с хроническими язвами и у 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 из 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%).

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

У больных с характеристикой кровотечения Forrest IA геморрагию 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 АПК рецидивы возникали в 17,4%, инъекционной методики — в 22,1%, радиоволнового гемостаза — в 18,5%.

Кровотечение из острых гастродуоденальных язв явилось показанием к оперативному вмешательству у 16 больных. Резекция  $2/3$  желудка произведена 7 пациентам (3 летальных исхода), гастро(дуодено)томия 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 (АПК), 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 неустраняемого 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% случаях осложняется возникновением симптоматической гастродуоденальной язвы, которая, в свою очередь, в 50% случаях 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. Н. pylori не имеет ведущего значения в образовании острых гастродуоденальных язв. Терапия, направленная на эрадикацию Н. Pylori при кровотечениях из симптоматических гастродуоденальных язв, не обоснована.

3. 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.

### **ЛИТЕРАТУРА**

- [1] Бокерия Л.А., Ярустовский М.Б., Шипова Е.А. Острые гастродуоденальные кровотечения в сердечно-сосудистой хирургии. — М., 2004. — 186 с.
- [2] Гаврилин С.В., Герасимов Г.Л., Бояринцев В.В. и др. Острая недостаточность органов желудочно-кишечного тракта при тяжелой огнестрельной травме // Вестн. хирургии. — 2001. — С. 89—93.
- [3] 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 // Consilium medicum. — 2003. — Т. 5. — № 8. — С. 46.
- [4] Кобиашвили М.Г. Энтеральное питание пострадавших с тяжелой травмой // Вестн. хирургии. — 2003. — Т. 162. — № 2. — С. 37—41.
- [5] Котаев А.Ю. Острые эрозии и язвы верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, осложненные кровотечением // Русский медицинский журнал. — Т. 14. — № 6. — М., 2006. — С. 501—504.
- [6] Тверитнева Л.Ф., Пахомова Г.В., Крылов В.В., Царенко С.В. и др. Лечение острых изъязвлений верхних отделов желудочно-кишечного тракта у больных нейрореанимационного профиля // Вестн. хирургии. — 2002. — № 2. — С. 22—25.

- [7] Яремчук А.Я., Зотов А.С. Современные принципы профилактики острых послеоперационных поражений желудочно-кишечного тракта // Вестн. хирургии. — 2001. — Т. 128. — № 5. — С. 101—104.
- [8] 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.
- [9] Forrest J.A.H., Finlayson N.D.C., Shearman D.J.C. Endoscopy in gastrointestinal bleeding // Lancet. — 1989. — 17:II: 7877: 394—397.
- [10] Le Gall J.R. et al. A new simplified acute physiology score (SAPS II) based on a European // North. American multicenter study. JAMA. 1993; 270:2957—63.

## **THE ACUTE GASTRODUODENAL ULCER, COMPLICATED BY HEMORRHAGE**

**A.E. Klimov, N.V. Lebedev,  
M.J. Persov, I.O. Abuladze**

Department of faculty surgery  
Medical faculty  
Peoples Friendship University of Russia  
*Miklukho-Maklai str., 8, Moscow, Russia, 117198*

The article is based on the results of the 723 autopsy protocols and the results of treatment of 468 ulcer hemorrhage patients. The article is dedicated to the problems of treatment and prophylactic the gastroduodenal ulcer hemorrhage.