

ЭВОЛЮЦИЯ УРГЕНТНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОМ ЯЗВЕННОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

А. Б. Ларичев*, доктор медицинских наук,
С. В. Фавстов,
К. Н. Ефремов

ГБОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия» Минздрава России, 150000, Россия,
г. Ярославль, ул. Революционная, д. 5

РЕЗЮМЕ Проведён сравнительный анализ лечения 727 больных с хронической язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением. В первую группу вошли 443 пациента, при лечении которых придерживались активной хирургической тактики. Для первичного эндогемостаза использовали электрокоагуляцию язвы и кровоточащего сосуда, или обкалывание язвенного дефекта раствором адреналина, или сочетание этих способов. При невозможности остановить кровотечение и при высоком риске его рецидива в 139 наблюдениях выполняли неотложное оперативное вмешательство, чаще резекцию желудка (58%). Послеоперационная летальность составила 5,8%, общая смертность – 4,97%. Во вторую группу вошли 284 пациента, при лечении которых предпочтение отдавалось эндоскопическому гемостазу, который носил лечебно-диагностический и превентивно-гемостатический характер. В связи с рецидивом кровотечения он выполнялся дважды (48 человек) и трижды (8 человек), к операции пришлось прибегнуть лишь в 8 случаях. Таким образом, при язвенном гастродуоденальном кровотечении применение эндоскопического гемостаза уменьшает оперативную активность с 31,4 до 3,9%. При этом наблюдается снижение общей летальности с 4,97 до 1,76%.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хирургическое лечение.

* Ответственный за переписку (corresponding author): e-mail: larich-ab@mail.ru

Язвенное гастродуоденальное кровотечение занимает особое место в широком спектре urgentных состояний, удерживая пристальное внимание хирургической общественности. Главной причиной этого являются не слишком утешительные результаты лечения, сопряжённые с необходимостью определения чётких рекомендаций относительно тактики с тем, чтобы всякий раз, сталкиваясь с данной проблемой, хирург и

эндоскопист приходили к взаимопониманию. Несмотря на достижения последнего десятилетия, круг обсуждаемых вопросов не меняется. Дискуссионным остаётся выбор метода гемостаза с учетом возможностей консервативной терапии, включая лечебно-диагностическую гастродуоденоскопию, определение показаний к оперативному вмешательству и последующее ведение больного [2, 5, 7, 9]. Исходя из исторической

PRIORITIES OF ENDOSCOPIC HEMOSTASIS AS THE BASIS OF URGENT TREATMENT OF GASTRODUODENAL BLEEDING IN HOSPITAL ENVIRONMENT

Larichev A. B., Favstov S. V., Efremov K. N.

ABSTRACT We have lead the comparative analysis of treatment of 727 patients for optimization of their conduct tactics. All of them had chronic ulcers of stomach and duodenum. The first group included 443 patients, where we have performed active surgical approach. Primary endoscopic hemostasis has been done by using electrocoagulation of bleeding vessel or by chipping of ulcer's edge by Adrenaline solution or by combining of these two methods. Emergency surgical intervention was done in 139 cases. Most of them were stomach resections (58%). In these situations it was found impossible to stop bleeding by endoscopic methods or the risk of relapse has been marked as very high. The level of postsurgical lethality was 5.6 %, total mortality – 4,97%. The second group consisted of 284 patients. In these cases endoscopic hemostasis has been used as the treatment, diagnostic and preventive hemostatic action. It was performed two times in 48 cases and three times in 8 cases because the relapse of bleeding took place. The surgical operation was performed in 8 cases. Thus in the case of gastroduodenal bleeding the priority of endoscopic hemostasis reduces number of surgical operations from 31,4 to 3,9%. The same time total mortality decreases from 4,97% to 1,76%. It was shown among the patients of comparing groups.

Key words: peptic ulcer of gaster and duodenum, surgical service.

ретроспективы, выделяют ряд тактических подходов: выжидательный, активный, активно-выжидательный и дифференцированный [1, 2, 4, 6]. Практический опыт свидетельствует, что с клинических позиций наиболее привлекательной выглядит индивидуализация алгоритма действий на основе клинко-эндоскопического контроля течения болезни [2, 4, 6].

Целью работы является оптимизация тактики ведения больных с хронической язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты лечения 727 больных с гастродуоденальной язвой, осложненной кровотечением. Пациенты получали помощь в условиях хирургического стационара ГБУЗ ЯО «Городская больница им. Н. А. Семашко» г. Ярославля в период с 1995 по 2012 гг. Сравнивали хирургическую тактику в двух временных промежутках, отличающихся по предпочитаемому алгоритму: 1995–2002 гг. – активная тактика, высокая оперативная активность, 2003–2012 – использование эндоскопических манипуляций. Среди пациентов преобладали мужчины (72,4%), лица среднего и пожилого возраста (71,6%). Язва желудка наиболее часто (44% наблюдений) локализовалась в средней и нижней трети (85,4%), в случае язвенной болезни двенадцатиперстной кишки дефект слизистой чаще верифицировали на передней стенке луковицы (63,2%). В 2/3 наблюдений встречалась одиночная язва (75,4%). У большинства при госпитализации регистрировали состояние средней степени тяжести или тяжёлое (74,6%). Это было связано со II–IV степенью кровопотери (65%).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При поступлении в клинику источник кровотечения характеризовался как Forest-I – у 28,4% больных, Forest-II – у 55,3%, Forest-III – у 26,3%. Гемостаз осуществляли с помощью электрокоагуляции язвы и кровоточащего сосуда, или путём обкалывания язвенного дефекта раствором 0,1%-ного адреналина, или посредством их сочетания. Дальнейшая хирургическая тактика зависела от принятых в различные временные промежутки установок в клинике.

В период с 1995 по 2002 гг. практиковались активные действия хирурга. При поступлении в стационар верифицировали диагноз во время экстренно выполняемой эзофагогастродуоденоскопии. Возникающие при этом два обстоятельства – не-

возможность эндоскопического гемостаза и высокий риск рецидива кровотечения – служили показанием к неотложному оперативному вмешательству. Из 443 больных, госпитализированных в этот период, у 139 человек (31,4%) выполнена лапаротомия, в том числе по экстренным показаниям – у 63 пациентов, в срочном порядке – у 49, в остальных случаях осуществлено плановое вмешательство.

С целью ликвидации источника кровотечения предпочтение отдавали резекции желудка, которая была выполнена более чем в половине клинических наблюдений (58%). Гастротомию и прошивание кровоточащего сосуда использовали реже. При этом учитывали субъективные (хирург не владел методикой удаления желудка или его части в экстремальных, технически сложных условиях) и объективные причины (тяжесть состояния пациента в связи с декомпенсированной кровопотерей, которая была сопряжена с высоким риском осложнений, в том числе и летальных, в послеоперационном периоде).

Традиционно главным критерием эффективности мер, предпринимаемых для осуществления гемостаза при гастродуоденальном кровотечении, является уровень летальности. Среди оперированных этой группы умерло 8 человек (5,8%), в том числе у двоих хирургическое пособие было выполнено на фоне продолжающегося кровотечения, а у 6 – в связи с рецидивом геморрагического синдрома после первичной эндоскопической гемостатической манипуляции. У 4 из 7 погибших после резекции желудка причиной смерти послужили осложнения, обусловленные несостоятельностью швов гастроэнтероанастомоза или культи двенадцатиперстной кишки. Ещё у троих больных операцию проводили на фоне тяжёлой сопутствующей патологии, течение которой после операции сопровождалось её декомпенсацией. В 1 случае наблюдалось прогрессирование хронической почечной недостаточности, в 2 – острая сердечно-сосудистая недостаточность. После прошивания кровоточащего сосуда летальный исход наступил у 1 пациента в связи с острой сердечно-сосудистой недостаточностью на фоне постгеморрагической анемии.

Двое больных скончались в связи с продолжающимся профузным кровотечением, стремительное его развитие не позволило осуществить ни эндоскопический гемостаз, ни хирургическое вмешательство. В 6 наблюдениях удалось остановить кровотечение при первичном осмотре, однако в течение ближайших двух суток произошёл рецидив кровотечения, который стал

непосредственной причиной смерти пациентов. У 6 человек с помощью эндоскопических технологий произвели окончательный гемостаз, но в дальнейшем наступила смерть в связи с прогрессированием сердечно-сосудистой недостаточности (4), развитием острого инфаркта миокарда (1) и нарастанием печёночно-почечной недостаточности на фоне цирроза печени (1). Таким образом, из 304 больных, в комплексном лечении которых оперативное вмешательство не использовалось, умерло 14 человек, летальность составила 4,6%. В целом же среди пациентов, у которых для остановки гастродуоденального кровотечения предпочтение отдавалось активной хирургической тактике (оперативная активность – 31,4%), смерть наступила в 22 случаях (4,97%).

В период с 2003 по 2012 гг. в лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложнённой кровотечением, приоритет имели эндоскопические манипуляции. Наряду с этим в достижении окончательного гемостаза немаловажная роль отводилась лечению самой язвенной болезни. Для этого использовали блокаторы H_2 -рецепторов (ранитидин, фамотидин), ингибиторы протонной помпы (омепразол) и эрадикацию хеликобактера пилори (метронидазол, висмута трикалия дицитрат, тетрациклин) по традиционной схеме [3, 8]. В этот временной промежуток на стационарном лечении находились 284 пациента, состояние которых по основным клинико-статистическим параметрам (пол, возраст, наличие сопутствующей патологии, локализация язвы, длительность язвенной болезни, характер предшествующего лечения) не отличалось от такового у больных предыдущей группы ($p > 0,05$).

На момент госпитализации у всех пациентов во время эндоскопического исследования был верифицирован диагноз. При этом в 64 наблюдениях источник кровотечения оценивался как Forest-I, из них только в 3 случаях эндоскопическая процедура не привела к успеху и пришлось начать экстренную операцию. В остальных наблюдениях источник кровотечения оценивался как Forest-II или Forest-III, проводимая по этому поводу эндоскопия носила диагностический и превентивно-гемостатический характер. В целом после эндо-

скопического гемостаза рецидив кровотечения возник в 48 наблюдениях (16,9%), выполнена повторная гастроскопическая манипуляция, которая оказалась эффективной в большинстве случаев (89,6%). В связи с невозможностью обеспечить окончательный гемостаз подобным способом были оперированы 5 пациентов. В дальнейшем в течение 24–48 часов возник еще один (третий) рецидив кровотечения у 8 человек (18,6%), предпринятая по этому поводу эндоскопическая манипуляция у 5 пациентов завершилась окончательным гемостазом, а в 3 случаях пришлось остановить процедуру по причине неэффективности эндогемостаза и выполнить лапаротомию с прошиванием кровоточащего сосуда. В результате во втором анализируемом временном промежутке совокупная оперативная активность составила 3,9%.

В общей сложности из 11 оперированных умерло 6, в том числе после операции в связи с продолжающимся кровотечением на момент госпитализации (1), на фоне его рецидива после одно- (3) и двукратного (2) эндоскопического гемостаза. Во всех случаях это были пациенты пожилого и старческого возраста (65–85 лет). Летальный исход у них был обусловлен сопутствующей патологией (декомпенсацией сердечно-сосудистой деятельности) и постгеморрагической анемией при остановленном кровотечении. Среди больных, у которых гемостаз был осуществлён эндоскопически (без рецидива кровотечения), умерло 4 человека в связи с развитием инфаркта миокарда (1), острого нарушения мозгового кровообращения (1) и декомпенсации сердечно-сосудистой недостаточности (2).

ВЫВОДЫ

При язвенном гастродуоденальном кровотечении выбор эндоскопических методов для проведения гемостаза сопровождается статистически значимым уменьшением оперативной активности – с 31,4 до 3,9%. Данное обстоятельство вызывает оптимизм, поскольку часто вторая и третья эндоскопическая процедура завершается окончательной остановкой кровотечения. При этом наблюдается статистически значимое снижение общей летальности с 4,97 до 1,76%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Выбор тактики лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями / Н. В. Лебедев [и др.] // *Материалы VI Всероссийской конференции общих хирургов* / под ред. В. К. Гостищева и Е. М. Мохова. – Тверь : Триада, 2010. – С. 94.
2. Гостищев, В. К. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии (патогенез, диагностика, лечение) : рук-во для врачей / В. К. Гостищев, М. А. Евсеев. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 384 с.
3. Евсеев, М. А. Антисекреторные препараты в неотложной хирургической гастроэнтерологии / М. А. Евсеев. – М., 2009. – 174 с.
4. Ларичев, А. Б. Эпидемиология язвенной болезни и приоритеты консервативного лечения язвенного гастродуоденального кровотечения / А. Б. Ларичев, С. В. Фавстов, В. П. Михайлов // *Материалы конференции, посвященной 100-летию со дня рождения проф. А. А. Русанова*. – СПб., 2009. – С. 66–67.
5. Луцевич, Э. В. Диагностика и лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений / Э. В. Луцевич, И. Н. Белов, Э. Н. Праздников // *50 лекций по хирургии* / под ред. В. С. Савельева. – М. : Триада-Х, 2004. – С. 484–490.
6. Chiu, P. W. High risk ulcer bleeding: when is second-look endoscopy recommended? / P. W. Chiu, J. J. Sung // *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* – 2010. – Vol. 8(8). – P. 651.
7. Gralnek, I. M. Will surgery be a thing of the past in peptic ulcer bleeding? / I. M. Gralnek // *Gastrointest. Endosc.* – 2011. – Vol. 73 (5). – P. 909.
8. Leontiadis, G. I. Proton pump inhibitor dose for ulcer bleeding: is less really more? / G. I. Leontiadis, C. W. Howden // *Arch. Intern. Med.* – 2010. – Vol. 170 (18). – P. 1697.
9. Surgical indications and procedures for bleeding peptic ulcer / N. Abe [et al.] // *Dig Endosc.* – 2010. – Vol. 22, Suppl. 1. – P. 35.