

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Усов В.В.¹, Обыденникова Т.Н.², Тыртышная О.В.³,
Шрамко Г.И.⁴, Шмыков А.В.⁵

¹Усов Виктор Васильевич – доктор медицинских наук, профессор,
Школа биомедицины,

Дальневосточный федеральный университет;

²Обыденникова Тамара Николаевна – кандидат медицинских наук, доцент,
Институт хирургии

Тихоокеанский государственный медицинский университет;

³Тыртышная Ольга Владимировна – врач-хирург;

⁴Шрамко Геннадий Иванович – врач – хирург;

⁵Шмыков Андрей Валерьевич – врач-хирург,
Дальневосточный окружной медицинский центр,
г. Владивосток

Аннотация: в статье обобщен опыт лечения гастродуоденальных кровотечений. В основе лечения пациентов с этой патологией лежит консервативная тактика, центральным звеном которой является эндоскопический гемостаз. Динамическая эндоскопия позволяет контролировать надежность гемостаза, значительно уменьшить количество оперативных вмешательств на высоте кровотечения, снизить летальность.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, эндоскопический гемостаз, хирургическая тактика.

Проблема лечения острых кровотечений из желудка и 12-перстной кишки остаётся актуальной. Несмотря на многочисленные исследования и публикации, до сих пор не принята единая стратегия лечения этой категории пациентов. Основополагающим вопросом является выбор тактики лечебных мероприятий.

Среди кровотечений их желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) острые язвенные гастродуоденальные кровотечения (ОЯГДК) составляют до 60% от всех случаев кровотечений из пищеварительного тракта [1].

Основными причинами кровотечений из верхних отделов ЖКТ, кроме язв желудка и 12-перстной кишки, являются злокачественные новообразования желудка (12,0%), эрозивно-язвенный гастрит (13,2%), синдром Мэллори-Вейса (4,1%), варикозно расширенные вены пищевода и желудка при портальной гипертензии (3,9%), доброкачественные опухоли (1,3%) и другие причины [1, 3, 4].

Достижения фармакологии и широкое применение антихеликобактерной терапии позволили значительно уменьшить число хирургических

осложнений язвенной болезни [7]. Резко снизилась плановая хирургическая активность по поводу язвенных процессов желудка и 12-перстной кишки. Однако, хирургические осложнения язвенной болезни, возникающие при неэффективности плановой консервативной терапии, остаются вызовом для хирурга.

Возникшие ОЯГДК до сих пор являются наиболее частыми осложнениями язвенной болезни, высокой остаётся летальность, которая в зависимости от региона России и принятой хирургической тактики варьирует от 10 до 12%, достигая 50% среди больных пожилого и старческого возраста [1, 5, 6]. Сочетание ЯГДК и других осложнений значительно ухудшает прогноз для больного. Так в случае перфорации и кровотечения летальность может достигать 68-83% [3, 4].

Основной причиной недостаточной эффективности лечения данной патологии являются рецидивы кровотечения после проведённых гемостатических мероприятий. Летальность в этом случае достигает 75% [8].

В абсолютном большинстве отечественных и зарубежных клиник основным и преимущественным методом лечения ЯГДК является эндоскопический гемостаз в комплексе с медикаментозной противоязвенной, гемостатической и антихеликобактерной терапией. Современные методы эндоскопического гемостаза позволяют добиться остановки язвенного кровотечения у 79-97% больных [2, 6, 7]. И всё же приходится констатировать, что, несмотря на совершенствование методик эндоскопического гемостаза и возможность гарантированного снижения желудочной секреции, случаи нестабильного гемостаза по-прежнему имеют место.

Нами проведен анализ 259 историй болезни пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями, лечившимися в ХО ДВОМЦ за период с 2004 по 2017 годы. Кровотечение из язв желудка и 12-перстной кишки было зарегистрировано у 153 пациентов (29%), при эрозивно-язвенном гастрите - у 41 больного (16%), при синдроме Мэллори-Вейса - у 65 человек (25%).

Мы придерживались лечебно-диагностического алгоритма:

- I. ЭТАП Клиническая и эндоскопическая оценка кровотечения.
- II. ЭТАП Клиническая и эндоскопическая оценка факторов риска рецидива кровотечения: временный или окончательный гемостаз
- III. ЭТАП Выделение группы больных, нуждающихся:
 1. В неотложном оперативном вмешательстве;
 2. В срочном оперативном вмешательстве;
 3. В отсроченном оперативном вмешательстве.

При оценке гемостаза использовали общепринятую рабочую классификацию J.A. Forrest (1974). Применяли консервативно-выжидательную тактику, которая принята в большинстве ведущих клиник.

Консервативная терапия включала инфузионную, гемостатическую,

заместительную терапию, антисекреторные и антибактериальные препараты.

Применяли различные методы эндоскопического гемостаза: инфильтрация 30% этиловым спиртом, аргонно-плазменная коагуляция зоны кровотечения, субмукозное введение 0,01% раствора адреналина, механическое клипирование. Проводили повторную ФГДС через 12-24 часа для контроля стабильности гемостаза. При нестабильном гемостазе или рецидиве кровотечения выполняли повторно эндоскопическую остановку кровотечения.

Консервативные мероприятия в сочетании с эндоскопическим гемостазом были эффективными у 216 больных (83%), подверглись оперативному лечению с целью гемостаза 44 пациента (17%). Экстренные операции выполняли на высоте кровотечения по жизненным показаниям на высоте кровотечения, при рецидиве кровотечения (31 случай) и неэффективности повторного гемостаза (13 случаев).

Общая летальность составила 4% (10 человек). Летальность среди пациентов, которым выполнен эндоскопический гемостаз составила 2,3% (5 человек). Смерть наступила не от продолжающегося кровотечения, а в связи с обострением сопутствующей патологии. В группе оперированных в экстренном порядке больных летальность составила 10,5% (5 человек).

Проведенный анализ тактики при желудочно-дуоденальных кровотечениях свидетельствует об эффективности динамической эндоскопии с применением комбинированных методов гемостаза в сочетании с консервативной противоязвенной и гемостатической терапией. Принятая хирургическая тактика позволяет уменьшить число экстренных хирургических вмешательств, значительно снизить летальность.

Список литературы

1. *Гостищев В.К., Евсеев М.А.* Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии (патогенез, диагностика, лечение): рук. для врачей. М.: ГЕОТАР-медиа, 2008. 384 с.
2. *Захарова Е.О.* Программный эндоскопический гемостаз как метод выбора при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Волгоград, 2012. 23 с.
3. *Ларичев А.Б., Фавстов С.В., Бахилина В.Л.* Некоторые хирургические аспекты язвенного гастродуоденального кровотечения // *Новости хирургии*, 2013. Том 21. № 6. С. 29-37.
4. *Ступин В.А. и др.* Структура летальности при язвенных гастродуоденальных кровотечениях // *Хирургия. Журн. Н.И. Пирогова*, 2013. № 5. С. 31–35.

5. *Тверитнева Л.Ф.* Диагностика, лечение и профилактика гастродуоденальных кровотечений. Дисс. ... д-ра. мед. наук. М., 2009. 233 с.
6. *Черноусова Е.А.* Комплексное лечение больных с острыми гастродуоденальными язвенными кровотечениями. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2016. 27 с.
7. *Enestvedt B.K., Gralnek I.M., Mattek N., Lieberman D.A., Eisen G.* An evaluation of endoscopic indications and findings related to nonvariceal upper-GI hemorrhage in a large multicenter consortium // *J. Gastrointest. Endosc.*, 2008. Vol. 67. № 3. P. 422-429.
8. *Tsoi K.K., Chan H.C., Chiu P.W., Pau C.Y., Lau J.Y., Sung J.J.* Second-look endoscopy with thermal coagulation or injections for peptic ulcer bleeding: a meta-analysis // *J. Gastroenterol. Hepatol.*, 2010. Vol. 25. № 1. P. 8–13.