

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Лаврешин П.М.¹, Бруснев Л.А.¹, Горбунков В.Я.², Волостников Е.В.³,
Эбзеев А.Х.³, Ефимов А.В.⁴, Жерносенко А.О.*⁴

¹ Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

² Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

³ ГБУЗ СК «Городская клиническая больница № 2», Ставрополь

⁴ ГБУЗ «Туапсинская районная больница № 3», Туапсе

УДК: 616.33-089.811/814

DOI: 10.25881/BPNMSC.2019.55.29.009

Резюме. Цель. Проанализировать результат лечения гастроудоденальных кровотечений язвенной этиологии в условиях городской больницы и определить наиболее эффективную лечебную тактику.

Материалы и методы. В период 2015–2018 гг. в хирургическом отделении «Городская клиническая больница № 2» г. Ставрополь. было пролечено 292 пациента с острыми язвенными гастроудоденальными кровотечениями. В исследуемой группе преобладали мужчины 169 пациентов (58%) по сравнению с женщинами – 123 больных (42%). Средний возраст 48±7,3 лет.

Результаты. При госпитализации стандартно всем пациентам выполнялась эзофагогастроудоденоскопия. Распределение по локализации источника кровотечения: антральный отдел желудка 140 пациентов (48%), луковица двенадцатиперстной кишки 105 пациентов (36%), кардиальный отдел желудка 47 пациентов (16%). Классификация по Forrest: Ia – 50 пациентов (17%); Ib – 67 пациентов (23%); IIa – 64 пациента (22%), IIb – 96 пациентов (33%), IIc – 15 пациентов (5%). На фоне только консервативного лечения удалось остановить кровотечение у 172 больных (59%). При выявлении продолжающегося кровотечения (117 больных), пациентам выполнялся эндоскопический гемостаз: обкалывание источника кровотечения 0,01% раствором адреналина – 71 случая (60%) и аргоноплазменная коагуляция – 46 случаев (40%). После эндоскопического гемостаза рецидив кровотечения диагностирован только после обкалывания места кровотечения у 9 больных (7,5%). Хирургическая активность составила 6,8%. Оперативное лечение получили 20 больных: резекция желудка 6 пациентов, у 14 больных гастротомия с прошиванием кровотокающего сосуда. Летальность составила 4,1% (12 пациентов).

Выводы. 1. Эндоскопическое исследование позволяет адекватно определить тактику лечения пациента с гастроудоденальным кровотечением и проводить мониторинг эффективности гемостаза. 2. Наиболее эффективным вариантом эндоскопического гемостаза является аргоноплазменная коагуляция. 3. Пациенты с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки требуют мультидисциплинарного подхода в лечении с регулярным сезонным наблюдением гастроэнтеролога.

Ключевые слова: гастроудоденальные кровотечения, гемостаз, эндоскопия, язвенная болезнь.

Актуальность

Гастроудоденальные кровотечения (ГДК) по-прежнему остаются одним из серьезных осложнений многих заболеваний желудочно-кишечного тракта [1; 2]. В США ежегодно более 320 тыс. пациентов госпитализируются в стационары по причине ГДК. В Европе от 48 до 147 пациентов на 100 тыс. населения обращаются в стационары с признаками ГДК. Летальность непосредственно от кровотечения или декомпенсации сопутствующей патологии может достигать 10% [4]. В г. Москва этот показатель в среднем составляет 17,6% [1; 2]. Традиционно

EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF GASTRODUODENAL BLEEDING ULCER ETIOLOGY IN A CITY HOSPITAL

Lavreshin P.M.¹, Brusnev L.A.¹, Gorbunkov V.Ya.², Volostnikov E.V.³,
Ebzeev A.Kh.³, Efimov A.V.⁴, Zhermosenko A.O.*⁴

¹ Stavropol state medical university, Stavropol

² Stavropol state medical university, Stavropol

³ City Clinical Hospital № 2, Stavropol

⁴ City Clinical Hospital № 3, Tuapse

Abstract. Objective. to analyze the result of treatment of gastroduodenal bleeding of the ulcerative etiology in the conditions of the city hospital and to determine the most effective treatment tactics.

Methods. In the period 2015–2018, in the surgical department «City Clinical Hospital № 2», Stavropol. 292 patients with acute ulcerative gastroduodenal bleeding were treated. In the study group, 169 patients (58%) prevailed among men – 123 patients (42%) compared with women. The average age is 48±7.3 years.

Results. On admission, all patients underwent esophagogastroduodenoscopy. Distribution of the source of bleeding by localization: antrum of the stomach 140 patients (48%), duodenal bulb 105 patients (36%), cardiac department of the stomach 47 patients (16%). Forrest classification: Ia – 50 patients (17%); Ib – 67 patients (23%); IIa – 64 patients (22%), IIb – 96 patients (33%), IIc – 15 patients (5%). Using conservative treatment only, it was possible to stop the bleeding in 172 patients (59%). When detecting continued bleeding (117 patients), patients underwent endoscopic hemostasis: injecting the bleeding vessel with a 0.01% adrenaline solution – 71 cases (60%) and argon plasma coagulation – 46 cases (40%). After endoscopic hemostasis, recurrence of bleeding was diagnosed only after injections of 0.01% adrenaline in 9 patients (7.5%). Surgical activity was 6.8%. Twenty patients received surgical treatment: gastrectomy of 6 patients, in 14 patients gastrotomy with flashing of a bleeding vessel. Mortality rate was 4.1% (12 patients).

Conclusion. 1. Endoscopic examination allows to determine the tactics of treating a patient with gastroduodenal bleeding and monitor the effectiveness of hemostasis. 2. The most effective option for endoscopic hemostasis is argon plasma coagulation. 3. Patients with gastric ulcer and duodenal ulcer require a multidisciplinary approach to treatment with regular seasonal supervision by a gastroenterologist.

Keywords: gastroduodenal bleeding, hemostasis, endoscopy, peptic ulcer.

желудочно-кишечные кровотечения язвенной этиологии – это большая половина (56%) от общего числа кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта и пятая часть (20%) всех осложнений язвенной болезни [2]. Несмотря на значительные успехи хирургии и анестезиологии, летальность при острых желудочно-кишечных кровотечениях составляет 5–14%, а при рецидиве возрастает до 30–40% и не имеет тенденции к уменьшению [3].

Наблюдая в ретроспективе лечебную тактику в отношении язвенных гастроудоденальных кровотечений

* e-mail: nmhc@mail.ru

наблюдается изменение отношения к оперативному лечению. На смену активной хирургической тактики пришла активно-выжидательная тактика лечения последних десятилетий [3]. Развитие методик эндоскопического гемостаза и широкое их тиражирование внесло дополнительные варианты лечения язвенных желудочно-кишечных кровотечений [1; 2].

Резюмируя можно сказать, что правильная тактика лечения больных с острыми язвенными гастродуоденальными кровотечениями является важнейшим вопросом организации хирургической службы стационара.

Цель исследования: проанализировать результат лечения гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии в условиях городской больницы и определить наиболее эффективную лечебную тактику.

Материалы и методы

Основой для настоящего исследования стал анализ результатов лечения 292 пациента с острыми язвенными гастродуоденальными кровотечениями (ЯГДК) в период 2015–2018 гг. в хирургическом отделении ГБУЗ СК «Городская клиническая больница № 2» г. Ставрополь. В исследуемой группе преобладали мужчины 169 пациентов (58%) по сравнению с женщинами – 123 больных (42%). Возраст пациентов колебался от 18 до 91 года (Me 46,3), средний возраст $48 \pm 7,3$ лет. При сборе субъективных данных язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки выявлена у 44% больных в анамнезе.

Результаты и обсуждение

При госпитализации рутинно всем пациентам с клиникой острого гастродуоденального кровотечения выполнялась эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) в течении 1 часа от момента госпитализации после соответствующей подготовки ЖКТ к исследованию (постановка назогастрального зонда, промывание желудка и пищевода холодным физиологическим раствором до «чистых вод»). Для исследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта использовали фибро- и видеоэндоскопы фирмы Olympus (Япония).

Перед врачами-эндоскопистами ставились следующие задачи: определение локализации источника кровотечения, его размеры, факт остановившегося или продолжающегося кровотечения, его причины и характер, определение дальнейшей тактики и, опционально, выполнение эндоскопического гемостаза. Также всем пациентам определялась устойчивость гемостаза по Forrest (1974 г.). Традиционно выделялось продолжающееся кровотечение:

- Ia – артериальное, струйное 50 пациентов (17%);
- Ib – капельное, диффузное 67 пациентов (23%);

Остановившееся кровотечение:

- IIa – тромбированная артерия 64 пациента (22%),
- IIb – фиксированный ступок 96 пациентов (33%),
- IIc – мелкие тромбированные сосуды 15 пациентов (5%).

При прогнозируемом высоком риске рецидива кровотечения всегда выполнялась повторная ЭГДС.

В зависимости от локализации источника кровотечения пациенты распределились следующим образом: антральный отдел желудка 140 пациентов (48%), луковица двенадцатиперстной кишки 105 пациентов (36%), кардиальный отдел желудка 47 пациентов (16%).

Все пациенты получали гемостатическую, противоязвенную терапию (блокаторы протонной помпы). На фоне только консервативного лечения удалось остановить кровотечение у 172 больных (59%). Рецидив кровотечения при этом возник у 11 пациентов (3,8%). Среди лекарственных средств оптимальные условия для прекращения процессов деструкции в язвенном кратере создают ингибиторы протонной помпы (ИПП). Именно фармакодинамические и фармакокинетические свойства ИПП обеспечивают их преимущество перед антисекреторными препаратами других групп и подтверждены результатами клинических исследований и мета-анализов.

На фоне повышенной кислотности, как известно, страдает тромбообразование, что является патогенетической основой для применения ИПП у больных с ЯГДК. Помимо ускорения тромболизиса за счет кислотстимулированного пепсинового механизма соляная кислота также нарушает формирование тромбов путем ингибирования агрегации тромбоцитов и усиления их дезагрегации. Ингибирование секреции кислоты облегчает образование тромбов и угнетает фибринолиз. Именно скорое и начительное угнетение выделения соляной кислоты и пепсина является обязательным условием для достижения гемостаза. Помимо одновременного угнетения секреции соляной кислоты, не менее важно поддержание pH не ниже 6,0 внутри просвета желудка, что может быть достигнуто только за счет постоянной внутривенной инфузии ИПП. Применение антисекреторных паратов других фармакологических групп не позволяет достичь данной цели.

При выявлении по данным ЭГДС продолжающегося кровотечения Forrest Ia-b (117 больных), пациентам выполнялся эндоскопический гемостаз. В клинике стандартизированы следующие его варианты: обкалывание источника кровотечения 0,01% раствором адреналина – 71 случая (60%) и аргоноплазменная коагуляция – 46 случаев (40%). После определения локализации и источника кровотечения выполняли эндоскопический гемостаз, который включал инфильтрацию паравазальной области 0,01% раствором адреналина. Инфильтрация в подслизистый слой раствора адреналина (до 20 мл 0,01% раствора) сдавливает кровоточащий сосуд в подслизистом слое, обеспечивая остановку кровотечения или значительное снижение его интенсивности. Если кровотечение продолжалось после обкалывания выполняли аргоноплазменную коагуляцию (АПК). После эндоскопического гемостаза рецидив кровотечения диагностирован у 9 больных (7,5%). Все случаи рецидива кровотечения возникли после обкалывания места кровотечения.

К оперативному лечению прибегали в случае невозможности осуществить эндоскопический гемостаз, либо при его рецидиве или высоком риске угрозы кровотечения. Хирургическая активность в отделении при ЯГДК составила 6,8%. Оперативное лечение получили 20 больных, из которых только у одного это было единственным вариантом гемостаза. Оставшиеся 19 пациентов были прооперированы при диагностировании у них рецидива кровотечения после консервативного (12 больных) и эндоскопического гемостаза (7 больных). Вариантом выбора хирургического лечения у больных с ЯГДК считаем органосохраняющие операции. Из 20 оперированных больных по поводу ЯГДК, резекция желудка выполнена 6 пациентам, а остальным гастротомия с прошиванием кровоточащего сосуда. Резекция желудка выполнялась при язве больших размеров на малой кривизне.

При достижении стойкого гемостаза 86% больных были переведены в гастроэнтерологическое отделение для дальнейшего противоязвенного лечения.

Летальность составила 4,1% (12 пациентов), что объясняется поздней госпитализацией этих пациентов, пожилым и старческим возрастом многих больных с декомпенсацией сопутствующей и снижением у них устойчивости к острой кровопотере и операционной травме. Из них после операции умерло 4 больных (1,4%). Послеоперационная летальность составила 20%.

Выводы

1. ЭГДС позволяет адекватно определить тактику лечения пациента с гастродуоденальным кровотечением и проводить мониторинг эффективности гемостаза.
2. Наиболее эффективным вариантом эндоскопического гемостаза является аргонплазменная коагуляция.
3. Пациенты с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки требуют мультидисциплинарного подхода в лечении с регулярным сезонным наблюдением гастроэнтеролога.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов (The authors declare no conflict of interest).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Проблема выбора метода лечения острых гастродуоденальных язвенных кровотечений // Хирургия. Ж. им. Н.И. Пирогова. –2007; (7): 7-10. [Gostishchev VK, Evseev MA. The problem of choosing the method of treatment of acute gastroduodenal ulcerative bleeding. *Khirurgiya. Zhurnal imeni N.I. Pirogova.* –2007; (7): 7-10. (In Russ).]
2. Евсеев М.А. Антисекреторные препараты в неотложной хирургической гастроэнтерологии // М.: КВАН. –2009; 173 с. [Evseev MA. Antisekretornye preparaty v neotložnoy khirurgicheskoj gastroenterologii. (Antisecretory drugs in emergency surgical gastroenterology.) Moscow: KVAN. –2009; 173 p. (In Russ).]
3. Лебедев Н.В., Климов А.Е., Соколов П.Ю., Цинова Ф.И. Сравнительная оценка систем прогноза рецидива язвенного гастродуоденального кровотечения // Хирургия. Ж. им. Н.И. Пирогова. –2013; (8): 28-31. [Lebedev NV, Klimov AE, Sokolov PYu, Tsinoeva FI. Comparative evaluation of relapse prediction systems in gastroduodenal ulcer bleeding // *Khirurgiya. Zhurnal imeni N.I. Pirogova.* –2013; (8): 28-31. (In Russ).]
4. Луцевич Э.В., Белов И.Н. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений. От хирургии к терапии // Хирургия. Ж. им. Н.И. Пирогова. –2008; (1): 4-7. [Lutsevich EV, Belov IN. Treatment of gastroduodenal 836 bleedings: from surgery to therapy // *Khirurgiya. Zhurnal imeni N.I. Pirogova.* –2008; (1): 4-7. (In Russ).]
5. Skok P, Krizman L, Skok M. Argon plasma coagulation versus injection sclerotherapy in peptic ulcer hemorrhage – a prospective, controlled study. *Hepato-Gastroenterol.* –2004; 51: 165-170.