

## ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

**А. Черепанин**, доктор медицинских наук,  
**О. Антонов**, кандидат медицинских наук,  
**М. Синеокая**, кандидат медицинских наук  
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова  
**E-mail:** oantonov78@mail.ru

*Разработан комплексный лечебный алгоритм с учетом степени операционно-анестезиологического риска и риска рецидива кровотечения. В алгоритм включены современный эффективный метод радиоволнового гемостаза и схема программированного превентивного гемостаза.*

**Ключевые слова:** язвенные гастродуоденальные кровотечения, радиоволновой гемостаз, комбинированный гемостаз.

Несмотря на совершенствование методов фармакотерапии язвенной болезни на основе детального изучения ее патогенеза, частота осложнений язвенной болезни не уменьшается [4, 6]. Частота госпитализаций по поводу язвенных гастродуоденальных кровотечений (ЯГДК), по данным отечественных и зарубежных исследований, составляет от 31 до 150 на 100 тыс. пациентов [2, 11, 14, 15].

Современные эндоскопические методики позволяют добиться остановки кровотечения, выиграть время, необходимое для проведения предоперационной подготовки пациента, стабилизации его состояния, снижения операционно-анестезиологического риска (ОАР) [1, 5, 7, 8, 9, 12]. При этом сохраняющиеся высокие показатели рецидивов кровотечения (РК), вынужденных экстренных оперативных вмешательств, высокая общая и послеоперационная летальность как в нашей стране, так и во всем мире заставляют продолжать поиск надежного метода экстренного эндоскопического гемостаза (ЭГ) и разрабатывать алгоритм лечения пациентов с ЯГДК [3, 10].

В 1-й (основной) группе (n=42) ЭГ и повторные превентивные воздействия осуществлялись с применением радиоволнового воздействия (РВ). Для осуществления РВ использовали аппарат «Сургитрон» (производства Ellman International, США) и эндоскопический монополярный коагуляционный электрод. В ходе работы выявлен ряд преимуществ методики: сам аппарат компактен и прост в использовании, в том числе и при экстренном эндоскопическом вмешательстве. Метод не требует специальных устройств и значительных физических усилий, может применяться при отсутствии специализированного среднего медицинского персонала.

У 12 пациентов при продолжающемся кровотечении гемостаз был начат с инъекционного, но вследствие его неэффективности окончательный гемостаз был достигнут при РВ. У остальных 30 пациентов РВ применяли в качестве монотерапии.

Во 2-й группе (группа сравнения; n=65) применен инъекционный гемостаз. Группы были сопоставимы по локализации и размерам язвы, полу и возрасту больных. Инъекционный гемостаз осуществляли по стандартной методике с введением в подслизисто-мышечный слой из 3–4 точек 0,18% раствора адреналина в разведении 1:5 на 10% гипертоническом растворе хлорида натрия или 10% растворе глюкозы до достижения гемостаза.

При эндоскопической оценке размеров язвенных дефектов в обеих группах отмечено преобладание язв диаметром до 10 мм – у 49 (45,8%) пациентов.

Для описания источника кровотечения применялась классификация Forrest. В основной группе было 17 (40,5%) пациентов с продолжающимся кровотечением (FIA и FIB); в группе сравнения – меньше – 12 (18,5%) больных,  $p < 0,05$ . Это объясняется дополнением в ряде случаев инъекционного гемостаза РВ.

Для прогнозирования риска кровотечения нами была выбрана Шкала Rockall. Средний балл по Шкале Rockall в основной группе составил  $4,49 \pm 2,0$ , в группе сравнения –  $4,55 \pm 1,7$ ; различия недостоверны ( $p = 0,85$ ). Поскольку этот показатель является интегральным, у пациентов с высоким баллом по Шкале Rockall средний возраст оказался достоверно больше, чаще отмечалась тяжелая сопутствующая патология ( $p < 0,05$ ).

Для объективизации степени тяжести соматического состояния пациентов и ОАР нами была использована Шкала ASA. В исследование вошли пациенты с классом II–IV ASA. Значительное число пациентов с высоким ОАР обусловлено поздней госпитализацией и существенной долей больных пожилого и старческого возраста.

Исследуемые группы пациентов были статистически однородны по размеру и локализации язвенных дефектов, возрасту и полу, наличию язвенного анамнеза и сопутствующих заболеваний, степени тяжести ОАР.

У пациентов с низким и средним ОАР во всех случаях успешного гемостаза сразу после проведения эндоскопического исследования была начата комплексная консервативная противорецидивная и корригирующая терапия. Через 4–6 ч выполняли контрольную эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС). При достижении стабильного гемостаза всем пациентам была продолжена консервативная противовоспалительная терапия, включая антихеликобактерную схему. В нашем исследовании 5 пациентам радиоволновой обработкой язвенного дефекта выполнялась после ликвидации риска рецидива кровотечения в среднем 2 раза (от 1 до 3) с целью ускорения эпителизации язв. Тенденция к ускорению эпителизации язвенных дефектов была четко прослежена. На месте язв формировались линейные рубцы. Образования у этих пациентов грубых звездчатых рубцов не наблюдалось. При выявлении в ходе контрольной ЭГДС признаков нестабильного гемостаза пациентам с невысоким ОАР при II–III классе ASA было осуществлено срочное хирургическое вмешательство. Предпочтение в этом случае мы отдавали условно-радикальным вмешательствам: резекции желудка при язве желудочной локализации (у 14 больных, что составило 13,1%), при язве луковицы двенадцатиперстной кишки – иссечению язвы с пилоропластикой по Финнею, дополнительной стволовой ваготомией – у 2 (1,9%) больных. В случае отказа пациента от операции тактика в этой группе была схожа с алгоритмом лечения пациентов с высоким ОАР.

При безуспешной попытке первичного ЭГ экстренная операция на фоне полноценной консервативной корриги-

рующей терапии является единственным способом лечения. Предпочтение мы отдавали минимальным по объему вмешательствам, позволяющим создать надежный гемостаз (иссечение язвы двенадцатиперстной кишки с пилоропластикой, иссечение и ушивание кровоточащей язвы желудка). Такие операции выполнены 2 (1,9%) пациентам.

При успешном ЭГ всем больным с высоким ОАР проводили программированную контрольную эндоскопию через 4–6 ч до достижения стабильного гемостаза.

Если в результате интенсивной консервативной терапии степень ОАР удавалось понизить при сохраняющейся угрозе РК, этим пациентам выполняли оперативное вмешательство. Показаниями к срочной операции мы считали наличие глубокой пенетрирующей язвы или больших язвенных дефектов с видимым сосудом в дне при локализации язвы в так называемых «опасных зонах»: по малой кривизне желудка и на задней стенке двенадцатиперстной кишки.

При РК на фоне сохраняющейся высокой степени ОАР оправданна попытка повторного ЭГ. Оперативное вмешательство мы рассматривали как «шаг отчаяния» при невозможности консервативной и эндоскопической остановки кровотечения. Такие операции выполнены в 1 случае в основной группе и в 5 – в группе сравнения.

При сохраняющейся угрозе РК, выявленной при контрольной ЭГДС, всем пациентам с высоким ОАР в рамках исследования осуществлялся превентивный ЭГ по избранной методике. Параллельно продолжались консервативная противоязвенная терапия, коррекция гемостаза и изменений, связанных с декомпенсацией сопутствующих заболеваний.

В группе сравнения у 11 из 16 пациентов установлен высокий риск неблагоприятных исходов по Шкале Rockall; 1 пациенту с умеренным ОАР и высоким риском РК при поступлении выполнена не экстренная операция, а превентивный ЭГ, однако через 1 сут отмечен РК. У 2 пациентов при первичной ЭГДС степень риска РК была недооценена, решено воздержаться от выполнения срочной операции после стабилизации состояния пациентов. Один больной отказался от предложенной срочной операции, у 6 выявлена задержка в проведении программированных контрольных эндоскопий, что явилось причиной развития РК. У остальных пациентов развитие РК было связано с краткосрочностью гемостатического действия «инфильтрационной подушки», недостаточной эффективностью инъекционного гемостаза при воздействии на источник продолжающегося кровотечения.

В этой группе 5 пациентам был проведен повторный ЭГ по поводу РК, 1 пациенту – радиоволновой ЭГ, который позволил добиться окончательной остановки кровотечения. Выполнено 6 экстренных операций по поводу РК и 2 срочных – после успешного повторного ЭГ. Отмечена крайне высокая летальность – умерли 11 пациентов, что было обусловлено декомпенсацией хронических заболеваний, анемией, усугубленной РК на фоне высокого ОАР. Достижение стабильного гемостаза в течение 1-х суток мы считаем необходимым для восполнения кровопотери и коррекции нарушений гомеостаза. Применение инъекционного гемостаза в нашем исследовании не позволило достичь надежного гемостаза в группе пациентов с высоким ОАР.

В основной группе умерли 2 пациентки, в группе сравнения – 12 больных (7 женщин и 5 мужчин). Средний возраст умерших составил  $64,8 \pm 15,9$  года; 7 пациентов доставлены в стационар с тяжелой кровопотерей, 7 – со средней. По интегральной Шкале Rockall у 2 пациенток было 5 баллов, у 4 пациентов – 6, у 8 – 7 баллов. Высокие баллы по Шкале Rockall

оказались достоверными предвестниками РК и летального исхода.

У всех больных с летальным исходом после первичного гемостаза развился РК. Большинство умерших были прооперированы: у 8 выполнены экстренные хирургические вмешательства с целью гемостаза; 4 пациента за время наблюдения в стационаре оперированы повторно по поводу РК или несостоятельности анастомозов, что существенно усугубило тяжесть их состояния на фоне компенсированной кровопотери.

Непосредственными причинами летального исхода у всех пациентов явилась острая сердечно-сосудистая недостаточность на фоне анемии, существенную роль в танатогенезе сыграла декомпенсация сопутствующих заболеваний. Все летальные исходы и осложнения в обеих группах непосредственно связаны с частотой рецидивов кровотечения и выполнением экстренных операций в условиях некомпенсированной кровопотери.

Проведенный анализ показал достоверную значимость РК от выбранного метода ЭГ. Обобщая полученные данные, можно сделать вывод об эффективности разработанного лечебно-диагностического алгоритма. Радиоволновой гемостаз оказался эффективным методом первичной остановки ЯГДК при любой локализации язв. При продолжающемся кровотечении эффективность метода составила 94,1%, достоверно превышая эффективность инъекционного гемостаза (83,3%). Помимо этого, эндоскопическое РВ позволяет надежно предотвратить РК и в значительном числе случаев (70,6%) является методом окончательного гемостаза. В случаях, когда окончательный ЭГ был невозможен, превентивный ЭГ с применением РВ позволял отсрочить необходимое оперативное вмешательство и провести предоперационную подготовку, направленную на снижение ОАР. Частота РК и, как следствие, экстренных и срочных операций в основной группе была достоверно ниже, чем в группе сравнения.

Повторные эндоскопические воздействия с целью превентивного гемостаза в сочетании с комплексной консервативной терапией были эффективным способом снижения РК, общей и послеоперационной летальности.

## Литература

1. Багненко С.Ф., Синенченко Г.И., Вербицкий В.Г. и др. Применение протоколов организации лечебно-диагностической помощи при язвенных гастродуоденальных кровотечениях в клинической практике // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. – 2007; 4 (166); 71–5.
2. Ермолов А.С. Состояние экстренной хирургической помощи при острых заболеваниях органов брюшной полости в Москве за 2001–2005 и 2005 гг. // Эндоскопическая хирургия. – 2006; 6: 49–66.
3. Королев М.П., Федотов Л.Е., Антипова М.В. и др. Возможности эндоскопического гемостаза у пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. – 2006 (165); 6: 47–50.
4. Луцевич Э.В., Белов И.Н. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений. От хирургии к терапии? // Хирургия. – 2008; 1: 4–7.
5. Маргунов Б.А., Маликов Ю.Р., Амонов Г.М. Летальность при гастродуоденальных кровотечениях // Вестн. хирургической гастроэнтерол. – 2007; 1: 44–9.
6. Харченко В.П., Синев Ю.В., Бакулев Н.В. и др. Радиоволновой эндоскопический гемостаз в комплексном лечении язв желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненных кровотечением // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол. и колопроктол. – 2003; 5: 148–51.
7. Черепанин А.И. Язвенные гастродуоденальные кровотечения у больных с высоким операционно-анестезиологическим риском. Дис. ... д-ра мед. наук. М., 2001: 198 с.

8. Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Уржумцева Г.А. с др. Эндоскопический гемостаз с использованием фибринового клея при язвенном гастродуоденальном кровотечении у больных пожилого и старческого возраста // Анн. хирургии. – 2006; 4: 60–3.

9. Adamsen S, Bendix J, Kallehave F. et al. Clinical practice and evidence τ-endoscopic treatment of bleeding peptic gastroduodenal ulcer // Scand. J. Gastroenterol. – 2007; 42 (3): 318–23.

10. Barkun A., Bardou M., Marshall Л. Consensus recommendations for managing patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding // Ann. Intern. Med. – 2003; 139: 843–57.

11. Cipolletta L., Bianco M., Manno R. et al. Endoclips versus heater probe in preventing early recurrent bleeding from peptic ulcer: a prospective and randomized trial // Gastrointest. Endosc. – 2001; 53 (2): 147–51.

12. Kwan V., Norton I. Endoscopic management of upper gastrointestinal haemorrhage // ANZ J. Surg. – 2007; 77 (4): 222–30.

13. Targovnik L., Nabalamba A. Trends in management and outcomes of acute non-variceal upper gastrointestinal bleeding: 1993–2003 // Clin. Gastroenterol. Hepatol. 2006, 4: 1459–66.

14. van Leerдам M. Epidemiology of acute upper gastrointesdnal bleeding // Bes. Pract. Res. Clin. Gastroenterol. – 2008; 22 (2): 209–24.

15. Palmer K. Acute upper gastrointestinal haemorrhage // Br. Mod. Bull. – 2007; 83: 307–24.

---

#### **TREATMENT POLICY FOR PATIENTS WITH ULCERATIVE GASTRODUODENAL HEMORRHAGE**

**A. Cherepanin, MD; O. Antonov, Candidate of Medical Sciences;**

**M. Sineokaya, Candidate of Medical Sciences**

*I.M. Sechenov First Moscow State Medical University*

*A complex treatment algorithm has been elaborated with regard to the magnitude of a surgical and anesthesiological risk and that of a risk for recurrent hemorrhage. The algorithm includes a current effective method of radiowave hemostasis and a scheme of programmed preventive hemostasis.*

**Key words:** ulcerative gastroduodenal hemorrhage, radiowave hemostasis, combined hemostasis.