

экспериментальной и клинической медицины». — Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2012. — С. 455—456.

4. *Сабанов А. В., Горбаткова И. В., Дьяченко Т. С. и др.* // Волгоградский научно-медицинский журнал. — Волгоград, 2011. — № 1. — С. 60—62.

5. *Сабанов В. И., Дьяченко Т. С., Бердник Е. Ю.* // Вестник Росздравнадзора. — Москва. — 2012. — № 2. — С. 49—53.

6. *Сабанов В. И., Дьяченко Т. С., Бердник Е. Ю.* Эффективность диспансеризации больных сахарным диабетом 2 типа в Волгоградской области // Матер. Международной научно-практической конференции «Теоретические и прак-

тические вопросы развития научной мысли в современном мире» — Уфа: РИЦ БашГУ, 2013. — С. 51—54.

7. *Clar C., Barnard K., Cummins E., et al.* // Health Technol Assess. — 2010. — Vol. 14 (12). — P. 1—140.

Контактная информация

Бердник Елена Юрьевна — аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: lena_@inbox.ru

УДК 616.33-002.44-005.1-072.1-71

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

И. В. Сажин, В. М. Савельев, В. П. Сажин, Н. О. Сорокин

*Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова,
Новомосковская городская клиническая больница*

Наблюдали 1102 больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. В результате комплексного лечения этой группы больных по разработанному алгоритму уменьшилось количество рецидивов кровотечения с 18,0 до 2,3 %, уменьшилось количество оперированных больных с 37,6 до 3,1 %, общая летальность уменьшилась с 6,1 до 2 %.

Ключевые слова: язвенные гастродуоденальные кровотечения, комплексное лечение.

COMPLEX TREATMENT OF ULCERATIVE GASTRODUODENAL BLEEDING

I. V. Sazhin, V. M. Saveliev, V. P. Sazhin, N. O. Sorokin

We observed 1102 patients with gastroduodenal ulcer bleeding. As a result of complex treatment of this group of patients according to our algorithm we observed a reduced number of recurrent bleeding episodes from 18,0 to 2,3 %, a reduced number of operated patients from 37,6 to 3,1 %; the overall mortality rate decreased from 6,1 to 2 %.

Key words: ulcer gastroduodenal bleeding, complex treatment.

Язвенное гастродуоденальное кровотечение (ЯГДК) относится к тяжелым заболеваниям с трудно прогнозируемым течением [1, 2, 10]. К настоящему времени достаточно убедительно доказано, что лечение больных с ЯГДК требует комплексного и мультидисциплинарного подхода. К сожалению, такой подход далеко не всегда может быть обеспечен на уровне любого хирургического отделения. Проблема заключается в том, что всем больным с ЯГДК или с подозрением на него в хирургическом стационаре необходимо оказать экстренную эндоскопическую помощь, реанимационную помощь и, при необходимости, выполнить хирургическую операцию. Современные методы эндоскопического гемостаза (ЭГ) при ЯГДК не гарантируют от рецидивов кровотечения (РК), а интенсивная терапия таким больным может быть обеспечена только в реанимационном отделении [3, 4, 5]. В связи с этим в стационаре, в значительной мере, судьба больного зависит от наличия круглосуточной дежурной эндоскопической службы и обученного врачебного персонала, способного установить источник кровотечения, остановить кровотечение и, по показаниям, выполнить повторную ЭГДС

при рецидиве кровотечения и вновь остановить кровотечение.

Основной причиной летальных исходов при ЯГДК наряду с РК, могут стать некомпенсированные последствия кровопотери и запоздалое решение о выборе тактики лечения и операции. Исходя из этого, большую практическую и научную ценность при ЯГДК приобретает разработка и внедрение в клиническую практику новых методов организации лечения и эндоскопической остановки кровотечения [6, 7, 8, 9].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценка результатов лечения больных с ЯГДК при применении разработанного организационно-лечебного комплекса (ОЛК) и комбинированного эндоскопического гемостаза (КЭГ).

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В ходе исследования проведен сравнительный анализ эффективности применения комбинированного эндоскопического гемостаза (КЭГ) и различных методов изолированного эндоскопического гемостаза (ИЭГ):

изолированный инфильтрационный эндоскопический гемостаз (ИИЭГ), изолированный аппликационный эндоскопический гемостаз (ИАЭГ); изолированный термический эндоскопический гемостаз (ИТЭГ); изолированный механический эндоскопический гемостаз (ИМЭГ). Критериями сравнения стали: частота развития РК, частота выполнения операций для остановки ЯГДК и летальность.

В период с 1993 по 2012 год нами наблюдались 1102 больных с ЯГДК. У 748 больных (контрольная группа) был применен изолированный эндоскопический гемостаз (ИЭГ), у 354 больных (основная группа) организовано комплексное лечение, включая КЭГ. В 143 случаях (13,0 %) возник рецидив кровотечения: при ИЭГ у 135 больных (18 %), при КЭГ — у 8 больных (2,3 %). У 89 больных с РК (62,2 %) установлена язва желудка, у 54 больных (37,8 %) — язва двенадцатиперстной кишки (ДПК). Язва желудка у 47 больных (32,9 %) располагалась на малой кривизне в теле желудка, в 26 случаях (18,2 %) — в антральном отделе и у 13 больных (9,1 %) — в кардиальном отделе. В ДПК у 34 больных (23,8 %) язва локализовалась на задней стенке и у 20 больных (14,0 %) — на передней стенке. Среди больных преобладали мужчины 71,4 %. Средний возраст больных составил $(61 \pm 5,4)$ года. Все больные имели различные сопутствующие заболевания. В структуре больных с ЯГДК преобладали больные с кровотечением Forrest IIB (437 больных — 39,8 %).

Тяжесть кровопотери оценивали по классификации А. И. Горбашко (1974): кровопотеря легкой степени установлена у 484 (43,9 %) больных, средней тяжести — у 281 (25,5 %), тяжелой степени — у 336 (30,5 %) больного.

Размер язв колебался от 0,5 см и превышал 3 см. Язвы желудка, по размеру превышающие 3 см, выявлены в среднем в 12,2 % случаев, а в ДПК в 6,9 % случаев соответственно. Глубина язв колебалась от 0,2 см и более 2 см, при этом чаще глубокие язвы $(2,1 \pm 0,1)$ см локализовались в теле желудка.

В основу разработанного организационно-лечебного комплекса положен комплекс из трех составляющих: 1) организация в реанимационном отделении интенсивной терапии, эндоскопической диагностики и остановки кровотечения у всех поступающих больных с ЯГДК; 2) применение комплексного медикаментозного лечения язвенной болезни сразу после эндоскопического исследования и остановки кровотечения; 3) повторное применение разработанного комбинированного эндоскопического гемостаза при неэффективных или сомнительных результатах первой эндоскопии или при наличии РК.

При поступлении в стационар 354 больных основной группы разделяли на 3 потока: в 1-й поток вошли 12 больных (3,4 %), не нуждающихся в реанимационных мероприятиях, которых сразу направили в эндоскопический кабинет для исследования для КЭГ; во 2-й поток вошли 333 больных (94,1 %), которых сразу

доставляли в реанимационное отделение; в 3-й поток вошли 9 больных (2,5 %), направленных в операционную с продолжающимся кровотечением, для операции по жизненным показаниям. В результате КЭГ был применен у 345 больных. Во 2-м потоке больных, параллельно с интенсивной терапией, до стабилизации гемодинамики, проводили ЭГ до остановки кровотечения, а при необходимости готовили к операции. Всем больным выполняли традиционные комплексы интенсивной терапии: остановку кровотечения, стабилизацию гемодинамики, восстановление объема циркулирующей крови, индивидуальную терапию в зависимости от ведущих симптомов.

Методика разработанного КЭГ заключалась в «верном» введении этанола вокруг язвенного дефекта. Сначала в дно язвенного дефекта в непосредственной близости (до 1 мм) от кровоточащего или тромбированного сосуда вводим этанол. Такая же процедура повторяется в 4—5 точках вокруг сосуда; после чего вторая серия инъекций выполняется в край язвенного дефекта в 5—6 точках. В последнюю очередь, в радиальных направлениях от первых вколов, в виде 5—6 лучей, выполняем инъекции раствора, создавая «инфильтрационный жгут». Основными отличиями КЭГ от ИЭГ является увеличение зоны «инфильтрационного жгута» вокруг кровоточащего сосуда, увеличение зоны «инфильтрационного жгута» вокруг язвенного дефекта и язвенного инфильтрата, при этом увеличивается количество вводимого раствора вокруг язвенного дефекта.

Сразу после остановки язвенного кровотечения, в комплексе лечения применяли инъекционные формы ингибиторов протонной помпы (ИПП). Препараты 1-й линии назначали по 3 схемам. В 1-й схеме использовали ИПП, в сочетании с амоксициллином и кларитромицином (10 дней); во 2-й схеме ИПП комбинировали с амоксициллином и метронидазолом (10 дней); в 3-й схеме ИПП комбинировали с метронидазолом и клацидом. При неэффективности терапии препаратами первой линии назначали препараты второй линии: ИПП в комбинации с де-нолом, тетрациклином и метронидазолом.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При ИИЭГ рецидив кровотечения чаще возникал из язвы желудка, которая локализовалась в теле (64,6 %), язвы ДПК — на задней стенке (14,5 %). Эффективность ИИЭГ составила 85,6 %.

При ИАЭГ рецидив кровотечения чаще возникал при локализации язвы желудка в антральном отделе по малой кривизне — 52,6 %. Эффективность ИАЭГ составила 67,7 %.

При ИТЭГ рецидив кровотечения чаще возникал при локализации язвы желудка на малой кривизне в кардиальном отделе (37,5 %). Эффективность ИТЭГ составила 87,1 %.

ИМЭГ применен при кровотечениях FIA и FIB. РК чаще возник при локализации язвы желудка на зад-

ней стенке в кардиальном отделе и теле (100 %), а в ДПК — на задней стенке (50 %). Эффективность ИМЭГ составила 82,5 %.

Проведенные исследования позволили выделить основные причины, влияющие на результат ЭГ: объем кровопотери, степень тяжести кровотечения, тяжесть состояния больного, интенсивность кровотечения, локализацию, размер, глубину язвы. Каждый эпизод РК увеличивает объем кровопотери и тяжесть состояния больных, поэтому влиять на множество факторов в отдельности каким-либо одним методом ЭГ невозможно.

После анализа результатов применения ИЭГ были выделены 2 группы критериев предрецидивного синдрома: 1) клиническая группа критериев — объем кровопотери, степень тяжести кровотечения и тяжести состояния больного; 2) эндоскопическая группа критериев — интенсивность кровотечения и возможность первичной стойкой остановки кровотечения; локализация, размер и глубина язвы. Все указанные факторы у 135 больных с рецидивом кровотечения после изоли-

рованного гемостаза сочетались в различных вариантах. Сочетание указанных критериев позволило разработать 2 степени вероятности развития рецидива кровотечения: 1) высокая вероятность РК; 2) низкая вероятность РК. Для каждой степени вероятности развития РК характерен определенный алгоритм действий. Все мероприятия по лечению остановившегося ЯГДК направлены на профилактику противорецидивного синдрома (ПРС).

Алгоритм лечения больных при ЯГДК с высокой вероятности развития РК предусматривает: лечение больных в реанимационном отделении, восстановление ОЦК, медикаментозный гемостаз, снижение фибринолитической активности крови (рис.). Для контроля надежности остановки кровотечения необходимо проведение повторной ЭГДС, а в случае необходимости, проведение повторного ЭГ. Ликвидировать язву при продолжающемся кровотечении или нестабильном гемостазе можно только оперативным путем. В этих случаях основным терапевтическим эффектом следует считать

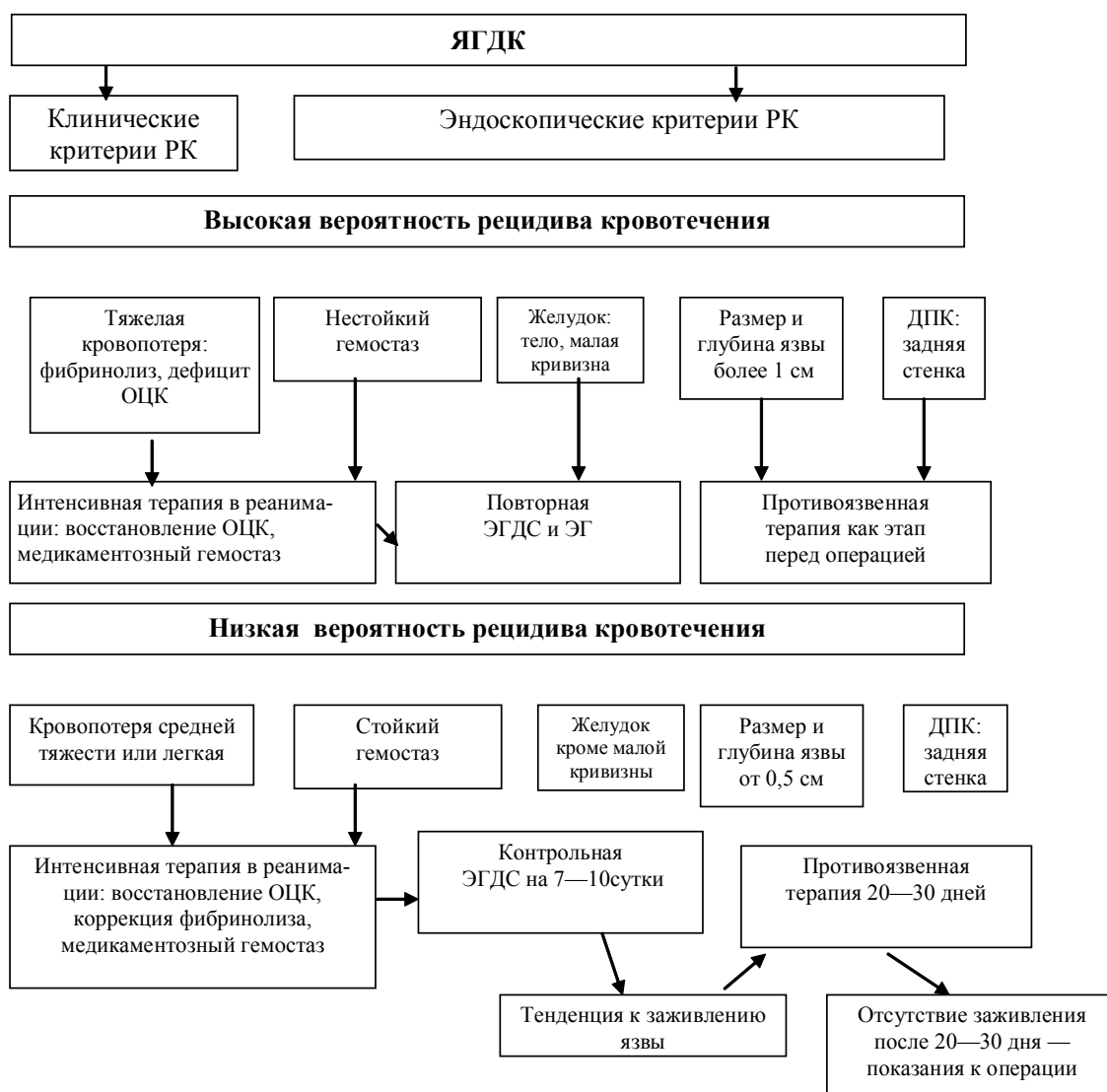


Рис. Алгоритм лечения больных с ЯГДК в зависимости от степени вероятности развития рецидива кровотечения

остановку кровотечения и адекватную предоперационную подготовку больного для плановой резекции желудка или органосохраняющей операции.

Алгоритм лечения больных при ЯГДК с низкой вероятностью развития РК также предусматривает: лечение больных в реанимационном отделении с восстановлением ОЦК, медикаментозным гемостазом и профилактикой фибринолиза крови. Повторная ЭГДС выполняется как контроль за течением заживления язвы. Ликвидировать язву при стабильном гемостазе можно комплексным медикаментозным лечением язвенной болезни или оперативным путем. Терапевтический эффект при применении медикаментозного лечения может проявиться уже на 7—10 сутки после остановки ЯГДК в виде уменьшения размеров язвенного дефекта. В этих случаях основным терапевтическим эффектом следует считать полное заживление язвы. При отсутствии тенденции к заживлению язвы к 20—30-му дню медикаментозного лечения может быть поставлен вопрос об оперативном лечении.

Указанные алгоритмы действий были применены у 354 больных в период с 2006 по 2012 гг.

В результате применения организационно-лечебного комплекса и КЭГ остановить кровотечение при первой попытке удалось у 340 из 345 больных (98,6 %). В этой группе оперировано 5 больных (3,1 %). Общая летальность составила 2,0 % (7 больных). До применения организационно-лечебного комплекса при выполнении ИЭГ оперирован 281 больной (37,6 %). Общая летальность составила 6,1 % (46 больных).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, комплексное лечение по разработанному алгоритму позволило уменьшить количество рецидивов кровотечения с 18,0 до 2,3 %, уменьшить количество оперированных больных с 37,6 до 3,1 %, а общую летальность с 6,1 до 2 %.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лебедев Н. В., Климов А. Е. // Хирургия. — 2009. — № 11. — С. 10—13.
2. Луцевич Э. В., Белов И. Н. // Хирургия. — 2008. — № 1. — Р. 4—7.
3. Кучер Д. В., Степовой И. А., Рындин В. Г. // Альманах Института хирургии им. А. В. Вишневского. — 2012. — Т. 7, № 1 (1). — С. 71—72.
4. Панцырев Ю. М., Михалев А. И., Федоров Е. Д. и др. Новые подходы к ведению больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями // Научно-практическая конференция, посвященная 40-летию городской клинической больницы № 31. — М., 2010. — С. 72—74.
5. Панцырев Ю. М., Михалев А. И., Юдин О. И. и др. Современная тактика ведения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями // Материалы IV конгресса Московских хирургов. Неотложная и специализированная помощь. — М., 2011. — С. 104—105.
6. Старков Ю. Г. и др. // Хирургия. — 2008. — № 4. — С. 4—10.
7. Степнов М. В. Комбинированное лечение больных язвенным гастродуоденальным кровотечением с высоким риском его рецидива: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2012. — 22 с.
8. Черкасов М. Ф., Лагеза А. Б., Десятков О. Л. и др. // Альманах Института хирургии им. А. В. Вишневского. — 2012. — Т. 7, № 1 (1). — С. 69—70.
9. Lim C. H., Vani D., Shah S. G., et al. // Endoscopy. — 2006. — Vol. 38. — P. 581—585.
10. Viviane A., Alan B. N. // Value Health. — 2008. — Vol. 11. — P. 1—3.

Контактная информация

Сажин Вячеслав Петрович — д. м. н., профессор, зав. кафедрой хирургии и общей врачебной подготовки с курсом эндоскопической хирургии ФДПО Рязанского ГМУ им. акад. И. П. Павлова, e-mail: sazhin-vp@rambler.ru