

---

---

# В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

---

---

УДК 616.33-002.44-005.1-072.1-08

## ПРОГРАММНЫЙ ЭНДСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ КАК МЕТОД ОКОНЧАТЕЛЬНОЙ ОСТАНОВКИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

**А. В. Быков, А. Ю. Орешкин, Е. О. Захарова, А. Ю. Николаев**

*Волгоградский государственный медицинский университет,  
кафедра хирургических болезней и нейрохирургии ФУВ*

Приоритет консервативных подходов с применением эндоскопического гемостаза является современной тенденцией в лечении острых гастродуоденальных кровотечений. В статье представлена технология программного эндоскопического гемостаза как одного из вариантов подходов к лечению язвенных гастродуоденальных кровотечений.

*Ключевые слова:* язвенная болезнь, кровотечение, эндоскопия, лечение.

## PROGRAMMED ENDOSCOPIC HAEMOSTASIS AS A METHOD OF CONTROLLING GASTRODUODENAL ULCERATIVE BLEEDING

**A. V. Bykov, A. Y. Oreshkin, O. E. Zakharova, A. Y. Nikolaev**

A combination of a conservative treatment approach with endoscopic haemostasis is a modern trend in treating acute gastroduodenal bleeding. The article presents an endoscopy software as one of the approaches to the treatment of ulcerative gastroduodenal bleeding.

*Key words:* ulcer, gastroduodenal bleeding, endoscopy, treatment.

Современной тенденцией в лечении острых язвенных гастродуоденальных кровотечений (ЯГДК) является комбинация методов эндоскопического гемостаза с интенсивной противоязвенной терапией, сужение показаний к срочному оперативному вмешательству. Современные методы эндоскопического гемостаза, по данным разных авторов, позволяют добиться остановки продолжающегося кровотечения в 78—97 % случаев. С целью повышения эффективности гемостаза в последние годы получило распространение предположение о необходимости выполнения т. н. «second-look», или динамической эндоскопии с повторным гемостазом. Среди множества имеющихся методов эндоскопического гемостаза наиболее широкое распространение, вследствие его доступности, дешевизны и относительной простоты, имеет инъекционный гемостаз [7].

В клинике хирургических болезней и нейрохирургии ФУВ с 2007 г. [1] идея «second-look» эндоскопии реализована в виде разработанной и внедренной в клиническую практику, ставшей внутренним клиническим стандартом технологии инъекционного гемостаза ПЭГ в лечении острых ЯГДК, которую мы рассматриваем как альтернативу традиционной хирургической тактике, как метод окончательной остановки ЯГДК [6].

*Программный эндоскопический гемостаз (ПЭГ)*, по нашему определению, это ряд последовательных, планируемых лечебно-диагностических эзофагогастродуоденоскопий, выполняющихся через определенные временные промежутки, с целью визуального контроля источника кровотечения и лечебно-профилактических манипуляций, направленных на достижение устойчивого гемостаза.

Следует отметить, что по этиологическому критерию острые ЯГДК принято [5] различать на: 1) кровотечения, являющиеся осложнением язвенной болезни из хронических язв, где необходимая вероятность экстренных и срочных операций при неустойчивом гемостазе все еще достаточно высока, а показания к ним и объем являются объектом дискуссии; 2) кровотечения и из стрессовых и НПВС-индуцированных язв, достаточно успешно купируемых однократной диапевтической ЭГДС и консервативной терапией, что, однако, не исключает применения элементов технологии ПЭГ и у этой группы пациентов [2].

*Показания и технология ПЭГ.* Учитывая, что ПЭГ направлен в первую очередь на лечение кровотечений из хронических язв, мы отказались, как базисных, от

систем оценки риска рецидива кровотечения, учитывающих локализацию и размеры язвы, а также от таких систем оценки тяжести пациента как APACHE, SAPS, к сожалению, трудно реализуемых в настоящих условиях практической неотложной хирургии.

В качестве оценочных схем мы используем хорошо известную эндоскопическую классификацию кровотечений Forrest J. A. N. [8] и шкалу оценки риска рецидива кровотечения Rockall T. A. [9], достаточно распространенную и хорошо зарекомендовавшую себя и, вместе с тем, весьма простую (табл.), которая была нами несколько дополнена. Основанием для дополнения послужил опыт работы в многопрофильной клинике, где нам нередко приходится сталкиваться с язвенными кровотечениями у больных, лечащихся по поводу иной, чаще кардиологической патологии, а также у пациентов с поли- и нейротравмой [4]. Шкала предусматривает простое суммирование баллов по критериям. Как угрожаемые по рецидиву кровотечения с возрастающей вероятностью рассматривались пациенты с оценкой от 4 до 11 баллов. Опыт нашей работы позволил нам сформулировать следующие показания к ПЭГ:

• **Forrest Ia** — в случае эффективного первичного гемостаза и оценке Rockall не выше 3 баллов

• **Forrest I b** — независимо от оценке по шкале Rockall

• **Forrest II a** — независимо от оценке по шкале Rockall

• **Forrest II b** — при оценке по шкале Rockall выше 4 баллов

• **Forrest II c** — при оценке по шкале Rockall выше 4 баллов

При выполнении эндогемостаза, как первичного, так и при ПЭГ, мы применяли эндовазальное или паравазальное введение 2—4 мл спиртового 1,5%-го раствора этоксисклерола, с равным успехом (или в сочетании с этоксисклеролом) для создания сдавливающего паравазального инфильтрата использовался раствор адреналина гидрохлорида 0,01%-го в объеме от 30,0 до 60,0 мл и 0,9%-го NaCl до 40,0 мл. Для гипотермии применялся 5%-й раствор ЭАКК.

Основные положения алгоритма ПЭГ нами были уже изложены ранее [3], тем не менее, считаем целесообразным отметить некоторые из них.

1. Первичная ЭГДС должна выполняться в максимально возможное короткое от поступления в стационар сроки, предпочтительно сразу при поступлении в стационар. При тяжелом кровотечении первичная ЭГДС должна выполняться в условиях реанимационного отделения на фоне начавшейся интенсивной терапии.

2. Невозможность визуализации источника при массивном кровотечении и неудача эндогемостаза при кровотечении Fla являются показанием к экстренной операции.

3. При эффективном эндогемостазе кровотечения Fla — лечение в реанимационном отделении. Помимо гемостатической и заместительной терапии основой терапии является назначение ингибиторов протонной помпы (ИПП) в рекомендуемой схеме 80 мг однократно болюсно + 8 мг/час непрерывно инфузионно [5], но не менее 160 мг/сутки [10] в течение ближайших 3—4 суток. ПЭГ выполняется далее через временные промежутки от 6 до 24 часов, в зависимости от местной картины до достижения устойчивого гемостаза.

**Шкала определения риска рецидива кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта Rockall T. A. (1996)**

Баллы	0	1	2	3
Критерии				
Возраст	меньше 60	60—79	80 и больше	
Диагноз	Мэллори-Вейсса, источник не верифицирован	все остальные диагнозы	ЗНО верхнего отдела ЖКТ	
Шок	нет	пульс $\leq 100$ уд./мин	систолическое АД $\leq 100$ мм рт. ст.	
Эндоскопические признаки	фибрин или гематин		видимый сосуд в дне дефекта, активное кровотечение, кровь в верхнем отделе ЖКТ	
Лекарственные препараты*		Гормоны, статины	НПВП антикоагулянты	
Сопутствующие заболевания			сердечная недостаточность, другие тяжелые заболевания	почечная, печеночная недостаточность, метастазирующий рак, церебральная* и костная* политравма

\*Рубрики внесенные нами дополнительно.

4. При кровотечении (Forrest Ib) пациент ведется по алгоритму ПЭГ с первым контролем через 6—8 ч. Основное значение в терапии этой группы имеет антисекреторная терапия. Временной интервал в таких случаях тем короче, чем больше баллов получил пациент при первичной клинико-эндоскопической оценке по шкале Rockall.

5. При оценке источника кровотечения как Forrest IIa с видимым сосудом в дне дефекта пациент ведется по схеме ПЭГ до оценки Forrest III. При этом желательна комбинация эндовазального введения склерозанта и паравазальной инфильтрации (или инфильтрации уже на первичном осмотре). Это позволяет несколько удлинить интервал между программными вмешательствами с 6 до 8 часов и снизить вероятность рецидива. Отсутствие визуализации сосуда на втором осмотре не отменяет потенцирования гемостаза. Только отсутствие сосуда в дне язвы на последующих осмотрах дает повод отказаться от эндоскопических манипуляций и ограничиться медикаментозным лечением.

6. Неустойчивый гемостаз в виде свежего, рыхлого сгустка в дне язвы (Forrest IIb) требует потенцирования путем создания мощного инфильтрата вокруг сгустка. Только после этого сгусток смывается со дна дефекта, но не срывается механически, поскольку в данном случае важен гемостаз, а не вопрос о том, является ли сгусток сосудистым тромбом. В процессе контрольного осмотра, через 6—8 ч возможно механическое снятие сгустка.

7. При констатации состоявшегося кровотечения (Forrest IIc) и оценке по шкале Rockall от 6 баллов и выше выполняется превентивный эндоскопический гемостаз с назначением контроля по клиническим показаниям. Исключение делается для пациентов с язвами IV типа по Джонсону — они контролируются через 24 ч.

8. Гемостаз считали завершенным при визуальной оценке язвы Forrest II с и Rockall менее 4 баллов, а в случае оценки риска рецидива по шкале Rockall более 4 баллов при достижении эндоскопической картины Forrest III.

9. Программа ПЭГ осуществима при безусловной возможности проведения адекватной антисекреторной терапии. В противном случае эндогемостаз следует рассматривать как временную меру при подготовке к операции.

9. Рецидив ЯГДК, исходно классифицированного как Forrest Ia, не ведется по схеме ПЭГ, пациент нуждается в экстренной операции.

За 6 лет (2007—2012 гг.) применения ПЭГ в клинике хирургических болезней и нейрохирургии ФУВ ВолгГМУ (на базе ГУЗ «КБСМП № 15» Волгограда) по данной методике пролечен 281 пациент. Мужчин было вдвое больше (67 %), чем женщин (33 %). Язвы двенадцатиперстной кишки (52,7 %) достоверно преобладали над язвами желудка (37,01 %). Достаточно редкими источниками кровотечения были язвы гастроэнтероанастомозов (21 наблюдение — 7,5 %) и сочетанные

язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки (8 наблюдений — 2,8 %). В 40 (14,2 %) наблюдениях отмечены рецидивы кровотечения, как правило, фиксируемые после первичного гемостаза и в трети эпизодов верифицированные только на ЭГДС. В 29 наблюдениях рецидив кровотечения был окончательно остановлен с помощью ПЭГ.

**Клиническое наблюдение:** Больной И. 42 лет, и/б № 19045 госпитализирован в ГУЗ «КБСМП № 15» Волгограда 10.10.2008 с диагнозом: Перелом седалищной и лонной костей, левой малоберцовой кости и костей предплечья слева. Язвенного анамнеза не имел. После операции остеосинтеза костей таза, на 3-и сутки, появилась многократная мелена. При экстренной ЭГДС выявлена хроническая язва луковицы 12-перстной кишки с локализацией по задней стенке, Forrest IIb. Оценка по шкале Rockall — 4 балла. Выполнен инъекционный гемостаз с использованием адреналина гидрохлорида 0,01%-го — 20,0 мл. Контроль назначен через 8 часов. Клинических проявлений в этот промежуток времени не отмечено. Однако на контрольной ЭГДС обнаружено интенсивное рецидивное капиллярное кровотечение по всей поверхности язвы, тромбированный сосуд в язве (Forrest Ib-IIa). После констатации рецидива, ПЭГ продолжен введением 40,0 мл раствора адреналина гидрохлорида 0,01%-го и 2,0 1,5%-го раствора этоксисклерола эндовазально. На контроле с потенцированием гемостаза через 6 и 12 часов положительная местная динамика. Через 24 ч устойчивый гемостаз.

Таким образом, ПЭГ стал окончательным в 91 % наблюдений больных с дуоденальной язвой и в 83 % у больных с желудочной язвой. В целом, эффективность ПЭГ как метода окончательной остановки кровотечения при первичных ЯГДК составила 86 %. При снижении оперативной активности с 67 % до 11 %, послеоперационная летальность снижена с 31 % до 25 % ( $p = 0,01$ ), а общая летальность более чем в четыре раза, с 26,4 % до 6 % ( $p = 0,001$ ). Уменьшился средний срок пребывания пациента с ЯГДК на хирургической койке: с  $20,1 \pm 0,6$  до  $12,8 \pm 0,2$ .

Нами прослежены отдаленные результаты ПЭГ у 72 пациентов из 178 отобранных согласно критериям включения (лечение ОЯГДК из хронической язвы по протоколу ПЭГ) и исключения (оперативное вмешательство по поводу кровотечения в ходе текущей госпитализации, летальный исход, невозможность контакта в связи со сменой места жительства и т. д.) Чувствуют себя удовлетворительно или хорошо большинство из них — 57 человек (79 %), которые лишь эпизодически принимают антисекреторные препараты и постоянно у врачей-терапевтов или гастроэнтерологов по поводу язвенной болезни не наблюдаются.

Оперативное лечение в отдаленном периоде, через 3—5 лет, потребовалось лишь у 11 % пациентов (8 человек) с ОЯГДК, остановленном с применением методики ПЭГ. В 3 случаях пациенты оперированы

по поводу перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки; в 6 наблюдениях (8,3 %) в связи с рецидивом язвенного кровотечения, в том числе в одном наблюдении из язвы гастроэнтероанастомоза, потребовавший резекции желудка.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По нашему мнению, ПЭГ является не только эффективным методом для остановки как первичного, так и рецидивного кровотечения, но и эффективным методом профилактики рецидива язвенного кровотечения (т.н. превентивный гемостаз) и может быть рекомендован в хирургической практике.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Быков А. В., Николаев А. Ю., Захарова Е. О., Орешкин А. Ю. Опыт программного лечения пациентов с неварикозными гастродуоденальными кровотечениями // Мат. V Всероссийской научной конференции, объединенной с пленумом проблемных комиссий РАМН «Неотложная хирургия» и «Инфекции в хирургии» межведомственного научного совета по хирургии. Тез. докладов. — М., Ростов-н/Д, 2008. — С. 36—38.
2. Быков А. В., Николаев А. Ю., Захарова Е. О., Орешкин А. Ю. Особенности инъекционного эндоскопического гемостаза при гастродуоденальных эрозиях и язвах // Мат. российской научно-практической конференции с международным участием «Перитонит». — Анапа, 2009, — С. 175—176.
3. Быков А. В., Захарова Е. О., Николаев А. Ю., Орешкин А. Ю. // Вестник ВолгГМУ. — 2012. — № 2 (42). — С. 89—92.
4. Быков А. В., Захарова Е. О., Николаев А. Ю., Орешкин А. Ю. // Астраханский медицинский журнал. — 2012. — № 2 — С. 105—108.
5. Гостищев В. К., Евсеев М. А. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии (патогенез, диагностика, лечение). — М., ГОЭТАР-Медиа, 2008. — С. 384.
6. Захарова Е. О. Программный эндоскопический гемостаз как метод выбора при язвенных гастродуоденальных кровотечениях: Автореф. дис. ... канд. мед наук. — Волгоград, 2012. — 27 с.
7. Рецидивные язвенные желудочно-кишечные кровотечения / С. Ф. Багненко, И. М. Мусинов, А. А. Курыгин, Г. И. Синенченко. — СПб.: Невский диалект; М.: БИНОМ. Лаборатория знаний. — 2009. — 256 с.
8. Forrest J. A., Finlayson N. D., Shearman D. J. // Lancet. — 1974 — Vol. 304 (7877). — P. 394—97.
9. Rockall T. A., Logan R. F., Devlin H. B., Northfield T. C. // Gut. — 1996. — Vol. 38 (3). — P. 316—321.
10. Wu L. C., Cao Y. F., et al. // World J. Gastroenterology. — 2010. — Vol. 16 (20). — P. 2558—2565.

## Контактная информация

**Орешкин Андрей Юлианович** — к. м. н., ассистент кафедры хирургических болезней и нейрохирургии ФУВ, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: andrejreshkin@yandex.ru