

## ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА И ФАРМАКОТЕРАПИИ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Варганов М.В.<sup>1</sup>, Проничев В.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» г. Ижевск, Удмуртская Республика, Россия, e-mail: phac-surg@igma.udm.ru

В статье проанализированы результаты лечения больных с желудочно-кишечными кровотечениями, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении 1 РКБ МЗ УР в течение 2013 и 2014 гг. Проведена клиничко-эндоскопическая классификация кровотечений по Форрест. Оценены результаты эндоскопического гемостаза и антисекреторной терапии. Проведенный анализ показал, что основной причиной желудочно-кишечных кровотечений по-прежнему остается язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, она составляет не менее 50% случаев. В то же время отмечается рост количества кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода. Проведение эндоскопического гемостаза целесообразно при активности кровотечений Форрест 2А и 1Б. Наиболее эффективным способом гемостаза является аргоноплазменная коагуляция. Для предотвращения рецидива в течение первых трех суток после проведения эндоскопического гемостаза необходима антисекреторная терапия.

Ключевые слова: желудочно-кишечные кровотечения, антисекреторная терапия, эндоскопический гемостаз

## THE POSSIBILITY OF ENDOSCOPIC HEMOSTASIS AND PHARMACOTHERAPY OF GASTROINTESTINAL BLEEDING

Varganov M.V.<sup>1</sup>, Pronichev V.V.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk, Udmurt Republic, Russia, e-mail: phac-surg@igma.udm.ru

The article analyzes the results of treatment of patients with gastrointestinal bleeding, who was hospitalized in the surgical department of I republican clinical hospital during 2013 and 2014 clinical and endoscopic classification of bleeding by Forrest. Evaluate the results of endoscopic hemostasis and antisecretory therapy. The conducted analysis showed that the main cause of gastrointestinal bleeding remains a peptic ulcer of stomach and duodenum and is not less than 50% of cases. At the same time, increase in the number of bleeding from esophageal varices. Endoscopic hemostasis is useful when the activity of bleeding Forrest 2A and 1B. The most effective method of hemostasis is argon plasma coagulation. To prevent relapse within the first three days after endoscopic hemostasis required antisecretory therapy.

Keywords: gastrointestinal bleeding, antisecretory therapy, endoscopic hemostasis, cap.

Проблема лечения язвенной болезни и ее осложнений является актуальной для современной хирургии. Распространенность язвенной болезни в РФ и большинстве стран СНГ не имеет тенденции к снижению и оставляет 1,7–5%, а заболеваемость — 1,6–6,5 %, что связано с отсутствием полноценного лечения и профилактики рецидивов [12]. Высокой остается частота развития такого осложнения, как кровотечение. По данным отдельных авторов, частота развития желудочно-кишечных кровотечений достигает 60 на 100 тыс. населения [24, 13].

Ежегодно желудочно-кишечные кровотечения становятся причиной более 300 тыс. случаев госпитализации в США. В европейских странах от 48 до 144 пациентов на 100 тыс. населения обращаются в стационары с признаками желудочно-кишечного кровотечения. Установлено, что желудочно-кишечные кровотечения значительно чаще возникают у мужчин, возраст которых превышает 40 лет, а вероятность появления кровотечений у больных пожилого возраста значительно выше, достигая 70–90% случаев [3, 21].

Наиболее частыми причинами развития острых язв у 63,5–69% больных являются декомпенсации сопутствующих заболеваний и полиорганная недостаточность [7, 9, 11].

Нередко острые эрозии и язвы, осложненные кровотечением, возникают у пациентов после травм, ожогов и оперативных вмешательств [4, 6, 21]. Описаны случаи выявления эрозий и язв из верхних отделов желудочно-кишечного тракта после незначительных по объему операции у пациентов, ранее не страдавших заболеваниями ЖКТ [4, 17, 21]. Также до недавнего времени общепризнанным фактом было утверждение, что в структуре причин желудочно-кишечных кровотечений преобладает кислотно-пептическая язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки [8, 14]. Создание высокоэффективных лекарственных средств, направленных на снижение кислотопродуцирующей функции желудка, в корне изменило проблему [14, 18].

В то же время одним из основных факторов образования язв желудка и двенадцатиперстной кишки, которые могут быть причиной кровотечения, является инфекция *Helicobacter pylori* (HP) [1, 26]. В связи с этим в странах с высоким уровнем жизни благодаря широкому применению антихеликобактерной терапии отмечается снижение заболеваемости язвенной болезнью [19, 21].

Несмотря на значительные успехи фармакотерапии в коррекции язвенной болезни, результаты лечения форм, осложненных кровотечением, нельзя признать удовлетворительными.

Достижения клинической хирургии эндоскопических методов диагностики и лечения анестезиологии и реаниматологии и расширение арсенала медикаментозной противоязвенной терапии не привели к снижению летальности при данном осложнении, остающейся недопустимо высокой (по данным отдельных авторов — достигая 14%, увеличиваясь при рецидивах от 30 до 80%) [3, 5, 15, 16, 21].

Основным моментом, резко ухудшающим результаты лечения желудочно-кишечных кровотечений, является возникновение рецидива, послеоперационная летальность при котором достигает 50% [16]. Также одной из значимых причин высокой летальности при желудочно-кишечных кровотечениях остается поздняя госпитализация больных [20, 21]. Общая летальность при острых желудочно-кишечных кровотечениях составляет 8–19% [9, 25].

На сегодняшний день ведущими инструментальными методами диагностики желудочно-кишечных кровотечений являются эзофагогастродуоденоскопия и проведение эндоскопического гемостаза [2, 3, 9, 10]. По данным отдельных авторов, эндоскопический гемостаз неэффективен у 15–20% больных [23].

## Материалы и методы

Произведен анализ историй болезни пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении в БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» в течение 2013 г. и с января по сентябрь 2014 г.

В указанный период были госпитализированы 53 пациента: в течение 2013 г. — 33 пациента и 20 — в 2014 г.

## Результаты

Причинами кровотечений больных в 2013 г. являлись: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки — 27 человек; синдром Меллори—Вейса — 13 человек; цирроз печени, портальная гипертензия, варикозное расширение вен пищевода — 10 человек; болезнь оперированного желудка, пептическая язва гастроэнтероанастомоза — 1 человек; рак пищевода — 1 человек; химический ожог пищевода, острая язва желудка, эрозивный эзофагит — 1 человек

Причиной кровотечений больных в 2014 г. являлись: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки — 10 человек; синдром Меллори—Вейса — 7 человек; цирроз печени, портальная гипертензия, варикозное расширение вен пищевода — 2 человека; болезнь оперированного желудка, пептическая язва гастроэнтероанастомоза — 1 человек.

Всем больным с клиникой желудочно-кишечного кровотечения проводилась экстренная видеоэзофагогастроуденоскопия, результаты которой представлены в таблицах (табл. 1–2).

**Таблица 1**

Результаты ВЭГДС больных в 2013 году согласно классификации **J.Forrest**

Критерии <b>J.Forrest</b>	Количество
Forrest Ia	—
Forrest Ib	3
Forrest IIa	6
Forrest IIb	34
Forrest IIc	9
Forrest III	1

**Таблица 2**

Результаты ВЭГДС больных в 2014 году согласно классификации **J.Forrest**

Критерии <b>J.Forrest</b>	Количество
Forrest Ia	—
Forrest Ib	2
Forrest IIa	2
Forrest IIb	6
Forrest IIc	10

Forrest III	—
-------------	---

Больным с эндоскопическими признаками кровотечения Forrest IB и IIA проводилась процедура эндоскопического гемостаза. Способы эндоскопического гемостаза представлены в таблицах 3–4.

**Таблица 3**

Способы эндоскопического гемостаза 2013 г.

Способы эндоскопического гемостаза	Количество больных, %
Инфильтрационный метод гемостаза	6
Аргоноплазменная коагуляция	2
Лигирование вен пищевода	1

**Таблица 4**

Способы эндоскопического гемостаза 2014 г.

Способы эндоскопического гемостаза	Количество больных, %
Наложение колец на вены пищевода	1
Аргоноплазменная коагуляция	2
Орошение аминокaproновой кислотой	1

Летальных исходов в течение 2013 г. и с января по сентябрь 2014 г. от желудочно-кишечного кровотечения зарегистрировано не было.

Всем больным проводилась гемостатическая, антисекреторная и инфузионная терапия. Проводимая антисекреторная терапия, являющаяся обязательным компонентом лечения больных с желудочно-кишечными кровотечениями, включала в себя применение следующих лекарственных препаратов: нексиум у 53 больных, омепразол у 20 больных, фамотидин у 13 больных.

Противорецидивная антисекреторная терапия блокаторами протонной помпы показала свою эффективность. Нами применялась следующая схема: нексиум в дозе 80 мг внутривенно в течение 30 мин, в последующем непрерывная инфузия 8 мг/ч в течение 72 ч с последующим переходом на таблетированные формы. Данная схема позволяла достичь устойчивого гемостаза и предупредить рецидив кровотечения.

Частота рецидивов на фоне проводимой консервативной терапии составила 1,16% (у 1 больного). Рецидив связан с отказом от проведения продолженной внутривенной инфузии препарата в течение 72 ч после проведения эндоскопического гемостаза. В результате на вторые сутки пациенту были выполнены лапаротомия, гастротомия, прошивание

кровоотчающего сосуда. Послеоперационный период протекал без осложнений, больной выписан в удовлетворительном состоянии.

#### **Выводы**

Результаты проведенного анализа показали, что основной причиной желудочно-кишечных кровотечений по-прежнему остается язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и составляет не менее 50% случаев. В то же время отмечается рост количества кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода.

Проведение эндоскопического гемостаза целесообразно при активности кровотечений Форрест 2А и 1Б. Наиболее эффективным способом гемостаза является аргоноплазменная коагуляция.

Для предотвращения рецидива в течение первых трех суток после проведения эндоскопического гемостаза необходима продолженная инфузия препарата нексиум в течение 72 ч в дозировке 8 мг/ч.

#### **Список литературы**

1. Васильев Ю.В. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением и *Helicobacter pylori*/ *Consillum medicum*, — 2002. № 7. С. 4–10.
2. Гастроэнтерология и гепатология: диагностика и лечение/А.В. Калинина, А.И. Хазанова//М., 2007. 602 с.
3. Отчет Московского городского центра патологоанатомических исследований Департамента здравоохранения города Москвы, 2010.
4. Гринберг Л.А., Затевахин И.И., Щеглов А.А. Хирургическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях / М.: Медицина. — 1996. — 65 с.
5. Гельфанд Б.Р., Мартынов А.Н., Гурьянов В.А., Оганесян Е.А., Черниенко Л.Ю. Профилактика стресс-повреждений верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у больных в критических состояниях / РАСХИ. — Методические рекомендации, 2004, 18 с.
6. Евсеев М.А. Антисекреторные препараты в неотложной хирургической гастроэнтерологии / М.А.Евсеев. М., 2009. 173 с.
7. Кубышкин В.А., Шишин К.В. Эрозивно-язвенное поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта в раннем послеоперационном периоде /*Consilium-medicum*. — Т. 2. № 10. 2004.
8. Курпаткин А.И., Сидоров В.В. Лазерная доплеровская флоуметрия микроциркуляции крови / Руководство для врачей//М.: Медицина. — 2005. — С. 256.

9. Курыгин А.А., Скрябин О.Н., Стойко Ю.М. Диагностика, профилактика и лечение острых гастродуоденальных язв у хирургических больных/ *Consilium medicum*. — 2004. — № 4. С. 46–49.
10. Маев И.В., Кучерявый Ю.А., Оганесян Т.С. Диагностика и лечение неварикозных кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта / *Взгляд врача общей практики*, 2011. № 2. С. 32–39.
11. Маев И.В., Самсонов А.А., Бусарова Г.А., Агапова Н.Р. Острые желудочно-кишечные кровотечения (клиника, диагностика, терапия) / *Лечащий врач*, 2003. — № 1. — С. 18–22.
12. Майстренко Н.А. Курыгин А.А., Беляков А.В. Ваготомия при хронической дуоденальной язве, осложненной кровотечением / *Вестник хирургии*. 2003. — № 4. — С. 108–112.
13. Кузин М.И., Шкроб О.С., Кузин Н.М. / Под ред. М.И. Кузина. Изд. 3-е, перераб. и доп. // М.: Медицина, 2002. — 784 с.
14. Михайлов А.П., Данилов А.М., Напалков А.Н., Шульгин В.Л. Острые язвы и эрозии пищеварительного тракта: Учебное пособие /СПб.: изд-во С.-Петербур. Ун-та, 2004. С. 96.
15. *Общая и неотложная хирургия: руководство* / Под ред. С. Патерсон-Браун: пер. с англ. // Под ред. В.К. Гостищева // М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
16. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Острые гастродуоденальные язвенные кровотечения — от стратегических концепций к лечебной тактике. М.: Анто-Эко, 2005. 352 с.
17. Багненко С.Ф., Синенченко Г.И., Вербицкий В.Г., Курыгин А.А. Применение протоколов организации лечебно-диагностической помощи при язвенных гастродуоденальных кровотечениях в клинической практике. // *Вестник хирургии*. 2007. № 4. С. 71–75
18. *Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости* / Под ред. В.С. Савельева // М. — 2005.
19. Пиманов С.И. Эзофагит, гастрит и язвенная болезнь / *Руководство для врачей*. М.: Медицинская книга, 2000. — 378 с.
20. *Хирургические болезни: учебник* / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко // М.: ГЭОТАР-Медиа. — 2006.
21. Ярустовский М.Б., Шипова Е.А., Бокерия Л.А. Острые гастродуоденальные кровотечения в сердечно-сосудистой хирургии / М. — 2004. — 185 с.
22. Gisbert J.P., Gonzales I., de Pedro A. et al. Helicobacter pylori and bleeding duodenal ulcer: prevalence of the infection and role of non-steroidal anti-inflammatory drugs/ *Scand. J.Gastroenterol*, 2001. — vol. 36, № 7. — P. 717–724.

23. Graineck/ M. Management of acute bleeding from a peptic ulcer/ I.M.Barkum, M.Bardou// N.Engl.J.Med. — 2008. — № 359. — P. 928–937
24. Calver X. Endoscopic treatment of bleeding ulcers: has everything been said and done? / X. Calvet, M.Vergara, E.Brullet// Gastroenterol Hepatol. — 2005. —vol. 28 № 6. — P. 347–353
25. Lassen, A.9. Complicated and uncomplicated peptic ulcers in a Danish county 1993—2002: a population-based cohort study / A. Lassen, J. Hallas, O.B. Schaffalitzky de Muckadell // Am. J. Gastroenterol. — 2006. — Vol. 101. — P. 945–953.
26. Schemmer P., Decker F., Dei-Anane G. The vital threat of an upper gastrointestinal bleeding: Risk factor analysis of 121 consecutive patients/ World J. Gastroenterol, 2006.

**Рецензенты:**

Ситников В.А., д.м.н., профессор, ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», г. Ижевск;

Шкляев А.Е., д.м.н. профессор, ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», г. Ижевск.