

ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ: ПРИЧИНЫ, ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

Акопян П.Р.^{1,2}, Григорян С.Х.^{1,2}, Нанян А.С.^{1,2}, Манукян Е.М.^{1,3}, Багдасарян А.С.^{1,3}, Гомцяц Г.А.^{1,2}

¹ ЕГМУ, Кафедра общей хирургии

² Медицинский центр «Арамяц», Ереван

³ Медицинский центр «Астхик», Ереван

Статья получена: 28.02.2020, рецензирована: 27.03.2020, принята: 30.04.2020

Ключевые слова: гастродуоденальные кровотечения, лечебно-диагностическая эндоскопия в динамике, лечебная тактика, летальность, гемостаз.

Гастродуоденальное кровотечение (ГДК) – одна из наиболее частых причин экстренной госпитализации в стационары хирургического профиля. Процент смертности от кровотечений в верхних отделах желудочно-кишечного тракта колеблется от 3,5-7% (США) до 14% (Великобритания) [12], в России – от 10-14% до 30% [10, 14, 16, 17]. Особенно высоких цифр достигает смертность при экстренных операциях на высоте кровотечения; она в 3 раза выше таковой при операциях, выполненных после остановки кровотечения [13].

Многообразие заболеваний, при которых встречаются желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК), диктует проведение тщательного анализа анамнестических данных, что способствует правильному распознаванию источника кровотечения. В медицине существует более 80-ти причин развития данного заболевания, их условно подразделяют на три большие группы [1].

Классификация ЖКК по этиологии [8]:

1. Заболевания желудка и 12-перстной кишки;
2. Заболевания сердечно-сосудистой системы;
3. Заболевания крови.

1. Заболевания желудка и 12-перстной кишки

являются причиной как язвенных, так и неязвенных кровотечений.

Язвенные кровотечения возникают при [3, 10]:

- а) хронических, каллезных и пенетрирующих

язвах;

- б) пептических язвах желудочно-кишечных анастомозов [7];
- в) острых язвах, возникающих при:
 - ◆ токсическом или лекарственном воздействии;
 - ◆ стрессах;
 - ◆ заболеваниях внутренних органов;
 - ◆ эндокринных заболеваниях (синдроме Золлингера-Эллисона).

Неязвенные кровотечения возникают при:

- а) варикозном расширении вен пищевода и желудка;
- б) ущемленной грыже пищеводного отверстия;
- в) синдроме Мэллори-Вейса;
- г) эрозивном геморрагическом гастрите;
- д) опухоли желудка и кишечника;
- е) дивертикулах;
- ж) других редких заболеваниях (болезнь Крона).

2. Заболевания сердечно-сосудистой системы.

В некоторых случаях острые ЖКК возникают вследствие:

- а) инфаркта миокарда [2];
- б) периартериита;
- в) септического эндокардита;
- г) васкулита.

3. Заболевания крови и кровеносной системы.

ЖКК могут возникнуть:

- а) у больных, которые перенесли операцию на сердце и в послеоперационном периоде получали антикоагулянты в большом количестве [15];
- б) при апластической анемии;
- в) при врожденной патологии кровеносной системы.

Классификация ЖКК по локализации: а) пищеводные; б) желудочные; в) дуоденальные; г) тонкокишечные; е) толстокишечные [8].

* АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ

П.Р. Акопян

ЕГМУ, кафедра общей хирургии

Адрес: Корюна 2, Ереван, Армения

Эл. почта: pavelhakobyan@gmail.com

Тел.: (+374) 91 30 54 95

Материал и методы

В клинике общей хирургии Медицинского центра “Арамянц” (база кафедры Общей хирургии ЕГМУ) с 2010 по 2015 годы находились под наблюдением 325 больных с ГДК различной этиологии.

Распределение больных с ГДК по этиологии:

- ◆ язвенная болезнь желудка (73);
- ◆ язвенная болезнь 12-перстной кишки (153);
- ◆ варикозное расширение вен пищевода (45);
- ◆ геморрагический гастрит (20);
- ◆ опухоль желудка (20);
- ◆ синдром Мэллори-Вейса (1);
- ◆ полипоз желудка (4);
- ◆ грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (1);
- ◆ ГДК невыясненной этиологии (8).

Распределение больных по этиологии показывает, что ГДК чаще всего наблюдаются при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. На нашем материале частота язвенных кровотечений среди всех остальных причин составила 71% (226 больных). Подавляющее большинство больных было мужского пола. Наша работа основана на лечении данных 226 больных с ГДК язвенной этиологии.

Таблица 1

Распределение больных по локализации кровотечения

Нозологии	Всего	Мужчины	Женщины
Язвенная болезнь желудка	73	176	50
Язвенная болезнь 12-перстной кишки	153		

В лечении больных с ГДК язвенной этиологии мы придерживаемся активно-выжидательной тактики [4, 5], интенсивной консервативной терапии при постоянном динамическом эндоскопическом контроле за источником кровотечения [6]. Подобная тактика оправдана тем, что выбор метода лечения у больных с тяжелой кровопотерей должен быть особенно осторожным и максимально обоснованным, с недопущением потери времени, особенно учитывая возможную необходимость оперативного вмешательства.

Консервативная терапия в нашей клинике проводится по единой схеме, которая включает: строгий постельный режим; частое и дробное питание с учетом основных принципов диеты по Мейленграхту; переливание цельной крови и ее компонентов; введение препаратов, улучшающих сердечно-сосудистую, ды-

хательную, печеночно-почечную деятельность; введение гемостатических препаратов; внутривенную инфузию пантопразола [9]; лечебную и динамическую эндоскопию с обработкой кровоточащей поверхности гемостатическим препаратом “Капрофер” [11], иногда в комбинации с электрокоагуляцией.

Как следует из наших данных, консервативными мероприятиями удалось остановить ГДК у 89% (204) больных. Из 153 больных с язвенной болезнью 12-перстной кишки у 137 кровотечение было остановлено консервативными мероприятиями. На высоте кровотечения было прооперировано 16 больных, двое из которых умерли (от недостаточности культы 12-перстной кишки). Из 73 больных с язвенной болезнью желудка консервативное лечение было проведено у 67 больных; двое в процессе лечения умерли (от сердечной недостаточности).

Выявление причин возникновения, ранняя диагностика и лечение кровотечений желудочно-кишечного тракта были и остаются актуальными проблемами абдоминальной хирургии. От своевременного выявления и правильной характеристики источника кровотечения, установления факта остановки геморрагии, либо ее продолжения зависят выбор той или иной тактики лечения, а нередко, и судьба больного. По нашему убеждению метод динамической эндоскопии пищевода, желудка и 12-перстной кишки является наиболее информативным для выбора адекватной тактики дальнейшего лечения больных с ЖКК [6].

Информация, получаемая с помощью этого метода, чрезвычайно разнообразна и содержит в себе много ценных сведений, крайне необходимых хирургу. Эзофагогастродуоденоскопия в динамике гарантирует правильную диагностику, а именно, позволяет определить характер заболевания, локализацию источника кровотечения, калибр кровоточащего сосуда, интенсивность и темп кровотечения, наличие тромбированного сосуда, а также позволяет применить гемостатическую терапию местно [6].

С 1991 года в нашей клинике при ГДК язвенной этиологии применяется эзофагогастродуоденоскопия в динамике. При поступлении больного в клинику немедленно производим экстренную гастродуоденоскопию. После выявления источника кровотечения проводим комплекс консервативных мероприятий, включая введение гемостатического препарата капрофер, при необходимости, с коагуляцией. После производства комплекса консервативных мероприятий и наблюдения за гемодинамическими показателями производим

Таблица 2

Результаты лечения больных с кровотечениями язвенной этиологии

Нозологии	Всего	Консервативное лечение		Оперативное лечение	
		Число больных	Из них умерли	Число больных	Из них умерли
Язвенная болезнь желудка	73	67	2	6	-
Язвенная болезнь 12-перстной кишки	153	137	-	16	2

повторную гастродуоденоскопию.

Во время повторной гастродуоденоскопии определяем эффективность произведенной консервативной терапии. Если имеется тромбирование сосуда (факт остановки кровотечения), что во время повторной эндоскопии наблюдать возможно, то мы продолжаем консервативное лечение. Если во время повторной гастродуоденоскопии кровотечение продолжается, мы повторно производим электрокоагуляцию и вводим капрофер (гемостатик). Если гемодинамические показатели стабилизировались, повторную гастроскопию мы проводим через 3-4 часа, в случае ухудшения этих показателей гастроскопия может быть повторно произведена уже через час.

Эзофагогастродуоденоскопия в динамике позволяет не только установить наличие источника кровотечения, но и визуально наблюдать эффективность лечебной терапии. В случае неэффективности консервативных мероприятий такая тактика позволяет в кратчайшие сроки организовать оперативное вмешательство.

Мы считаем, что тактика лечения больных с ГДК язвенной этиологии должна опираться на учете следующих показателей:

- ◆ степень кровопотери;
- ◆ локализация источника кровотечения;
- ◆ темп кровотечения.

Выявить эти важнейшие критерии может только динамическая эндоскопия. Подобная тактика оправдана тем, что выбор метода лечения больных с тяжелой кровопотерей должен быть особенно осторожным и максимально обоснованным.

Результаты и обсуждение

По данным нашей клиники, летальность при консервативном лечении ГДК язвенной этиологии равнялась 0,98%. Такой низкий процент летальности объясняется многолетними поисками путей снижения летальности при лечении больных с ГДК. Как показывают наши данные, консервативными мероприятиями

удаётся остановить ГДК у 89% (204) больных. В течение консервативного лечения 204 больных с ГДК язвенной этиологии в нашей клинике двое умерли (табл. 2). В одном наблюдении в клинику был доставлен крайне тяжелый больной, когда ввиду терминального состояния взять больного на операционный стол было невозможно, а попытки консервативного лечения, хотя бы для временного улучшения состояния больного для возможности производства операции, не увенчались успехом. Второй больной умер вследствие категорического отказа больного и его родственников дать согласие на производство операции, в то время как нам было ясно, что никаких надежд на эффективность консервативного лечения нет.

Интересно отметить, что из 153 больных с язвенной болезнью 12-перстной кишки у 137 кровотечение было остановлено консервативными мероприятиями. В процессе лечения все больные, которым до конца проводилось консервативное лечение, выздоровели; 16 больных было оперировано (табл. 2). Таким образом, 137 (89%) больных с язвенной болезнью 12-перстной кишки поддались консервативному лечению.

Из 73 больных с язвенной болезнью желудка консервативное лечение было проведено до конца у 67 человек, из них двое в процессе лечения умерли (табл. 2). Таким образом, как при язвенной болезни желудка, так и при язвенной болезни 12-перстной кишки консервативное лечение оказалось действенным у 89% больных. При консервативном лечении можно избежать летальных исходов, если своевременно установить показания к оперативному лечению.

В группе больных с ГДК на почве язвенной болезни 12-перстной кишки у всех 16 больных, которые не поддавались консервативному лечению, своевременно были поставлены показания к оперативному вмешательству. В группе больных с язвенной болезнью желудка консервативное лечение было проведено у 67 больных, своевременно показания к операции были поставлены у 6 больных, однако у двух больных консервативное лечение оказалось не только неэф-

фективным, но и слишком затяжным, что в конечном итоге привело к летальному исходу (табл. 2).

При первом подходе к лечению больных с ГДК в большинстве случаев (примерно в 90%) удается консервативными мероприятиями остановить кровотечение, и только у 10% больных приходится прибегать к оперативному лечению.

По нашим данным, при язвенной болезни желудка из 73 больных только 6 человек прооперированы по экстренным показаниям. Одному больному произведена лигация кровоточащего сосуда на дне язвы, а остальным пяти – резекция желудка по Бильрот-2 в модификации Финстерера-Гофмейстера. Все шесть больных выписаны с выздоровлением. Через год больной, перенесший паллиативную операцию, был повторно обследован, язва у него зажила, другой патологии не выявлено. Известно, что оперативное лечение при ГДК чрезвычайно опасно и тем более, когда приходится прибегать к нему на высоте кровотечения [13]. Обычно эта операция производится очень тяжелым больным, которые поступили уже с опасной для жизни кровопотерей, а при неэффективном консервативном

лечении еще и дополнительно потеряли определенное количество крови и были взяты на операционный стол ввиду того, что иного решения для остановки кровотечения не оставалось. Поэтому естественно, что в этой группе больных высокий процент послеоперационной летальности наблюдается во всех странах мира.

Выводы

На основании нашего опыта мы отмечаем, что при правильной тактике лечения, опираясь на данные динамической эндоскопии, летальность больных с ГДК язвенной этиологии будет иметь тенденцию к резкому снижению.

В лечении больных с ГДК язвенной этиологии мы придерживаемся активно-выжидательной тактики, интенсивной консервативной терапии при постоянном динамическом эндоскопическом контроле за источником кровотечения, что способствует резкому снижению летальных исходов. Подобная тактика оправдана тем, что выбор метода лечения больных с тяжелой кровопотерей должен быть особенно осторожным и максимально обоснованным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллаев Э.Г., Бабышин В.В., Абдуллаев А.Э. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии. Учебно-практическое пособие, Владимир, Изд-во: ВлГУ, 2017, 114 с.
2. Акопян П.Р., Григорян Р.А., Ананикян П.П. Способ лечения гастродуоденального кровотечения больных инфарктом миокарда. (Получено удостоверение на рационализаторское удостоверение N 163, 1984)
3. Ананикян П.П. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии. Метод. рекомендации, Ереван, 1981
4. Ананикян П.П., Григорян Р.А., Акопян П.Р., Манукян А.М. К тактике лечения гастродуоденального кровотечения язвенной этиологии. 1984, "Երսօւթրիմենտալ և կիւնիկալան բժշկութեան հանդես" 24 (1):41-44
5. Ананикян П.П., Григорян Р.А., Акопян П.Р. Некоторые вопросы диагностики и лечения гастродуоденального кровотечения язвенной этиологии. Тез. докладов 111-го Всесоюзного съезда гастроэнтерологов. Ленинград, 1984, с. 93-95
6. Ананикян П.П., Акопян П.Р., Манукян А.М. Диагностическая и лечебная динамическая эндоскопия при гастродуоденальном кровотечении язвенной этиологии. Вестник хир. Армении, 1994, N 4, с. 23-26
7. Вахидов В.В., Камин Ю.И., Маликов Ю.А. Язвенные гастродуоденальные кровотечения. Клиническая хирургия, 1983, N 4, с. 16-19
8. Горбашко А.И. Острые желудочно-кишечные кровотечения. М.: Медицина, 1974
9. Гостицев В.К., Евсеев М.А. Антисекреторная терапия как составная часть гемостаза при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях. Хирургия, журн. им. Н.И. Пирогова, 2005, N 8, с. 52-57
10. Гринберг А.А. Хирургическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях / А.А. Гринберг, А.С. Ермолов, И.И. Затевахин и др // Хирургия, 1990, 2, с. 81-84
11. Гулумян Э.А., Лалаян К.В. Методика остановки кровотечения препаратом «Капрофер». Метод. рекомендации, Ереван, 1982
12. Маев И.В., Самсонов А.А., Бусарова Г.А., Агапова Н.В. Острые желудочно-кишечные кровотечения. /В журн. "Лечащий врач", 2003, Вып. 5
13. Овчинников А.А. Желудочно-кишечные кровотечения. Врач, 2002, N 2
14. Панцырев Ю.М. Хирургическое лечение язвенной болезни, осложненной кровотечением и перфорацией / Ю.М. Панцырев, А.И. Михалев, Е.Д. Федоров // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. 2003, 1, с. 54-57
15. Савичевский М.С., Бадаев Ф.И. Острые язвы желудочно-кишечного тракта после операций на сердце. Хирургия, 1983, N 12, 92-93
16. Chung Y.F. Diagnostic failures in endoscopy for acute upper gastrointestinal haemorrhage / Y.F. Chung, W.K. Wong, K.C. Soo // Brit. J. Surg., 2000, V. 85, 5, PP. 614-617
17. Gilbert D.A. Acute upper gastrointestinal bleeding / D.A. Gilbert, F.E. Silverstein // Gastroenterologic endoscopy, 2000, V. 1, PP. 284-299

ԱՄՓՈՓՈՒՄ

ԱՐՅՈՒՆԱՀՈՍՈՒԹՅՈՒՆ ՍՏԱՄՈՔՍԻՑ ԵՎ 12-ՄԱՏՆՅԱ ԱՂԻՔԻՑ. ՊԱՏՃԱՌՆԵՐԸ, ԲՈՒԺՄԱՆ ՄԱՐՏԱՎԱՐՈՒԹՅՈՒՆԸ

Հակոբյան Պ.Ռ.^{1,2}, Գրիգորյան Ս. Խ.^{1,2}, Նանյան Ա.Ս.^{1,2}, Մանուկյան Ե.Ս.^{1,3}, Բաղդասարյան Ա.Ս.^{1,3}, Գոմցյան Գ.Ա.^{1,2}

¹ ԵՊԲՀ, ընդհանուր վիրաբուժության ամբիոն

² «Արամյանց» ԲԿ

³ «Աստղիկ» ԲԿ

Բանալի բառեր՝ ստամոքս-12-մատնյա աղիքի արյունահոսություններ, խոցային հիվանդություն, բուժական ախտորոշիչ ներդիտում, բուժական մարտավարություն, մահացություն:

Մեր փորձի հիման վրա հանգել ենք այն եզրակացության, որ բուժման ճշգրիտ մարտավարություն ընտրելիս, հիմնվելով դինամիկ ներդիտման արդյունքների վրա, ստամոքս-12-մատնյա աղիքի խոցային ծագման արյունահոսություններով հիվանդների շրջանում մահացությունն ունի խիստ նվազման

հակում: Այս խմբի հիվանդների բուժումը ձեռնարկելիս մենք ակտիվ սպասողական մարտավարության ուղին ընտրելու կողմնակիցներ ենք, որի դեպքում ինտենսիվ պահպանողական բուժումն անցկացվում է արյունահոսության օջախի մշտական դինամիկ ներդիտումային հսկողությամբ, որը նպաստում է մահացության դեպքերի խիստ նվազմանը: Նշված մարտավարությունը հիմնավորվում է նրանով, որ ծանր արյունահոսությամբ հիվանդների բուժման եղանակի ընտրությունը պետք է առավել զգույշ և հիմնավորված լինի:

SUMMARY

CAUSES FOR GASTRO-DUODENAL HEMORRHAGE, ITS CURING TACTICS

Hakobyan P.R.^{1,2}, Grigoryan S.Kh.^{1,2}, Nanyan A.S.^{1,2}, Manukyan Y.M.^{1,3}, Baghdasaryan A.S.^{1,3}, Gomtsyan G.A.^{1,2}

¹ YSMU, Department of General Surgery

² Medical Center "Aramyants"

³ Medical Center "Astghik"

Keywords: *gastro-duodenal hemorrhages, ulcer diseases, therapeutic diagnostic endoscopy, therapeutic tactics, mortality.*

Based on our experience, we have come to the conclusion that by selecting of an accurate curing tactics, based on the results of dynamic endoscopy, the death among the patients having gastro-duodenal hemorrhages has a tendency of being significantly reduced. When undertaking the treatment for this

group of patients, we are in favor of the active wait-and-see tactics, when intensive conservative treatment is performed through constant dynamic endoscopic control of the bleeding. This strongly contributes to the reduction of death cases. This tactics is justified by the fact that the choice of treatment for patients with severe bleeding should be more careful and substantiated.