



П. Г. Кондратенко,  
Е. Е. Раденко

Донецкий национальный  
медицинский университет  
имени М. Горького

© П. Г. Кондратенко, Е. Е. Раденко

## ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КРОВОТЕЧЕНИЕМ ИЗ ОСТРЫХ ЯЗВ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

**Резюме.** Обобщен опыт лечения 910 больных с кровотечением из острых язв верхних отделов пищеварительного тракта за период с 2005 по 2009 год. Для лечения больных в клинике использовалась гибкая индивидуальная тактика, учитывающая клинические и эндоскопические данные, позволяющие дифференцированно подходить к лечению каждого больного в течение всего времени пребывания в стационаре. Предложенная тактика на основе эндоскопической картины в динамике позволила повысить эффективность эндоскопического гемостаза, уменьшить количество рецидивов кровотечения с 10,9 до 5,7%, снизить количество оперативных вмешательств по экстренным показаниям с 1,7 до 0,4%, летальность — с 9 до 8,5%.

**Ключевые слова:** *гастродуоденальное кровотечение, острые язвы, тактика лечения.*

### Актуальность проблемы

В структуре причин кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта острые язвенные поражения (ОЯП) прочно занимают второе место после кровотечений язвенной этиологии [9].

В настоящее время ОЯП слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) встречаются у 3—4% больных при плановой эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС). Истинную частоту этих поражений установить достоверно не представляется возможным, что объясняется частым бессимптомным течением или маскирующим влиянием основного заболевания. Обнаруживаются ОЯП только тогда, когда пациенты обследуются по поводу выраженных симптомов диспепсии, однако чаще — при появлении тяжелых осложнений: кровотечения (60—70%) или перфорации (0,5—3%) острых язв [10, 11, 19]. Наиболее часто ОЯП, осложненные кровотечением, возникают у пациентов после тяжелых травм, ожогов, оперативных вмешательств и декомпенсации соматической патологии [3, 6, 13]. Описаны случаи возникновения ОЯП даже после незначительных по объему операций у пациентов, ранее не страдавших заболеваниями пищеварительной системы. Еще в 1772 году Hunter находил подобные изменения на вскрытии, и уже тогда предполагал, что они являются признаками какого-то другого заболевания, имевшегося еще при жизни больного [12].

Среди наиболее значимых причин возникновения ОЯП выделяют: эндогенную интоксикацию, кислотно-пептический фактор [1, 2, 17], угнетение моторики желудка (у больных в ближайшем послеоперационном периоде), дуодено-гастральный рефлюкс и нарушение резистентности слизистой оболочки [5, 9], действие стресс-факторов [18]. В последние годы чаще используется термин «дистресс-язва» [8]. Действие дистресс-факторов

приводит к выбросу в кровь биологически активных веществ, способствует развитию выраженных нарушений функции системы кровообращения и дыхания, глубоких расстройств метаболических процессов и морфологических изменений в клетках и органах, что позволяет рассматривать это состояние как форму полиорганной или полисистемной недостаточности.

Целый раздел в патогенезе ОЯП принадлежит гастропатии, индуцированной приемом нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). У больных, принимающих НПВП, геморрагические осложнения наблюдаются в пять раз чаще, чем у лиц, не принимающих препараты этого класса [16]. Ингибирование циклооксигеназы I приводит к нарушению секреции простагландинов E<sub>2</sub>, разрушению слизисто-бикарбонатного барьера, ретродиффузии H<sup>+</sup>, нарушению локальной микроциркуляции, возникновению участков некробиоза, формированию изъязвления, а повышенное содержание ненасыщенных жирных кислот приводит к снижению агрегирующих свойств кровяных пластинок и развитию кровотечения [14]. Однако работы, посвященные патогенетическому лечению осложненных кровотечением лекарственных язв, в доступной литературе практически отсутствуют.

По секционным данным, острые изъязвления обнаруживаются в 24% наблюдений, а при невыборочной ЭГДС — у 50—100% пациентов в отделениях интенсивной терапии. Летальность при кровотечении из ОЯП у больных в отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) может достигать даже 80% [3, 4, 13].

С морфологической точки зрения, острыми язвами называют дефекты, некробиотические изменения в которых выходят за пределы слизистой оболочки, захватывая подслизистый слой и мышечную пластинку.

Международного общепризнанного, единого определения и морфологического разграничения определений «острая и хроническая язва» желудка или ДПК не существует, поскольку большинство исследователей считают, что в процессе формирования хроническая язва проходит стадии эрозии и острой язвы, что позволяет считать их стадиями морфогенеза одного и того же процесса. При этом расхождения между макроскопическим и гистологическим диагнозами варьируют от 15 до 100% случаев. Образуются ОЯП как на фоне нормальной слизистой оболочки, так и на фоне острого или хронического гастрита, что сказывается на сроках их заживления. Поверхностные дефекты эпителия обычно заживают очень быстро. Этот феномен получил даже название «быстрая реституция эпителия» [15].

**Материалы и методы**

С 1981 по 2009 год в клинике хирургии Донецкого национального медицинского университета, которая является городским специализированным центром, на лечении находились более 22 тысяч больных с острым кровотечением в просвет органов пищеварительного канала. Из них с кровотечением из ОЯП — около 3 тысяч больных.

В среднем в клинике ежегодно получает лечение около 150—180 больных с кровотечением из ОЯП, что составляет 15,8—18,2% от общего числа госпитализированных больных с синдромом кровотечения. По нашим наблюдениям из года в год возрастает число больных с более тяжелым

клиническим течением, что коррелирует с прогрессирующим увеличением числа пациентов с декомпенсированной соматической патологией.

За последние 5 лет (2005—2009) в клинике находилось на лечении 910 больных с ОЯП. Продолжающееся кровотечение при поступлении отмечено у 33 (3,6%) больных. У 96,4% больных при поступлении отмечены признаки спонтанного гемостаза, а у 26,4% эндоскопические признаки ненадежного гемостаза отсутствовали. Более половины больных (75,8%) поступило с пролонгацией заболевания более 12 часов от момента проявления первых признаков кровотечения.

Кровотечение легкой степени тяжести отмечено у 269 (29,6%) больных, средней степени — у 161 (17,7%), тяжелой степени — у 346 (38,0%), крайне тяжелой степени тяжести — у 134 (14,7%) больных.

**Результаты исследования и их обсуждение**

Основные причины возникновения ОЭЯП за анализируемый период (на основании сбора анамнеза) представлены в табл. 1.

Таблица 1

**Анамнестические причины возникновения ОЭЯП**

Количество случаев	Обострение соматической патологии	Прием лекарственных препаратов	Алиментарный фактор	Стресс	Причина не установлена
№	269	236	111	19	275
%	29,5	25,9	12,2	2,1	30,3

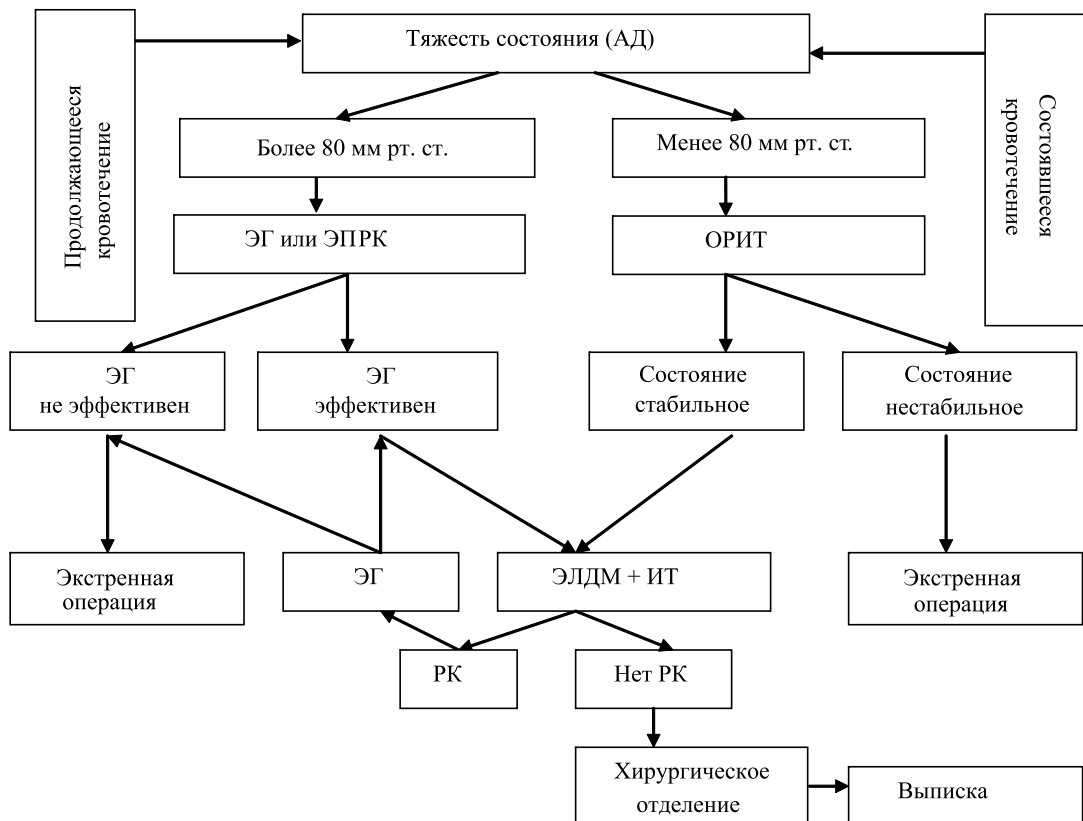


Рис. 1. Алгоритм лечения ОЭЯП



Среди соматической патологии преобладали декомпенсация сердечной деятельности (52,2%) и патология легких (23,3%). Среди лекарственных препаратов наиболее агрессивными оказались аспирин и НПВП — 77,9%, причем у 67,6% больных они назначены с целью лечения вышеуказанной патологии, а остальные больные принимали препараты с целью самолечения. Обращает на себя внимание достаточно высокий процент больных, у которых выявить причину развития ОЯП не удалось.

У всех больных с продолжающимся кровотечением при первичном эндоскопическом исследовании выполнен эндоскопический гемостаз (ЭГ), включающий последовательное применение методов физического (электро-, и аргоно-плазменная коагуляция) и механического (инфильтрационный метод) гемостаза. Эффективность ЭГ — 100%. У больных с состоявшимся кровотечением проводилась эндоскопическая профилактика рецидива кровотечения (ЭПРК). Лечение больных с ОЭЯП проводится в отделении интенсивной терапии.

Алгоритм лечебного процесса представлен на рис. 1.

Лечебные мероприятия включали в себя интенсивную терапию основной патологии, коррекцию нарушений гомеостаза, вызванных кровопотерей, антисекреторную терапию и обязательный эндоскопический лечебно-диагностический мониторинг (ЭЛДМ), позволяющий предупредить развитие или выявить рецидив кровотечения (РК) до появления клинических признаков РК.

Сроки выполнения эндоскопических исследований диктовались степенью надежности гемостаза, определяемых на основании результатов ЭГДС как при поступлении, так и в процессе эндоскопического мониторинга. При высокой степени рецидива кровотечения ЭЛДМ проводился каждые 4—6 часов, при средней степени — каждые 8—10 часов, при незначительной — каждые 12 часов. Предпочтение отдавалось щадящим методам эндоскопической профилактики РК — гидродиатермокоагуляции, термокаутеризации и аргоно-плазменной коагуляции.

РК выявлены у 52 (5,7%) больных. У двух пациентов неоднократные РК, сопровождавшиеся клиническими проявлениями, потребовали, после проведенных эндоскопических лечебных мероприятий и предоперационной подготовки, выполнения оперативного вмешательства (иссечение острой язвы). Резекционные методики не применялись. Послеоперационной летальности не было, в связи с чем общая летальность, равно как и летальность среди консервативно пролеченных больных, составила 8,5% (77 больных).

Среди причин летальности первое место занимает декомпенсация основной патологии на фоне исходной кровопотери — 52,8% (41 больных) и геморрагический шок при поступлении — 16,7% (13 больных). Это были больные старшей воз-

растной категории (средний возраст  $65 \pm 5,5$  лет), поступившие в крайне тяжелом состоянии с явлениями сердечной (Н2б-3), дыхательной (ДН2) недостаточности. Несмотря на проводимую интенсивную терапию в ОИТ и выполнение ЭЛДМ, помочь этим больным не удалось.

Вторым определяющим фактором в развитии неблагоприятного исхода было РК, что привело к геморрагическому шоку у 6 (8,3%) больных и срыву компенсации при тяжелой соматической патологии у 17 (22,2%) больных.

С целью сравнения нами был проведен ретроспективный анализ результатов лечения больных за период с 2000 по 2004 годы. По своим демографическим и клиническим параметрам анализируемые группы больных статистически достоверных отличий не имели. Сравнительный анализ показал, что разработанный и применяемый нами лечебно-диагностический алгоритм позволил значительно улучшить результаты лечения больных с ОЭЯП по сравнению с предыдущим периодом.

Эффективность ЭГ у больных с ОЭЯП возросла с 92,3 до 100%, количество РК снизилось с 10,9 до 5,7%, вследствие чего значительно снизились сроки пребывания в отделении интенсивной терапии. Оперативная активность снизилась с 1,7 до 0,4%, то есть в 4,3 раза.

К сожалению, не удалось добиться существенного снижения летальности, хотя она и снизилась с 9 до 8,5%. Как уже указывалось ранее, из года в год возрастает число больных с более тяжелым клиническим течением соматической патологии, что не могло не оказать негативное влияние на результаты лечения. Послеоперационная летальность за период с 2000 по 2004 год составила 33,3%, в то время как в основной группе ее не было.

### Выводы

Таким образом, лечение больных с ОЭЯП, осложненным кровотечением в просвет пищеварительного канала, представляет собой сложную, многогранную и не до конца решенную задачу. Особое значение приобретает проведение санитарно-просветительной работы среди населения о недопустимости бесконтрольного приема лекарственных препаратов, ранней обращаемости за квалифицированной медицинской помощью. Лечение больных с тяжелой соматической патологией, требующей назначения аспирина, нестероидных противовоспалительных препаратов, должно проводиться при обязательном включении в схему лечения ингибиторов протонной помпы и антацидных препаратов. Кровотечение из ОЯП достаточно быстро приводят к тому, что состояние больного становится критическим, а зачастую и безнадежным.

Предложенный нами алгоритм лечебно-профилактических манипуляций позволил значительно улучшить показатели лечения больных с ослож-



ненным течением ОЭЯП. Тем не менее, необходимость снижения летальности у этой категории

больных является важным стимулом к продолжению дальнейших научных исследований.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Артишевская Н.И.* Защитная роль кваматела при применении нестероидных противовоспалительных препаратов / Н.И. Артишевская, А.Е. Буглова // Клини. фармако. и клин. медицина. — 1996. — №24. — С. 31—32.
2. *Богданов А.Н.* H<sub>2</sub>-блокаторы в лечении острых язв верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, осложненных кровотечениями / А.Н. Богданов // Клиническая фармакология и терапия. — 1993. — №2. — С. 51—52.
3. *Бокерия Л.А.* Острые гастродуоденальные кровотечения в сердечно-сосудистой хирургии / Л.А. Бокерия, М.Б. Ярустовский, Е.А. Шипова. — М., 2004. — 185 с.
4. *Василенко В.Х.* Язвенная болезнь: современные представления о патогенезе, диагностике, лечении / В.Х. Василенко, А.Л. Гребенев, А.А. Шептулин. — М., 1987. — 288 с.
5. *Кондратенко П.Г.* Острое кровотечение в просвет органов пищеварительного канала. Практическое руководство / П.Г. Кондратенко, Н.Л. Смирнов, Е.Е. Раденко. — Донецк. — 2006. — 420 с.
6. *Кубышкин В.А.* Эрозивно-язвенное поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта в раннем послеоперационном периоде / В.А. Кубышкин, К.В. Шишин // J.Cons. med / Vol. 2. — 2002, P. 33—39.
7. *Магниех М.М.* Выбор лечебной тактики при синдроме Маллори—Вейса: автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.01.03 «Хирургия» / М.М. Магниех — СПб, 1999 — 48 с.
8. *Мизиев И.А.* Этиология, патогенез, классификация, лечение, профилактика острых язв и эрозий желудка и двенадцатиперстной кишки. Дисс. ... докт. мед. наук: 14.01.03 / И.А. Мизиев. — Ростов-на-Дону, 1999. — 238 с.
9. Острые изъязвления слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки / Э.В. Луцевич, В.Н. Горбунов, Б.А. Наумов, И.И. Гуськова // Хирургия. — 1990. — №2. — С. 149—154.
10. Острые язвы и эрозии пищеварительного тракта: Учебное пособие / А.П. Михайлов, А.М. Данилов, А.Н. Напалков, В.Л. Шульгин // СПб: изд.-во СПб. ун-та — 2004. — 96 с.
11. *Пиманов С.И.* Эзофагит, гастрит и язвенная болезнь. Руководство для врачей / С.И. Пиманов. — М.: Медицинская книга — 2000 — 378 с.
12. *Поташов Л.В.* Кровотечения из острых и хронических гастродуоденальных язв / Л.В. Поташов, М.А. Алиев, В.М. Седов. — Алма-Ата, 1982. — 156 с.
13. Профилактика стресс-повреждений верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у больных в критических состояниях. Методические рекомендации / Б.Р. Гельфанд, А.Н. Мартынов, В.А. Гурьянов [и др.]. — РАСХИ. — М., 2004, 18 с.
14. *Ройтберг Г.Е.* Лекарственные поражения гастродуоденальной зоны / Г.Е. Ройтберг, Т.Е. Полунина // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2002. — №3. — С. 9 — 15.
15. *Руководство по клинической эндоскопии* / под ред. В.С. Савельева, В.М. Буянова, Г.И. Лукомского. — М.: Медицина, 1985. — 544 с.
16. *Тимен Л.Я.* Кровопотеря. Возможности эндоскопического гемостаза и значение эндоскопии в выборе тактики при лечении гастродуоденальных кровотечений / Л.Я. Тимен, Б.А. Хаит, А.И. Черепанин // Медицинская консультация. — 1995. — №3. — С.8—15.
17. *Bardhan K.D.* The outcome of bleeding duodenal ulcer in the H<sub>2</sub>—receptor antagonist therapy / K.D. Bardhan, A.K. Nayyar, C.Royston // C. & M. — 1998. — Vol. 91, Suppl.3. — P. 231—237.
18. Stress ulceration: possible pathogenic mechanisms / Scand. J. Gastroenterol., 1984. — Suppl. 105, Vol. 19. — P. 9—13.
19. Stress ulcer prophylaxis in critically ill patients: a randomized controlled trial / I. Kantorova, P. Svoboda, P. Scheer, [et al.] // Hepatogastroenterology. — 2004. — Vol. 51, №57. — P. 757—761.

## ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА КРОВОТЕЧУ З ГОСТРИХ ВИРАЗОК ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ТРАВНОГО ТРАКТУ

*П. Г. Кондратенко,  
Є. Є. Раденко*

## TACTIC OF TREATMENT OF PATIENTS WITH BLEEDING FROM THE SHARP ULCERS OF OVERHEAD DEPARTMENTS OF DIGESTIVE TRACT

*P. G. Kondratenko,  
E. E. Radenko*

**Резюме.** Узагальнено досвід лікування 910 хворих на кровотечу з гострих виразок верхніх відділів травного тракту за період від 2005 до 2009 рік. Для лікування хворих у клініці була використана гнучка індивідуальна тактика, з урахуванням клінічних та ендоскопічних даних, що дозволила диференційовано підходити до лікування кожного хворого протягом усього терміну перебування у стаціонарі. Запропонована тактика, на підставі ендоскопічної картини в динаміці, дозволила підвищити ефективність ендоскопічного гемостазу, зменшити кількість рецидивів кровотечі з 10,9 до 5,7%, оперативних втручань за екстремими показаннями — з 1,7 до 0,4%, летальність — із 9 до 8,5%.

**Ключові слова:** гастродуоденальна кровотеча, гострі виразки, тактика лікування.

**Summary.** The experience of treatment of the 910 patients with a bleeding in a gleam of the gastrointestinal tract for the period with 2005 on 2009 is generalized. For treatment of the patients in clinic flexible individual tactics which is taking into account clinical and endoscopic the data, allowing differens was used to approach to treatment of each patient during all time of stay in hospital. Offered tactics, on a basis endoscopic of a picture in dynamics, has allowed to increase efficiency endoscopic heamostasis, to reduce quantity of relapses of a bleeding from 10,9 to 5,7%, to lower quantity operative surgery under the emergency indications from 1,7 to 0,4% and mortality from 9 to 8,5%.

**Key words:** gastrointestinal bleeding, sharp ulcers, tactics of treatment.