

П.Д. Фомин, член-корреспондент НАМН України, д.м.н., профессор, заведуючий кафедрой факультетской хирургии № 1 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, главный специалист МЗ Украины по специальности «хирургия», г. Киев,
В.И. Никишаев, д.м.н., заведующий отделением эндоскопической диагностики и хирургии Киевской городской клинической больницы скорой медицинской помощи, президент Ассоциации врачей-эндоскопистов Украины, главный специалист МЗ Украины по специальности «эндоскопия», г. Киев

Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта: причины, факторы риска, диагностика, лечение

Кровотечение в просвет желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) – чаще острое и угрожающее жизни пациента осложнение различных заболеваний и поврежденный внутренних органов. В.И. Стручков и соавт. (1977) назвали 116 заболеваний, которые иногда приводят к желудочно-кишечным кровотечениям (ЖКК). На большом клиническом материале В.Д. Братусь (2001) показал, что на 5 заболеваний (пептическая язва, острые язвы и эрозии, опухоли, синдром Меллори-Вейсса, портальная гипертензия) приходится свыше 90% всех причин ЖКК, остальные же относятся к казуистике. Общая реакция организма на кровотечение, в частности течение шока, зависит не столько от нозологической формы, сколько от степени и интенсивности кровопотери, тяжести сопутствующей патологии и возраста.

Актуальность проблемы обусловлена тем, что частота кровотечений не уменьшается, составляя 50-172 случая на 100 тыс. населения в год, и зависит от экономического развития региона и его возрастного состава. В Украине ежегодно госпитализируют в стационары около 50 тыс. больных с ЖКК. Как правило, это пациенты с острым холециститом, аппендицитом и панкреатитом. Применение миниинвазивных эндоскопических вмешательств (МЭВ) позволило снизить уровень смертности от ЖКК до 4-14%. Однако ежегодные расходы на лечение заболеваний ЖКТ, осложненных ЖКК, по-прежнему велики. Так, в США затраты на лечение пептической язвы, осложненной кровотечением, составляют более 750 млн долл. в год.

До 1982 года в Киеве смертность от язвенных кровотечений составляла от 16% до 25%. По инициативе выдающего хирурга, профессора Василия Дмитриевича Братуся в Киеве в 1982 г. открылся первый в СССР центр по лечению больных с желудочно-кишечными кровотечениями. Его создание позволило существенно снизить летальность, а благодаря разработке и внедрению различных методик лечения, особенно эндоскопических, удалось значительно снизить хирургическую активность и в большинстве случаев избежать оперативного лечения. Позже подобные центры были созданы практически во всех регионах Украины. Это привело к тому, что в нашей стране хирургическая активность при язвенных кровотечениях не превышает 11%, а общая летальность снизилась до 2,4-2,8%. Этими результатами можно гордиться, так как они намного лучше, чем в большинстве стран Европы и СНГ.

Лечение больных с острыми ЖКК – проблема не только сложная и не имеющая по сей день единой выработанной доктрины, но и требующая привлечения значительного количества специалистов. При данной патологии необходимо тесное взаимодействие эндоскопистов, хирургов, и анестезиологов, причем, учитывая высокую уровень летальности после экстренных операций и все более популярную активно-выжидательную тактику хирургов, именно эндоскопистам отводится наиболее важная роль в лечении больных с ЖКК. Именно эндоскописту по силам добиться местного гемостаза и провести надлежащий визуальный контроль над его состоянием, что является краеугольным камнем в выборе тактики ведения подобных больных.

Ведущие специалисты, занимающиеся лечением больных с ЖКК, считают,

что улучшения результатов лечения пациентов с острыми ЖКК можно достичь лишь в условиях одной больницы, где круглосуточно дежурит специализированная бригада врачей (хирург, эндоскопист, анестезиолог). Даже в самых современных клиниках, где данной проблемой занимаются лишь эпизодически, существенных изменений достичь тяжело. При наличии же в больнице нескольких хирургических отделений госпитализация пациентов с ЖКК в одно из них приводит к улучшению результатов лечения.

Широкое внедрение эзофагогастроуденоскопии (ЭГДС) в клиническую практику позволяет верифицировать источник кровотечения при первом исследовании у 71,2- 98% больных с большей информативностью, чем при рентгенологическом исследовании.

Классификация ЖКК

Классификация ЖКК основана на учете влияния различных факторов (табл. 1). При этом необходимо дифференцировать ЖКК по локализации, клинике, объему кровопотери, характеру, интенсивности, этиологии, степени тяжести кровотечения, частоте. Большинство авторов предлагают классифицировать ЖКК по этиологическому признаку: на варикозные и неварикозные. Обособление кровотечений

Таблица 1. Классификация ЖКК

1. По локализации: а) из верхних отделов (пищевод, желудок, двенадцатиперстная кишка) б) из нижних отделов (тонкая кишка, толстая кишка)
2. По клинике: а) продолжающееся (активное) б) остановившееся
3. По объему: а) массивное (профузное) б) малое (минимальное)
4. По характеру: а) острое б) хроническое (скрытое, оккультное)
5. По интенсивности: а) интенсивное б) не интенсивное
6. По этиологии: а) не варикозное б) варикозное
7. По степени тяжести: а) легкое б) средней тяжести с) тяжелое
8. По частоте: а) первичное б) рецидивное

из варикозно расширенных вен пищевода и желудка обусловлено тем, что эта категория больных требует специфического лечения.

Острые кровотечения бывают активными и массивными. Хронические кровотечения (их часто называют оккультными), как правило, опасны своим длительным течением и склонностью к рецидивированию.

Этиология ЖКК

Из нашего опыта лечения более 30 тыс. больных с ЖКК из верхних отделов ЖКТ можно сделать вывод, что наиболее частыми причинами кровотечений являлись пептическая язва, эрозивно-геморрагический гастрит, опухоли желудка, синдром Меллори-Вейсса, варикозное расширение вен пищевода и желудка (табл. 2). Эти 5 заболеваний обуславливали 93,6% от всех причин ЖКК из верхних отделов ЖКТ.

Структура причин ЖКК из верхних отделов ЖКТ в разных странах различна и зависит не только от географического расположения, но и от социального развития страны.

Таблица 2. Структура причин кровотечений из верхних отделов ЖКТ

Причины	%
Пептическая язва	57,9
Эрозивно-геморрагический гастрит	14
Опухоли желудка	7,5
Синдром Меллори-Вейсса	7
Варикозное расширение вен пищевода и желудка	6,4
Диафрагмальные грыжи	1,4
Болезнь Дьелафуа	1
Прочие	4,8

Кровотечения из язв

Язвы составляют основную причину ЖКК. Из них на пептические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) приходилось 91,2%, острые язвы – 6,3%, язву Дьелафуа (ЯД) – 1,7%, лигатурные язвы – 0,8%.

Пептические язвы. Их локализация в желудке наблюдается у 19,74%, в ДПК – у 73,03% больных. Двойная локализация имела место у 1,33%, рецидивные постваготомные и пострезекционные язвы – у 4,41%, сочетание перфорации с кровотечением – у 1,49% пациентов. Соотношение кровоточащих язв желудка к язвам ДПК составило



П.Д. Фомин



В.И. Никишаев

1:3,7. В возрасте до 59 лет этот показатель был 1:5,3, а старше 60 лет – 1:2,1. Большинство больных с язвами были в возрасте до 60 лет. Они составили 79,2% среди пациентов с локализацией язв в ДПК, 60,2% – с локализацией язв в желудке, 50,4% – с двойной локализацией. У 25% пациентов длительность язвенного анамнеза составила более 10 лет. У 30-40% больных за этот период уже наблюдались ЖКК. При этом у 20-40% пациентов кровотечение стало первым клиническим проявлением заболевания.

При язвах в желудке кровотечения тяжелой и средней степени тяжести отмечались в 1,27 раза чаще, чем при язвах в ДПК, и в 1,3 раза чаще, чем при их двойной локализации. Между размером язв и степенью тяжести кровотечения наблюдается умеренная корреляционная связь при их локализации как в желудке, так и в ДПК.

Язвы ДПК располагались на задней стенке в 2,3-9,2 раза чаще, чем на других стенках пилорoduodenальной зоны. Пилорические язвы были выявлены у 2,4% больных. Желудочные язвы локализовались по малой кривизне у 73,1%, по задней стенке у 18,1%, по передней стенке у 7,8% и по большой кривизне у 1% больных. В области угла желудка они располагались у 48,7%, в области тела у 20,5%, в антральном отделе у 12,7%, в препилорическом отделе у 9,3%, в верхней трети тела желудка у 5,4%, в области дна у 3,4% пациентов.

Продолжающееся кровотечение из язв желудка отмечалось у 13,7%, из ДПК – у 15,4% больных. У остальных наступила спонтанная остановка кровотечения, однако у 4,9-47,8% из них (в зависимости от вида выявленного стигмата кровотечения и вида язвы) возник рецидив кровотечения (РК).

После применения разных методов эндоскопического гемостаза также возникают рецидивы кровотечения, которые являются одним из важнейших факторов, определяющим негативный результат лечения язвенного кровотечения. Изменения, обусловленные РК, углубляют постгеморрагические изменения, ранее наблюдавшиеся в организме, и провоцируют срыв компенсаторных механизмов, что увеличивает риск послеоперационных осложнений и летального исхода в 10-20 раз.

Основными статистически значимыми клиническими факторами, влияющими на риск РК, являются шок, уровень гемоглобина при поступлении ≤ 100 г/л, наличие тяжелых сопутствующих заболеваний, возраст пациента старше 60 лет и тип стигмат кровотечения.

Постваготомные язвы (ПВЯ) и пострезекционные язвы (ПРЯ) были источником кровотечения у 4,4% больных. ПВЯ чаще возникали спустя 1-3 года после

операції, а ПРЯ – через 3-5 лет. У 58,7% пацієнтів рецидивні язви мали асимптоматичне течення, і кровотечення стало першим клінічним признаком захворювання у 63,4% больних після органосохраняючих операцій і у 49,7% – після резекції желудка. Поэтому эти пациенты после перенесенных операций должны находиться на диспансерном наблюдении с обязательным регулярным эндоскопическим осмотром. При ПРЯ в 1,8 раза чаще отмечалось кровотечение тяжелой и средней степеней, чем при ПВЯ, а кровотечение тяжелой степени – в 2,6 раза чаще. Частота встречаемости больших и гигантских язв выше среди ПРЯ по сравнению с ПВЯ. Продолжающееся кровотечение из ПРЯ отмечалось у 12,1%, а из ПВЯ у 2,1% пациентов. Рецидивы кровотечений при спонтанной остановке кровотечения возникли у 2,8-20% больных в зависимости от вида стигмат кровотечения.

Сочетание перфорации и кровотечения. Наиболее опасным осложнением гастродуоденальных язв (ГДЯ) является сочетание перфорации и кровотечения, наблюдавшееся у 1,49% пациентов. Существують трудности в диагностике этого осложнения, в следствие чего отмечается отсрочка в проведении оперативного лечения с летальностью от 34,4% до 80%. К основным диагностическим методам относятся рентгеноскопия и ЭГДС. Однако рентгенологически свободный газ в брюшной полости определялся нами только у 41,1% больных. При отсутствии свободного газа проводили ЭГДС, которая позволила установить диагноз лишь у 72,1% пациентов. Однако нагнетаемый во время исследования воздух при повторном рентгенологическом обследовании способствовал выявлению свободного газа в брюшной полости и таким образом установлению диагноза перфорации у остальных больных. Сочетание кровотечения с перфорацией язвы чаще встречалось (58,9%) у больнох пожилого и старческого возраста.

Острые язвы чаще отмечались у мужчин (53%), чем у женщин (47%), то есть соотношение составило 1,13:1. Большинство пациентов (63,5%) – лица в возрасте до 60 лет. Острые язвы локализовались в желудке у 66,6% пациентов, в ДПК – у 28,4% и двойная локализация была у 5% больнох. Соотношение язв желудка и ДПК составило 2,5:1. В анамнезе 37,3% больнох отмечали прием медикаментов (НПВП, кортикостероидов, антибиотиков) перед госпитализацией, 55,8% имели тяжелую соматическую патологию (атеросклероз, сахарный диабет, почечную недостаточность, перенесенную накануне тяжелую операцию, травму, отравление различными веществами и др.) и только у 6,9% пациентов причину образования острых язв выяснить не удалось. Умеренная степень тяжести кровотечения отмечалась в 45%, средняя – в 28,4% и тяжелая – в 26,6% случаях.

Лигатурные язвы, возникшие у основания внутренних лигатур, – результат неспецифической реакции на инородное тело, сопровождающейся образованием сети мелких сосудов в слизистой оболочке. Кровотечения возникли у 71,8% пациентов в течение трех лет после перенесения операции. Кровотечение умеренной степени отмечали у 75,3%, средней – у 17,6% и тяжелой – у 7,1% больнох.

Язва Дьелафуа. В основе ЯД лежит разрыв стенки расширенной извитой подслизистой артерии без признаков васкулита, атеросклероза или аневризмы с развитием профузного кровотечения из поверхностного дефекта округлой или овальной формы диаметром несколько миллиметров на фоне

неизменной слизистой оболочки. ЯД локализовалась в желудке у 76,8% и в ДПК – у 23,2% пациентов. Продолжающееся кровотечение имело место у 52,1% больнох. При ЯД в желудке продолжающееся кровотечение наблюдалось в 2,5 раза чаще, чем при ее локализации в ДПК. Кровотечение из ЯД было умеренной степени у 2,7%, средней – у 60% и тяжелой – у 37,3% больнох. При наличии стигмат кровотечения РК наступал в 45,8% случаев. При первом эндоскопическом осмотре источник кровотечения был верифицирован у 88,7% больнох. Из них промывание желудка потребовалось произвести 16,7% пациентам при наличии признаков продолжающегося кровотечения и невозможности выявить его источник (при язвах – 2,1%). При первичном осмотре язву Дьелафуа не удалось выявить во время эндоскопического исследования у 11,3% пациентов. За источник кровотечения были приняты другие истинные (6,96%) и псевдопоражения (4,34%). При эндоскопическом исследовании у 6,96% пациентов обнаружили другие поражения верхних отделов ЖКТ, которые приняли за основную причину кровотечения.

Эрозивно-геморрагический гастрит

Эрозивно-геморрагический гастрит (ЭГГ) – вторая по частоте причина ЖКК. Морфологический субстрат ЭГГ – сочетание субэпителиальных геморрагий и плоских эрозий. Они могут возникнуть как осложнение при тяжелых заболеваниях (атеросклероз, сахарный диабет, почечная недостаточность, сепсис, ожог, перенесенная накануне тяжелая операция, травма, отравление различными веществами и др.), приеме некоторых лекарственных препаратов (НПВП, кортикостероиды, некоторые антибиотики, дигоксин, теофиллин, резерпин, препараты железа, калия, цитостатики и др.) и алкоголя. Основой патогенеза ЭГГ является дисбаланс между активностью факторов агрессии и защиты слизистой оболочки желудка. Клинические особенности ЭГГ – отсутствие корреляции между тяжестью субъективных расстройств, наличием и степенью выраженности повреждений слизистой оболочки, склонность к спонтанной остановке кровотечения при устранении воздействия этиологического фактора.

Кровотокащие опухоли желудка

У большинства (80-90%) больнох кровотечение из опухолей желудка хроническое, оккультное, незначительное по темпу и объему. Лишь у 10-20% из них отмечают профузные кровотечения. Наиболее частыми видами опухолей были рак (90%), лимфома и лейомиома (8-9%). Реже встречались другие эпителиальные и неэпителиальные, первичные и метастатические опухоли.

Синдром Меллори-Вейсса

Синдром Меллори-Вейсса обусловлен разрывом слизистой оболочки в области пищеводно-желудочного перехода. У 86,4% больнох поражение локализовалось в области пищеводно-желудочного перехода, у 8% – в нижней трети пищевода и у 5,6% – в желудке. Разрывы слизистой оболочки были одиночными у 82,9% и множественными у 17,1% больнох. Кровотечение при синдроме Меллори-Вейсса в большинстве случаев останавливалось спонтанно, а РК развивался редко (7,6%). Чаще всего патология развивалась на фоне действия предрасполагающих факторов (прием алкоголя, предшествующая рвота). Патогенез этого заболевания объясняется транзитным увеличением градиента давления между

просветом желудка и грудной полостью, достигающего максимального значения на уровне пищеводно-желудочного перехода. К проводящим факторам относятся рвота, икота, кашель, подъем тяжести, натуживание при дефекации, роды, тупая травма живота, астматический статус, эндоскопическое исследование, реанимация (непрямой массаж сердца, искусственное дыхание). Отличительный признак синдрома Меллори-Вейсса – начало с рвоты без крови с последующим появлением крови в рвотных массах. Однако у 30% больнох уже в первых порциях рвотных масс обнаруживалась кровь, а у 5-10% это заболевание проявлялось только меленой.

Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка

Особую сложность представляет лечение кровотечений из варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка при синдроме портальной гипертензии, так как оно в 5-6 раз чаще, чем при язвенной болезни, бывает профузным. У 76% больнох обнаруживали ВРВ пищевода, у 22,1% – пищевода и желудка, у 1,9% – ВРВ желудка. У 90,4% пациентов ВРВ располагались в нижней трети пищевода, у 9% – в нижней и средней трети, тотальное поражение пищевода наблюдалось у 0,6%. В 46% случаев отмечалась портальная гастропатия, в том числе осложненная кровотечением – у 11,4% пациентов. У 28,2% больнох помимо ВРВ, являвшихся источниками кровотечения, были обнаружены и другие поражения верхних отделов ЖКТ, при этом у 14,1% пациентов имелись признаки кровотечения из двух источников.

Диагностика при ЖКК

К клиническим симптомам острого ЖКК, помогающим установить его уровень и интенсивность, относятся общая слабость, головокружение, тахикардия, гипотензия, коллапс, рвота кровью (haematemesis) или жидкостью цвета кофейной гущи, дегтеобразный (melena) или темно-вишневый стул, кал в виде «вишневого желе» или содержащий темную или алую кровь. Мелена наблюдается при кровопотере объемом свыше 100 мл и длительностью пребывания крови в просвете ЖКТ не менее 6-8 ч. За это время гемоглобин подвергается разложению до гематина и других гемохромов, окрашивающих кал в черный цвет.

Клинический опыт показывает, что при кровотечении из верхних отделов ЖКТ может отмечаться ярко-красный цвет каловых масс, но это встречается в 1,8-11% случаев и всегда сопровождается массивным кровотечением и шоком. Опрос пациента для определения характеристик стула – стандартный подход к диагностированию ЖКК. И все же это субъективный подход, так как проведенные исследования показали, что в 22% случаев пациенты неверно называли цвет каловых масс. Поэтому пальцевое ректальное исследование рекомендуется как обязательное исследование при первичном осмотре всех пациентов с ЖКК, в том числе для оценки цвета кала.

При лабораторном исследовании у больнох с острым ЖКК выявляют нормохромную анемию, лейкоцитоз, азотемию (повышение уровня азота мочевины при нормальных показателях креатинина), а при оккультном – гипохромную анемию, ретикулоцитоз, увеличение СОЭ, снижение уровня железа сыворотки крови, положительную реакцию на скрытую кровь в кале.

Основным методом диагностики при ЖКК является ЭГДС. ЖКК можно считать абсолютным показанием

к проведению эндоскопического исследования. При этом необходимо учитывать, что опасность развития осложнений не должна превышать диагностическую и лечебную эффективность исследования. Противопоказанием к его проведению можно считать только агональное состояние больнох. Поэтому при наличии данных в пользу ЖКК и устойчивой гемодинамике проводится экстренное эндоскопическое исследование. Отсроченное исследование приводит к снижению значимости обследования, невыявлению источника кровотечения, а порой и к неправильной тактике лечения больнох. При шоке, коме, острых нарушениях мозгового кровообращения, инфаркте миокарда, декомпенсации сердечной деятельности и ЖКК надо воздержаться от проведения эндоскопии и начать консервативное лечение. Однако при его безуспешности у больнох с клиническими признаками продолжающегося кровотечения возможно проведение ЭГДС по жизненным показаниям как крайней меры для выявления источника кровотечения и его остановки. В этом случае исследование проводится в отделении интенсивной терапии после заключения консилиума (хирург, анестезиолог, эндоскопист) о целесообразности и возможности его проведения.

Учитывая что проведение эндоскопического исследования вне эндоскопического отделения ограничивает возможности качественного осмотра и проведения различных методов эндоскопического гемостаза, считаем, что к осмотру вне отделения следует прибегать крайне редко.

Подготовка больнох к эндоскопическому исследованию при ЖКК

Наши исследования показывают, что при язвенных кровотечениях промывание желудка перед экстренной ЭГДС способствует смыванию сгустков крови с дна язвы (ГПВ) и это приводит к увеличению выявления активного кровотечения (FI) в 1,5 раза, поэтому выполнять эту процедуру необходимо лишь в случае невозможности верифицировать источник активного кровотечения. Исходя из этого целесообразно проводить эндоскопическое исследование без предварительного промывания желудка. Первоначально проводится осмотр пищевода, общий осмотр желудка и ДПК. При этом обращается внимание на отдел, в котором определяется неизменная или мало измененная кровь, а также на дорожку неизменной крови, которая, как правило, ведет к источнику кровотечения. При отсутствии данных о продолжающемся кровотечении (о чем говорит наличие в просвете желудка и ДПК жидкости цвета кофейной гущи, сгустков крови черного цвета) и невозможности обнаружить его источник во время эндоскопии выполняют повторное исследование через 4-6 часов. В это время проводится гемостатическая и корригирующая терапия.

Премедикация перед эндоскопическим исследованием. Процедура ЭГДС под местной анестезией без премедикации достоверно сопровождается повышением артериального давления, учащением пульса, что у 5,3% больнох с тромбированными сосудами и фиксированными сгустками крови во время ЭГДС приводит к возобновлению кровотечения. Поэтому премедикация целесообразна для проведения исследования и МЭВ. У особо беспокойных больнох исследование необходимо выполнять под тотальной анестезией.

Продолжение на стр. 10.

П.Д. Фомин, член-корреспондент НАМН України, д.м.н., профессор, заведуючий кафедрой факультетской хирургии № 1 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, главный специалист МЗ Украины по специальности «хирургия», г. Киев,
В.И. Никишев, д.м.н., заведующий отделением эндоскопической диагностики и хирургии Киевской городской клинической больницы скорой медицинской помощи, президент Ассоциации врачей-эндоскопистов Украины, главный специалист МЗ Украины по специальности «эндоскопия», г. Киев

Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта: причины, факторы риска, диагностика, лечение

Продолжение. Начало на стр. 8.

Эндоскопическое исследование

При описании эндоскопической картины необходимо пользоваться минимальной стандартной терминологией эндоскопии пищеварительного тракта, которая была создана специалистами европейского и американского обществ гастроинтестинальной эндоскопии для стандартизации используемой терминологии. Однако в предложенных эндоскопических характеристиках источников кровотечения из язвы описаны не все возможные варианты. Так, в эти классификации не включена ситуация, когда имеет место кровотечение из-под плотно фиксированного сгустка крови, закрывающего кровоточащий субстрат и не удаляемого никаким путем. В данной ситуации невозможно характеризовать источник кровотечения и, соответственно, принять правильное решение при выборе тактики лечения. При анализе эндоскопических исследований мы столкнулись с такой ситуацией у 1,1% больных. Это позволило нам модифицировать классификацию эндоскопических стигмат кровотечения, рекомендованную к применению съездом эндоскопистов Украины (2000) и хирургами на конференции «Диагностика и лечение ЖКК» (2001):

- FI. Кровотечение продолжающееся:
- FIA – струйное (рис. 1);
 - FIB – просачивание;
 - FIC – из-под плотно фиксированного сгустка, не поддающегося удалению (без верификации источника).
- FII. Кровотечение остановившееся:
- FIIA – тромбированный сосуд (<2 мм, красный, черный, белый);
 - FIIВ – фиксированный сгусток (>2 мм, красный, черный, белый);
 - FIIС – мелкие тромбированные сосуды (черные точки).

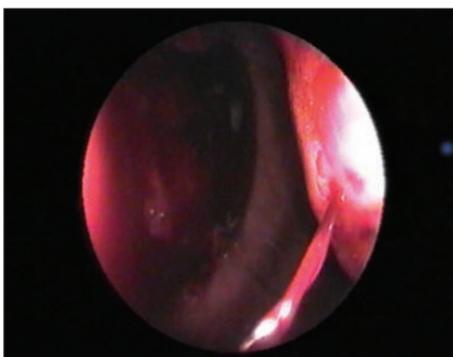


Рис. 1. Струйное кровотечение



Рис. 2. Язва после кровотечения

FIII. Отсутствует кровотечение: дефект под фибрином (рис. 2).

При проведении эндоскопического исследования, ставятся следующие задачи:

- верифицировать источник кровотечения, его локализацию, размеры и степень деструкции;
- определить, продолжается кровотечение или нет;
- применив меры местного гемостаза, попытаться остановить кровотечение, а при остановившемся кровотечении и наличии его стигмат (FIIA, B) – провести эндоскопическую профилактику его рецидива;
- дать оценку состояния: определить степень надежности гемостаза и спрогнозировать риск рецидива ЖКК.

Верификацию источника кровотечения необходимо проводить с активной водной ирригацией, осуществляемой через биопсийный канал эндоскопа. Водная ирригация, а иногда и механическое снятие сгустков крови позволяют удалить кровь и ее сгустки со слизистой оболочки, что значительно облегчает осмотр и верификацию источника кровотечения.

Необходимо помнить, что выявленный один субстрат в пищеводе, желудке или ДПК не всегда является источником кровотечения, иногда он может быть не единственным поражением. Примером служит сочетание ВРВ пищевода с кровоточащей язвой желудка или ДПК либо раком желудка, язва желудка или ДПК в сочетании с разрывом слизистой оболочки кардиального отдела желудка (синдром Меллори-Вейсса) с признаками кровотечения из обоих дефектов слизистой оболочки. Бывают случаи, когда в желудке находятся несколько источников активного кровотечения (максимальное количество источников, выявленных у наших больных, равнялось 7).

Эндоскопический гемостаз

Все МЭВ при кровотечении с целью его остановки или профилактики рецидива разделяют на четыре группы: аппликационные методы, тепловая терапия, эндоскопическая инъекционная терапия (ЭИТ) и механический гемостаз. У каждого метода есть достоинства и недостатки, связанные с гемостатическим механизмом и непосредственно с техникой выполнения процедуры.

Наш опыт показывает, что эффективность аппликационной терапии как в остановке кровотечения, так и профилактике его рецидивов при стигматах кровотечения была крайне низка, поэтому как самостоятельный метод она может использоваться только при распространенных поражениях слизистой (ЭГГ).

ЭИТ (рис. 3) обладает высокой эффективностью в плане остановки кровотечения и не зависит от используемого агента. Однако при применении растворов новокаина, адреналина и NaCl отмечалась высокая частота РК, но, остановив кровотечение с помощью ЭИТ, создавались идеальные условия для проведения других эндоскопических методов гемостаза. Применение этанола

сопряжено со значительно более низкой частотой РК, однако после его использования отмечалось увеличение язвенных дефектов в 1,5 раза как в диаметре, так и по глубине. Это затрудняло проведение повторных сеансов эндоскопического гемостаза (ЭГ). К тому же большие сложности представляло точное дозирование вводимого объема препарата.

Термические методы (рис. 4) – электрокоагуляция (ЭК), аргоно-плазменная коагуляция (АПК), радиочастотная коагуляция (РЧК), тепловой зонд – эффективны у 96,6–100% больных, а РК после них отмечаются у 4,3–12% пациентов, и их частота зависит от вида стигмат кровотечения.

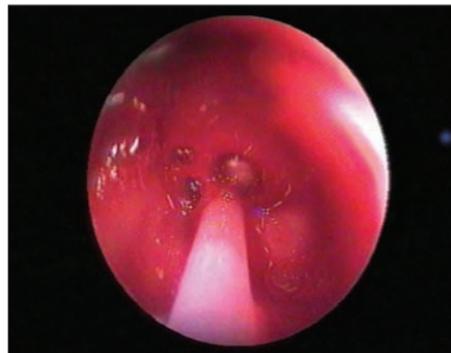


Рис. 3. ЭИТ кровоточащей язвы ДПК



Рис. 4. ЭК кровоточащей язвы ДПК

Эффективность механического гемостаза (клипирование (рис. 5–8), лигирование (рис. 9) для остановки продолжающегося кровотечения составляет 100% с частотой РК <2%. Единственной проблемой этого метода является невозможность его применения при неудобной локализации дефекта в ДПК (9,4%), сложность проведения клипирования и невозможность лигирования при плотной структуре повреждения. Поэтому сейчас механический гемостаз мы применяем в основном при мягких повреждениях.

Проведенные нами исследования не демонстрируют явного превосходства какой-либо эндоскопической методики гемостаза (тепловая терапия, механический гемостаз). Комбинированная терапия (ЭИТ и тепловая терапия, ЭИТ и механический гемостаз и др.) также не лучше основного метода гемостаза (тепловая терапия, механический гемостаз). После проведения ЭИТ необходимо обязательно применять другой метод гемостаза (тепловая терапия, механический гемостаз) за исключением ЖКК при FIC, когда вводятся большие объемы растворов (до 400 мл).

АПК предпочтительна при распространенных повреждениях и FIIA и FIIВ (как не контактный метод); механический гемостаз – при мягких повреждениях; при FIA и FIB – монометод (ЭК, РЧК, тепловой зонд). При неэффективности остановки кровотечения проводят ЭИТ с последующей ЭК или РЧК.

После эндоскопической остановки активного кровотечения из ГДЯ термическими методами первые РК в подгруппах FIA и FIB возникли через 3,5 и 4 часа, а в первые сутки наблюдались у 88,7% и 75,7% больных соответственно.

Частота РК в первые сутки после первой ЭГДС при язве желудка с FIIA и FIIВ без МЭВ составила 63,6%

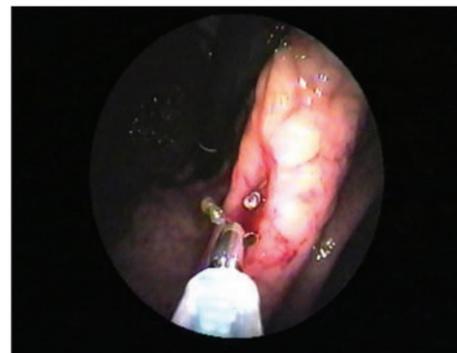


Рис. 5. Клипирование язвы желудка



Рис. 6. Клипирование опухоли желудка

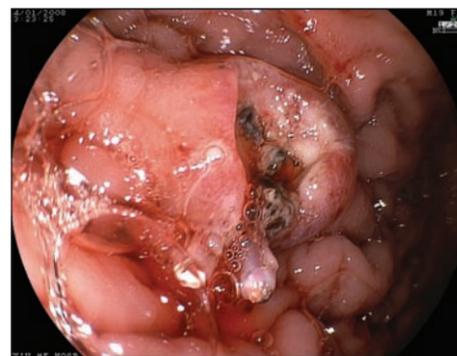


Рис. 7. Опухоль желудка после клипирования



Рис. 8. Язва ДПК после клипирования



Рис. 9. Лигирование вены пищевода

и 55,2%, а при дуоденальной – 71,6% и 63,2% соответственно. Применение МЭВ при этих стигматах кровотечения снижало частоту РК в 4,4 и 5,9 раза, при этом после ЭК первые РК возникали через 6,5 и 7 часов, а в первые сутки наблюдались у 90,7% и 80% больных соответственно.

Учитывая достоверную эффективность ЭГ для остановки активного кровотечения (FIA, FIB) и профилактики РК из язв со стигматами кровотечения FIIA и FIIB, считаем обязательным проведение МЭВ, направленных не только на остановку кровотечения, но и на его профилактику у этой категории больных. Учитывая время возникновения РК из язв без и с эндоскопическими вмешательствами, нами были определены средние минимальные промежутки времени между исследованиями в зависимости от эндоскопической картины кровоточащей язвы: для FIA и FIx в 2-4 ч, для FIB, FIIA и FIIB – 4-6 ч, для FIIC и FIPI – 12-24 ч. Именно в эти промежутки предлагаем проводить повторное эндоскопическое исследование (эндоскопический мониторинг) (рис. 10).

леченных и профилактических МЭВ, направленных на профилактику РК, в зависимости от отягчающих факторов на прогноз риска РК);

- **больные с кровотечением из-под плотно фиксированного сгустка без верификации кровоточащего субстрата (FIx) и достигнутого ЭГ с помощью ЭИТ (без склерозантов)** подлежали повторному осмотру через 2-4 ч с последующим принятием решения о лечебной тактике;

- **больные с остановленным кровотечением при просачивании (FIB), наличии стигмат кровотечения (FIIA, FIIB, FIIC)** подлежали консервативному лечению и эндоскопическому мониторингу с последующим принятием решения о дальнейшей лечебной тактике.

Больных, которым был показан мониторинг, разделили на три группы. Первая – с высоким риском РК (FIA и FIx) после проведения ЭГ, вторая – со средним риском (FIB, FIIA, FIIB), третья – с низким (FIIC и FIPI). Повторные эндоскопические осмотры в этих группах проводились с обязательной премедикацией через 2-4, 4-6 и 12-24 ч соответственно. На повторных осмотрах осуществляли контроль гемостаза,



Рис. 1. Эндоскопический мониторинг при ЖКК

Тактика ведения больных после эндоскопического гемостаза

Основными задачами эндоскопического мониторинга считали:

- контроль эффективности проведенного ЭГ;
- раннее выявление РК (до появления клинических признаков);
- активные повторные меры МЭВ для эндоскопического гемостаза и профилактики РК, остановку кровотечения у больных с сомнительным прогнозом оперативного лечения и наркоза;
- окончательная верификация источника кровотечения в трудных диагностических случаях.

После эндоскопии определяли дальнейшую тактику лечения больных:

- **больные с продолжающимся кровотечением и неэффективным ЭГ** подлежали экстренному оперативному вмешательству по жизненным показаниям. Если же больной отказывался от операции или имел тяжелую сопутствующую патологию, при которой риск проведения наркоза был выше риска операции, то ему проводился пролонгированный эндоскопический мониторинг с интервалом осмотров в 2-4 ч, с повторным проведением эндоскопических гемостатических мероприятий на фоне корригирующей и гемостатической терапии;
- **больные с остановленным активным кровотечением (FIA)** – по отношению к каждому пациенту принималось индивидуальное решение о выборе лечебной тактики (неотложная операция, ранняя отсроченная операция или консервативное лечение с эндоскопическим мониторингом через 2-4 ч с проведением

проводили МЭВ, направленные на профилактику РК, в некоторых случаях уточнялся диагноз.

Пептические язвы. Предложенный эндоскопический мониторинг с критериями и сроками его проведения в сочетании с применением МЭВ позволил улучшить качество диагностики, выявить особенности источника кровотечения, контролировать эффективность эндоскопического гемостаза, в 80% случаев определить РК до его клинического проявления, выполнить повторные МЭВ, что позволило снизить количество операций на высоте кровотечения (менее 1%) в 14,3 раза и в 1,5-2,5 раза – при РК (менее 6%). Вследствие этого при язвенных кровотечениях в 2,4 раза снизилась общая летальность (менее 3%).

Острые язвы. Эндоскопический мониторинг с активным применением МЭВ позволил достоверно снизить количество операций примерно на 1,4%, однако снизить общую летальность достоверно не удалось.

Язвы Дьюлафуа. Выполнение МЭВ при кровотечениях из ЯД позволяет полностью исключить необходимость оперативного лечения.

Лигатурные язвы в основном имели не столь активное кровотечение, и оно легко останавливалось эндоскопически с последующим эндоскопическим удалением лигатур.

При ЭГГ из может применяться только аргонно-плазменная коагуляция на фоне консервативной терапии. Аппликационная терапия (капрофер, пленкообразующие полимеры) показана при отсутствии АПК. В основе лечения этой

категории больных лежит медикаментозная терапия.

При **кровотокающих опухолях желудка** практически всегда МЭВ позволяют остановить кровотечение и подготовить больного к отсроченной операции.

Синдром Меллори-Вейсса на сегодняшний день успешно лечится с применением МЭВ и позволяет исключить необходимость оперативного лечения.

Медикаментозное лечение после проведенного эндоскопического гемостаза

После проведенного эндоскопического гемостаза обязательным является поддержание рН желудочного сока >6 для нормального свертывания крови (агрегация тромбоцитов и предохранение сгустка крови от лизиса, формирование фибрина). Это достигается путем назначения ингибиторов протонной помпы (ИПП) для блокады кислотопродукции. Проведенное нами рандомизированное исследование показало одинаковую эффективность имеющихся на данный момент в Украине внутривенных форм ИПП. Для поддержания рН существенно выше 6,0 достаточно было двукратного применения ИПП в стандартных дозировках. Подобные результаты получены в последних исследованиях, опубликованных за рубежом [3- 5].

У больных с тяжелым кровотечением и возможным его рецидивом, помимо ИПП, эффективным являлось назначение октреотида, который наряду со снижением спланхического кровотока способен угнетать секрецию желудочной кислоты, пепсина и гастрина, усиливать агрегацию тромбоцитов и увеличивать продукцию слизи. Октреотид вводили однократно подкожно в дозе 50-100 мкг с дальнейшим введением по 25-50 мкг/час путем непрерывной внутривенной инфузии на протяжении от 3 до 5 дней.

Алгоритм гемостаза при ВРВ пищевода и желудка

При кровотечении из ВРВ пищевода и желудка мы применяли следующий алгоритм:

- эндоскопическая верификация всех источников кровотечения;
- проведение гемостаза и МЭВ для профилактики РК из неварикозных источников;
- остановка кровотечения из ВРВ клипированием или с помощью зонда Блейкмора и в/в введения октреотида;
- выполнение в течение суток под тотальной внутривенной анестезией комбинации окклюзионной склеротерапии (рис. 11-12) или комбинации клипирования с интраваскулярной склеротерапией на всех венозных стволах для их облитерации;
- полная облитерация ВРВ как основная цель лечения.

Этой категории больных целесообразно назначение октреотида. Препарат вводится однократно подкожно в дозе 50-100 мкг с дальнейшим его введением по 25-50 мкг/час путем непрерывной внутривенной инфузии на протяжении от 3 до 5 дней.

Вследствие применения МЭВ в комплексной терапии пациентов с кровотечением из ВРВ пищевода и желудка летальность снизилась в 3,2 раза по сравнению с лечением без эндоскопических вмешательств и в 4,4 раза по сравнению с оперативным лечением. Это позволило нам в течение последних 15 лет отказаться от операций у этих больных.

Таким образом, внедрение в клиническую практику новых методов миниинвазивных эндохирургических вмешательств и эндоскопического мониторинга способствует существенному улучшению результатов лечения больных с кровотечениями из верхних отделов ЖКТ.

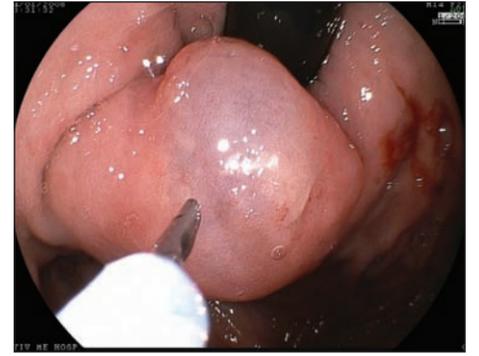


Рис. 11. Склеротерапия вены желудка



Рис. 12. Склеротерапия вены пищевода

Выводы

- Центры по оказанию неотложной помощи больным с ЖКК должны быть оснащены современным эндоскопическим оборудованием, аппаратурой для проведения всех видов МЭВ, обеспечены необходимыми медикаментами.

- Все случаи госпитализации больных с пептическими язвами по неотложным показаниям в хирургические стационары должны рассматриваться комиссией (совместно с гастроэнтерологами) для определения ошибок в ведении этих больных.

- ЭГДС должен проводить врач-эндоскопист, который в совершенстве владеет методиками проведения обследования и всеми эндоскопическими МЭВ при кровотечениях.

- Не допускается промывание желудка перед эндоскопическим исследованием.

- Обязательно проведение премедикации за 20-30 мин до обследования.

- Эндоскопический мониторинг обеспечивает в 80% случаев выявление РК до появления его клинических проявлений, способствует достоверному снижению количества операций на высоте кровотечения в 14,3 раза, в 1,5-2,5 раза – на высоте РК, в результате чего достоверно снижается общая летальность при пептической язве желудка и ДПК.

- Активная эндоскопическая тактика лечения позволяет достоверно снизить количество операций и летальность у больных с ЯД.

- После проведенного ЭГ необходимо вводить внутривенные формы ИПП, а в случаях, когда оперативное вмешательство невозможно или пациент отказывается от операции, а ЭГ неэффективна, необходимо вводить октреотид и ИПП.

Литература:

1. Братусь В.Д. Новые тенденции в лечении больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями // Укр. ж. малоінвазивної ендоск. хір. – 2001. – Vol. 5, № 1. – С. 5-6.
2. Стручков В.И., Луцевич Э.В., Белов И.Н., Стручков Ю.В. Желудочно-кишечные кровотечения и фиброэндоскопия. – М.: Медицина, 1976. – 272 с.
3. Andriulli A., Loperfido S., Focareta R. et al. High-versus low-dose proton pump inhibitors after endoscopic hemostasis in patients with peptic ulcer bleeding: a multicentre, randomized study. Am J Gastroenterol, 2008; 103: 3011-3018.
4. Choi K.D., Kim N., Jang I.J. et al. Optimal dose of intravenous pantoprazole in patients with peptic ulcer bleeding requiring endoscopic hemostasis in Korea. J Gastroenterol Hepatol, 2009; 24: 1617-1624.
5. Javid G., Zargar S.A., U-Saif R. et al. Comparison of p.o. or i.v. proton pump inhibitors on 72-h intragastric pH in bleeding peptic ulcer. J Gastroenterol Hepatol 2009; 24: 1236-1243.