

УДК 616.33/342-002.44-005.1-036.65-037

*С.В. Силуянов, М.Б. Сохикян, А.Т. Хамдан, Р.Ш. Сардаров***ДИНАМИЧЕСКИЕ ЭНДОСКОПИИ КАК СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ***Российский государственный медицинский университет им. Н.И.Пирогова, Москва, Россия
Городская клиническая больница № 5 им. О.М.Филатова, Москва, Россия*

Современное лечение кровотечений при хронических язвах желудка и двенадцатиперстной кишки основано на первичном эндоскопическом гемостазе с последующей антисекреторной терапией. Однако оно не решило проблему рецидивов в ранние сроки после эндогемостаза. Поэтому актуальным является оценка необходимости и возможностей динамической эзофагогастроуденоскопии при успешном гемостазе. Проведен ретроспективный анализ карт пациентов, госпитализированных в стационар по поводу кровотечения из хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Основными причинами повторных гастроскопий являются рецидивы кровотечения в разные сроки после первичного гемостаза и нерезультативные исследования. Нерезультативные исследования требуют повторных исследований для уточнения источника кровотечения, его характеристик, выполнения гемостаза и оценки риска рецидива. Рецидивы язвенного кровотечения возникают максимально в первые трое суток после первичного гемостаза. При клинически значимых рецидивах повторная гастроскопия с выполнением противорецидивных мероприятий обоснована у пациентов с высоким операционным риском по сопутствующей патологии. Повторные эндоскопические исследования не оказывают значимого влияния на клинические результаты лечения язвенных кровотечений, число рецидивов, оперативную активность, летальность.

Ключевые слова: язвенное гастродуоденальное кровотечение, риск рецидива кровотечения, динамические гастроскопии.

В последние годы в мире наблюдается устойчивая тенденция к увеличению числа осложнений, в частности кровотечений, на общем фоне снижения неосложненных форм язвенной болезни [1]. В то же время отмечается изменение роли хирургического лечения осложнений, за счет использования современных малоинвазивных технологий. В частности, при лечении наиболее частого осложнения, кровотечений из язв, в настоящее время, основным способом гемостаза и профилактики рецидивов является эндоскопическое лечение. Однако сохраняется проблема рецидивов кровотечения из язв, наблюдающихся у 14,1-23,7% пациентов по данным RUGBE и Hamoui [3, 12]. Отмечено, что после эндоскопического гемостаза вне зависимости риска повторного кровотечения, снижается частота рецидивов, летальность и число хирургических вмешательств [10, 11]. В работах Bardou с соавторами [4, 5] показано, что в сравнении с фармакотерапией, эндоскопическое лечение позволяет статистически достоверно снизить частоту рецидивов кровотечений, оперативных вмешательств и летальность.

Однако, по данным метаанализов и отдельных рандомизированных исследований имеющих I категорию доказательности с оценкой

«Е» по методике Дельфи, повторная эндоскопия при выполнении гемостаза или профилактических процедур однозначно не рекомендуется [2, 6-9]. Авторы исследований не отметили разницы в эффективности программируемых эндоскопических вмешательств и эндоскопий, выполняемых в экстренном порядке при развитии рецидива кровотечения, а также не обнаружили положительного влияния повторных эндоскопий на отдаленные результаты. По их мнению, единственным абсолютным показанием к выполнению повторной эндоскопии является незавершенное первичное эндоскопическое исследование из-за выраженного активного кровотечения или невозможности эндоскопической верификации источника кровотечения [2].

В то же время, в работах некоторых авторов и по нашим наблюдениям, складывается впечатление о необходимости выполнения программируемых повторных ЭГДС, особенно в группах пациентов с высоким риском рецидива кровотечения и высоким оперативным риском. Поэтому, нам представляется интересным провести ретроспективный анализ результативности динамических эндоскопий и оценить их роль и значимость в профилактике рецидивов кровотечения.

Матеріал і методи

За 2006-2007 гг. в клинике расположенной на базе городской клинической больницы пролечено 332 больных с язвенной болезнью желудка и 12 перстной кишки (12 п.к.), осложненной желудочно-кишечным кровотечением (ЖКК). В среднем больные поступали в стационар через 39,4 ч от появления клинических симптомов ЖКК. Всем поступившим с клиникой кровотечения в экстренном порядке выполнялось эндоскопическое исследование в ближайшие 2-4 часа с момента госпитализации. Эндоскопический гемостаз или профилактика рецидива кровотечения выполнена большинству пациентов с высоким риском рецидива кровотечения. В дальнейшем пациентам назначалась противоязвенная и гемостатическая терапия. У 125 (37,7%) пациентов в ближайшие 10 суток от момента поступления была выполнена повторная эзофагогастроуденоскопия (ЭГДС). Среди пациентов с повторными ЭГДС было 90 мужчин, 35 женщин. Средний возраст пациентов составил 53 ± 19 (от 15 лет до 88 лет).

У 67 (53,6%) пациентов была выявлена сопутствующая патология, из них у 47 пациентов наблюдалось сочетание нескольких заболеваний. Наиболее часто встречались сочетания ишемической болезни сердца с артериальной гипертензией и церебро-васкулярной болезнью, а также цирроз печени и облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей.

Среди 125 анализируемых больных наблю-

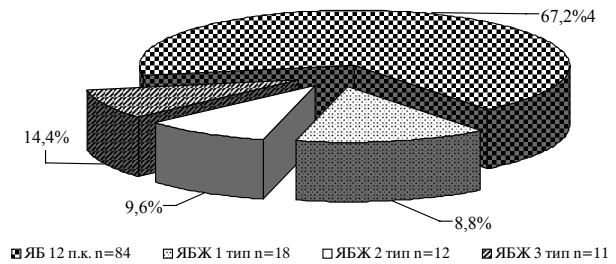


Рис. 1. Распределение больных по типу язвенной болезни

дались все варианты язвенной болезни представленные на рисунке 1: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, язвенная болезнь желудка 1, 2 и 3 типов по Джонсону (рис. 1.).

У $\frac{2}{3}$ (67,2%) пациентов кровотечение было из язв двенадцатиперстной кишки. При ЯБЖ число пациентов в группах было практически одинаковым.

Прогноз риска рецидива ЖКК строился с учетом степени тяжести кровопотери по критериям А.И. Горбашко (1974), характера сопутствующей патологии и эндоскопических критериев по Forrest. В таблице представлены группы пациентов с угрозой рецидива ЖКК по данным первичной ЭГДС.

Нами не обнаружено значимой корреляции между степенью тяжести кровотечения и классом Forrest. В группу высокого риска рецидива ЖКК по клиническим и эндоскопическим данным отнесены пациенты со среднетяжелым и тяжелым кровотечением и классами F IA-B и F IIA-B. Пациенты с легкой степе-

Таблица.

Формирование групп по риску рецидива кровотечения

Эндоскопические критерии Forrest	Число пациентов	Степень тяжести кровопотери по А.И. Горбашко		
		Легкая	Средняя	Тяжелая
F IA	4	1	2	1
F IB	31	5	13	13
F IIA	41	7	21	13
F IIB	24	8	9	7
F IIC	22	10	6	6
F III	3	1	–	2
Всего	125	32	51	42

ню кровотечения и F IIС, F III были включены в анализируемую группу, т.к. у них выполнялись повторные ЭГДС по поводу в основном рецидивов ЖКК или не информативного первого осмотра. В группу высокого риска рецидива по клиничко-эндоскопическим критериям попало 80 (64%) анализируемых пациентов. Таким образом, группа повторных ЭГДС формировалась из пациентов, имеющих один из признаков высокого риска рецидива кровотечения. Сочетание всех трех факторов высокого риска, класса Forrest, степени тяжести ЖКК и сопутствующей патологии имелось у 49 (39,2%) пациентов. Тяжелая кровопотеря с выраженной сопутствующей патологией у 7 (5,6%). Сочетание тяжелой кровопотери с высоким эндоскопическим риском у 32 (25,6%). Высокий эндоскопический риск с сопутствующей патологией у 11 (8,8%) пациента. Таким образом, два неблагоприятных фактора наблюдались у 50 (40%) пациентов. У 26 (20,8%) пациентов имелся один из факторов высокого риска рецидива.

В случаях активного кровотечения Forrest IA-B выполнялись различные способы эндоскопического гемостаза. Термические способы, такие как электрокоагуляция, микроволновая коагуляция аппаратом «Surgitron», использованы у 12 пациентов. В 2 случаях гемостаз был не эффективным, поэтому эти пациенты экстренно оперированы на высоте кровотечения. Инъекционные способы применялись у 6 пациентов. У 18 использовали сочетание термических и инъекционных способов.

Для профилактики рецидива кровотечения при высоком эндоскопическом риске Forrest II A-B у 21 пациента использовали инъекционные способы, у 16 пациентов термические, у 18 сочетание различных методов гемостаза. В 19 случаях с высоким эндоскопическим риском при первичной ЭГДС профилактических мероприятий не выполнялось. При обнаружении рыхлого сгустка крови, прикрывающего язвенный дефект Forrest IIВ, производилось отмывание сгустка с повторной классификацией категории язвы. В 4 случаях при отмывании возник ре-

цидив кровотечения, остановленный электрокоагуляцией.

Результаты и обсуждение

При удачной первичной гастроскопии пациенты получали стандартные схемы противоязвенной тройной и квадро терапии, а также гемостатическую терапию, восполнение кровопотери в случаях выраженной анемии. В первые 3-5 суток пациенты получали инъекционные формы блокаторов желудочной секреции, Квамател® 53,4%, ацилок 26,6%, Лосек® 13,7%, Нексиум® 6,3% с последующим переводом их на пероральные ингибиторы секреции. При кровопотерях тяжелой и средней степени проводилась инфузионная терапия с переливанием компонентов крови.

Оценку результатов ЭГДС проводили с учетом причин неэффективности предшествующих исследований. Причинами повторных гастроскопий послужили:

- Рецидивы кровотечения в стационаре после первой ЭГДС, обнаружены в 22 (17,6%) случаях во время последующих гастроскопий. У некоторых пациентов наблюдались по несколько рецидивов. Срок рецидивов колебался от 1,5 часов до 21 суток от первичного гемостаза.
- Наиболее часто рецидивы ЖКК отмечались в первые сутки после первичного эндоскопического гемостаза.
- Неадекватная подготовка к исследованию в 6 случаях, в желудке были сгустки крови или содержимое при первичной ЭГДС.
- Неадекватная реакция пациента на вы-

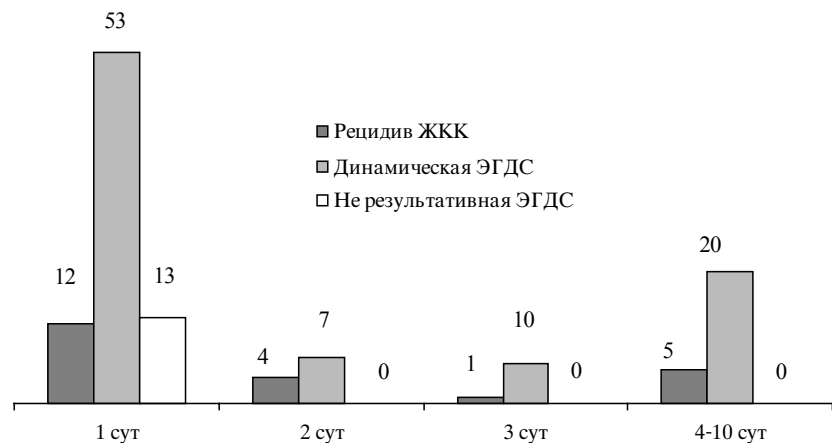


Рис. 2. Сроки выполнения и причины повторной ЭГДС.

полнение исследования, которые выполнялись при местном обезболивании либо в состоянии алкогольного опьянения у 5 пациентов. В 4 случаях ЭГДС выполнялась без анестезии, в одном случае пациентка категорически отказалась от исследования на рецидиве кровотечения, она умерла.

- Ошибки в выявлении источника кровотечения в 2 случаях.

Три последних причины выполнения динамической ЭГДС в 13 случаях объединены нами в группу не результативных исследований, требующих обязательных повторных исследований. Сроки выполнения и причины повторных ЭГДС показаны на рисунке 2.

Наибольшее число исследований выполнено через сутки после первичного ЭГДС. В 15,4% при следующей ЭГДС выявлен рецидив ЖКК, при этом, клиническая манифестация кровотечения наблюдалась только у половины, в остальных случаях рецидив зафиксирован в момент исследования. Таким образом, рецидивы ЖКК в первые сутки после первичного обследования связаны с неадекватным эндоскопическим гемостазом в силу разных причин. При не результативных исследованиях, как правило, повторные ЭГДС позволили установить источник ЖКК и выполнить гемостаз или профилактику. В последующие сроки снижается число рецидивов и динамических исследований. Рецидивы в поздние сроки более 4 суток наблюдались у пациентов с прогрессированием сопутствующих заболеваний, во всех случаях они имели клинические проявления. Увеличение числа ЭГДС в поздние сроки связано с наблюдением за динамикой рубцевания язвы.

Оперированы 19 (15,2%) пациентов: у 17 выполнены экстренные операции и срочные при высоком риске и рецидиве ЖКК, в двух случаях плановые. При кровотечении из язв 12 п.к. органосохраняющие операции с ваготомией, при язвах желудка антрумрезекции с ваготомией и прошивание язвы в одном случае. Умерло 20 (16%) пациентов в группе с повторными ЭГДС среди них 5 оперированных, остальные на фоне консервативного лечения. Средний возраст умерших больных составил 73 ± 10 лет. У 5 пациентов причиной смерти послужил рецидив кровотечения, у 15 декомпенсация сопутствующей патологии на фоне постгеморрагической анемии.

Выводы

Абсолютным показанием к повторной ЭГДС является не информативность первичного исследования по объективным и субъективным причинам.

Решение о повторных ЭГДС при рецидивах кровотечения зависят от степени выраженности сопутствующей патологии, у соматически тяжелых пациентов, когда риск хирургического гемостаза очень высок, выполнение динамической ЭГДС обосновано при использовании эндоскопических методов профилактики рецидива.

Нами не выявлено значимых влияний повторных ЭГДС на клинические результаты, снижение числа рецидивов, уменьшения оперативной активности, снижения летальности в группе пациентов с многократными исследованиями.

ДИНАМІЧНІ ЕНДОСКОПІЇ ЯК СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ РЕЦИДИВІВ ВИРАЗКОВИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ КРОВОТЕЧ

С.В. Сілюянов, М.Б. Сохіяян, А.Т. Хамдан, Р.Ш. Сардаров

Сучасне лікування кровотеч при хронічних виразках шлунка й дванадцятипалої кишки засновано на первинному ендоскопічному гемостазі з наступною антисекреторною терапією. Однак воно не вирішило проблему рецидивів у ранній термін після ендогемостазу. Тому актуальним є оцінка необхідності й можливостей динамічної езофагогастроуденоскопії при успішному гемостазі. Проведено ретроспективний аналіз карт пацієнтів, госпіталізованих у стаціонар через кровотечі із хронічних виразок шлунка й дванадцятипалої кишки. Основними причинами повторних гастроскопій є рецидиви кровотечі в різний термін після первинного гемостазу й не результативні дослідження. Не результативні дослідження вимагають повторних досліджень для уточнення джерела кровотечі, її характеристик, виконання гемостазу й оцінки ризику рецидиву. Рецидиви виразкової кровотечі виникають максимально в перші три доби після первинного гемостазу. При клінічно значимих рецидивах повторна гастроскопія з виконанням проти-рецидивних заходів обґрунтована в пацієнтів з високим операційним ризиком за супутньою патологією. Повторні ендоскопічні дослідження значно не впливають на клінічні результати лікування виразкових кровотеч, число рецидивів, оперативну активність, летальність.

Ключові слова: виразкова гастродуоденальна кровотеча, ризик рецидиву кровотечі, динамічні гастроскопії

DYNAMIC ENDOSCOPIES AS PREVENTIVE MEASURES OF RECURRENT ULCEROUS GASTROUDENAL BLEEDING

S.V. Siluyanov, M.B. Sokhikyan, A.T. Khamdan, R.Sh. Sardarov

Modern treatment of bleeding at a chronic gastric and duodenum ulcer is based on the primary endoscopic hemostasis with further antisecretory treatment. But it hasn't solved the problem of relapses in the early period after endohemostasis. That's why it's essential to estimate the necessity and possibilities of dynamic esophagogastroduodenoscopy at a hemostasis. A retrospective analysis of the cards of the patients placed in a hospital regarding their chronic gastric and duodenum ulcer bleeding was done. The main reasons for repeated gastroscopies are recurrent bleeding at different times after the primary hemostasis and unproductive investigations. The latter require making investigation again for specifying the source of bleeding, its characteristics, hemostasis and estimation of the relapse risk. Recurrent ulcer bleeding appears within the first three days after the primary hemostasis. By clinically significant relapses the recurrent gastroscopy with anti-relapsing measures can be seen at the patients who have a high surgical risk in the concurrent pathology. Repeated endoscopic investigations do not have a significant influence on the clinical results of ulcer bleeding treatment, a number of relapses, operative activity, lethality.

Key words: ulcerous gastroduodenal bleeding, risk of recurrent bleeding, dynamic gastroscopy.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шапошников А.В. Язвенная болезнь. Статистические наблюдения. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии / А.В. Шапошников // Материалы Тринадцатой Российской Гастроэнтерологической Недели 22-24 октября 2007, Москва. – 2007. – № 5 – С. 39.
2. Managing Patients with Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. / A. Barkun, M. Bardou, J. Marshall et al.

//Annals of Medicine. – 2003. – Vol. 139, № 10. – P. 843-857.

3. Use of a national endoscopic database to determine the adoption of emerging pharmacological and endoscopic technologies in the everyday care of patients with upper GI bleeding: the RUGBE initiative / A. Barkun, N. Chiba, R. Enns [et al.] // Am J Gastroenterol. – 2001. – № 96 – P. 261.
4. Newer endoscopic therapies decrease both re-bleeding and mortality in high risk patients with acute peptic ulcer bleeding: a series of meta-analyses / M. Bardou, M. Youssef, Y. Toubouti [et al.] // Gastroenterology. – 2003. – № 123. – P. 239.
5. High dose proton pump inhibition decrease both re-bleeding and mortality in high-risk patients with acute peptic ulcer bleeding. A series of meta-analyses / M. Bardou, Y. Toubouti, D. Benhabrou-Brun [et al.] // Gastroenterology. – 2003. – № 123. – P. 625.
6. Effect of programmed endoscopic follow-up examinations on the rebleeding rate of gastric or duodenal peptic ulcers treated by injection therapy: a prospective, randomized controlled trial / H. Messmann, P. Schaller [et al.] // Endoscopy. – 1998. – № 30. – P. 583-589.
7. Value of second-look endoscopy after injection therapy for bleeding peptic ulcer: a prospective and randomized trial / C. Villanueva, J. Balanzo, X. Torras [et al.] // Gastrointest Endosc. – 1994. – № 40. – P. 34-39.
8. Endoscopic retreatment after successful initial hemostasis prevents ulcer rebleeding: a prospective randomized trial / Z.A. Saeed, R.A. Cole, F.C. Ramirez [et al.] // Endoscopy. – 1996. – № 28 – P. 288-294.
9. Randomised trial of single and repeated fibrin glue compared with injection of polidocanol in treatment of bleeding peptic ulcer / P. Rutgeerts, E. Rauws, P. Wara [et al.] // Lancet. – 1997. – № 350 – P.692-696.
10. Endoscopic hemostasis. An effective therapy for bleeding peptic ulcers / H.S. Sacks, T.C. Chalmers, A.L. Blum [et al.] // JAMA. – 1990. – № 264. – P. 494-499.
11. Cook D.J. Endoscopic therapy for acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: a meta-analysis / D.J. Cook, G.H. Guyatt, B.J. Salena, L.A. Laine. //Gastroenterology. – 1992. – № 102. – P. 139-148.
12. Hamoui N. Gastrointestinal hemorrhage: is the surgeon obsolete? / N. Hamoui, S.D. Docherty, P.F. Crookes // Emerg. Med Clin North Am. – 2003. – Vol. 21 (4). – P. 1017-1056.

Стаття надійшла 18.03.2011