

УДК 616.33/34:616-005.1:617.089:616-083.98

*А.Г. Бутырский¹, В.Н. Старосек¹, А.Е. Гринческу¹, Д.А. Сеницын¹, А.Н. Решитов¹,
А.А. Ульянов², В.В. Романов², А.Н. Голомидов², Г.И. Кирсанов²*

НЕЯЗВЕННЫЕ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

¹*Крымский государственный медицинский университет им. С.И.Георгиевского*

²*Городская больница СМП № 6, Симферополь*

Цель работы – проследить основные статистические закономерности течения и результатов лечения неязвенных кровотечений на собственном клиническом материале. Частота неязвенных кровотечений составляет 2,9% от общего числа больных, смертность достигает 16%, преимущественно за счет больных с циррозами печени. Наиболее эффективен комбинированный метод лечения желудочно-кишечных кровотечений, включающий оперативные и эндоскопические методы с медикаментозной поддержкой.

Ключевые слова: неязвенные кровотечения, методы лечения, неотложная хирургия.

Острые желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) возникают при заболеваниях, различных по этиологии и механизму развития, и делятся на язвенные и неязвенные. К неязвенным относятся кровотечения при синдроме Меллори-Вейсса (СМВ), из варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка при заболеваниях печени, при неопластических процессах начальных отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), при врожденных и приобретенных поражениях сосудов, при дефектах в системе тромбообразования и фибринолиза [2, 3].

Кровотечения из пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки составляют более 90% от всех ЖКК [1]. В структуре кровотечений из верхнего отдела ЖКТ ЖКК неязвенного генеза составляют 44,1-45,8% [1, 6]. За последние 5 лет в Украине количество ЖКК увеличилось на 14% [8], а число больных с ЖКК неязвенной природы увеличилось в 1,5 раза, по частоте почти сравнявшись с язвенными [4, 5, 8, 9]. Летальность при этом составляет 12,3%, что превышает аналогичный показатель при язвенных кровотечениях более, чем в 3 раза, и не имеет тенденции к снижению [1].

Решающим в исходе лечения является предотвращение рецидива кровотечения и достижение максимально стойкого гемостаза [2, 4]. Смертность при повторных кровотечениях достигает 53% [10].

Многие вопросы диагностики, тактики и выбора метода лечения этой категории боль-

ных остаются спорными. Если у больных с язвенными кровотечениями, по мнению большинства хирургов, показания к срочному хирургическому вмешательству должны быть расширены, то при неязвенных кровотечениях многими авторами [2, 5, 9] в качестве основного рассматриваются эндоскопический и медикаментозный методы.

Лечение неязвенных кровотечений остается одним из серьезных вопросов неотложной хирургии, а поиск новых методов является актуальной проблемой.

Цель работы – выявить основные статистические закономерности течения и результатов лечения неязвенных кровотечений на собственных клинических данных.

Материал и методы

Мы подвергли ретроспективному исследованию случаи неязвенных кровотечений в клинике ургентной хирургии городской больницы № 6 г. Симферополя за 2006-2010 годы. Статистическая обработка проведена с помощью программы MS Office Excel.

Результаты и обсуждение

Всего проанализировано 13996 историй болезни. За анализируемый период количество ЖКК составило 1296 (9,3% от общего количества поступивших), в т.ч. неязвенных – 412. Пациенты с неязвенными кровотечениями составили 2,9% из числа всех поступивших больных поступивших и 31,7% из всех пациентов с ЖКК, что несколько ниже по сравнению с литературными данными [1, 4, 8]. Распреде-

ние больных по полу и возрасту представлено в таблице. Летальность при неязвенных ЖКК составила 16,2% (67 больных).

Кровотечения из варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка составляют 41,7% и имеют наихудший прогноз: летальность при этом осложнении составляет 33,7%. Основной причиной развития ВРВ является портальная гипертензия, обусловленная циррозом печени, реже – хроническим активным гепатитом, болезнью Вильсона-Коновалова, портальной гипертензией неясного генеза (0,6%, 0,2% и 0,2% соответственно).

СМВ является самой частой причиной неязвенных кровотечений (44,6% случаев). Основным фактором в механизме разрывно-геморрагического синдрома является акт рвоты с мощной антиперистальтической волной в желудке, повышением внутрижелудочного давления, расслаблением (растяжением) эзофагокардиального перехода. Функциональная интервенция на область эзофагокардиального перехода, тяжесть механической деструкции и выраженность кровотечения при разрывно-геморрагическом синдроме усугубляются повторением рвоты, локальными патологическими изменениями, травмой системы регионарного кровообращения [1]. Летальный исход при СМВ был в 1 (0,2%) случае.

Эрозивный эзофагит (ЭЭ) является причиной кровотечения у 7,7% больных. Существующее мнение, что чаще ЭЭ наблюдается у пациентов старше 80 лет и связан с атеросклеротическим поражением сосудов, на наш взгляд,

неверно. Только 6 (18,7%) из 32 больных были старше 80 лет. Мы считаем, что наиболее частой причиной ЭЭ являются поздние стадии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), поражающей лиц любого возраста (см. табл.). Летальных исходов при ЭЭ не было.

Аксиальные диафрагмальные грыжи осложняются кровотечением в 1,1% случаев [8]. Источником кровотечения могут служить эрозии пищевода при рефлюкс-эзофагите, осложняющем грыжу, а также венозный застой в наддиафрагмальной части желудка при сдавливании его ножками диафрагмы с последующим диапедезным кровотечением. В нашей клинике за последние 5 лет таких больных не было.

Опухоли среди причин кровотечений составляют 2,9% (в т.ч. доброкачественные новообразования). Чаще причиной кровотечения служат доброкачественные процессы (полипы и лейомиомы). Среди причин кровотечений ракового генеза главной является распад опухоли. Кровотечения чаще наблюдаются при III-IV стадиях заболевания и может происходить из множества мелких сосудов распадающейся опухоли, не является массивным и может быть купировано консервативно (0,2%). Профузное кровотечение из аррозированной артерии при распаде опухоли встречается в 0,8% случаев и заканчивается фатально, несмотря на оперативное пособие. Некоторые авторы утверждают, что профузные кровотечения бывают редко [4, 10]. Кровотечения при лейомиомах (0,4%) и поли-

Таблица.

Распределение больных с неязвенными кровотечениями по полу и возрасту

	Возраст (N=402)			Пол (N=402)	
	трудоспособный	пожилой	старческий	мужчины	женщины
Кровотечение из ВРВ пищевода и желудка	107 (32)	50 (21)	15 (5)	108 (37)	64 (21)
ГЭРБ (ЭЭ)	18 (0)	8 (0)	6 (0)	22 (0)	10 (0)
СМВ	155 (0)	20 (1)	9 (0)	157 (1)	27 (0)
Опухоли (в т.ч. лейомиомы и полипы)	3 (1)	6 (2)	3 (1)	5 (1)	7 (3)
Редкие причины кровотечений	6 (1)	2 (1)	4 (2)	6 (1)	6 (3)
Всего	280 (34)	85 (25)	37 (8)	290 (40)	112 (27)

Примечание: в скобках приведено число умерших.

пах верхних отделов ЖКТ (1,0%) нередко служат первым клиническим признаком опухоли и могут быть остановлены как медикаментозным (при кровоточащих полипах), так и хирургическим (при лейомиоме) путем. Летальность при раковых опухолях остается высокой, при лейомиомах и полипах смертельных исходов не было.

Кровотечения, обусловленные ангиодисплазиями ЖКТ, редки и составляют 0,6%. Среди различных видов сосудистой патологии кровотечением осложнились очаговые ангиодисплазии, имевшиеся на слизистой желудка при болезни Рендю-Вебера-Ослера (0,2%) или появляющиеся у пожилых больных с хроническими заболеваниями (0,4%).

Другими редкими причинами кровотечения являются синдром Дъелафуа (0,2%), дивертикул и ожог пищевода (0,2 и 0,2%), заболевания крови (0,8%), кровотечения из панкреатической псевдокисты в просвет ЖКТ (0,4%) и пр.

Очевидно, что ЖКК более характерны для мужчин работоспособного возраста; намечаются и другие отрицательные тенденции — увеличение количества пациентов с тяжелой и крайне тяжелой степенью кровопотери, с серьезной сопутствующей патологией, пребывание в стационаре более 7 дней у 58% больных. Преобладание пациентов трудоспособного возраста с неязвенными кровотечениями и смертность в этой группе, достигающая в целом 30%, еще больше акцентируют социальную значимость проблемы

Особенности патогенеза острой кровопотери обуславливают необходимость максимально ранней остановки кровотечения, для чего с успехом могут быть использованы хирургические, эндоскопические и консервативные методы. Эффективность этих методов достигает 97,4% в зависимости от степени кровопотери и характера кровотечения [7, 8, 10].

Способы эндоскопического гемостаза:

1. Медикаментозные: орошение растворами гемостатиков; нанесение пленкообразующих препаратов (статизоль, диовин); инфильтрационный (инъекционный) гемостаз раствором адреналина, гипертоническим раствором натрия хлорида, медицинским кле-ем, силиконовыми композициями, спиртновокаиновыми смесями, склерозантами), дозированная эндоозонотерапия [1, 5, 9].

2. Механические: клипирование сосуда гемостатическими клипсами, лигирование эластическими кольцами, лигирование эндопетлей [7, 10].

3. Физические: термокоагуляция, криогемостаз, электрокоагуляция, лазерная фотокоагуляция, плазменная коагуляция, радиоволновое воздействие [6].

Заметим, что оперативные методы для лечения неязвенных кровотечений в ургентной хирургии применяются редко [1-3, 7]. Мы с известной долей успеха используем операцию Бейе при СМВ (2 человека) без летальных исходов, операцию типа Пациора при циррозах печени с кровотечением из ВРВ (5) с летальным исходом у четверых, иссечение лейомиомы (2) без летальных исходов, иссечение опухоли (2) или резекция желудка по Бильрот-II (1) при кровоточащем раке с летальным исходом во всех случаях, иссечение кровоточащего дефекта со стволотвой ваготомией при синдроме Дъелафуа (1, выписан с выздоровлением). При кровотечении из панкреатических псевдокист один больной не был оперирован и умер, один больной был прооперирован и выписан с выздоровлением после тяжелого послеоперационного периода.

На современном этапе развития хирургической помощи все методы могут и должны сочетаться; но, несмотря на значительный прогресс в эндоскопии, частота рецидивов кровотечения составляет 15-20% [3, 7] и требует медикаментозной поддержки.

Для снижения риска ЖКК или его рецидивирования и достижения устойчивого гемостаза применяются различные группы препаратов, наиболее современными являются следующие: антисекреторные препараты, снижающие рН в желудке ниже 6,0 (предпочтительно ингибиторы протонной помпы), производные сандостатина, снижающие висцеральный кровоток в бассейнах брыжеечных артерий и системе воротной вены, и ингибиторы фибринолиза, повышающие стабильность тромба.

Консервативная терапия после достижения стабильного гемостаза должна проводиться до момента выписки из хирургического стационара. Критерием стабильного гемостаза мы считаем отсутствие клинико-лабораторных признаков кровотечения и получение кала обычного цвета, данные ФЭГДС-мониторинга. После этого больные переводятся на амбулатор-

ное или стационарное лечение под наблюдением гастроэнтеролога.

Выводы

1. Неязвенные ЖКК остаются одной из нерешенных проблем неотложной хирургии, учитывая их частоту, высокую смертность и недостаточную эффективность существующих методов лечения.

2. Систематизация источников неязвенных ЖКК, их комбинированное лечение, включающее показанные оперативные и эндоскопические вмешательства и адекватную медикаментозную терапию позволяют добиться стабильного гемостаза и улучшить результаты лечения этой категории больных.

НЕВИРАЗКОВІ СТРАВХІДНО-ШЛУНКОВІ КРОВОТЕЧІ У НЕВІДКЛАДНІЙ ХІРУРГІЇ

О.Г. Бутирський, В.М. Старосек, О.С. Грінчеську, Д.А. Синіцин, А.Н. Решишов, А.О. Ульянов, В.В. Романов, О.Н. Голомидов, Г.І. Кірсанов

Мета роботи – прослідити основні статистичні закономірності перебігу і результатів лікування неязвових кровотеч на власному клінічному матеріалі. Частота неязвових кровотеч складає 2,9% від загального числа хворих, смертність досягає 16%, переважно за рахунок хворих з циррозами печінки. Найбільш ефективним є комбінований метод лікування шлунково-кишкових кровотеч, який включає оперативні і ендоскопічні методи з медикаментозною підтримкою.

Ключові слова: неязвові кровотечі, методи лікування, невідкладна хірургія.

NONULCEROUS ESOPHAGO-GASTRIC BLEEDINGS IN URGENT SURGERY

A. Butyrsky, V. Starosek, A. Grinchesku, D. Sinitsyn, A. Reshitov, A. Ulyanov, V. Romanov, A. Golomidov, G. Kirsanov

The aim – to reveal basic statistical conformities of the course and results of treatment of un ulcerous bleed-

ings on own clinical material. Incidence of nonulcerous bleeding is 2,9%, death rate amounts 16% mostly due to patients with hepatic cirrhosis. The combined method of treatment of bleeding including medicinal, operative and endoscopic methods is the most effective.

Key words: upper gastrointestinal bleeding, methods of treatment, urgent surgery.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баткаев А.Р. Комплексное лечение неязвенных гастродуоденальных кровотечений с использованием внутриспросветной эндоскопии: Автореф. дис... д-ра мед. наук: 14.00.27 / Воронежская гос.мед. акад. – Воронеж, 2010. – 45 с.
2. Богун Л.В. Острые желудочно-кишечные кровотечения / Л.В. Богун // Острые и неотложные состояния в практике врача. – 2010. – № 3. – С. 56-58.
3. Колесникова Е.В. Острые кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода: фармакологическая коррекция и профилактика / Е.В. Колесникова // Острые и неотложные состояния в практике врача. – 2010. – № 3. – С. 26-28.
4. Кондратенко П.Г. Организационные вопросы оказания специализированной помощи больным с острыми кровотечениями в просвет пищеварительного канала / П.Г. Кондратенко, М.В. Соколов, Н.Л. Смирнов // Хирургия. – 2007. – № 10. – С. 63-64.
5. Короткевич А.Г. Эндоскопия при синдроме Маллори-Вейсса / А.Г. Короткевич, Я.Я. Маринич, Ф.И. Лобыкин // Эндоскоп. хир. – 2009. – № 3. – С. 20-26.
6. Лечение больных с неязвенными гастродуоденальными кровотечениями с использованием новых технологий / Е.Ф. Чередников, А.Р. Баткаев, Ю.В. Малеев [и др.] // Вестник хирургической гастроэнтерологии – 2009. – № 2. – С. 27-32.
7. Оптимизация медикаментозной профилактики рецидива язвенного желудочно-кишечного кровотечения / Ю.Г. Шапкин, С.В. Капралов, А.В. Климашевич [и др.] // Мед. альманах. – 2010. – № 1. – С. 125-127.
8. Фомин П.Д. Актуальные аспекты диагностики и лечения желудочно-кишечных кровотечений / П.Д. Фомин, В.Я. Белый // Здоровье Украины. – 2007. – № 8. – С. 41.
9. Hagege H. Preliminary results of a French prospective study including more than 3000 patients with upper gastrointestinal bleeding / H. Hagege, J. Latrive // Gut. – 2006. – Vol. 55 (Suppl. V). – A210.
10. Rockall T. Risk assessment following acute upper gastrointestinal bleeding / T. Rockall, R. Logan, H. Delvin // Gut. – 1996. – Vol. 38 (3). – P. 316-321.

Стаття надійшла 05.03.2011