

# Оглавление

Список сокращений . . . . .	4
Введение . . . . .	5
Глава 1. Этиология и патогенез язвенных гастродуоденальных кровотечений. Классификация гастродуоденальных язв . . . . .	10
Глава 2. Клинические проявления и диагностика язвенных гастродуоденальных кровотечений. Характеристика клинического материала . . . . .	21
Глава 3. Оценка тяжести состояния и определение величины кровопотери у больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением. . . . .	33
Глава 4. Нехирургические методы остановки и профилактики рецидива язвенного кровотечения. . . . .	57
4.1. Эндоскопические методы остановки язвенных гастродуоденальных кровотечений . . . . .	57
4.2. Альтернативные методы остановки язвенных гастродуоденальных кровотечений. . . . .	81
4.3. Медикаментозная терапия . . . . .	85
Глава 5. Прогноз возникновения рецидива кровотечения из язвы . . . . .	91
Глава 6. Тактика лечения больных с гастродуоденальным кровотечением язвенного генеза. . . . .	111
Глава 7. Симптоматические гастродуоденальные язвы . . . . .	128
7.1. Причины возникновения и диагностика . . . . .	128
7.2. Профилактика возникновения острых гастродуоденальных язв и эрозий у соматически тяжелых больных . . . . .	139
7.3. Влияние <i>Helicobacter pylori</i> на образование острых гастродуоденальных язв . . . . .	143
7.4. Тактика лечения больных с кровотечениями из симптоматических гастродуоденальных язв . . . . .	145
Глава 8. Хирургическое лечение. . . . .	151
8.1. Кровотечение из язвы двенадцатиперстной кишки . . . . .	152
8.2. Кровотечение из язвы желудка . . . . .	156
Глава 9. Протокол ведения больного с язвенным гастродуоденальным кровотечением. . . . .	158
Заключение . . . . .	163
Список литературы . . . . .	165

## Глава 4

# Хирургические методы остановки и профилактики рецидива язвенного кровотечения

## Эндоскопические методы остановки язвенных гастроуденальных кровотечений

Современная эндоскопия обладает широким арсеналом способов гемостаза, различных по своей физической природе, эффективности, доступности, безопасности, стоимости. В настоящее время выбор лечебной тактики немыслим без круглосуточной возможности выполнения диагностической и лечебной эндоскопии.

В России больному с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения эзофагогастроуденоскопию (ЭГДС) принято проводить в первый час с момента поступления в стационар. При этом проведение реанимационных и диагностических мероприятий у больных с массивным гастродуоденальным кровотечением должно проходить одновременно. Неотложное проведение гастродуоденоскопии позволяет быстро выявить источник кровотечения, определить его характер, в ряде случаев осуществить эндоскопический гемостаз и, в конечном итоге, позволяет хирургу быстро выбрать правильную лечебную тактику.

Повторные ЭГДС проводят при:

- необходимости контроля за источником кровотечения в связи с сохраняющимся риском его рецидива. В нашей клинике динамические ЭГДС выполняют раз в сутки на протяжении первых 2–3 дней (только больным с высоким риском рецидива кровотечения) и на 4-е, 7-е, 14-е сутки после поступления;
- при рецидиве кровотечения (или подозрении на рецидив), развившемся в стационаре у больного высокого операционно-анестезиологического риска с язвенным кровотечением.

Отказ от экстренной эндоскопической диагностики может быть оправдан только у больных в агональном состоянии.

**Абсолютными противопоказаниями к проведению ЭГДС являются**

- терминальное состояние пациента;
- заболевания пищевода с сужением его просвета (рубцовая стриктура пищевода);
- категорический отказ больного.

**Относительные противопоказания к проведению ЭГДС:**

- острый период инфаркта миокарда;
- ОИГМ, острый период;
- сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность III степени;
- психические нарушения.

При проведении экстренной ЭГДС источник кровотечения удается выявить в 93–99 % случаев [Борозина В.Г. и др., 2002; Исхаков Б.Р. и др., 2004; Лебедев Н.В. и др., 2007; Климов А.Е. и др., 2008; Eisen G.M. et al., 2004; De Caestecker J., 2006].

ЭГДС позволяет осуществить временный гемостаз у 95–98 % больных и адекватно подготовить их к срочному оперативному вмешательству [Хойрыш А.А., 2006; Лебедев Н.В. и др., 2007; Климов А.Е. и др., 2008; Федоров Е.Д. и др., 2008; Adamsen S., 2006; 2007; Varma M.K., 2008]. Большое значение в успехе эндоскопического гемостаза играет индивидуальный фактор — профессиональный уровень врача-эндоскописта. В сочетании с современной медикаментозной терапией эндоскопический гемостаз дает возможность при грамотном использовании предотвратить рецидив кровотечения и отодвинуть операцию на этап плановой хирургии или вообще отказаться от нее [Chak A. et al., 2001; Varma M.K., 2008]. Осуществить эндоскопический гемостаз не удастся у 3–5 % больных — в таких случаях показана экстренная операция.

ЭГДС при крайне тяжелом состоянии «декомпенсированных» больных целесообразна в ситуации, когда «эндоскопическое вмешательство отчаяния» предпринимается непосредственно для остановки продолжающегося кровотечения [Федоров Е.Д. и др., 2008].

Между тем в зарубежной литературе активно обсуждают вопрос об оптимальных сроках проведения эндоскопии. Большинство авторов согласны с тем, что поскольку 70–80 % кровотечений останавливаются самостоятельно, вполне приемлемым является проведение первой ЭГДС в интервале времени в 24

после появления первых признаков кровотечения (это утверждение не относится к профузным дуоденальным кровотечениям, требующим неотложного эндоскопического вмешательства). J. Bjorkman и соавт. (2004) сравнивали результаты лечения эндоскопическую картину в группах пациентов с неотложной и ранней отсроченной эндоскопией (спустя 24 ч): ни летальность, ни частота рецидивов, ни хирургическая активность в этих группах статистически достоверно не отличались.

J. De Caestecker считает эндоскопический гемостаз методом выбора для активной борьбы с язвенным кровотечением. За последние 10 лет за рубежом проведено несколько рандомизированных клинических испытаний, которые показали, что проведение ЭГДС и эндоскопического гемостаза в первые часы с момента поступления больного с язвенным кровотечением значительно снижает оперативную активность и смертность [De Caestecker J., 2006; Varma M.K., 2008].

G.S. Cooper и соавт. (1999), изучив эффективность выполнения эндоскопии в течение первых 24 ч с момента госпитализации больного, пришли к выводу, что раннее проведение эндоскопии приводит к сокращению продолжительности пребывания пациента в больнице, снижает потребность в гемотрансфузии и необходимость оперативного лечения. В ретроспективном анализе более чем 3000 случаев R.T. Yavorski и соавт. (1999) показали, что уровень смертности более чем в два раза был выше у тех больных, которым не проводили ЭГДС в первые часы после поступления, (11,1 % против 5,2 %).

За рубежом большую роль уделяют медикаментозной стабилизации состояния пациента еще до проведения эндоскопии. В дополнение к общеизвестным противошоковым мероприятиям рекомендуют внутривенное введение блокаторов «протонного насоса» (болосно 80–200 мг, затем 8–12 мг/ч) [Keyvani L. et al., 2006]. В плане подготовки к эндоскопии хорошо зарекомендовало себя внутривенное медленное введение эритромицина сульфата (3 мг/кг массы тела) примерно за полчаса до исследования, стимулирующее эвакуацию желудочного содержимого и тем самым обуславливающее оптимальные результаты [Frossard J.L. et al., 2002; Carbonell N. et al., 2006; Adamsen S., 2007].

Правила принятия непростого решения о прекращении эндоскопических манипуляций по остановке продолжающегося

кровотечения и переходе на лапаротомию невозможно прописать с математической точностью. Как и в любой трудной клинической ситуации, врач должен руководствоваться принципом «не навреди», а в процессе эндоскопического гемостаза — принципом «не затяни». По мнению Е.Д. Федорова (2008) эндоскопический гемостаз следует прекратить, когда:

- использованы все имеющиеся в клинике в данный момент возможности его выполнения;
- исчерпаны все разумные лимиты времени (временные пределы главным образом зависят от интенсивности кровотечения и адекватности восполнения кровопотери);
- у относительно «скомпенсированного» пациента проявляются отчетливые признаки нестабильности гемодинамики;
- сам исполнитель потерял уверенность в успехе.

Достаточно известными методами гемостаза являются орошение источника кровотечения гемостатическими средствами, обработка хладагентами, инфильтрация источника кровотечения лекарственными препаратами, местное распыление жестких гемокоагулирующих агентов, использование ферромагнитных субстанций, нанесение пленкообразующих веществ и медицинского клея, инфильтрация цианокрилатных клеев, термокоагуляция, моно- и биполярная электрокоагуляция, лазерная, аргоноплазменная, радиоволновая коагуляция, эндоскопическое клиппирование кровоточащего сосуда и комбинированный метод, включающий в себя несколько вариантов эндоскопического гемостаза.

Хороший доступ к источнику кровотечения достигается изменением положения больного на столе, разрушением и смещением ступок инструментами, прицельным отмыванием язвы. Существенно облегчает эту задачу использование операционного эндоскопа с 6-миллиметровым рабочим каналом и мощного вакуум-отсоса. Важные данные о топографии кровоточащего сосуда, о достоверных признаках пенетрации язвы предоставляет эндоскопическая ультрасонография [Панцырев Ю.М. и др., 2000; Dancygier H. et al., 1999].

**Апликационный метод.** Методика прицельного орошения источника кровотечения появилась одной из первых, одновременно с началом внедрения экстренной ЭГДС при гастродуоденальных кровотечениях. Для орошения источника кровотечения используют сосудосуживающие и гемостатические препараты.

Также как адреналин, норадреналин, этиловый спирт, мезатон, хлорид, тромбин, фибриноген, е-аминокапроновая кислота, капрофер, амифер, феракрил. Также наносят местные гемостатизирующие агенты, ферромагнитные субстанции, эйколин, гелевин. Данный метод эндоскопического гемостаза прост в исполнении, однако, неприемлем при кровотечениях из кальциевых язв и, как правило, его используют лишь при незначительных по интенсивности кровотечениях. Эффективность аппликаций непродолжительна.

Одним из наиболее распространенных препаратов для орошения кровоточащей язвы через катетер является раствор капрофера — карбонильного комплекса треххлористого железа и е-аминокапроновой кислоты. При взаимодействии препарата с жидкой кровью в течение 15–20 с образуется кровяной сгусток, который фиксируется на раневой поверхности и предупреждает возобновление кровотечения. Препарат обладает вяжущими свойствами, выраженной антифибринолитической активностью, высокими адгезивными свойствами, стимулирует репаративные процессы с образованием нежной грануляционной ткани.

Гемостаз достигается при образовании струпа черного цвета, который плотно фиксирован к сосуду и дефекту слизистой оболочки.

Неэффективны попытки использования препарата для профилактики рецидива кровотечения из тромбированных сосудов, так как при этом отсутствует кровь — субстрат, необходимый для запуска механизма коагуляции. При профузных кровотечениях препарат неэффективен ввиду того, что образовавшийся сгусток не фиксируется к источнику кровотечения, а смывается струей крови [Бебурашвили А.Г. и др., 2007].

Орошение капрофером хорошо зарекомендовало себя при продолжающихся кровотечениях небольшой интенсивности, однако он малоэффективен при интенсивных кровотечениях и состоявшихся кровотечениях с целью профилактики возможных рецидивов [Кузьмин-Крутецкий М.И. и др., 2004].

Один из вариантов орошения источника кровотечения — аппликация пленкообразующих препаратов и клеевых субстанций. Такими препаратами являются лифузол, статизоль, гастрозоль, оксциклозол, а так же клеи МК-6, МК-7, МК-8. Гемостатический эффект достигается за счет механического закрытия