

НЕЯЗВЕННЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ: ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ

*Дубровицк О.И., Мармыш Г.Г., Довнар И.С.
УО «Гродненский государственный медицинский университет», г.
Гродно, Республика Беларусь*

Актуальность. Диагностика и лечение неязвенных гастродуоденальных кровотечений (ГДК) в настоящее время – это одна из трудных и сложных проблем в ургентной хирургической гастроэнтерологии. В связи с внедрением в практику высокотехнологичных диагностических методик частота и выявляемость кровотечений неязвенной этиологии неуклонно растет [1].

К причинам развития неязвенных ГДК относят: увеличение числа медикаментозных эрозивно-язвенных гастритов, рост числа пациентов с ишемическими, стрессовыми и гормональными острыми язвами на фоне прогрессирования тяжелой патологии сердца и легких, хроническим алкоголизмом, панкреатитом и циррозом печени с блокадой воротной и селезеночной вен, и варикозным расширением вен пищевода и желудка [2].

Частота рецидивов кровотечений в этой категории пациентов, даже после успешно выполненного эндоскопического гемостаза, достигает 10-55%. Для 30-90% пациентов характерно бессимптомное течение эрозивных поражений слизистой желудка и 12-перстной кишки, у 46-58% отсутствует типичная клиника кровотечения, а у 25-42% пациентов преобладает симптоматика интеркуррентных заболеваний [1, 2]. Остается сложной проблемой и тактика ведения пациентов с ГДК неязвенной этиологии. Несмотря на совершенствование способов лечения этой патологии, в т.ч. и применение эндоскопических методов гемостаза, уровень летальности в этой группе пациентов остается высоким и составляет 10-30% [3]. Сложность определения хирургической тактики для достижения надежного гемостаза и профилактики рецидива кровотечения заключается в том, что в настоящее время известно более сотни заболеваний, являющихся причиной ГДК, требующих индивидуального подхода их коррекции.

Цель. Оптимизация лечебно-диагностического алгоритма у пациентов с ГДК неязвенного генеза.

Материал и методы. В ходе исследования были проанализированы данные 1475 стационарных карт пациентов госпитализированных в городской центр гастродуоденальных кровотечений клиники общей хирургии УО «ГрГМУ» на базе УЗ «ГКБ № 4 г.Гродно» в 2017-2020 г.г. Мужчин – 1021 (69,2%), женщин – 454 (30,8%), в возрасте от 19 до 94 лет.

Всем пациентам при госпитализации выполнена экстренная эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС). При выявлении источника кровотечения определялся характер и интенсивность геморрагии, выполнялся

эндогемостаз путем локального воздействия на источник кровотечения. Источник кровотечения язвенного генеза диагностирован у 1221 (82,8%) пациента, из них у 720 (58,9%) выявлена язва 12-перстной кишки, у 501 (41,1%) - язва желудка.

Кровотечения неязвенного генеза диагностированы у 254 (17,2%) пациентов, где источником геморрагии были: у 116 (45,7%) – варикозно-расширенные вены пищевода и желудка, у 95 (37,4%) – синдром Меллори-Вейсса, распадающиеся опухоли желудка – у 14 (5,5%), пептические язвы гастроэнтероанастомоза – у 5 (2,0%); сосудистые мальформации (синдром Дъелафуа) – 7 (2,8%), эрозивно-язвенный гастрит – 11 (4,3%) и у 6 (2,4%) источник кровотечения не был установлен.

В хирургическое отделение госпитализировано 207 (81,5%), в реанимационное 47 (18,5%).

Результаты. Всем пациентам в приемном отделении центра ГДК выполнена ЭФГДС. Лечебная программа у всех пациентов наряду с эндоскопической остановкой кровотечения предусматривала базисную фармакотерапию (гемостатические препараты, инфузионно-трансфузионные среды, ингибиторы протонной помпы, средства эрадикационной направленности), согласно стандартным схемам и дозировкам.

Признаки продолжающегося кровотечения были диагностированы у 200 (78,8%) пациентов, из них в 10 (5,0%) случаях кровотечение было артериальным (FIA), в 97 (48,5%), венозным (FIB), у 93 (46,5%) пациентов - смешанным. Остановившееся кровотечение (FII) верифицировано у 54 (21,2%) пациентов. Эндоскопический гемостаз осуществляли методом аргоноплазменной и электро коагуляции, клипирования, инъекционного гемостаза и комбинированным способом.

При кровотечении из варикозно-расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка, кроме препаратов купирующих портальную гипертензию (β -блокаторы, нитраты), всем пациентам применяли баллонную тампонаду кровоточащих ВРВ с помощью зонда Сенгстакена-Блекмора и инъекционный паравазальный эндогемостаз адреналин-новокаиновой смесью, этоксисклеролом при продолжающемся кровотечении. Из 116 пациентов с ВРВ пищевода и желудка консервативная терапия была эффективная у 105(90,5%) и явилась окончательным методом гемостаза. У 11 (9,5%) пациентов наступил рецидив кровотечения из ВРВ пищевода и желудка, потребовавший у 7 пациентов выполнение оперативных вмешательств – гастротомии с прошиванием ВРВ кардиального отдела желудка. У 4 пациентов с рецидивом геморрагии эффективность гемостаза была достигнута повторным инъекционным гемостазом в сочетании с баллонной тампонадой зондом Сенгстакена-Блекмора.

В группе пациентов с ВРВ пищевода и желудка умерло 4 человека. Общая летальность при этой патологии составила 3,4%.

В группе пациентов (138 чел.) с эрозивно-язвенным поражением слизистой, синдромом Мелори-Вейса, распадающейся опухолью желудка, синдромом Дъелафуа при продолжающемся кровотечении выполнена аргонно-плазменная коагуляция и инъекционный гемостаз у 47 (34,1%) пациентов, клипирование с инъекционным гемостазом – у 56 (40,6%), монополярная коагуляция с инъекционным гемостазом – у 21 (15,2%), у 14 (10,1%) пациентов – инъекционный гемостаз. Эндогемостаз в сочетании с медикаментозной терапией позволил добиться остановки кровотечения у 132 (95,7%) пациентов, у 6 (4,3%) пациентов с синдромом Мелори-Вейса эндогемостаз был неэффективным из-за глубоких разрывов слизистой в области кардии с переходом на пищевод. Им выполнено экстренное оперативное вмешательство – гастротомия с ушиванием кровоточащих разрывов слизистой и гемостазом.

Из 138 пациентов рецидив кровотечения после первичного эндогемостаза возник у 16 (11,6%), при этом повторный эндогемостаз был эффективен у 12 из них. 4 пациента были оперированы ввиду безуспешности консервативных мероприятий. Выполнены срочные операции в объеме: клиновидная резекция желудка (3), иссечение кровоточащей лейомиомы желудка (1). Из 254 пациентов с неязвенными кровотечениями умерло 6, из них 2 человека в послеоперационном периоде. Общая смертность составила 2,4%, послеоперационная летальность – 11,7%. Летальность в этих случаях была обусловлена высоким периоперационным риском из-за тяжелой соматической патологии, отягощенной постгеморрагической анемией.

Выводы. 1. Проведенное исследование подтверждает высокую эффективность комбинированных методов эндогемостаза в сочетании с фармакотерапией при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта неязвенного генеза.

2. Улучшение результатов лечения пациентов с неязвенными гастродуоденальными кровотечениями из верхних отделов достигается в сосредоточении пациентов с ГДК в специализированных стационарах с круглосуточной эндоскопической службой, а также в применении дифференцированной лечебной тактики с учетом клинических и эндоскопических критериев гемостаза и широком внедрении эндоскопических методов остановки кровотечения.

Литература.

1. Распространенность острых эрозивно-язвенных гастродуоденальных поражений у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, применяющих антикоагулянты и антиагреганты / А.А. Полянец [и др.] // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2019. - № 9. – С.65-71.

2. Неязвенные гастродуоденальные кровотечения / А.В. Воробей [и др.] // Хирургия. – 2009. - № 10. – С.20-22.

3. Гастродуоденальные кровотечения: результаты эндоскопического гемостаза в условиях городского специализированного центра / П.В. Гарелик [и др.] // Актуальные проблемы медицины: материалы ежегодной итоговой науч.-практ.конф. (25 января 2019г.), г.Гродно. – 2019. – С.142-145.