

## **СТРУКТУРА ПАЦИЕНТОВ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР ПО НЕОТЛОЖНЫМ ПОКАЗАНИЯМ**

*Дубровицк О.И., Довнар И.С., Романчук А.А., Цилиндзь И.И.  
УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
Гродно, Республика Беларусь,  
УЗ «Городская клиническая больница №4 г. Гродно»*

**Введение.** В последнее десятилетие отмечается значительное оживление дискуссии по проблеме лечения гастродуоденальных кровотечений (ГДК) в неотложной абдоминальной хирургии.

В клинике общей хирургии УО «ГрГМУ» с мая 2002 г. по настоящее время функционирует городской центр лечения ГДК. Представляло интерес изучить конкретный клинический опыт лечения пациентов с ГДК в специализированном городском центре, так как считаем, что проблема дифференциальной диагностики ГДК возрастает из года в год, особенно у пациентов пожилого и старческого возраста с выраженной сопутствующей фоновой патологией, которые составляют большинство, а также высокая летальность. Наличие спорных и нерешённых вопросов в отдельных разделах этой проблемы, оставляют её в числе наиболее актуальных и трудных в неотложной хирургии. Известно до 100 нозологических форм, которые отличаются по происхождению и патогенезу, и провоцируют ГДК. Такое разнообразие обусловлено сосудистой сетью желудка и начального отдела двенадцатиперстной кишки (ДПК), а также низкой резистентностью слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) по отношению к воздействию факторов агрессии.

**Цель.** Изучить структуру ГДК, установить наиболее частые причины острых кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта, оценить лечебную тактику.

**Материалы и методы.** В основу исследования положены результаты диагностики и лечения пациентов с ГДК в специализированном городском центре. Имея конкретный позитивный двадцатилетний клинический опыт сотрудниками центра разработана диагностико-лечебная программа ведения пациентов с ГДК (данные опубликованы ранее). Представляло интерес изучить структуру ГДК у пациентов доставленных в центр по неотложным показаниям с диагнозом ГДК с 2020 г. по июнь 2023 г. За этот период было доставлено 2183 пациента с диагнозом ГДК. Всем выполнена ЭФГДС по экстренным показаниям. У 544 (24,9%) пациентов диагноз ГДК был исключён. Пациенты госпитализированы в соответствии с установленной патологией в другие лечебные учреждения. Госпитализировано 1639 (75,1%) пациентов. В реанимационное отделение 411 (25,1%), в хирургическое 1228 (74,9%). Сроки госпитализации пациентов от начала кровотечения до поступления в клинику

распределились следующим образом: до 6 часов - 319 (19,5%); с 7 до 24 часов – 627 (38,2%); позже 24 часов - 693 (42,3%). Мужчин - 1175 (71,7%), женщин - 464 (28,3%), в возрасте от 18 до 91 года. В анамнезе ГДК было у 105 (6,4%) пациентов.

Выделяют две большие группы ГДК - язвенные и не язвенные. В структуре госпитализированных пациентов в городской специализированный центр язвенные кровотечения диагностированы у 1261 (76,9%) пациента, из них у 720 (57,1%) источник кровотечения язва ДПК, у 541 (42,5%) – язва желудка. Кровотечения не язвенного генеза диагностированы у 378 (23,1%) пациентов.

Наиболее частыми причинами кровотечений не язвенной этиологии были: у 142 (37,6%) пациентов – кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ), как осложнение портальной гипертензии при циррозах печени; синдром Маллори-Вейсса у 130 (34,4%) пациентов; эрозивно-геморрагический гастрит у 47 (12,4%), язва Дьелафуа у 9 (2,4%); пептические язвы гастроэнтероанастомоза у 6 (1,6%); злокачественные неоплазии у 33 (8,7%), из них у 29 (7,7%) пациентов малигнизированные язвы желудка и распадающиеся опухоли, у 4 – опухоли пищевода. Химический ожог слизистой пищевода и желудка наблюдали у 2 (0,6%); кровотечение из изъязвленного дивертикула сигмовидной кишки у 3 (0,8%) пациентов; при механических повреждениях слизистой пищевода и желудка наблюдали кровотечение у 2 (0,6%) и у 4 (1,1%) пациентов причину геморрагии определить не удалось.

**Результаты и обсуждение.** Для дифференциальной диагностики ГДК большое значение имеет собранный анамнез заболевания, характер и динамика развития кровотечения, результаты лабораторно-инструментальных методов обследования. Выполнена поэтапная диагностическая схема, что позволило моментально определить дальнейшую тактику лечения.

В приёмном отделении всем пациентам выполнена ЭФГДС. Лечебная тактика включала – эндоскопический гемостаз, назначение базисной гемостатической терапии, инфузионно-трансфузионную терапию, ингибиторы протонной помпы, средства эрадикационной терапии, согласно стандартным схемам и дозировкам. Признаки продолжающегося кровотечения диагностированы у 1367 (83,4%) пациентов, у 272 (16,6%) верифицировано состоявшееся кровотечение, из них у 34 (12,6%) определён нестабильный гемостаз. Эндоскопический гемостаз проведён у 1401 (85,5%) пациентов, при продолжающемся кровотечении и нестабильном гемостазе. Применены методики эндогемостаза: инъекционное паравазальное 2 % раствором глюкозы, физиологическим раствором, диатермокоагуляцией, клипированием и лигированием кровоточащих сосудов, эндоскопическим склерозированием 0,5-3% этоксисклеролом, аргоно-плазменной и электрокоагуляцией. Наиболее часто применяли комбинированные способы - коагуляция и склерозирование.

При продолжающемся кровотечении из ВРВПЖ у 142 пациентов после ЭФГДС и установления источника кровотечения немедленно вводился зонд Блэкмора, кровотечение было остановлено у всех пациентов. Одновременно проводилась инфузионно-трансфузионная терапия и введение вазоактивных препаратов. Для снижения портального давления после стабилизации гемодинамики вводили препараты нитроглицерина. Через 8-10 часов после постановки зонда Блэкмора снимали компрессию в манжетах, кровотечение возобновилось у 32 (22,5%) пациентов. Повторное создание компрессии в манжетах зонда и у 29 пациентов гемостаз стабильно достигнут. У 2 пациентов остановить кровотечение не удалось, на высоте кровотечения им выполнены оперативные вмешательства – гастротомия с прошиванием ВРВ кардиального отдела желудка, у 1 пациента с рецидивом геморрагии эффективность гемостаза достигнута повторным инъекционным гемостазом в сочетании с баллонной тампонадой зондом Блэкмора.

Не язвенной этиологии ГДК - синдром Мэллори-Вейсса, был диагностирован у 130 пациентов. Основной патоморфологической единицей данного синдрома был продольный разрыв слизистой оболочки в кардиально-пищеводной зоне. Этиологическим фактором развития данного симптомокомплекса был приём алкоголя в больших количествах и пищи с возникающей при этом чрезмерной рвотой. Выявлена одна или несколько глубоких линейных трещин, локализующихся в слизистой и подслизистым слоях нижней трети пищевода с переходом на кардиальный отдел желудка. У 5 пациентов с синдромом Мэллори-Вейсса эндогемостаз не был эффективным из-за глубоких разрывов слизистой в области кардии с переходом на пищевод. Им выполнено экстренное оперативное вмешательство – гастротомия с ушиванием кровоточащих разрывов слизистой и аргоно-плазменной коагуляцией. У 47 пациентов с эрозивно-геморрагическим гастритом, этиологическими факторами возникновения эрозий были: наличие системных заболеваний, воздействие местных факторов агрессии (инфекционных, токсических, НПВС, глюкокортикостероидов). Клинические проявления очень скудные, поэтому ЭФГДС самый надёжный метод для дифференциальной диагностики данного заболевания. У исследуемых пациентов эрозии локализовались чаще всего в области малой кривизны, тела и дна, реже в антральном отделе желудка. При эрозивно-язвенном поражении слизистой, синдроме Дъелафуа, распадающейся опухоли желудка и пищевода при продолжающемся кровотечении выполнена аргоно-плазменная коагуляция и инъекционный гемостаз у 466 (34,1%) пациентов, клипирование с инъекционным гемостазом у 556 (40,6%), монополярная коагуляция с инъекционным гемостазом у 207 (15,2%), инъекционный гемостаз у 138 (10,1%) пациентов.

Оперировано 14 пациентов ввиду безуспешности консервативного лечения и продолжающегося кровотечения. Умерло в послеоперационном периоде 3 пациента, послеоперационная летальность – 24,4%. Летальность

обусловлена высоким периоперационным риском в связи с тяжёлой общесоматической патологией.

**Выводы.** Дифференциальная диагностика вследствие наличия в структуре ГДК множества патоморфологических субъединиц приводящих к развитию кровотечений является довольно сложным и ответственным этапом лечения этих пациентов. В центре ГДК благодаря совершенствованию различных методов диагностики и возможностью их рационально применять, что позволяет наиболее точно диагностировать причину и проводить адекватный алгоритм разработанной лечебной программы. Проведённое исследование подтверждает тот факт, что комбинирование методов эндогемостаза в сочетании с активной консервативной терапией, согласно протоколов ведения пациентов с данной патологией, обеспечивают стабильный гемостаз и улучшение результатов лечения.