

КОМПЛЕКСНЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ КРОВОТОЧАЩЕЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗВЫ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ ОПЕРАЦИОННЫМ РИСКОМ

¹*Ладутько И.М., ¹Седун В.В., ¹Орловский Ю.Н., ²Лазаревич Н.А.,
²Пищуленок А.Г., ¹Крупень Д.А., ²Сысоев И.Н., ²Земец Е.А.*

¹*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
²УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»,
г. Минск, Республика Беларусь*

COMPLEX APPROACHES TO THE TREATMENT OF BLEEDING GASTRODUODENAL ULCER IN PATIENTS WITH HIGH OPERATIONAL RISK

¹*Ladutska I., ¹Sedun V., ¹Orlovsky U., ²Lazarevych N., ²Pischulenok A.,
¹Krupen D., ²Sysoev I., ²Zemetc E.*

¹*Belarusian State Medical University,
Minsk City Clinical Emergency Hospital, Minsk, Belarus*

Введение. Лечение пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями продолжает оставаться сложной и актуальной и в настоящее время проблемой неотложной абдоминальной хирургии, а так же основной причиной смертности от язвенной болезни. Тяжелых кровотечений стало больше на 30%, а среди пациентов пожилого и старческого возраста – на 6%. К сожалению, консервативная или активная хирургическая, а так же активно-выжидательная тактики лечения пациентов с данной патологией не всегда оправдывали себя. Основной причиной неблагоприятных исходов у этих пациентов являлись рецидивы кровотечения в ранние сроки и неэффективность применяемых методов эндоскопического гемостаза. Особенно это касается пациентов с тяжелым коморбидным фоном, оперативное лечение у которых по поводу язвенного кровотечения даже в небольшом объеме сопровождалось высокой послеоперационной летальностью. Это группа пациентов пожилого и старческого возраста, с тяжелой сопутствующей патологией, когда любое оперативное вмешательство было непереносимо и представляло большой риск.

Изменилась возрастная структура пациентов с кровотечениями. Сегодня каждый третий пациент – старше 60 и даже 70 лет. Особенно велика эта возрастная группа среди пациентов с острыми поражениями слизистой оболочки, обусловленными неконтролируемым приемом как стероидных, так и нестероидных противовоспалительных медикаментозных средств.

Публикуемые в литературе цифры летальности при язвенных кровотечениях существенно варьируют в зависимости от возраста пациентов, тяжести кровотечения, сопутствующей тяжелой патологии, сроков выполнения операции, и др. Из изложенного следует, что остается нерешенной основная

проблема – улучшение результатов лечения, уменьшение общей и послеоперационной летальности.

Среди методов эндоскопического гемостаза наиболее часто применяются инфильтрация подслизистого слоя края язвы 0,5% этоксисклеролом; 0,1% адреналином; 70% этанолом, аргано-плазменная и лазерная фотокоагуляция, клипирование сосудов в язве. По показаниям применяются и комбинации нескольких методов эндогемостаза.

Временами создается впечатление, что общие достижения эндоскопии и желудочной хирургии оборачиваются негативом в кардинальном решении всей проблемы. На протяжении уже многих лет в литературе, преувеличиваются возможности лечебной эндоскопии в обеспечении гемостаза при осложненной кровотечением гастродуоденальной язве. Настойчивые попытки остановить кровотечение, используя только эндоскопические методики, приводят в конечном итоге к запоздалым оперативным вмешательствам и высокой летальности, достигающей среди таких пациентов 70%.

Несмотря на практически решенные вопросы диагностики причин кровотечения, результаты лечения этих пациентов остаются неудовлетворительными. Надежды, возлагавшиеся на эндоскопию как метод достижения окончательного гемостаза, оправдываются не в полной мере, так как применение различных видов эндоскопического гемостаза с остановкой кровотечения и профилактика его рецидива (инъекционный метод, диатермокоагуляция, эндоскопическое клипирование, аргонплазменная коагуляция или их комбинация) не решило всю остроту проблемы остановки язвенных кровотечений. Рецидивы после выполнения такого гемостаза достигают 80%.

Цель. Оценить эффективность тактики комплексного консервативного, эндоскопического и рентгенэндоваскулярного лечения кровоточащей гастродуоденальной язвы у пациентов с высоким операционным риском.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезней 8 пациентов с высоким операционным риском, находившихся на лечении в УЗ ГК БСМП г. Минска в период 2023 и 6 мес 2024 гг., которым проводилось комплексное консервативное, эндоскопическое и рентгенэндоваскулярное лечение кровоточащей гастродуоденальной язвы. Критериями высокого операционного риска являлись острые периоды инфаркта миокарда и нарушение мозгового кровообращения, тяжелая кардиологическая патология, хроническая почечная недостаточность с программным гемодиализом (мочевина 58,9ммоль/л, креатинин – 1046 мкмоль/л), злокачественные опухоли кишечника с прогрессированием процесса и др. Мужчин было 5, женщин – 3. Средний возраст пациентов составил 57,8 лет. Кровопотеря тяжелой степени была у 6 пациентов, средней – у 2. У 4 пациентов была желудочная язва и у 4 – дуоденальная.

Результаты и обсуждение. Основным методом диагностики является экстренная круглосуточная ФГДС, определившая источник и характер кровотечений у наших пациентов. Всем пациентам выполнялась ФГДС с эндоскопическим инъекционным гемостазом раствором 70⁰ спирта и 0,1%-ным раствором адреналина или 1% раствором этоксисклерола. С целью контроля стабильности гемостаза повторно ФГДС выполнена всем пациентам, при которой рецидив кровотечения выявлен у 6 пациентов, а у 2 – крупный, более 2 мм тромбированный сосуд. Пациентам выполнялся повторный эндоскопический гемостаз (в 5 случаях комбинированный – инъекционный и эндоклипирование кровоточащего сосуда). У всех имел место непосредственный технический успех.

Всем пациентам проводилась стандартная противоязвенная и гемостатическая терапия, коррекция волевических нарушений. Важным при лечении таких больных считаем поддержание круглосуточно pH желудочного содержимого, равного 5,0-6,0, что обеспечивалось внутривенным введением блокаторов протонной помпы (омепразол или пантопрозол) в течение 5 сут с переходом далее на таблетированные формы. Так же все пациенты получали в/венно Октреатид 1200 мкг в сутки (с целью антисекреторного действия и для снижения висцерального кровотока). Всем пациентам проводилась лечение сопутствующей патологии с ее коррекцией профильными специалистами.

Показанием к применению методов рентгенэндоваскулярного гемостаза в комплексном лечении данных пациентов явилось рецидивирующее кровотечение из больших язв малой кривизны желудка (> 2 см) и полуциркулярных, пенетрирующих язв 12-ти перстной кишки (> 1,5см), расположение язв в зоне нахождения крупных сосудов желудка и 12п.к. (малая кривизна желудка, задняя и латеральная стенки луковицы), а также тяжелая степень кровопотери.

Доступом через правую плечевую артерию вначале выполнялась диагностическая ангиография, при которой выявлена экставазация контраста в зоне малой кривизны желудка в 2 случаях и в 2 в области дуоденум. В дальнейшем выполнена эмболизация левой желудочной артерии в 4 случаях, ветвей гастродуоденальной артерии в – 4. Эмболизация проводилась спиралями Azur 18 5мм x 6см в 4 случаях или гемостатической губкой с 1% раствором этоксисклерола (в соотношении с воздухом 1:4) в 4 случаях.

У всех пациентов достигнут стабильный гемостаз. На контрольных ФГДС признаков кровотечения нет, язвы с тенденцией к заживлению, уменьшились в размерах.

Летальный исход наступил у одного пациента с раковой кахексией от полиорганной недостаточности при отсутствии кровотечения.

Выводы:

1. Примененная тактика лечения пациентов с гастродуоденальными язвенными кровотечениями позволяет получить хорошие результаты лечения

и может использоваться в клинической практике.

2. Успех лечения таких пациентов является результатом мультидисциплинарного подхода со взаимодействием широкого круга специалистов (хирургов, эндоскопистов, рентгенэндоваскулярных хирургов, реаниматологов, кардиологов, неврологов).