

<https://doi.org/10.29296/25877305-2019-11-09>

Комплексная консервативная терапия в профилактике рецидивов язвенных гастродуоденальных кровотечений

М. Гасанов¹, кандидат медицинских наук,

А. Мовчун², кандидат медицинских наук

¹Одинцовская центральная районная больница

²Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)

E-mail: kirki@inbox.ru

Изучается связь проводимой комплексной терапии и частоты рецидивов язвенных гастродуоденальных кровотечений.

Ключевые слова: гастроэнтерология, язвенная болезнь, кровотечение, рецидив кровотечения, комплексная консервативная терапия.

Для цитирования: Гасанов М., Мовчун А. Комплексная консервативная терапия в профилактике рецидивов язвенных гастродуоденальных кровотечений // Врач. – 2019; 30 (11): 46–48. <https://doi.org/10.29296/25877305-2019-11-09>

Современные достижения эндоскопических методов диагностики и лечения, достижения клинической хирургии и расширение арсенала медикаментозной противоязвенной терапии не привели к снижению летальности при язвенных гастродуоденальных кровотечениях (ЯГДК). Довольно часто встречаются на практике и осложненные формы язвенной болезни, что связано с увеличением числа неотложных операций на высоте кровотечения. В то же время большинство больных (78,2%) поступают в стационар с остановившимся язвенным кровотечением [1, 2].

ЯГДК опасны непредсказуемостью как своего развития, так и исхода. Летальность при рецидивах кровотечений, по разным литературным данным, достигает 50% [3–5]. Высокой летальностью диктуется неослабевающий интерес хирургов к проблеме желудочно-кишечных кровотечений. Проявления гиповолемии на фоне гастродуоденального кровотечения в стационаре корректируются инфузионной терапией с учетом общего состояния больного, лабораторных показателей и состояние гемодинамики.

Рецидив язвенного кровотечения, по мнению ряда авторов, является тяжелым осложнением и главной причиной летальности из-за возникающих глубоких системных нарушений в организме. Данный тренд усугубляют «операции отчаяния», к которым вынуждены прибегать хирурги [1, 6].

Нами представляется спорным объем рекомендованной инфузионной терапии, который при различных

степенях кровопотери может в 2–3 раза превышать объем предполагаемой кровопотери [7]. Целью исследования было изучить связь проводимой комплексной терапии и частоты рецидивов ЯГДК.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование вошли 108 больных с кровотечениями из язвы желудка и двенадцатиперстной кишки: мужчин было 80 (74,1%), женщин – 28 (25,9%). Больные были в возрасте от 20 до 87 лет (средний возраст – $54,4 \pm 16,8$ года), причем большинство (33,4%) – моложе 45 лет.

Больных распределили на 2 группы: 1-я группа – 53 (49,1%) больных без рецидива язвенного кровотечения; 2-я – 55 (50,1%) больных, у которых в течение первых 2 сут лечения возник рецидив кровотечения.

Эндоскопическая характеристика источника кровотечения оценена по классификации J. Forrest (1974). У всех больных при поступлении определяли прогноз последствий желудочно-кишечных кровотечения с исполнением международной прогностической шкалой Рокал.

Степень кровопотери устанавливали по способу А.И. Горбашко (1982).

Для исследования микроциркуляторного русла пользовались аппаратом Minimax-Doppler-K, протестированным и оснащенный программным обеспечением в Институте медико-биологических проблем РАН. Оценку вегетативной нервной системы проводили с помощью индекса Кердо.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В обеих группах преобладала кровопотеря легкой и средней степени тяжести. Тяжелая степень кровопотери отмечалась редко, однако чаще – в 1-й группе, соответственно 24,6 и 20,1% (табл. 1).

Изучена динамика показателей значений гематокрита (Ht) и гемоглобина (Hb) в первые 3 сут стационарного лечения, которые на фоне проводимой инфузионной терапии и искусственной гемодилюции в 1-е сутки стационарного лечения значительно понизились. В 1-й группе значение Ht уменьшилось до 25,9%, во 2-й – до 24,6%. Восстановление Ht в 1-й группе происходило относительно быстрее, чем во 2-й (рис. 1).

Среднее значение Hb в 1-й группе было 90,5 г/л, во 2-й – 86,7 г/л. Восстановление показателя до 100 г/л

Таблица 1
Тяжесть кровопотери у больных при поступлении; n (%)

Группа	Тяжесть кровопотери по А.И. Горбашко (1982)		
	легкая	среднетяжелая	тяжелая
1-я	22 (41,5)	18 (33,9)	13 (24,6)
2-я	25 (45,4)	19 (34,5)	11 (20,1)

и выше в 1-й группе происходило быстрее, чем во 2-й (рис. 2).

С помощью индекса Кердо в 1-й группе исходно выявлена более выраженная активация симпатической нервной системы (симпатикотония) по сравнению со 2-й группой (рис. 3). На фоне лечения в обеих группах в 1-е сутки отмечена динамика вегетативного индекса, направленная в сторону функционального равновесия, более выраженная в 1-й группе; через 48 ч различия становились значимыми ($p < 0,05$).

Исследование с помощью аппарата Minimax-doppler-K осуществляли с использованием комплекта УЗ-доплеровских преобразователей с частотой 20 Гц, предназначенных для микрососудов. Мониторинг микроциркуляторного русла проводили у ногтевого валика 1-го пальца правой кисти у 47 больных, в течение первых 48 ч после поступления. Для уменьшения искажения данных предварительно использовали специальный гель для УЗ-датчика. Показатели фиксировали в 3 точках: при поступлении, через 24 и 48 ч.

Установлены увеличение объемной скорости кровотока на уровне микроциркуляторного русла (МЦР), превышавшей 1,4 мл/с, а также увеличение содержания форменных элементов крови в диапазоне низких скоростей с одновременным снижением количества

клеток крови в диапазоне высоких скоростей ($p < 0,05$) на фоне проводимого лечения (рис. 4).

Эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС) проводили всем больным по экстренным показаниям при поступлении для определения источника кровотечения. По показаниям выполняли эндоскопический гемостаз: в 1-й группе – 30 (56,6%) больным, во 2-й – 21 (38,2%).

Во 2-й группе чаще (23,62%) применяли инъекционный гемостаз 0,001% раствором адреналина в комбинации с 0,9% раствором NaCl, в 1-й – комбинированный гемостаз (39,6%). Эндоскопический гемостаз, в том числе профилактический, не был выполнен в 1-й группе в 43,4%, во 2-й – в 61,8% случаев.

Седативные препараты в 1-й группе применяли у 47,1%, а во 2-й – у 21,8% больных – до эпизода рецидива и у 56,4% пациентов седативную терапию подключили после возникновения рецидива; в дальнейшем повторного рецидива не было.

Антисекреторная терапия проводилась у всех обследованных: в 88,6% случаев применяли ингибитор протонной помпы, в 1,4% – блокаторы H_2 -гистаминовых рецепторов.

По объему инфузионной терапии группы достоверно различались; в 1-й группе средний объем инфузионных вливаний составил 2049 мл, во 2-й – 3085 мл (табл. 2).

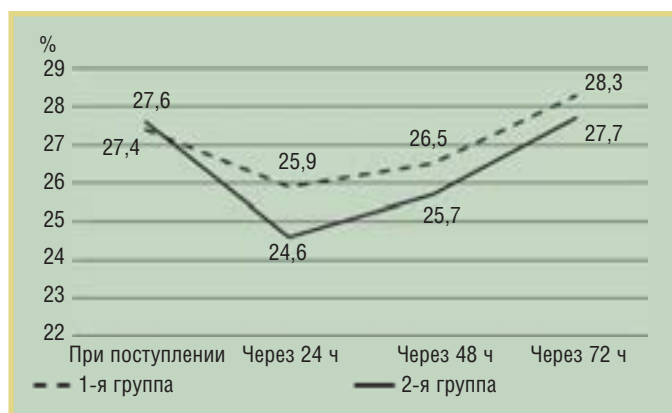


Рис. 1. Динамика показателя Ht

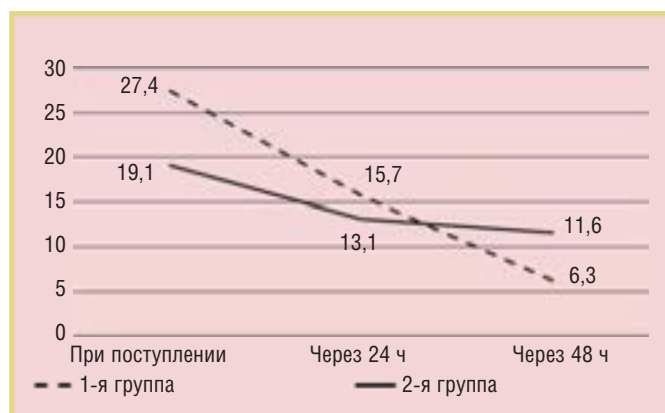


Рис. 3. Динамика индекса Кердо

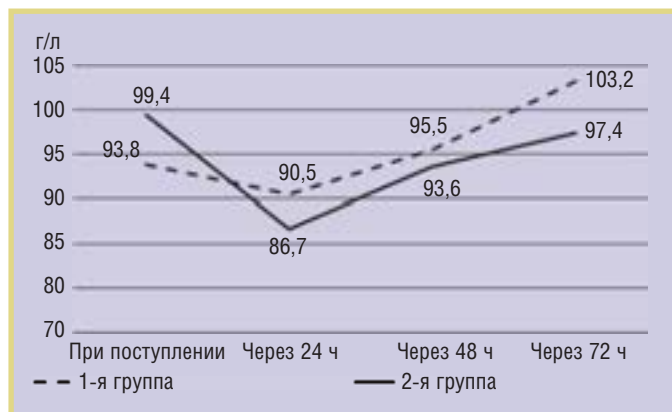


Рис. 2. Динамика показателя Hb

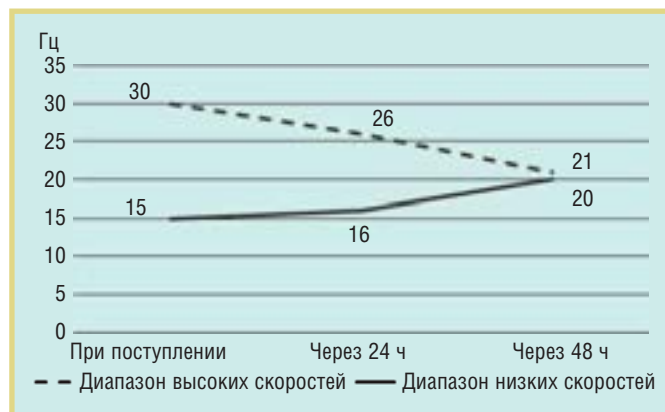


Рис. 4. Динамика клеток крови на уровне МЦР

Таблица 2

Объемы инфузионной терапии

Группа	Объемы инфузий, мл (p<0,05)
1-я – в первые 24 ч (n=53)	2049±252
2-я – до эпизода рецидива (n=55)	3085±337

Анализ показал, что чаще всего применяли кристаллоидные растворы; достоверных различий по виду инфузионных растворов не получено.

Большинство пациентов поступали с остановившимся кровотечением. После оценки источника кровотечения по показаниям выполняли эндоскопический гемостаз.

Состояние вегетативной нервной системы у обеих групп больных свидетельствовало об исходной симпатикотонии с динамикой в процессе лечения, направленной в сторону функционального равновесия. Однако во 2-й группе к концу 1-х суток снижение индекса Кердо прекращалось и до 48 ч достоверно превышало значения в 1-й группе (p<0,05), что подтверждало более выраженную вегетативную реакцию у больных с рецидивами кровотечения. Мониторинг МЦР при поступлении показал ускорение кровотока, перераспределение форменных элементов крови с их относительно большей концентрацией по периферии сосуда. К концу 1-х суток на фоне проводимого лечения отмечены выраженная гемодилюция, уменьшение оксигенации крови и ускорение кровотока на уровне МЦР. Ускорение кровотока способствует снижению оксигенации тканей, а также гипокоагуляции, что становится причиной лизиса и вымывания свежесформированного тромба и, как следствие, рецидива язвенного кровотечения [6].

Выраженность клинических симптомов кровопотери (бледность кожных покровов, холодный липкий пот, чувство страха и т.д.) обусловлена активацией вегетативной нервной системы и включением функциональной системы. Выраженность клинической картины, как показали наши наблюдения, больше зависит от особенностей и состояния нервной системы больного, чем от реального объема кровопотери и, соответственно, не может служить основным ориентиром для врача при определении объема инфузионной терапии.

Таким образом, в 1-е сутки лечения ЯГДК большие объемы инфузионной терапии могут повысить риск рецидива кровотечения.

* * *

Конфликт интересов отсутствует.

Литература/Reference

1. Актуальные проблемы трансфузиологии. Под ред. И.Б. Сушенко / М., 1983; с. 95 [Aktual'nye problemy transfuziologii. Pod red. I.B. Sushenko / M., 1983; s. 95 (in Russ.)].
2. Липницкий Е.М., Алекберзаде А.В., Гасанов М.Р. Причины рецидива язвенного гастродуоденального кровотечения // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2017; 3: 4–10 [Lipnitsky E.M., Alekberzade A.V., Gasanov M.R. The causes of recurrent ulcerative gastroduodenal bleeding // Pirogov Russian Journal of Surgery = Khirurgiya. Zhurnal imeni N.I. Pirogova. – 2017; 3: 4–10 (in Russ.)]. <https://doi.org/10.17116/hirurgia201734-10>.
3. Кукош М.В., Ветюгов Д.Е., Разумовский Н.К. Современное состояние диагностики и лечения гастродуоденальных кровотечений // Вестн. эксперим. и клин. хирургии. – 2014; (Прил. 1. Мат-лы Пленума правления Российского Общества хирургов «кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта», Воронеж, 5–6 июня 2014 г.): 50–1 [Kukosh M.V., Vetyugov D.E., Razumovskii N.K. Sovremennoe sostoyanie diagnostiki i lecheniya gastroduodenal'nykh krvotachenii // Vestn. eksperim. i klin. khirurgii. – 2014; (Pril. 1. Mat-ly Plenuma pravleniya Rossiiskogo Obshchestva khirurgov «krovotecheniya iz verkhnikh otdelov zheludochno-kishechnogo trakta», Voronezh, 5–6 iyunya 2014 g.): 50–1 (in Russ.)].
4. Лобанов С.Л., Лобанов Л.С. Летальность при кровотечениях из язв гастродуоденальной зоны при различной лечебной тактике // Вестн. эксперим. и клин. хирургии. – 2014; (Прил. 1. Мат-лы Пленума правления Российского Общества хирургов «кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта», Воронеж, 5–6 июня 2014 г.): 53–4 [Lobanov S.L., Lobanov L.S. Letal'nost' pri krvotacheniyakh iz yavz gastroduodenal'noi zony pri razlichnoi lechebnoi taktike // Vestn. eksperim. i klin. khirurgii. – 2014; (Pril. 1. Mat-ly Plenuma pravleniya Rossiiskogo Obshchestva khirurgov «krovotecheniya iz verkhnikh otdelov zheludochno-kishechnogo trakta», Voronezh, 5–6 iyunya 2014 g.): 53–4 (in Russ.)].
5. Рыбачков В.В., Дряженков И.Г., Шичкин Н.А. и др. Клинические и метаболические аспекты язвенных гастродуоденальных кровотечений // Доктор. Ру. Спецвыпуск. – 2014; S6: 12–4 [Rybachkov V.V., Dryazhenkov I.G., Shichkin N.A. i dr. Klinicheskie i metabolicheskie aspekty yazvennykh gastroduodenal'nykh krvotachenii // Doktor. Ru. Spetsvypusk. – 2014; S6: 12–4 (in Russ.)].
6. Гостищев В.К. Евсеев М.А. Острые гастродуоденальные кровотечения: от стратегических концепций к лечебной тактике / М., 2005 [Gostishchev V.K. Evseev M.A. Ostrye gastroduodenal'nye krvotecheniya: ot strategicheskikh kontseptsii k lechebnoi taktike / М., 2005 (in Russ.)].
7. Савельев В.С. Клиническая хирургия. Национальное руководство / М., 2013 [Savel'ev V.S. Klinicheskaya khirurgiya. Natsional'noe rukovodstvo / М., 2013 (in Russ.)].

COMPLEX CONSERVATIVE THERAPY IN THE PREVENTION OF RECURRENT PEPTIC ULCER BLEEDING

M. Gasanov¹, Candidate of Medical Sciences; **A. Movchun**², Candidate of Medical Sciences

¹Odintsovo Central District Hospital

²I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University)

The relationship between the performed complex therapy and the rate of recurrent peptic ulcer bleeding is under study.

Key words: gastroenterology, peptic ulcer, bleeding, recurrent bleeding, complex conservative therapy.

For citation: Gasanov M., Movchun A. Complex conservative therapy in the prevention of recurrent peptic ulcer bleeding // *Vrach.* – 2019; 30 (11): 46–48. <https://doi.org/10.29296/25877305-2019-11-09>