Научная статья

Original article

УДК 616.33-005.1 616.34-005.1

РЕЦИДИВЫ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ. ПРИЧИНЫ, ДИАГНОСТИКА, ТАКТИКА

RECURRENT BLEEDING IN GASTRODUODENAL ULCERS. CAUSES, DIAGNOSTICS, TACTICS

Стуков Александр Игоревич, Студент 5 курс, факультет «Лечебное дело» ФГБОУ ВО «ПГМУ Им. Академика Е.А. Вагнера» Минздрава России, Россия, г.Пермь

Булдакова Анастасия Александровна, Студент 5 курс, факультет «Лечебное дело» ФГБОУ ВО «ПГМУ Им. Академика Е.А. Вагнера» Минздрава России, Россия, г.Пермь

Котельников Максим Викторович, Студент 5 курс, факультет «Лечебное дело» ФГБОУ ВО «ПГМУ Им. Академика Е.А. Вагнера» Минздрава России, Россия, г.Пермь

Павлова Варвара Николаевна, Студент 5 курс, факультет «Лечебное дело» ФГБОУ ВО «ПГМУ Им. Академика Е.А. Вагнера» Минздрава России, Россия, г.Пермь

Научный руководитель: Амарантов Дмитрий Георгиевич, д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии №2 ФГБОУ ВО «ПГМУ Им. Академика Е.А. Вагнера» Минздрава России, Россия, г.Пермь

Stukov Alexander Igorevich, 5th year student, Faculty of Medicine, FSBEI HE PSMU named after Academician E.A. Wagner» of the Ministry of Health of Russia, Russia, Perm

Buldakova Anastasia Alexandrovna, 5th year student, Faculty of Medicine, FSBEI HE PSMU named after Academician E.A. Wagner» of the Ministry of Health of Russia, Russia, Perm

Kotelnikov Maxim Viktorovich, 5th year student, Faculty of Medicine, FSBEI HE PSMU named after Academician E.A. Wagner» of the Ministry of Health of Russia, Russia, Perm

Pavlova Varvara Nikolaevna, 5th year student, Faculty of Medicine, FSBEI HE PSMU named after Academician E.A. Wagner» of the Ministry of Health of Russia, Russia, Perm

Scientific adviser: Amarantov Dmitry Georgievich, MD Professor of the Department of Faculty Surgery No. 2 of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "PSMU named after Academician E.A. Wagner» of the Ministry of Health of Russia, Russia, Perm

Аннотация: В статье представлен обзор зарубежных литературных источников: рассмотрена структура ведущих причин кровотечения из гастродуоденальных язв, факторы, повышающие риски рецидива кровотечения, условия, влияющие на прогноз при язвенных гастродуоденальных кровотечениях, возможные в настоящее время тактики ведения таких больных: консервативное и хирургическое лечение, представлены преимущества и недостатки каждого из методов, а также современные диагностические возможности, позволяющие заподозрить и подтвердить диагноз на ранних этапах. Рассмотрены возможности профилактики рецидивов язвенных гастродуоденальных кровотечений.

Summary: The article presents an overview of foreign literature sources: the structure of the leading causes of bleeding from gastroduodenal ulcers, factors that increase the risk of recurrent bleeding, conditions affecting the prognosis for

ulcerative gastroduodenal bleeding, currently possible management tactics for such patients: conservative and surgical treatment, the advantages and disadvantages of each method, as well as modern diagnostic methods are presented. opportunities to suspect and confirm the diagnosis at an early stage. The possibilities of preventing recurrence of ulcerative gastroduodenal bleeding are considered.

Ключевые слова: язвенная болезнь, желудочно-кишечное кровотечение, нестероидные противовоспалительные препараты, Helicobacter Pylori, гемостаз, эндоскопия.

Keywords: peptic ulcer, gastrointestinal bleeding, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, Helicobacter Pylori, hemostasis, endoscopy.

Язвенная болезнь – это ведущая причина кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Эту патологию чаще всего связывают с гиперсекрецией соляной кислоты, пепсина, особенностями диетических привычек и стрессом. Однако чаще всего язвенная болезнь ассоциирована с инфекцией Helicobacter pylori, которая на настоящий момент носит характер пандемии. Широкое и не всегда обоснованное применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), рост злоупотребления алкоголем, курение также заметно влияют на эпидемиологию этого заболевания [1, 4].

Язвенной болезнью желудка и ДПК страдает 5–10% населения земного шара, заболеваемость ежегодно составляет 0,1–0,3%. Заболеваемость язвенной болезнью расценивается как стабильная. Кровотечение на сегодняшний день является наиболее распространенным осложнением язвенной болезни, при этом ежегодная частота кровотечений в общей популяции колеблется от 0,02 до 0,06%. Смертность в результате впервые возникшего кровотечения из язвенного дефекта составляет около 5–6%. Рецидив кровотечения после проведенного медикаментозного и/или хирургического лечения возникает у 10–15 % пациентов, что повышает риск

смерти в 2–5 раз в зависимости от наличия факторов риска неблагоприятного исхода [3].

По результатам многих исследований наибольший риск рецидивирующего кровотечения имеют пациенты с гемодинамическим шоком, который определяется как систолическое артериальное давление <100 мм рт.ст., часто в сочетании с тахикардией >100 ударов в минуту [4].

Ряд исследователей считает, что риск рецидива также зависит от уровня гемоглобина: при уровне гемоглобина 10 г/л риск рецидива кровотечения во много раз выше, чем у больного, которому была проведена гемотрансфузия в качестве патогенетической терапии [1, 3].

На возникновения рецидива также влияет объем проведенной гемотрансфузии, а также назначение в качестве симптоматической терапии НПВП. Так, большой объем гемотрансфузии (более 1,5 л), применение НПВС повышают риск развития рецидива в 4 раза [1].

Статистически важными и влияющими на прогноз повторного кровотечения являются: локализация язвенного дефекта в области малой кривизны (вероятно, в связи с травматизмом пищевым комком), а также на задней стенке двенадцатиперстной кишки [6].

Риск рецидива напрямую зависит от выбора тактики лечения. Так, например, комбинированное эндоскопическое лечение с инфильтрацией адреналином 0,01% подслизистого слоя, аргонплазменная коагуляция, имеют меньший риск возникновения рецидива, чем монотерапия адреналином [1]. При этом, тактика будет зависеть от оценки кровотечения по шкале Forrest. При Ia типе риск кровотечения составляет 80%, при IIa типе риск повторного кровотечения составляет 50% [5]. Выполнение повторной фиброэзофагогастродуоденоскопии (ФЭГДС) в течение 16-48 часов (second-look) после комбинированного эндоскопического лечения и парентерального введения ингибиторов протонной помпы не имеет доказанного положительного влияния на прогноз в отношении рецидива кровотечения у

больных с низким риском рецидива, тогда как у больных с высоким риском является необходимостью [2].

Следует отметить, что такие коморбидные состояния, как хроническая сердечная недостаточность, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, хроническая болезнь почек в состоянии суб- и декомпенсации обсусловливают плохой прогноз в отношении рецидива кровотечения и смертности [1]. Кроме того, большое число пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы принимает прямые пероральные антикоагулянты, которые повышают риск желудочно-кишечных кровотечений.

Диагностика рецидивирующего язвенного гастродуоденального кровотечения заключается в анализе жалоб больного, анамнестических данных (язвенная болезнь в анамнезе, выявление факторов риска, описанных выше), физикальных данных, результатов общеклинических исследований, эндоскопии. По результатам последней кровотечение оценивается по шкале Forrest (рис.1) [5].

Grade	Endoscopic picture	Risk of rebleeding
I	active haemorrhage	
IA	spurting	85-100%
IB	oozing	10-27%
II	signs of recent haemorrhage	
IIA	visible vessel	50%
IIB	adherent clot	30-35%
IIC	haematin covered flat spot (dark spot)	< 8%
III	no signs of haemorrhage – clean bed of ulcer	< 3%

Рис.1 Классификация тяжести кровотечения из язвы по Forrest, оценка риска повторного кровотечения в зависимости от эндоскопической картины

Необходимость выполнения какого-либо вмешательства (гемотрансфузия, эндоскопическое лечение) оценивается по шкале Glasgow-Blatchford, также важна оценка шокового индекса.

Больные с нестабильной гемодинамикой подлежат медикаментозной коррекции перед стартом эндоскопического лечения [1].

Гемотрансфузия также является одним из важнейших лечебных мероприятий у больных с гастро-дуоденальным кровотечением, поскольку повышает выживаемость этих больных. Гемотрансфузия показана при уровне гемоглобина 70 г/л и ниже. Применение ингибиторов протонной помпы оценено в нескольких исследованиях и рекомендовано в руководствах по пред- и постэндоскопическому лечению [5, 6]. Несколько исследований показали, что лечение ингибиторами протонной помпы в высоких дозах (80 мг эзомепразола болюсно внутривенно и непрерывная инфузия 8 мг / ч в течение 72 ч) снижает повторное кровотечение, необходимость хирургического вмешательства и смертность после эндоскопии [1, 3]. Использование прокинетиков перед эндоскопиец снижает необходиомость в повторной эндоскопии.

Эндоскопия является абсолютным золотым стандартом диагностики и лечения кровотечений. Локализация точного места кровотечения позволяет провести дальнейшую стратификацию риска и выполнить эндоскопический гемостаз одноэтапно. Тем не менее, сроки проведения эндоскопии у пациентов с язвенным кровотчением активно обсуждаются. Рекомендуется проводить эндоскопию в течение 24 часов после поступления пациентов с кровотечением, однако необходимо дополнительно дифференцировать пациентов в соответствии с их профилем риска и состоянием гемодинамики. У пациентов с геморрагическим шоком эндоскопия должна быть срочно выполнена после стабилизации гемодинамики в течение 12 часов [3]. Однако была изучена следующая закономерность: если размер язвы составляет более 2 см и у больного имеется артериальная гипотензия в момент повторного кровотечения, то высока вероятность неудачи повторного эндоскопического лечения [2].

Оперативное лечение требуется в 3–10% случаев. Показания к операции: во-первых, когда эндоскопическая терапия оказывается безуспешной и кровотечение сохраняется, во-вторых, когда кровотечение повторяется после успешной повторной эндоскопии. В качестве оперативного

вмешательства в настоящий момент рассматривают ушивание язвенного дефекта, так и гастродуоденальные резекции. Однако частота осложнений, смертность после хирургических операций довольно высока, а положительный эффект от повторного эндоскопического лечения как правило наблюдается у 3/4 пациентов, поэтому предпочтение все-таки отдается эндоскопическому методу [4, 5].

Транскатетерная артериальная эмболизация (ТАЭ) – альтернатива хирургическому лечению. ТАЭ бедренным доступом с использованием клеевого композита применяется в качестве метода окончательной остановки кровотечения и может быть рассмотрено с целью профилактики рецидива кровотечения из язвенного дефекта. Эмболизация значительно снижает риски рецидива [2].

Помимо ТАЭ в качестве профилактики кровотечений больному рекомендуется коррекция образа жизни: отказ от вредных привычек, изменение диетических привычек, прием ингибиторов протонной помпы, эрадикация Helicobacter pylory, отказ от неразумного и нецелесообразного применения НПВП [2, 5].

Таким образом, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – это мультифакторное заболевание. Одним из грозных осложнений которого является кровотечение из язвенного дефекта. В первую очередь стандартным методом достижения гемостаза является эндоскопия. Однако существуют определенные факторы рецидива кровотечения и возникновения неблогоприятного исхода. Стратификация риска главным образом влияет на тактику лечения у больных с рецидивируюшими кровотечениями из гастродуоденальных язв. В лечении важное место занимает консервативное пре- и постэндоскопическое лечение, а именно, восстановление гемодинамики, своевременная гемотрансфузия, введение ингибиторов протонной помпы. В качестве профилактики рецидива могут использоваться рентгенэндоваскулярные методики, например, транскатетерная артериальная эмболизация, которая имеет хорошие отдаленные результаты. Однако не

менее важно корректировать образ жизни больного, назначить консервативное этиопатогенетическое лечение.

Литература

1. Beales, Ian. “Recent advances in the management of peptic ulcer bleeding.” F1000Research vol. 6 1763. 27 Sep. 2017, doi:10.12688/f1000research.11286.1
2. Kaminskis, Aleksejs et al. “Endoscopic hemostasis followed by preventive transarterial embolization in high-risk patients with bleeding peptic ulcer: 5-year experience.” World journal of emergency surgery: WJES vol. 14 45. 10 Sep. 2019, doi:10.1186/s13017-019-0264-z
3. Lai, Yongkang et al. “Development and validation of a model to predict rebleeding within three days after endoscopic hemostasis for high-risk peptic ulcer bleeding.” BMC gastroenterology vol. 22,1 64. 14 Feb. 2022, doi:10.1186/s12876-022-02145-9
4. Malik, Talia F., et al. “Peptic Ulcer Disease.” StatPearls, StatPearls Publishing, 29 July 2021.
5. Mille M, Engelhardt T, Stier A. Bleeding Duodenal Ulcer: Strategies in High-Risk Ulcers. Visc Med. 2021;37(1):52-62. doi:10.1159/000513689
6. Tarasconi, Antonio et al. “Perforated and bleeding peptic ulcer: WSES guidelines.” World journal of emergency surgery: WJES vol. 15 3. 7 Jan. 2020, doi:10.1186/s13017-019-0283-9

Literature

1. Beales, Ian. “Recent advances in the management of peptic ulcer bleeding.” F1000Research vol. 6 1763. 27 Sep. 2017, doi:10.12688/f1000research.11286.1
2. Kaminskis, Aleksejs et al. “Endoscopic hemostasis followed by preventive transarterial embolization in high-risk patients with bleeding peptic ulcer: 5-year experience.” World journal of emergency surgery: WJES vol. 14 45. 10 Sep. 2019, doi:10.1186/s13017-019-0264-z

3. Lai, Yongkang et al. “Development and validation of a model to predict rebleeding within three days after endoscopic hemostasis for high-risk peptic ulcer bleeding.” BMC gastroenterology vol. 22,1 64. 14 Feb. 2022, doi:10.1186/s12876-022-02145-9
4. Malik, Talia F., et al. “Peptic Ulcer Disease.” StatPearls, StatPearls Publishing, 29 July 2021.
5. Mille M, Engelhardt T, Stier A. Bleeding Duodenal Ulcer: Strategies in High-Risk Ulcers. Visc Med. 2021;37(1):52-62. doi:10.1159/000513689
6. Tarasconi, Antonio et al. “Perforated and bleeding peptic ulcer: WSES guidelines.” World journal of emergency surgery: WJES vol. 15 3. 7 Jan. 2020, doi:10.1186/s13017-019-0283-9

© Стуков А.И., Булдакова А.А., Котельников М.В., Павлова В.Н. 2022 Научно-образовательный журнал для студентов и преподавателей «StudNet» №5/2022.

Для цитирования: Стуков А.И., Булдакова А.А., Котельников М.В., Павлова В.Н. РЕЦИДИВЫ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ. ПРИЧИНЫ, ДИАГНОСТИКА, ТАКТИКА// Научно-образовательный журнал для студентов и преподавателей «StudNet» №5/2022.