

УДК 616.33/342-002.44-005.1-085.243.032

Эффективность пантопразола при парентеральном введении у больных с острыми язвенными гастродуоденальными кровотечениями с высоким риском рецидива

С.Г. Шаповальянц, С.А. Чернякевич, А.И. Михалев, О.И. Юдин,
И.В. Бабкова, Г.Н. Сторожук, Е.К. Маят, П.Л. Чернякевич

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, НОЦ «Абдоминальная хирургия и эндоскопия», городская клиническая больница № 31

Efficacy of parenteral pantoprazole in patients with acute ulcerative gastroduodenal bleeding at high risk of relapse

S.G. Shapovalyants, S.A. Chernyakevich, A.I. Mikhalev, O.I. Yudin, I.V. Babkova,
G.N. Storozhuk, Ye.K. Mayat, P.L. Chernyakevich

Цель исследования. Определить эффективность комплексного лечения больных с острыми язвенными гастродуоденальными кровотечениями (ОЯГДК) с высоким риском рецидива, предусматривающего эндоскопический гемостаз, базисную интенсивную антисекреторную терапию препаратом «Санпраз» (пантопразол) в сочетании с антигеликобактерными средствами.

Материал и методы. Обследовано 30 больных с ОЯГДК, в том числе из язвы желудка в 17 случаях, из язвы двенадцатиперстной кишки – в 13. Острые симптоматические язвы диагностированы у 14 пациентов, у остальных 16 имела место язвенная болезнь. В 17 случаях язвенное кровотечение возникло на фоне выраженной сопутствующей сердечно-сосудистой патологии. Мужчин было 19, женщин – 11, средний возраст соответственно 53 и 73 года, при этом старше 65 лет было 81,8% больных.

Анализировали данные эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС), характеризующие источник кровотечения, его интенсивность (по Forrest), риск рецидива. Для эндогемостаза применяли инъекционный

Aim of investigation. To determine efficacy of complex treatment of patients with *acute ulcerative gastroduodenal bleeding* (AUGDB) with high risk of relapse including endoscopic hemostasis, basic intensive anti-secretory treatment by «Sunpraz» (pantoprazole) in combination to antihelicobacter agents.

Material and methods. Overall 30 patients with AUGDB, including 17 cases of stomach ulcer, 13 cases of duodenal ulcer were investigated. Acute symptomatic ulcers were diagnosed in 14 patients, peptic ulcer – at the other 16. In 17 cases ulcerative bleeding developed on a background of severe concomitant cardio-vascular disease. Of them 19 were men, 11 – women, mean age 53 and 73 years respectively, 81,8 % of patients over 65 years old.

Esophagogastroduodenoscopy data (EGDS) indicating the source of bleeding, its intensity (according to Forrest classification), risk of relapse were analyzed. Injection method, argon plasma laser coagulation, clipping of the vessel were applied for endoscopic hemostasis. Bolus intravenous injection of 40 mg of sunpraz, followed by infusion of 160 mg of sunpraz by infusion for

Шаповальянц Сергей Георгиевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий НОЦ «Абдоминальная хирургия и эндоскопия» ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздравсоцразвития. Контактная информация: Москва, ул. Лобачевского, д. 42, ГКБ № 31

Чернякевич Светлана Александровна – доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник НОЦ «Абдоминальная хирургия и эндоскопия» ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздравсоцразвития. Контактная информация: plcherni@inbox.ru; Москва, ул. Лобачевского, д. 42, ГКБ № 31

Бабкова Инна Валентиновна – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник НОЦ «Абдоминальная хирургия и эндоскопия» ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздравсоцразвития. Контактная информация: innababkova1@mail.ru; Москва, ул. Лобачевского, д. 42, ГКБ № 31

метод, аргонплазменную коагуляцию, клипирование сосуда. В условиях реанимационного отделения выполняли болюсное внутривенное введение 40 мг санпраза, затем продолжали инъекцию с помощью инфузомата 160 мг препарата в течение 3 сут. ЭГДС повторяли на 2, 4, 7 и 14-е сутки для оценки эффективности лечения.

Результаты. При поступлении продолжающееся ОЯГДК (Forrest Ia) было выявлено у 6 больных, кровотечение из-под сгустка (Forrest Ib) – у 2, остановившееся на момент осмотра кровотечения (Forrest IIa) – у 14, с фиксированным тромбом (Forrest IIb) – у 8. Эндогемостаз в сочетании с внутривенным введением санпраза у большинства больных привели к остановке кровотечения. Рецидив отмечен только у 2 человек. Летальный исход наступил у 5 пациентов от сопутствующих заболеваний.

Выводы. Парентеральное введение санпраза с последующим приемом препарата *per os* в сочетании с эндогемостазом и антигеликобактерной терапией – эффективный способ лечения больных с ОЯГДК и высоким риском возникновения их рецидивов.

Ключевые слова: гастродуоденальное язвенное кровотечение, эндоскопический гемостаз, санпраз (пантопразол).

Кровотечения из язв желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) остаются актуальной проблемой, и если терапевтические клиники могут обсуждать вопросы лечения таких пациентов под лозунгом «язвенная болезнь, прощай», то хирургические стационары решают их путем совершенствования методов лечения *острых язвенных гастродуоденальных кровотечений* (ОЯГДК), число которых во всем мире держится на высоком уровне. Так, в США частота встречаемости данной патологии составляет 60 на 100 000 населения и не имеет тенденции к снижению. Непосредственные расходы на стационарное лечение больных с ОЯГДК превышают в этой стране 2 млрд долларов в год. При этом летальность составляет от 5 до 10% [7].

Обращает внимание и тот факт, что рассматриваемому осложнению свойственны рецидивы кровотечения и летальные исходы часто от сопутствующей патологии. По данным С.В. Силуянова и соавт. [6], у $\frac{1}{3}$ больных с язвой ДПК, осложненной массивным кровотечением, несмотря на профилактическое лечение, заболевание протекает неблагоприятно, существует риск повторных осложнений. Такие больные нуждаются в плановом хирургическом вмешательстве.

Несомненно, что *язвенная болезнь* (ЯБ) не является единственной причиной ОЯГДК. В настоящее время участились случаи язвообразования у пожилых больных, при неконтролируемом приеме *нестероидных противовоспалительных препаратов* (НПВП), обезболивающих и антитромботических средств. Ульцерогенными могут

3 days at intensive care unit was carried out. EGDS was repeated on the 2, 4, 7 and 14th day for evaluation of treatment efficacy.

Results. At admission ongoing AUGDB (Forrest Ia) was revealed at 6 patients, bleeding from under a clot (Forrest Ib) – in 2 patients, bleeding stopped at the time of examination (Forrest IIa) – in 14, with fixed thrombus (Forrest IIb) – in 8. Endoscopic hemostasis in combination to intravenous sunpraz injection in the majority of patients resulted in arrest of bleeding. Relapse developed only in 2 person. Five patients died of concomitant diseases.

Conclusions. Injection of sunpraz with subsequent oral intake of the drug in combination to endoscopic hemostasis and antihelicobacter treatment is an effective method of treatment of AUGDB at high risk of relapses.

Key words: gastroduodenal ulcerative bleeding, endoscopic hemostasis, sunpraz (pantoprazole).

быть и экстремальные ситуации, а также сопутствующие заболевания.

Часто кровотечение вызывают симптоматические язвы, ассоциированные с приемом НПВП и антикоагулянтов [1]. А.В. Калинин [4] приводит сведения о том, что виды симптоматических гастродуоденальных язв среди обследованных больных распределяются следующим образом: стрессовые язвы после хирургических вмешательств, травм, ожогов, чрезвычайных ситуаций в жизни и работе – 31,8%, сочетанные язвы при заболеваниях – 43,2%, лекарственные язвы – 24,3%, эндокринные язвы – 0,7%. Язвенное поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта протекает у пожилых пациентов атипично: болевой синдром, как и сезонность, нередко отсутствует, язва желудка диагностируется чаще – в 73% случаев, в 63% имеет место «перехлест» с ишемической болезнью сердца, в 27% – с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, в 79% кислотопродукция в желудке снижается [3]. По мнению автора, несмотря на применение самых современных программ профилактики и лечения ЯБ желудка и ДПК, «сохраняется тенденция к увеличению риска заболеваемости», прежде всего язв желудочной локализации среди пожилого населения.

А.И. Пальцев [5] свидетельствует о «глобальном постарении населения в развитых странах мира» (в 2016 г. «доля лиц старше 60 лет составит почти четверть населения»). Эти обстоятельства диктуют необходимость совершенствования всех этапов лечения больных с ОЯГДК.

В литературе имеются материалы, отражающие хронологию исследований для оценки клинической эффективности антисекреторных препаратов, применяемых при ОЯГДК. Согласно данным, полученным М.А. Евсеевым и соавт. [2], в 90-е годы «фактом, доказанным теоретически и экспериментально», явилась необходимость создания при ОЯГДК гипоацидной или анацидной интрагастральной среды для реализации агрегационного потенциала тромбоцитов, коагуляционного потенциала плазмы и предотвращения лизиса формирующегося тромба пепсином. Авторы делают вывод, что после эндоскопического гемостаза обоснованно использовать продленное внутривенное введение ингибиторов протонной помпы с последующим переходом на пероральный прием препарата.

Цель настоящего исследования — определить эффективность комплексного применения при ОЯГДК с высоким риском возникновения их рецидивов эндоскопического гемостаза, базисной интенсивной антисекреторной и антигеликобактерной терапии.

В исследование включались больные с язвами желудка и ДПК различной этиологии, осложненными острым кровотечением с высоким риском рецидива (Forrest I a,b; II a,b), и исключались пациенты с перенесенным язвенным кровотечением, заживающей язвой (Forrest III), с низким риском рецидива кровотечения по клинико-лабораторным и эндоскопическим данным.

Материал и методы исследования

В исследовании участвовали 30 больных: мужчин — 19, женщин — 11, средний возраст соответственно 53 и 73 года. Мужчин старше 65 лет было 4 (22%), женщин — 9 (81,8%).

Язва желудка диагностирована у 13 больных (43,37%), среди них было 6 мужчин и 7 женщин. У одного пациента она локализовалась в области *пищеводно-желудочного перехода* (ПЖП).

Язва ДПК выявлена у 12 обследованных (40%) — соотношение мужчин и женщин 9:3. В эту группу была включена больная с рецидивной язвой гастроэнтероанастомоза после перенесенной ранее стволовой ваготомии и гастроэнтероанастомоза по поводу язвенной болезни.

В 5 случаях (16,7%) имела место сочетанная форма ЯБ. Из общего количества пациентов у 3 язвы желудка были множественными.

При эндоскопическом исследовании наряду с язвами в желудке или ДПК у 6 больных обнаружен рефлюкс-эзофагит (1-А, 3-В, 2-Д по Лос-Анджелесской классификации). Рубцово-язвенная деформация ДПК отмечена в 7 случаях, эрозивно-геморрагический гастрит — в 2, синдром Мэллори–Вейса — в 4.

Сопутствующая патология выявлена у большинства больных и была представлена различны-

ми заболеваниями сердечно-сосудистой системы с учетом возрастных изменений. Так, ишемической болезнью сердца страдали 13, гипертонической болезнью 2-й стадии — 14 пациентов. Распространенный атеросклероз наблюдался у 7 больных, трое из них имели в анамнезе острое нарушение мозгового кровообращения. Еще в 5 случаях были хронические заболевания с поражением центральной нервной системы, такие как болезни Паркинсона, Альцгеймера, Вилленбранда, которые в 2 случаях сопровождались хронической почечной недостаточностью. Сахарным диабетом страдали 2 больных.

Источником кровотечения у 17 пациентов была язва желудка и у одного — язва ПЖП. Это были 9 мужчин (средний возраст 54,9 года) и 8 женщин в возрасте 69,0 года. У 13 больных причиной кровотечения послужила дуоденальная язва, среди них было 10 мужчин (средний возраст 51,3 года) и 3 женщины преклонного возраста (81,2 года).

Из 30 больных у 16 (53,3%) ОЯГДК было осложнением язвенной болезни, а у 14 (46,7%) источником кровотечения были симптоматические язвы.

При поступлении оценивали клинические и анамнестические данные, сопутствующую патологию, а также лабораторные показатели, характеризующие тяжесть состояния больного.

В экстренном порядке всем пациентам выполняли ЭГДС. Первый ее этап был диагностическим с определением источника кровотечения, интенсивности кровотечения по Forrest и риска его рецидива. Вторым этапом выполнялись лечебные мероприятия по остановке продолжающегося или профилактики остановившегося на момент осмотра кровотечения (эндоскопический гемостаз).

Методы эндоскопического гемостаза. Выбор отдельных методов эндоскопического гемостаза или их комбинации для конкретного больного осуществлялся в соответствии с характеристиками источника кровотечения и особенностями самого метода.

При массивном продолжающемся кровотечении, когда прицельное воздействие на кровоточащий сосуд было невозможно, в первую очередь независимо от локализации язвы использовали инъекции 5–10 мл 0,005% раствора адреналина (3–4 вкола по 3 мл в зоне наибольшего поступления «свежей» крови). Если сосуд был виден или доступен, гемостаз начинали с инъекционного метода — обкалывание спирт-новокаиновой смесью (4 вкола по 3 мл), раствором адреналина. После этого применяли завершающий этап гемостаза — клипирование самого сосуда или *аргоноплазменную коагуляцию* — АПК (ERBE, coag. А 80, мощность 80 Вт, поток 2 л/мин, 4 импульса) с формированием, как правило, черного посткоагуляционного струпа. АПК проводили с помощью зонда, введенного в биопсийный канал

эндоскопа, соединенного с источником аргона APC-300 и электрокоагулятором CC-200 фирмы ERBE (Германия).

Эндоскопическое клипирование с использованием металлических клипс осуществляли вращающимся клипатором НХ-5 LR-1 («Olympus», Япония).

При остановившемся на момент осмотра кровотечения, особенно при наличии в дне язвы тромбированного сосуда (Forrest Ia), эндоскопический гемостаз начинали с использования инъекционного метода паравазально в комбинации с бесконтактным методом — АПК. При наличии в дне язвы фиксированного тромб-сгустка (Forrest Ib) его удаляли прицельным отмыванием, затем применяли инъекционный метод и АПК.

После завершения гемостаза выполняли биопсию слизистой оболочки на *H. pylori* и для исключения онкологического процесса (при желудочных язвах).

В протоколе ЭГДС фиксировали параметры язвенного дефекта с характеристикой кровотечения по Forrest, указанием методики гемостаза, риска рецидива кровотечения и факта включения больного в настоящее исследование.

В последующем проводили динамический эндоскопический контроль эффективности лечения. Контрольную ЭГДС выполняли на 2, 4, 7 и 14-е сутки пребывания пациента в стационаре. При этом оценивали состояние источника кровотечения, опасность рецидива и по показаниям (сохранение «интактным» обработанного ранее сосуда, появление новых сосудов либо эндоскопических признаков рецидива кровотечения без изменения гемодинамических данных) осуществляли дополнительные лечебные манипуляции по эндоскопическому гемостазу.

Риск рецидива кровотечения определяли по клиническим критериям:

- анамнестическое указание на высокий темп кровотечения на догоспитальном этапе (обильная кровавая рвота или массивная мелена);
- клинические признаки геморрагического шока (потеря сознания, систолическое давление ниже 100 мм рт. ст., пульс выше 100 ударов в минуту, Hb ниже 50 г/л);
- повторно рецидивирующее кровотечение на догоспитальном этапе.

Учитывали эндоскопические признаки:

- продолжающееся артериальное кровотечение в момент исследования (Forrest Ia);
- недавно перенесенное кровотечение из язвы (Forrest Ia), просачивание крови из-под сгустка;
- видимый сосуд в дне язвы (Forrest Ib);
- тромб-сгусток в дне язвы (Forrest Ib);
- язва больших размеров и глубины, множественные язвы;
- расположение язвы в зоне прохождения крупных сосудов.

Суточная рН-метрия выполнялась после перевода больного из реанимационного отделения в хирургическое при отсутствии противопоказаний (проведена 9 пациентам). Регистрация рН в теле желудка, антральном и кардиальном отделах осуществлялась с помощью зонда с хлор-серебряным электродом фирмы «Исток-Система», который устанавливали под рентгенологическим контролем, и регистрирующим устройством «Гастроскан-24». Данные 24-часовой рН-метрии подвергали компьютерной обработке.

Методика медикаментозного лечения. В условиях реанимационного отделения в течение 30 мин выполняли болюсное внутривенное введение 40 мг санпраза, разведенного в 100 мл физиологического раствора. Затем продолжали его внутривенное введение с помощью инфузома (160 мг на 800 мл физиологического раствора). На 2-е и 3-и сутки ежедневно вводили капельно 160 мг препарата. Антигеликобактерная терапия состояла в ежедневном внутривенном введении 500 мг метрагила и внутримышечном введении 250 мг амоксициллина 4 раза в сутки.

После констатации невысокого риска ОЯГДК большинство больных переводили из реанимационного в хирургическое отделение, где продолжали лечение санпразом (перорально по 40 мг 2 раза в сутки на протяжении 4 нед). Антигеликобактерная терапия продолжалась в целом 14 дней: амоксициллин 1000 мг 2 раза, метронидазол 500 мг 2 раза в сутки.

Результаты исследования

В ближайшие часы от манифестации кровотечения поступили 13 больных, в течение суток — 7 и через 2 и более суток — 10. Состояние поступивших расценивалось как средней степени тяжести у 13, как тяжелое — у 16, крайне тяжелое — у 1 пациентки.

Язвенный анамнез у многих больных отсутствовал и только у 4 прослеживался в течение 5, 7, 15 и 40 лет. Ранее оперированы по поводу ЯБ 3 больных, 2 пациента перенесли ушивание перфоративной язвы ДПК, один из них дважды с периодом ремиссии более 20 лет. Одна больная оперирована в 2010 г. по поводу язвенного пилородуоденального стеноза (выполнены стволовая ваготомия и гастроэнтероанастомоз). У 3 больных в анамнезе были *желудочно-кишечные кровотечения* (ЖКК).

При поступлении характерными для ЖКК жалобами были: слабость и головокружение — у 19 больных, рвота «кофейной гущей» — у 14, мелена — у 23, боли в верхней половине живота — у 7. Кратковременная потеря сознания отмечена у 8 пациентов.

При поступлении лабораторные показатели соответствовали тяжести кровотечения: Hb коле-

бался от 47 до 115 г/л, составив в среднем 85,2 г/л, эритроциты — от 1,6 до 4,5 млн (в среднем 2,9 млн).

По данным срочного эндоскопического исследования, *язва желудка*, осложненная кровотечением, локализовалась в различных отделах: в теле желудка по малой кривизне — у 5 больных, по задней стенке — у 2, в субкардиальном отделе по задней стенке — у 1, в области ПЖП — у 1, в антральном отделе по задней стенке — у 2, в антральном отделе по передней стенке — у 1, в пилорическом канале — у 1. Исследование биопсийного материала в этой группе больных не выявило онкологического процесса.

Кроме того, при сочетанной форме ЯБ кровотечение из язвы желудочной локализации имело место у 4 пациентов: в теле желудка по малой кривизне — у 3, в антральном отделе по передней стенке — у 1.

Размеры язвенного поражения колебались от 4 до 80 мм — в среднем 17,8 мм, глубина была от 1 до 7 мм — в среднем 3,3 мм. В дне язвы у 12 больных определялся сосуд диаметром от 1 до 2,5 мм — в среднем 1,7 мм.

По клиническим и эндоскопическим данным у всех больных риск рецидива кровотечения признан высоким.

Из 17 пациентов у 4 отмечен острый характер язвы желудка на фоне хронической сочетанной формы ЯБ, у 1 имела место хроническая кровоточащая язва, у 12 по данным ЭГДС и анамнеза была острая язва, которая расценена как симптоматическая.

Продолжающееся на момент первичного эндоскопического осмотра кровотечение (Forrest Ia) наблюдали у 5 больных: у 4 — с язвой желудка и у 1 — с язвой ПЖП. Эндоскопический гемостаз у них осуществляли инъекционным способом с введением раствора адреналина и с помощью АПК.

Еще у 2 пациентов струйное кровотечение из язвы желудка отмечено при повторных осмотрах: у одного — на 2-е, у другого — на 3-и сутки после первичного гемостаза, что потребовало повторно-го гемостаза с применением АПК и инъекционного метода.

У всех больных с активным кровотечением в последующие 3–4 дня проводилась профилактика его рецидива методом АПК.

Кровотечение из краев сформированного ступка крови при первичной ЭГДС зарегистрировано у 2 пациентов (Forrest Iv). У одного из них инъекцией спирт-новокаиновой смеси в сочетании с АПК кровотечение было остановлено и не возобновилось. У второго после первичного гемостаза тем же способом на 2, 3, 5-е сутки возник рецидив кровотечения. В эти сроки проводили остановку кровотечения АПК с последующей профилактикой. На 16-е сутки больной был оперирован: в связи с тяжестью состояния

ограничились клиновидной резекцией желудка с язвой, однако на фоне прогрессирующего ухудшения состояния на 19-е сутки от момента поступления и на 3-и сутки после операции наступил летальный исход.

У большинства пациентов с язвой желудочной локализации кровотечение во время первичного осмотра не наблюдалось, при этом у 7 обнаружен тромбированный сосуд в дне язвы (Forrest IIa), а у 3 — фиксированный тромб (Forrest IIb). В данной группе использовали: в 4 случаях — АПК, в 5 — АПК в сочетании с инъекционным методом. У одной больной с большими размерами острой язвы применили клипирование сосуда.

В целом эндоскопический гемостаз в комбинации с внутривенным болюсным введением санпраза с последующей непрерывной его инфузией и продолженным пероральным приемом привели наряду с надежной остановкой кровотечения к эффективному заживлению язвенного дефекта. Так, у 9 больных при контрольной ЭГДС на 14-й день наблюдалось уменьшение размеров желудочной язвы, в среднем с 17,8 до 8,0 мм. В 2 случаях на 11–17-й день от поступления достигнуто полное рубцевание язв несмотря на множественность и обширность изъязвлений у одной пациентки пожилого возраста.

Рецидив кровотечения отмечен у 2 больных с выраженной сопутствующей патологией. У одного из них на 2-е сутки после первичного гемостаза вследствие подтекания крови из краев язвы желудка осуществлен повторный гемостаз, при динамическом наблюдении в последующем признаков продолжающегося кровотечения не выявлено. Однако на 5-е сутки пребывания в стационаре наступил летальный исход от острого инфаркта миокарда.

У другого 73-летнего больного, страдающего сердечно-сосудистыми заболеваниями и хроническим алкоголизмом, в связи с рецидивом кровотечения выполняли неоднократный гемостаз и повторно назначали 3-суточный курс парентерального введения санпраза. В данном случае также отмечен летальный исход на 19-е сутки от поступления и на 3-и сутки после перенесенной клиновидной резекции желудка с язвой, причина смерти — отек легких и сердечная недостаточность на фоне постгеморрагической анемии.

В исследование включены 12 больных с *язвой двенадцатиперстной кишки*, в том числе одна пациентка с язвой гастроэнтероанастомоза, а также один больной с сочетанной формой ЯБ, у которого кровотечение было из дуоденальной язвы. Рубцово-язвенная деформация при ЭГДС и рентгенологическом исследовании выявлена у 6 больных, язва с валом воспаления — у 2, сочетанная форма ЯБ — у 1. С учетом пациентки, оперированной ранее по поводу дуоденальной язвы, язвенная болезнь ДПК признана у 10 больных,

тогда как острая (симптоматическая) язва ДПК была только у 2.

Как правило, кровоточащая язва локализовалась на задней стенке луковицы ДПК, в одном случае язвенный дефект был значительных размеров и занимал полуокружность луковицы. Размеры язв колебались от 6 до 30 мм (в среднем 13,9 мм), глубина — от 2 до 6 мм (в среднем 4,1 мм).

Струйное кровотечение из язвы ДПК по данным ЭГДС (Forrest Ia) при поступлении диагностировано у одного пациента. Произведена успешная его остановка с помощью инъекционного метода с раствором адреналина и АПК. На следующие сутки для профилактики рецидива применен метод клипирования сосуда.

В 7 случаях наблюдали тромбированный сосуд в дне язвы (Forrest IIa), высокий риск кровотечения сохранялся у 3 больных — им осуществлен повторный эндогемостаз в виде АПК с хорошим эффектом.

Еще у одного пациента на 2-е и 4-е сутки сохранялись видимые тромбированные сосуды, в связи с чем ему выполнен повторно гемостаз и только на 7-е сутки угроза рецидива кровотечения ликвидировалась.

У 5 больных в дуоденальной язве отмечен фибрированный тромб-сгусток. При первичной ЭГДС им была проведена АПК с положительным эффектом.

Рецидива кровотечения у больных с дуоденальной язвой не наблюдалось.

Хирургическое вмешательство выполнено одному больному 56 лет с язвенной болезнью ДПК, осложненной пилородуоденальным стенозом в стадии компенсации. Размеры язвы у него были значительными (более 30 мм в диаметре) с активным струйным кровотечением (Forrest Ia). Предпринятый комбинированный гемостаз дал хорошие результаты. Кровотечение остановлено, но на 2-е сутки в дне язвы сохранялся тромбированный сосуд. Несмотря на повторный гемостаз, проводимую терапию ингибиторами протонной помпы (болюсное введение санпраза) по-прежнему имелся высокий риск рецидива кровотечения, что послужило показанием к экстренной операции. На операции диагноз подтвержден, выполнены прошивание язвенного дефекта, пилоропластика. Течение ближайшего послеоперационного периода гладкое. В последующем признаков рецидива кровотечения не наблюдалось. Однако на фоне сопутствующего онкологического заболевания (меланомы кожи с метастазированием в головной мозг) прогрессировала неврологическая симптоматика с развитием острого нарушения мозгового кровообращения и на 52-е сутки от поступления наступил летальный исход.

В анализируемой группе отмечены еще 2 летальных исхода.

У больной 86 лет с отягощенным терапевтическим статусом — острой язвой ДПК (Forrest IIb) после успешной профилактики рецидива методом диатермокоагуляции на 4-е сутки от поступления развилась клиника перитонита. Во время экстренной операции диагностирована гангрена прямой кишки, проведена резекция кишки. Летальный исход наступил в ближайшем послеоперационном периоде. Причина смерти — сегментарный тромбоз в бассейне нижнебрыжеечных сосудов, приведший к некрозу толстой кишки и полиорганной недостаточности.

Больной 50 лет с язвенной болезнью ДПК, кровотечением Forrest IIa из язвы луковицы, осуществлена профилактика рецидива аргонплазменной коагуляцией с последующим внутривенным введением санпраза. На 2-е сутки констатирован положительный эффект от проводимого лечения, язвенный дефект по данным ЭГДС был без признаков кровотечения. Однако на 4-е сутки наступило внезапное ухудшение состояния, приведшее к смерти (острый инфаркт миокарда).

Таким образом, причины трех неблагоприятных исходов у больных с кровоточащей дуоденальной язвой были обусловлены только сопутствующими заболеваниями. Ни в одном из этих наблюдений рецидива кровотечения не отмечено.

В ходе 24-часового мониторинга pH, выполненного у 9 больных на 7–10-е сутки лечения санпразом, выявлено: у 7 из них pH > 4 в теле желудка зарегистрирован от 80 до 100% случаев. У 2 пациентов с язвой ДПК по данным суточной pH-метрии обнаружена нормо- и гипоацидная внутрижелудочная реакция. Следовательно, санпраз, снижая агрессивное воздействие кислого желудочного содержимого, способствует активному заживлению язвенного дефекта у данной категории больных после перенесенного кровотечения.

Обсуждение результатов исследования

В течение 8 мес с февраля 2011 г. в клинике были обследованы и пролечены 30 больных с ОЯГДК — осложнением язвенной болезни у 16 и симптоматическими язвами у 14. У всех пациентов при поступлении отмечен высокий риск рецидива кровотечения.

Большинство лечившихся (мужчин старше 65 лет было 21%, женщин — 81,8%) имели сопутствующую патологию, главным образом сердечно-сосудистые заболевания. В ряде случаев при сочетанной патологии больные вынуждены были принимать наряду с кардиологическими средствами НПВП, кортикостероиды, аспирин, тромбоасс, т. е. гастротропные препараты.

Анализ показал, что сохраняется тенденция к увеличению пожилого контингента пациентов

с острыми, подчас массивными кровотечениями из язвенных поражений желудка и ДПК. По-видимому, у такой возрастной группы больных имеет место гипоксия, а также трофические нарушения в слизистой оболочке желудка и ДПК.

Применение интенсивной парентеральной терапии ингибиторами протонной помпы совместно с эндоскопическим гемостазом, по нашим данным, дали свои положительные результаты и позволили практически у всех пациентов не только провести остановку и профилактику рецидива кровотечения из язвы, но и значительно ускорить заживление язвенного дефекта.

Эндоскопическая остановка продолжающегося на момент осмотра кровотечения (Forrest Ia и Ib) непосредственно после поступления больного в стационар с применением инъекционного метода с раствором адреналина и АПК была, как правило, успешной. Несмотря на «неудобное» расположение язвы по задней стенке и малой кривизне желудка или наличие язвы больших размеров важным было повторное проведение профилактики рецидива кровотечения с использованием АПК, дающей надежду на окончательную его остановку. Динамическая ЭГДС позволяла во всех случаях наблюдать изменения в состоянии язвенного дефекта (уменьшение размеров, глубины), характеризовать кровоточащий сосуд.

Нами не выявлено различий в степени активности кровотечения (продолжающееся или остановившееся на момент осмотра) из острых и хронических язв дуоденальной и желудочной локализации.

Комплексное консервативное лечение, включающее эндоскопический гемостаз и парентеральное

введение санпраза, дало возможность у подавляющего большинства больных избежать экстренной операции. Хирургическое вмешательство в срочном порядке, сразу после перенесенного такого грозного осложнения, как кровотечение, особенно у больных пожилого возраста на фоне постгеморрагической анемии, опасно развитием осложнений. Следует рекомендовать продолженный курс лечения санпразом и в последующем индивидуально рассматривать вопрос о хирургическом лечении в плановом порядке, когда исключен симптоматический характер язвенного поражения.

Выводы

1. У больных с высоким риском рецидива острых язвенных гастродуоденальных кровотечений 3-суточное парентеральное введение 160 мг санпраза (пантопразола) в сочетании с эндоскопическим гемостазом с последующим пероральным приемом препарата и антигеликобактерной терапией являются эффективным способом лечения и позволяют избежать экстренного оперативного вмешательства.

2. Рецидив кровотечения на фоне комплексной терапии возник лишь у 2 больных (6,7%) старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией из острых симптоматических язв желудка.

3. Летальные исходы у 5 больных (16,7%) с ОЯГДК не были связаны с рецидивом кровотечения из язв, а зависели от сопутствующих заболеваний.

Список литературы

1. Белова И.И., Демина Е.И. Причины гастродуоденальных язв и характер осложнений у пациентов городского гастроэнтерологического отделения // Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. — 2011. — Т. 11, № 5. — С. 21.
1. Belova I.I., Demina E.I. Causes of gastroduodenal ulcers and morbidity pattern in patients of city gastroenterological department // Ros. zhurn. gastroenterol. hepatol. koloproktol. — 2011. — Vol. 11, N 5. — P. 21.
2. Евсеев М.А., Клишин И.М. Эффективность антисекреторной терапии ингибиторами протонной помпы при гастродуоденальных язвенных кровотечениях // Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. — 2010. — Т. 10, № 3. — С. 55–62.
2. Yevseyev M.A., Klishin I.M. Efficacy of antisecretory treatment by proton pump inhibitors at gastroduodenal ulcerative bleedings // Ros. zhurn. gastroenterol. hepatol. koloproktol. — 2010. — Vol. 10, N 3. — P. 55–62.
3. Звенигородская Л.А. Особенности клинического течения и лекарственной терапии язвенной болезни у пожилых больных // Consilium medicum. — 2007. — Т. 10, № 8. — С. 27–33.
3. Zvenigorodskaya L.A. Features of clinical course and pharmaceutical treatment of peptic ulcer in elderly patients // Consilium medicum. — 2007. — Vol. 10, N 8. — P. 27–33.
4. Калинин А.В. Симптоматические гастродуоденальные язвы и язвенная болезнь // Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. — 2004. — Т. 4, № 3. — С. 22–31.
4. Kalinin A.V. Symptomatic gastroduodenal ulcers and peptic ulcer disease // Ros. zhurn. gastroenterol. hepatol. koloproktol. — 2004. — Vol. 4, N 3. — P. 22–31.
5. Пальцев А.И. Проблемы здоровья и болезни, диагностики и лечения с историко-философских позиций // Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. — 2011. — Т. 11, № 5. — С. 181.
5. Paltsev A.I. The issue of health and disease, diagnostics and treatment from historical-philosophical standpoints // Ros. zhurn. gastroenterol. hepatol. koloproktol. — 2011. — Vol. 11, N 5. — P. 181.
6. Силюянов С.В., Тронин Р.Ю., Баглаенко М.В., Ворыханов А.В. Профилактика рецидива язвенных кровотечений высокими дозами эзомепразола // Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. — 2009. — Т. 9, № 5. — С. 38.
6. Siluyanov S.V., Tronin R.Yu., Baglayenko M.V., Vorykhanov A.V. Prophylaxis of relapse of ulcer bleedings by high doses of esomeprazole // Ros. zhurn. gastroenterol. hepatol. koloproktol. — 2009. — Vol. 9, N 5. — P. 38.
7. Грайнек И.М., Баркум А.М., Бардот М. Management of acute bleeding from a peptic ulcer // N. Engl. J. Med. — 2008. — N 359. — P. 928–937.