



О возможности повторного эндоскопического гемостаза при рецидиве язвенного гастродуоденального кровотечения

Н. В. Лебедев¹, А. Е. Климов¹, М. Ю. Персов¹, В. А. Петухов^{1, 2}

¹ Российский университет дружбы народов, г. Москва

² Городская клиническая больница № 64 Департамента здравоохранения города Москвы

Цель исследования: изучение целесообразности повторного эндоскопического гемостаза при рецидиве язвенного кровотечения.

Дизайн: проспективное исследование.

Материалы и методы. В исследование включили 1360 больных с диагнозом язвенного гастродуоденального кровотечения. Из них 770 (56,6%) пациентам были определены показания для эндоскопического гемостаза. У 590 (43,4%) больных показания к его проведению не выявили в связи с крайне низким риском рецидива кровотечения при Forrest IIC или с отсутствием признаков перенесенного кровотечения при Forrest III.

Результаты. Из 770 больных рецидив возник у 162 (21%), эффективный повторный гемостаз выполнен 122 (75,3%) из них. В 40 (24,7%) случаях были определены показания к оперативному лечению. Из 162 пациентов от рецидивного кровотечения умерли 46 (28,4%), при этом из 40 оперированных больных умерли 18 (45%), а после использования различных методов эндоскопического гемостаза (n = 122) — 28 (22,9%). Наименьший эффект и большее количество летальных исходов отмечались после выполнения инъекционного гемостаза. Наибольший эффект при минимальном количестве летальных исходов наблюдался после комбинированного эндоскопического гемостаза (КЭГ).

Применение при рецидивах кровотечения повторного эндоскопического гемостаза при тяжести состояния 17 и более баллов по шкале Simplified Acute Physiology Score II привело к значимому снижению летальности (p < 0,05).

Заключение. КЭГ значимо более эффективен для остановки рецидивного кровотечения, чем инъекционный способ, при сравнении КЭГ с аргоноплазменной и радиоволновой коагуляцией статистическая значимость различий в эффективности отсутствует. При рецидиве кровотечения повторный эндоскопический гемостаз является реальной альтернативой оперативному лечению, особенно у соматически тяжелых больных.

Ключевые слова: язвенное гастродуоденальное кровотечение, рецидив кровотечения, эндоскопический гемостаз, эффективность гемостаза.

On the Probability of Recurrent Endoscopic Hemostasis in Recurrent Ulcerous Gastroduodenal Bleeding

N. V. Lebedev¹, A. E. Klimov¹, M. Yu. Persov¹, V. A. Petukhov^{1, 2}

¹ People's Friendship University of Russia, Moscow

² Municipal Clinical Hospital No. 64 of the Moscow Department of Health

Study Objective: to study the rationale of recurrent endoscopic hemostasis in recurrent ulcerous bleeding.

Study Design: perspective study.

Materials and Methods. The study enrolled 1,360 patients with ulcerous gastroduodenal bleeding. 770 patients (56.6%) were prescribed endoscopic hemostasis. 590 patients (43.4%) did not have any indications for endoscopic hemostasis due to a low risk of recurrent bleeding as per Forrest IIC or due to the absence of signs of past bleeding as per Forrest III.

Study Results. Out of 770 patients, recurrent bleeding was observed in 162 patients (21%); and efficient recurrent hemostasis was performed in 122 patients (75.3%). In 40 cases (24.7%) there were indications for surgery. Out of 162 patients, 46 patients (28.4%) died of recurrent bleeding; out of 40 patients who underwent surgery, 18 patients (45%) died, whereas after the use of endoscopic hemostasis there were (n = 122) 28 (22.9%) deaths. The lowest efficiency and a larger number of deaths was recorded after injection hemostasis. The highest efficiency with the minimal number of deaths was observed after combined endoscopic hemostasis (CEH).

Use of combined endoscopic hemostasis in recurrent bleeding with the severity level of over 17 points as per Simplified Acute Physiology Score II resulted in significant reduction in the number of deaths (p < 0.05).

Conclusion. CEH is significantly more efficient in recurrent bleeding arrest as compared to injection hemostasis; there are no significant difference between CEH and argon-plasma and radio-wave coagulation. For recurrent bleeding, recurrent endoscopic hemostasis is a real alternative to surgery, especially in somatically severe cases.

Keywords: ulcerous gastroduodenal bleeding, recurrent bleeding, endoscopic hemostasis, hemostasis efficiency.

Современные алгоритмы лечения больных с язвенными кровотечениями в основном ориентированы на предупреждение или терапию его рецидива. В случаях, когда кровотечение не удается остановить эндоскопически или транскатетерной эмболизацией, сомнений нет — показано оперативное вмешательство. После успешной остановки

Климов Алексей Евгеньевич — д. м. н., профессор кафедры факультетской хирургии ФГАУ ВО РУДН, профессор. 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 8. E-mail: persov@yandex.ru

Лебедев Николай Вячеславович — д. м. н., профессор кафедры факультетской хирургии ФГАУ ВО РУДН, профессор. 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 8. E-mail: persov@yandex.ru

Персов Михаил Юрьевич — к. м. н., доцент кафедры факультетской хирургии ФГАУ ВО РУДН. 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 8. E-mail: persov@yandex.ru

Петухов Вячеслав Анатольевич — врач-эндоскопист ГБУЗ «ГКБ № 64 ДЗМ»; соискатель кафедры факультетской хирургии ФГАУ ВО РУДН, профессор. 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 8. E-mail: persov@yandex.ru



кровотечения дают прогноз вероятности его рецидива и разрабатывают дифференцированный в зависимости от тяжести состояния больного подход к лечению. В данной ситуации определение показаний к операции и срока ее проведения является ключевым при лечении больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями [1, 2].

Результаты во многом зависят от эффективности эндоскопической диагностики и гемостаза. Между тем для окончательной остановки язвенного кровотечения эти методы используются недостаточно [3–5].

В Западной Европе и США тактический подход к терапии больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями более консервативен, чем в России. Лечение больных с язвенными кровотечениями, к примеру в Германии, в подавляющем большинстве случаев — проблема сугубо терапевтическая (с применением в ряде случаев интенсивной терапии). При рецидиве язвенного кровотечения, как правило, производят повторный эндоскопический гемостаз. Причем только неэффективность консервативного лечения (эндоскопического гемостаза, фармакотерапии, селективной эмболизации и др.) становится поводом к вызову хирурга на консультацию и постановке вопроса об операции [6, 7].

Использование комплекса современных методов подводит нас к пересмотру лечебной тактики у данной группы больных. По мнению ряда хирургов, рецидив язвенного кровотечения не является абсолютным показанием к хирургическому вмешательству, особенно у лиц с тяжелым общесоматическим статусом, а лишь показанием к повторному эндоскопическому гемостазу и другим доступным способам остановки и предотвращения данного осложнения (ангиографической эмболизации) [2, 8–10]. Вместе с тем анализ литературы не дает однозначных сведений о преимуществах и недостатках различных тактических подходов при лечении больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями [11–13].

Цель исследования: изучение целесообразности повторного эндоскопического гемостаза при рецидиве язвенного кровотечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период 2001–2014 гг. в клинике факультетской хирургии РУДН на базе ГКБ № 64 (Москва) находились на лечении 1360 больных с диагнозом язвенного гастродуоденального кровотечения. Из них 770 (56,6%) пациентам были определены показания для эндоскопического гемостаза. У 590 (43,4%) больных показания к его проведению не выявили в связи с крайне низким риском рецидива кровотечения при Forrest IIC или с отсутствием признаков перенесенного кровотечения при Forrest III. Найти источник кровотечения в связи с активным, массивным кровотечением при первичной ЭГДС не удалось у 3 (0,9%) человек из 317 с кровотечением типа Forrest I. Еще у 5 (1,6%) больных не удалось осуществить эндоскопический гемостаз в связи с массивностью кровотечения. При этом в 3 случаях использовали инъекционный метод и по одному случаю — радиоволновую и аргоноплазменную коагуляцию (АПК). Все 8 больных были экстренно оперированы, их клинические наблюдения в исследование не включены.

Таким образом, технический и клинический эффект первичного эндоскопического гемостаза достигнут у 770 больных.

Сравнение групп по качественному признаку проводили в два этапа: вначале составляли таблицу сопряженности, которую затем анализировали с применением критерия χ^2 по методу Пирсона. При получении статистически значимой

разницы между группами последние сравнивали между собой попарно, применяя точный критерий Фишера, путем составления четырехпольных таблиц. При сравнении частот бинарного признака в трех независимых группах также пользовались критерием χ^2 по методу Пирсона. Различия между группами считали статистически значимыми при $p \leq 0,05$ и высоко значимыми при $p < 0,01$ (p — вероятность возможной ошибки; 0,05 (0,01) — величина уровня значимости, устанавливаемая произвольно).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Из 770 больных, которым проводился эндоскопический гемостаз различными способами, рецидив возник у 162 (21%), эффективный повторный гемостаз выполнен 122 (75,3%) из них. В 40 (24,7%) случаях, когда после повторного гемостаза у больных сохранялись признаки крайне высокого риска рецидива геморрагии по классификации Forrest или кровотечение остановить не удалось, были определены показания к оперативному лечению.

Из 40 пациентов у 22 (55%) попытки повторной эндоскопической остановки рецидивного кровотечения были безуспешными, и они были оперированы в неотложном порядке. У 18 (45%) больных сохранялся высокий риск рецидива кровотечения, и операцию им выполняли в срочном порядке.

Показанием к неотложному оперативному лечению считали безуспешность попытки эндоскопической остановки при рецидиве кровотечения — Forrest IA и IB.

Показаниями к срочному оперативному вмешательству являлись состоявшееся кровотечение с признаками неустойчивого гемостаза Forrest IIA, IIB (21 балл и более по Системе прогноза рецидива кровотечения) при тяжести состояния менее 30 баллов по шкале Simplified Acute Physiology Score II (SAPSII).

Рецидив кровотечения при тяжести состояния больного выше 30 баллов по шкале SAPSII был показанием к повторному проведению эндоскопического гемостаза, показания к оперативному вмешательству выставляли только при невозможности остановки кровотечения консервативными и эндоскопическими способами.

Из 162 пациентов от рецидивного кровотечения умерли 46 (28,4%), при этом из 40 оперированных больных умерли 18 (45%), а после использования различных методов эндоскопического гемостаза ($n = 122$) — 28 (22,9%).

Всем больным с возникшими в клинике рецидивными кровотечениями проведено повторное эндоскопическое исследование.

В группе с признаками активного рецидивного кровотечения основной задачей эндоскопического вмешательства стало достижение устойчивого гемостаза или по крайней мере снижение интенсивности кровотечения для подготовки к неотложному оперативному вмешательству. Эффективность различных способов гемостаза при рецидиве кровотечения представлена в *таблице 1*.

При анализе *таблицы 1* видно, что наименьший эффект и большее количество летальных исходов отмечались после выполнения инъекционного гемостаза. Наибольший эффект при минимальном количестве летальных исходов наблюдался после комбинированного эндоскопического гемостаза (КЭГ).

Летальность среди больных после эндоскопического гемостаза составила 22,9%. Причинами смерти были у 5 (17,9%) человек последствия цирроза печени в стадии декомпенсации, у 2 (7,1%) — ТЭЛА, у 2 (7,1%) — раковая

Эффективность различных способов гемостаза при рецидиве кровотечения

Способ гемостаза	Число больных с рецидивом	Эндоскопический гемостаз эффективен, n (%)	Число умерших от всех причин
Инъекционный	50	26 (52,0)	13
Аргонплазменная коагуляция	78	65 (83,3)	10
Радиоволновая коагуляция	9	7 (77,8)	3
Комбинированный	25	24 (96,0)*	2
Всего	162	122 (75,3)	28

* Отличие от инъекционного метода статистически значимо ($p = 0,05$; χ^2 по методу Пирсона).

Эффективность гемостаза и оперативная активность при рецидивных кровотечениях, n (%)

Лечебная тактика при рецидиве кровотечения	Число больных с рецидивами кровотечения	Количество умерших	Количество умерших от острой кровопотери
Оперативная	40 (24,7)	18 (45,0)	5 (27,8)
Эндоскопический гемостаз	122 (75,3)	28 (22,9)*	3 (10,7)

* Отличие от активной лечебной тактики статистически значимо ($p = 0,028083$; χ^2 по методу Пирсона).

интоксикация, у 1 (3,6%) — инфаркт головного мозга, у 1 (3,6%) — острая сердечно-сосудистая недостаточность, у 3 (10,7%) — постгеморрагическая анемия, у 14 (50,0%) — тяжелые сопутствующие заболевания.

При статистическом сравнении по методу Фишера мы выяснили, что большей эффективностью для остановки рецидивного кровотечения КЭГ обладает только по сравнению с инъекционным методом. При сравнении КЭГ с АПК и радиоволновым методом нами не выявлено статистически значимое преимущество ни одного из них ($p > 0,05$).

Отказ от оперативного вмешательства в пользу повторного эндоскопического гемостаза при рецидиве кровотечения, особенно у больных пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией, может оказаться единственным вариантом спасения больного.

Нами произведена сравнительная оценка результатов лечения пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями в зависимости от выбранной лечебной тактики.

У 40 больных показанием к оперативному вмешательству являлся рецидив кровотечения вне зависимости от того, был или не был проведен эндоскопический гемостаз с целью его остановки.

У 122 человек при рецидиве кровотечения предпринимали попытку повторного, а в некоторых случаях и неоднократного, эндоскопического гемостаза, приведшего к его окончательной остановке.

Эффективность гемостаза, оперативная активность и летальность представлены в сводной таблице 2.

При статистическом анализе мы выявили, что результаты лечения больных с рецидивами язвенных кровотечений при использовании повторного (а в некоторых случаях неоднократного) эндоскопического гемостаза значимо лучше, чем после операции.

Летальность среди больных в зависимости от выбранной тактики и тяжести состояния больного по шкале SAPSII представлена в таблице 3.

Из таблицы 3 видно, что с увеличением тяжести состояния больных по шкале SAPSII увеличивается и летальность, достигая 75% при активной тактике и 43,1% при использовании повторного эндоскопического гемостаза.

Летальность среди больных в зависимости от выбранной тактики и Simplified Acute Physiology Score II (SAPSII)

Баллы по SAPSII	Тактика лечения			
	повторный эндоскопический гемостаз		оперативная	
	n	летальность, n (%)	n	летальность, n (%)
5–8	6	0	0	0
9–12	16	0	3	0
13–16	8	0	9	1 (11,1)
17–20	41	6 (14,6)	12	5 (41,7)
21 и более	51	22 (43,1)*	16	12 (75,0)
Всего	122	28 (22,9)	40	18 (45,0)


Примечание. Отличие от группы оперированных статистически значимо (метод Фишера): (*) — $p = 0,0252$.

При статистическом анализе мы выявили, что применение при рецидивах кровотечения повторного эндоскопического гемостаза при тяжести состояния 17 и более баллов по шкале SAPSII привело к значимому снижению летальности ($p < 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты нашего исследования показывают, что большей эффективностью для остановки рецидивного кровотечения обладает комбинированный эндоскопический гемостаз (КЭГ) по сравнению с инъекционным способом. При сравнении КЭГ с аргонплазменной и радиоволновой коагуляцией статистическая значимость различий в эффективности отсутствует. При рецидиве кровотечения повторный эндоскопический гемостаз является реальной альтернативой оперативному лечению, особенно у соматически тяжелых больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гостищев В. К., Евсеев М. А. Проблема выбора метода лечения при острых гастроудоденальных язвенных кровотечениях. *Хирургия*. 2009; 3: 46–52. [Gostishchev V. K., Evseev M. A. Problema vybora metoda lecheniya pri ostrykh gastroduodenal'nykh yazvennykh krvotocheniya. *Khirurgiya*. 2009; 3: 46–52. (in Russian)]
2. Лебедев Н. В., Климов А. Е., Мороз В. А. Гастроудоденальные кровотечения. М.: БИНОМ; 2015. 232 с. [Lebedev N. V., Klimov A. E., Moroz V. A. *Gastroduodenal'nye krvotocheniya*. М.: BINOM; 2015. 232 s. (in Russian)]
3. Дибиров М. Д., Халидов О. Х., Зубрицкий В. Ф., Гаджимуратов В. К. Выбор метода лечения гастроудоденальных пенетрирующих язв. *Доктор.Ру. Специальный выпуск*. 2014; 6(10): 21–3. [Dibirov M. D., Khalidov O. Kh., Zubritskii V. F., Gadzhimuratov V. K. Vybora metoda lecheniya gastroduodenal'nykh penetriruyushchikh yazv. *Doktor.Ru. Spetsial'nyi vypusk*. 2014; 6(10): 21–3. (in Russian)]
4. Можаровский В. В., Мутных А. Г., Жуков И. Н., Можаровский К. В. Клиническая оценка эндоскопической гемостаз в лечении больных с гастроудоденальным кровотечением язвенной этиологии. *Хирургия. Журн. им. Н. И. Пирогова*. 2017; 1: 32–5. [Mozharovskii V. V., Mutnykh A. G., Zhukov I. N., Mozharovskii K. V. Klinicheskaya otsenka endoskopicheskii gemostaz v lechenii bol'nykh s gastroduodenal'nykh krvotocheniem yazvennoi etiologii. *Khirurgiya. Zhurn. im. N. I. Pirogova*. 2017; 1: 32–5. (in Russian)]
5. Кубышкин В. А., Сажин В. П., Федоров А. В., Кривцов Г. А., Сажин И. В. Организация и результаты хирургической помощи при язвенном гастроудоденальном кровотечении в стационарах центрального федерального округа. *Хирургия. Журн. им. Н. И. Пирогова*. 2017; 2: 4–9. [Kubyshkin V. A., Sazhin V. P., Fedorov A. V., Krivtsov G. A., Sazhin I. V. Organizatsiya i rezul'taty khirurgicheskoi pomoshchi pri yazvennom gastroduodenal'nom krvotochenii v stacionarah tsentral'nogo federal'nogo okruga. *Khirurgiya. Zhurn. im. N. I. Pirogova*. 2017; 2: 4–9. (in Russian)]
6. Adamsen S. *Behandling af blødende gastroduodenalt peptisk ulcus*. *Ugeskr. Laeger*. 2007; 169(17): 1551–5.
7. Laine L., Jensen D. M. *Management of patients with ulcer bleeding*. *Am. J. Gastroenterol.* 2012; 107(3): 345–60.
8. Норкин К. Г., Сухаговский А. А., Романи А. В. Эндоскопический прогноз и профилактика рецидивных кровотечений при язвенной болезни. *Тихоокеанский мед. журн.* 2008; 4: 97–8. [Norkin K. G., Sukhagovskii A. A., Romani A. V. Endoskopicheskii prognoz i profilaktika retsidivnykh krvotochenii pri yazvennoi bolezni. *Tikhookeanskii med. zhurn.* 2008; 4: 97–8. (in Russian)]
9. Сажин В. П., Савельев В. М., Сажин И. В., Климов Д. Е., Сорokin Н. О. Лечение больных с высокой вероятностью развития рецидивов язвенных гастроудоденальных кровотечений. *Хирургия*. 2013; 7: 20–3. [Sazhin V. P., Savel'ev V. M., Sazhin I. V., Klimov D. E., Sorokin N. O. Lechenie bol'nykh s vysokoi veroyatnost'yu razvitiya retsidivov yazvennykh gastroduodenal'nykh krvotochenii. *Khirurgiya*. 2013; 7: 20–3. (in Russian)]
10. Laine L. *Systematic review of endoscopic therapy for ulcers with clots: can a meta-analysis be misleading?* *Gastroenterology*. 2005; 129(6): 2127–8.
11. Kujawski K., Stasiak M., Stepień M., Rysz J. *Clinical research. Effectiveness comparison of endoscopic methods of non-varicose upper gastrointestinal bleeding treatment*. *Arch. Med. Sci.* 2010; 6(4): 599–604.
12. Marmo R., Rotondano G., Piscopo R., Bianco M. A., D'Angella R., Cipolletta L. *Dual therapy versus monotherapy in the endoscopic treatment of high-risk bleeding ulcers: a meta-analysis of controlled trials*. *Am. J. Gastroenterol.* 2007; 102(2): 279–89; quiz 469.
13. Loffroy R. *Management of duodenal ulcer bleeding resistant to endoscopy: Surgery is dead!* *World J. Gastroenterol.* 2013; 19(7): 1150–1. 

Библиографическая ссылка:

Лебедев Н. В., Климов А. Е., Персов М. Ю., Петухов В. А. О возможности повторного эндоскопического гемостаза при рецидиве язвенного гастроудоденального кровотечения // *Доктор.Ру*. 2018. № 3 (147). С. 23–26.

Citation format for this article:

Lebedev N. V., Klimov A. E., Persov M. Yu., Petukhov V. A. On the Probability of Recurrent Endoscopic Hemostasis in Recurrent Ulcerous Gastroduodenal Bleeding. *Doctor.Ru*. 2018; 3(147): 23–26.