

ОСТРЫЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ: ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

ACUTE GASTROINTESTINAL BLEEDING: DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT

**I. Dolakov
R. Gezgieva
D. Gagieva
M. Gezgiev**

Summary. The article highlights the issues of diagnosis and surgical treatment of acute gastrointestinal bleeding. The social significance of this problem associated with the high prevalence of gastrointestinal bleeding among people of working age is revealed. The main goals of the treatment of acute gastrointestinal bleeding are to stop bleeding, to compensate for blood loss, to treat coagulopathy, and to prevent recurrence of bleeding. The main method of diagnosing the local cause of gastrointestinal bleeding is esophagogastroduodenoscopy. As a result of the implementation of diagnostic measures, the choice of differentiated tactics of surgical treatment is carried out.

Keywords: gastrointestinal bleeding, recurrent bleeding, diagnosis, esophagogastroduodenoscopy.

Долаков Ибрагим Гапурович

*К.м.н., Ингушский государственный университет
i_dolakov@mail.ru*

Гезгиева Райшат Каримовна

*К.м.н., Ингушский государственный университет
rgezgieva@mail.ru*

Гагиева Долатхан Алиевна

*Ингушский государственный университет
dola-70@mail.ru*

Гезгиев Мусса Магомедович

*Главный врач, ГБУ «Республиканский онкологический
диспансер»
goldeneagle111@mail.ru*

Аннотация. В статье освещаются вопросы диагностики и хирургического лечения острых желудочно-кишечных кровотечений. Раскрыта социальная значимость данной проблемы, связанная с высокой распространенностью желудочно-кишечных кровотечений среди лиц трудоспособного возраста. Основными целями лечения острых желудочно-кишечных кровотечений являются остановка кровотечения, возмещение кровопотери, лечение коагулопатии, профилактика рецидивов кровотечения. Основным методом диагностики локальной причины желудочно-кишечного кровотечения является эзофагогастродуоденоскопия. В результате выполнения диагностических мероприятий осуществляют выбор дифференцированной тактики хирургического лечения.

Ключевые слова: желудочно-кишечные кровотечения, рецидив кровотечения, диагностика, эзофагогастродуоденоскопия.

Проблема диагностики и хирургического лечения острых желудочно-кишечных кровотечений, несмотря на внедрение в практику новых хирургических, эндоскопических, медикаментозных методов лечения, является одной из сложных проблем современной хирургии. Социальная значимость острых желудочно-кишечных кровотечений обусловлена их распространенностью среди лиц молодого и среднего возраста, составляющих около 80% случаев. Только язвенные гастродуоденальные кровотечения составляет от 59% до 75% случаев, причем около 60% приходятся на пациентов мужского пола. Желудочно-кишечные кровотечения значительно чаще возникают у мужчин, возраст которых превышает 40 лет, а также у пациентов пожилого возраста, достигая от 70% до 90% случаев [5].

Желудочно-кишечное кровотечение представляет собой выхождение крови из кровеносного тракта при различной патологии и повреждениях пищевари-

тельного тракта. Продолжающееся кровотечение сопровождается нарушениями гемодинамики, которое не удается устранить в течение 24 часов. Рецидив кровотечения — повторное кровотечение в течение 24–72 часов после состоявшегося кровотечения при стабильных показателях гемодинамики в момент госпитализации. Острые желудочно-кишечные кровотечения являются осложнениями более чем ста заболеваний различной этиологии. Острые желудочно-кишечные кровотечения могут возникать по причине нарушения целостности слизистой оболочки, приводящего к обнажению глубоких сосудов; проникновения крови через стенку сосудов вследствие повышения проницаемости; нарушения свертывающей системы крови. В структуре желудочно-кишечных кровотечений основными этиологическими причинами являются язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, синдром Меллори-Вейса, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка, которое представляет собой

завершающее звено в последовательности осложненный цирроза печени и развитием синдрома портальной гипертензии. Распространенность язвенной болезни не имеет тенденции к снижению и составляет в отечественной лечебной практике от 1,7% до 5% случаев [7]. Следует обратить внимание на высокий уровень летальности пациентов с кровоточащими гастродуоденальными язвами, которая на протяжении последних десятилетий составляет от 8% до 14% [3]. Желудочно-кишечные кровотечения как осложнение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки резко ухудшает течение заболевания и часто является причиной летального исхода. На стабильно высоком уровне остается и общая летальность при язвенных гастродуоденальных кровотечениях, составляющая от 4,9 до 10% [1].

Основное значение в успешном лечении острых желудочно-кишечных кровотечений имеет ранняя и точная диагностика их причин. Следует отметить, что частота диагностических ошибок, которые составляют от 40% до 45%, до сих пор остается высокой. Летальность при ошибках диагностики, поздней госпитализации и неадекватном лечении пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями составляет от 20 до 60% случаев [2]. Основным методом диагностики локальной причины желудочно-кишечного кровотечения является эзофагогастродуоденоскопия. Характер визуальной картины при выполнении эндоскопического исследования в большинстве случаев позволяет точно диагностировать локальную причину кровотечения, определить его период, прогнозировать дальнейшее течение заболевания, провести при необходимости эндоскопический гемостаз. Диагностика острых желудочно-кишечных кровотечений предполагает тщательный сбор анамнеза заболевания и объективного осмотра, а также необходимость проведения развернутого анализа крови, ЭКГ, эндоскопического исследования, по особым показаниям рентгеновский снимок брюшной полости. Диагностические исследования проводятся в соответствии с предполагаемыми заболеваниями. Ургентная фиброэзофагогастродуоденоскопия позволяет выявить источник кровотечения, прогнозировать степень риска рецидива кровотечения по локализации язвы и ее глубине, а также по показаниям провести гемостатические мероприятия. Высокий риск рецидива среди пациентов, подвергшихся эндоскопическому исследованию, выявляется в 37% случаев. Рецидив кровотечения в 97% случаев развивается в течение 72 часов после первого эпизода [5].

Отдельное внимание следует уделить диагностике варикозного расширения вен пищевода и желудка с учетом классификации варикозных вен по степени выраженности, предложенную А.Г. Шерцингером:

первая степень, при которой диаметр вен составляет 2–3 мм; вторая степень — диаметр вен от 3 до 5 мм; третья степень — диаметр вен более 5 мм. По локализации выделяют изолированное варикозное расширение вен пищевода и варикозное расширение вен желудка. Выделяют четыре типа варикозного расширения вен желудка: первый тип — гастроэзофагеальные с распространением на кардиальный и субкардиальный отделы малой кривизны желудка; второй тип — гастроэзофагеальные от эзофагокардиального перехода по большой кривизне по направлению к дну желудка; третий тип — варикозная трансформация вен фундального отдела желудка; четвертый тип — эктопические узлы тела, антрального отдела желудка и двенадцатиперстной кишки. Диагностику наличия и локализации варикозных вен, степень их расширения, состояние стенки вены, слизистой оболочки пищевода и желудка, а также сопутствующей патологии и стигматы угрозы кровотечения проводят с помощью эндоскопического исследования [6].

Итак, признавая ведущим диагностическим методом при желудочно-кишечном кровотечении эндоскопическое исследование, отметим, что его основными задачами являются определение локальной причины кровотечения; определение характера кровотечения на момент осмотра; в случае остановившегося кровотечения определение степени риска его возобновления, а также показаний к проведению местного лечения через эндоскоп, эндоскопического гемостаза или профилактики рецидива кровотечения.

Основными целями лечения острых желудочно-кишечных кровотечений являются остановка кровотечения, возмещение кровопотери, лечение коагулопатии, профилактика рецидивов кровотечения. В результате выполнения диагностических мероприятий, главным образом эндоскопии, осуществляют выбор дифференцированной тактики хирургического лечения:

- ♦ продолжающееся интенсивное кровотечение у больных с тяжелой степенью кровопотери служит основанием для экстренного оперативного вмешательства, при котором забор крови для лабораторных исследований, аппаратные и другие виды диагностических мероприятий производятся параллельно с предоперационной подготовкой и введением наркозом;
- ♦ выполнение фиброэзофагогастродуоденоскопии во время предоперационной подготовки или после вводного наркоза для уточнения локализации источника кровотечения; при возможности осуществляется остановка продолжающегося кровотечения одним из доступных эндоскопических методов, который не заменяет оперативное лечение;

- ◆ тяжелая и средней тяжести кровопотеря из хронической язвы желудка или двенадцатиперстной кишки с неустойчивым гемостазом служит основанием для проведения интенсивной терапии, направленной на восполнение кровопотери и стабилизацию общесоматического статуса в течение суток с последующим срочным оперативным вмешательством;
- ◆ при тяжелой и средней степени тяжести кровопотере из хронических гастродуоденальных язв с состоявшимся гемостазом у больных старше 60 лет с декомпенсированными формами сопутствующих заболеваний, когда риск оперативного вмешательства конкурирует с риском рецидива кровотечения, предпочтительно применение эндоскопических методов достижения устойчивого гемостаза;
- ◆ тяжелая и средней тяжести кровопотеря при состоявшемся гемостазе из острых гастродуоденальных язв служит основанием для применения эндоскопических методов окончательной остановки кровотечения, которые подкрепляются консервативной гемостатической и общесоматической терапией;
- ◆ рецидив кровотечения служит показанием к проведению неотложного оперативного вмешательства с целью окончательного гемостаза;
- ◆ при кровотечении легкой степени тяжести и устойчивом гемостазе независимо от этио-

логии кровотечения наблюдение с контролем устойчивости гемостаза, а также консервативное лечение основного заболевания при установленном диагнозе проводится в условиях постельного режима и щадящей диеты в течение 10–14 суток в хирургическом стационаре [4].

Содержание и объем оперативных вмешательств определяются характером патологического процесса, обусловившего кровотечение, функциональным состоянием пациента, квалификацией хирургической бригады и материальным обеспечением оперативного вмешательства. В заключение отметим, что решение проблемы желудочно-кишечных кровотечений требует совместных профессиональных действий специалистов различных специальностей: гепатологов, эндоскопистов, хирургов на основе совершенствования профессиональных знаний и практических умений врачей, что позволит снизить летальность и повысить качество лечебных мероприятий. Сегодня становится важным понимание того, что пациентам на высоте желудочно-кишечных кровотечений необходимо оказывать хирургическую помощь на основе передовых лечебно-диагностических технологий, которые позволяют пересмотреть целый ряд концептуальных аспектов традиционного хирургического лечения желудочно-кишечных кровотечений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии / Р.Б. Мак-Интайр, Г.В. Стигманн, Б. Айсман; пер. с англ.; под ред. В.Д. Федорова, В.А. Кубышкина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — С. 214–221.
2. Алгоритмы диагностики и принципы лечения основных urgentных хирургических заболеваний: Учебное пособие / Г.И. Жидовинов, С.С. Маскин и др. — 2-е изд., перераб. и доп. — Волгоград: Издательство ВолГМУ, 2010. — С. 28–42.
3. Багненко С.Ф. Применение протоколов организации лечебно-диагностической помощи при язвенных гастродуоденальных кровотечениях в клинической практике / С.Ф. Багненко, Г.И. Синченко, В.Г. Вербицкий // Вестник хирургии. — 2007. — Т. 166, № 4. — С. 71–75.
4. Борисов А.Е. Ошибки, осложнения и летальность у больных острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости / А.Е. Борисов, В.А. Федоров. — СПб.: ЭФА, 2000. — 164с.
5. Ибадильдин А.С. Желудочно-кишечное кровотечение, современные аспекты диагностики. Обзор литературы / А.С. Ибадильдин, К.К. Амантаева // Вестник хирургии Казахстана. — 2011. — № 4. — С. 41–43.
6. Киценко Е.А. Современное состояние проблемы кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка / Е.А. Киценко, А.Ю. Анисимов, А.И. Андреев // Вестник современной клинической медицины. — 2014. — Т. 7, № 5. — С. 89–98.
7. Черняховская Н.Е. Диагностическая и гастродуоденоскопия при желудочно-кишечных кровотечениях язвенной этиологии / Н.Е. Черняховская, Д.П. Черепанцев // Медицинская помощь. — 2006. — № 4. — С. 13–16.

© Долаков Ибрагим Гапурович (i_dolakov@mail.ru), Гезгиева Райшат Каримовна (rgezgieva@mail.ru),

Гагиева Долатхан Алиевна (dola-70@mail.ru), Гезгиев Мусса Магомедович (goldeneagle111@mail.ru).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»