КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 80 (1932)

Язвенные гастродуоденальные кровотечения

Национальные клинические рекомендации Минздрава России

В Российской Федерации язвенной болезнью страдает 1,7-5% населения, причём количество пациентов с кровотечениями из хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки составляет 90-160 человек на 100 тыс. населения и имеет отчётливую тенденцию к увеличению.

Клинические рекомендации разработаны на основе материалов пленума правления Российского общества хирургов (Воронеж, 2014), региональных клинических рекомендаций по неотложной хирургии Уральского федерального округа (2013), протоколов организации лечебно-диагностической помощи при неварикозных желудочно-кишечных кровотечениях (Санкт-Петербург, 2012), клинических протоколов диагностики и лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений в Самарской области (Самара, 2013), а также международных клинических рекомендаций:

Раздел I. Клинические рекомендации по ведению больных на догоспитальном этапе

● Все пациенты с язвенными гастродуоденальными кровотечениями должны быть госпитализированы в хирургический стационар или ОРИТ.

● Возможно введение ингибиторов протонной помпы на догоспитальном этапе.

● Рекомендуется постоянная назогастральная интубация.

● Для определения степени тяжести кровопотери рекомендуется использовать оценочные шкалы (А.Горбашко, 1974) и определение параметров ОЦК.

● При кровопотере тяжёлой кровопотери необходима госпитализация пациента в ОРИТ.

● Протоколы клинического обследования пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями, необходимых лабораторных и инструментальных исследований должны быть стандартизированы каждым лечебным учреждением самостоятельно.

Раздел II. Диагностическая и лечебная эндоскопия

● Пациентам с язвенными гастродуоденальными кровотечениями рекомендовано выполнение ЭГДС в течение первых 2 часов от госпитализации.

● Рекомендована стратификация пациентов по классификации J.F.Forrest (1974).

● При продолжающемся кровотечении из язвы (FI-A, FI-B) необходим эндоскопический гемостаз.

● При кровотечении FII-A, FII-B рекомендуется эндоскопическая профилактика рецидива кровотечения.

● При наличии сгустка в дне язвы рекомендуется полностью его удалить с помощью орошения с последующей обработкой язвы.

● Инъекционный метод в качестве монотерапии неэффективен. Методом выбора является комбинированный эндоскопический гемостаз: инъекционный метод + диатермокоагуляция (либо аргоноплазменная коагуляция или клипирование). Для оценки эффективности метода «Гемоспрей» в остановке язвенного кровотечения и профилактике его рецидива необходимо большее количество исследований.

● Повторное эндоскопическое исследование рекомендовано при неполном первичном осмотре, неустойчивом гемостазе (высокий риск рецидива кровотечения), в ряде случаев – при рецидиве геморрагии.

Раздел III. Клинические рекомендации по ведению больных с массивной кровопотерей

● Основными задачами интенсивной терапии являются восполнение потери крови, жидкости и стабилизация гемодинамики. Восполнение ОЦК следует начинать с введения кристаллоидных растворов через 2-3 периферических катетера или центральный катетер с максимально быстрым подключением инфузии коллоидов.

● Проведение гемотрансфузии показано при уровне гемоглобина менее 90 г/л. При дефиците факторов свёртывания крови показана трансфузия свежезамороженной плазмы. При гипоксии показана кислородотерапия. Для временного поддержания доставки O_2 тканям можно использовать перфторан, внелёгочную оксигенацию. ИВЛ может быть показана при нестабильной гемодинамике, гипоксии и нарушении сознания.

● Вазопрессоры показаны при недостаточной эффективности инфузионно-трансфузионной терапии. Использование их с дофамином улучшает почечный и мезентериальный кровоток. Рекомендовано применение антиоксидантов (реамберин, мексидол, орготеин, аллопуринол). Применение серотонина рекомендовано для улучшения периферического кровообращения и местного гемостаза.

● Критерием восстановления микроциркуляции следует считать восстановление гемодинамики и почасового диуреза.

Раздел IV. Медикаментозный гемостаз

● В лечении пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями применение H_2-блокаторов не рекомендовано.

● В лечении пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями применение соматостатина и его синтетических аналогов не рекомендовано.

● Внутривенное болюсное введение ингибиторов протонной помпы с последующей непрерывной инфузией после эндоскопического гемостаза в течение 72 часов снижает количество рецидивов кровотечений и летальность и может быть рекомендовано всем больным с высоким риском рецидива геморрагии.

● С 3-х суток рекомендуется перевод на пероральные формы ингибиторов протонной помпы.

● Всех пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями необходимо обследовать на наличие Hp-инфекции и при положительном результате обследования проводить эрадикационную терапию в стационаре.

Раздел V. Хирургическое лечение

● Основными задачами оперативного вмешательства при язвенном гастродуоденальном кровотечении являются: обеспечение надёжности гемостаза, устранение источника геморрагии и профилактика рецидива кровотечения.

● Экстренная операция показана у пациентов с продолжающимся кровотечением при неэффективности (или невозможности) эндоскопического гемостаза либо при рецидиве кровотечения.

● При кровоточащей язве желудка рекомендуется выполнять резекцию желудка.

● При кровоточащих язвах двенадцатиперстной кишки могут быть рекомендованы следующие оперативные вмешательства:

1. Пилородуоденотомия с иссечением язвы передней стенки, пилоропластикой по Финнею и стволовой ваготомией.
2. Пилородуоденотомия с прошиванием язвы задней стенки, пилоропластикой по Финнею и стволовой ваготомией.
3. Резекция желудка.

● У пациентов, находящихся в критическом состоянии, возможно выполнение гастро(дуодено)томии с прошиванием кровоточащего сосуда в дне язвы.

Раздел VI. Прогноз рецидива язвенного гастродуоденального кровотечения

● Всех пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями рекомендовано стратифицировать по степени риска рецидива геморрагии.

● Критериями высокого риска рецидива кровотечения являются клинические (тяжёлая кровопотеря, коллапс в анамнезе, возраст больного, тяжёлая сопутствующая патология) и лабораторные признаки (низкий уровень гемоглобина).

● Эндоскопическими признаками высокого риска рецидива язвенного кровотечения являются кровотечения типа FIA-B, FIIA-B, а также глубина, размеры и локализация язвы.

● У пациентов с высоким риском рецидива кровотечения возможно выполнение срочного оперативного вмешательства (в течение 24 часов, после короткой предоперационной подготовки), направленного на предотвращение повторной геморрагии. Рекомендуемый объём срочных операций изложен в предыдущем разделе. Выполнение гастро(-дуодено)томии с прошивание кровоточащей язвы в срочном порядке не рекомендуется.

Раздел VII. Клинические рекомендации по ведению больных с рецидивом кровотечения

● Под рецидивом язвенного кровотечения понимается его возобновление после спонтанной или эндоскопической остановки, что оценивается по известным клиническим, лабораторным и эндоскопическим данным.

● Возможными лечебными мероприятиями при рецидиве кровотечения являются:

1. Повторный эндоскопический гемостаз.
2. Чрескожная эмболизация артерий желудка и двенадцатиперстной кишки.
3. Экстренная операция.

Раздел VIII. Клинические рекомендации по ведению больных с НПВП-ассоциированными кровотечениями

● Все пациенты, нуждающиеся в постоянном приёме НПВП, должны быть стратифицированы в зависимости от риска возникновения геморрагических осложнений.

● При высоком риске развития кровотечений рекомендован перевод пациентов на селективные ингибиторы ЦОГ-2 в сочетании с постоянным приёмом ингибиторов протонной помпы или мизопростола.

● При развитии кровотечения приём НПВП должен быть прекращён (замена препаратами других групп). Рекомендовано сочетание эндоскопического и медикаментозного (ингибиторы протонной помпы) гемостаза.

Настоящие клинические рекомендации определяют современные позиции в диагностике и лечении больных язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Следует подчеркнуть, что представленные положения и алгоритмы носят исключительно рекомендательный характер и оставляют каждому лечащему врачу право на самостоятельное и окончательное решение в зависимости от конкретной клинической ситуации.

Под редакцией заведующего кафедрой госпитальной хирургии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова профессора Александра ЩЁГОЛЕВА.

Экспертное мнение

Проблема актуальна и сегодня

Проблема язвенных гастродуоденальных кровотечений бесконечно актуальная. И её актуальность подтверждается тем, что НКР по данной теме, принятые в 2014 г., вновь активно обсуждались на съезде хирургов России в октябре 2015 г. Чем объясняется такой высокий интерес к данной теме?

Язвенная болезнь – не просто одно из самых частых заболеваний органов пищеварения, но именно её осложнения, в частности кровотечения, во многом определяют показатели летальности в экстренной хирургии. И ещё: такого заметного расхождения во взглядах на тактику лечения больных, наверное, нет ни в какой другой патологии. Вот почему НКР по язвенным кровотечениям стали одним из первых материалов в разрабатываемой серии клинических руководств.

Начну с того, что если за рубежом язвенные кровотечения в настоящее время практически всегда ассоциированы с приёмом нестероидных противовоспалительных препаратов, то в России это именно осложнения настоящей хронической язвенной болезни, которая чаще всего обусловлена хеликобактерной инфекцией и которую плохо лечили консервативно. Вопрос фармакотерапии язвенной болезни и её осложнений в нашей стране остаётся не до конца решённым.

На протяжении последних 10 лет на фармацевтическом рынке появилось большое количество препаратов – Н2-блокаторов, ингибиторов протонной помпы – направленных на снижение желудочной секреции. Именно благодаря эффективной лекарственной терапии уменьшается количество осложнений у пациентов с язвенной болезнью. Но! Доступность таких препаратов в медицинских учреждениях РФ невысока, особенно это касается районных больниц.

Надо признать, что разработанные нами национальные клинические рекомендации рассчитаны на условия, при которых лечебное учреждение оснащено всем необходимым для лечения больных с язвенными кровотечениями. Что делать, если поступает больной с гастродуоденальным кровотечением, а ни гибкой эндоскопии, ни препаратов для медикаментозного гемостаза в стационаре нет? Правильным решением будет обеспечить с помощью санавиации транспортировку больного в другой стационар, где есть гибкая эндоскопия для диагностики и остановки кровотечений или где есть круглосуточная ангиографическая служба и можно провести эмболизацию кровоточащего сосуда. В крайнем случае, если транспортировка невозможна – оперировать на месте.

Количество операций при язвенных кровотечениях должно сокращаться, всё больше уступая место консервативным подходам. Такова мировая тенденция – выполнять хирургическое вмешательство только тогда, когда все другие способы неэффективны и язва продолжает кровоточить. Второе показание к оперативному лечению – рецидив кровотечения, на это осложнение мы обратили особое внимание в национальных клинических рекомендациях.

У подавляющего большинства больных гастродуоденальное кровотечение после эффективно проведённого лечения не повторяется. Но есть группа пациентов с неоднократными рецидивами, именно она формирует всю летальность, и общую, и операционную. Ещё 20 лет назад нам удалось выделить факторы риска повторных язвенных кровотечений, что позволяет прогнозировать данную ситуацию с высокой степенью вероятности: низкий показатель гемоглобина, большой размер язвы, тромбированный сосуд в дне язвы и другие. Таких больных необходимо оперировать превентивно, причём экстренно, до развития рецидива.

Особая группа пациентов с рецидивами язвенного кровотечения – люди старческого возраста, имеющие тяжёлую сопутствующую патологию. Казалось бы, как их лечить, если они неприкасаемы в плане открытого хирургического вмешательства? Клиническая практика показывает, что современный подход – внутривенное введение ингибиторов протонной помпы и лечебная эндоскопия (аргонно-плазменная коагуляция, электрокоагуляция, обкалывание язвы, а также комбинация этих методик) дают хорошие результаты по лечению и предупреждению новых рецидивов язвенного кровотечения у данной категории больных. Хочу обратить внимание коллег, что данная тактика возможна и в отношении молодых пациентов, когда есть такая возможность.

Таким образом, при рецидивирующих язвенных кровотечениях врачам рекомендуется выбрать один из трёх вариантов действий: экстренно оперировать, так как консервативное лечение неэффективно; проводить повторный эндоскопический гемостаз; если есть возможность, выполнить эндоваскулярное вмешательство – эмболизировать сосуд, который подходит к язве.

Разумеется, в каждом случае тактику лечения пациента определяет лечащий врач, и на этом мы сделали акцент в НКР. Единственное, что обязательно для всех больных, – это лечение в стационаре. Если за рубежом всерьёз обсуждается возможность оказывать данной категории пациентов помощь амбулаторно, то в России язвенное кровотечение – показание к госпитализации в хирургический стационар.

Александр ЩЁГОЛЕВ,
заведующий кафедрой госпитальной хирургии, доктор медицинских наук, профессор.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова.