

## ЭРОЗИВНЫЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ, ДУОДЕНИТ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

*Довнар И.С.<sup>1</sup>, Мармыш Г.Г.<sup>1</sup>, Прокопенко А.К.<sup>2</sup>*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

*УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно», Гродно, Беларусь*

**Актуальность.** Проблема лечения гастродуоденальных кровотечений на почве острых эрозий остается актуальной на протяжении многих лет. В последние десятилетия сохраняется стабильная тенденция к значительному увеличению числа пациентов с острыми эрозиями желудка и двенадцатиперстной кишки, которые осложняются кровотечением, по данным разных авторов, в 30-40% случаев, в сочетании с высокой летальностью, достигающей 30-50%, определяют актуальность этой проблемы.

Тактика хирурга при острых эрозиях, осложненных кровотечением, до настоящего времени четко не определена. Это связано с несвоевременной диагностикой эрозий, которые, по данным статистики, эндоскопически выявляются у 85% пациентов, перенесших тяжелые хирургические вмешательства, при развитии сепсиса и полиорганной недостаточности, а также в результате неконтролируемого приема нестероидных противовоспалительных препаратов. Антибиотики и сульфаниламиды также могут вызывать геморрагический гастрит, но поражение слизистой возникает в результате развития иммунного воспаления. Клинически данная патология поздно диагностируется ввиду общего тяжелого состояния, обусловленного основным заболеванием.

С появлением, становлением и развитием эндоскопии верхних отделов желудочно-кишечного тракта менялись тактические подходы к ведению пациентов с эрозивными гастродуоденальными кровотечениями. Вместе с тем до сих пор нет единого подхода к приемам эндоскопического гемостаза и их использованию у одной из сложнейших для эндоскописта группы пациентов – с эрозивными кровотечениями из верхних отделов ЖКТ.

**Материал и методы.** Нами проанализированы результаты лечения 46 пациентов (19 женщин и 27 мужчин) с кровотечением, обусловленным эрозивным геморрагическим гастритом за период с 2009 г. по 2013 г. Возраст пациентов колебался от 23 до 95 лет и в среднем составил  $57 \pm 16$  лет.

**Результаты и их обсуждение.** Для эндоскопической диагностики источника кровотечения всем пациентам в экстренном порядке выполнялась фиброгастродуоденоскопия. При гипотонии и нестабильной гемодинамике гастроскопия проводилась практически сразу на фоне мероприятий, направленных на поддержание витальных функций пациента.

Эндоскопический гемостаз проведен у 37 (80,4%) пациентов, лечебная эндоскопия была эффективной у 32 (86,5%) и неэффективной – у 5 (3,5%).

Среди многочисленных эндоскопических методик местного воздействия на источник кровотечения гемостаз обеспечивался:

- инъекцированием паравазально физиологическим раствором или 2% раствором глюкозы;
- диатермокоагуляцией;
- клипированием, лигированием кровоточащих сосудов;
- эндоскопическим склерозированием этоксисклеролом, адреналином.

Основой лечебной тактики таких пациентов была инфузионно-трансфузионная терапия, которую при геморрагическом шоке начинали с введения кристаллоидных, коллоидных кровезаменителей с последующим переливанием плазмы и эритроцитарной массы. Принципиально важным при лечении таких пациентов считаем поддержание круглосуточно рН желудочного содержимого, равного 5,0-6,0, что может быть обеспечено внутривенным введением омепразола или фамотидина в течение 3 суток с переходом на таблетированные формы.

Пациентам проводилась максимально консервативная тактика лечения. Показанием к выполнению экстренной операции явилась невозможность остановки продолжающегося кровотечения эндоскопическими методами.

Экстренной операции (до 6 часов) подвергнуто 2 (4,4%) пациентов.

При кровотечении из эрозий, даже при неоднократном его рецидиве, проводилось консервативное лечение, включавшее и применение повторных эндоскопических методик. Подвергнуть операции при этом источнике кровотечения нам пришлось 2 пациентов, которым выполнена гастротомия и прошивание кровоточащих сосудов. Умер после операции 1 пациент.

Методом выбора лечения геморрагического гастрита является комплексное консервативное воздействие на разные патогенетические звенья процесса. Помимо гемостатических и гемозаместительных мероприятий в комплекс лечения обязательно входили препараты, угнетающие продукцию соляной кислоты (ранитидин, фамотидин, омепразол), обволакивающие и антациды (альмагель, фосфалюгель, гефал). Мы не заметили существенной разницы в эффективности лечения при применении антибиотиков.

В ряде случаев выполнялась аппликация растворов медикаментов на кровоточащие поверхности источника кровотечения. Следует отметить, что в качестве самостоятельного приема гемостаза орошение мало эффективно, а больше используется для профилактики рецидива кровотечения. Наиболее доступными являются растворы адреналина, аминокaproновой кислоты.

Инфильтрационный гемостаз, на наш взгляд, является наиболее эффективным и доступным из методов эндоскопических операций, независимо от локализации как источника кровотечения, так и сосуда в дефекте. Базовым методом эндоскопического гемостаза является инъекция 1 мл адреналина рядом с сосудом.

Выбор конкретного способа эндоскопического гемостаза определяется целью воздействия:

- остановка продолжающегося кровотечения,

- профилактика рецидива кровотечения при нестойком гемостазе,
- профилактика рецидива кровотечения при сформированном тромбе и отсутствии признаков недавнего кровотечения.

Для остановки струйного продолжающегося кровотечения не стоит рассчитывать на эффект электрокоагуляции или орошения медикаментами. Операциями выбора при этом могут служить инфильтрационный гемостаз, клипирование или термокоагуляция. Инфильтрационный гемостаз является самым доступным и дешевым, но и высокоэффективным приемом, особенно при использовании этоксисклерола, эпсилонаминокапроновой кислоты, масляных растворов. Инфильтрация позволяет если не добиться полной остановки кровотечения, то резко уменьшить его интенсивность. Вместе с тем инфильтрационный гемостаз предупреждает термотравму и электротравму стенки органа и его перфорацию.

Применение пленкообразующих полимеров не нашло у нас широкого использования как из-за недолгого пребывания пленки на дефекте, так и в связи с соображениями сохранения эндоскопа.

В любом случае врач-эндоскопист ограничен техническим оснащением и собственным опытом, но должен использовать весь возможный и доступный спектр приемов гемостаза. Конечно, пациенты с желудочно-кишечными кровотечениями остаются одной из самых сложных категорий пациентов для интерпретации и лечебного воздействия. Эндоскопический гемостаз, как и медицина в целом, более искусство, чем скопище технических приемов и рекомендаций. Поэтому, на наш взгляд, следует придерживаться философии общего постулата медицины: *primum non nocere*.

Всего умерли 2 больных, общая летальность составляет 4,4%, Экстренные операции выполнены у 2 (4,9%), после операции умер 1, летальность составляет 50%.

**Заключение.** На современном этапе развития медицины наиболее эффективным методом лечения эрозивного геморрагического гастрита является комбинация эндоскопических методов гемостаза с комплексным консервативным лечением. Повышению эффективности лечения способствует организация центров гастродуоденальных кровотечений, оснащенных современным оборудованием и аппаратурой для проведения малоинвазивных оперативных вмешательств и круглосуточно организованная служба высококвалифицированных специалистов. Следует отметить, что эндоскопический мониторинг в 80% случаев позволяет определить рецидив кровотечения до появления клинических симптомов у пациентов и способствует достоверному снижению частоты оперативных вмешательств на высоте кровотечения, а также его рецидива. Благодаря этому достоверно снижается общая летальность при кровотечениях из эрозий желудка и двенадцатиперстной кишки.