

© CC 0 Коллектив авторов, 2023
УДК 616.33/34-005.1-072.1
DOI: 10.24884/0042-4625-2023-182-1-93-97

ВОЗМОЖНОСТИ И МЕСТО ЭНДСКОПИИ В УЛУЧШЕНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

М. П. Королев*, Р. Г. Аванесян, Л. Е. Федотов, Б. Л. Федотов, М. В. Антипова, Л. З. Хафизов

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

Поступила в редакцию 27.01.2023 г.; принята к печати 21.06.2023 г.

Результаты лечения гастродуоденальных кровотечений в Российской Федерации оставляют желать лучшего. По данным главного хирурга и эндоскописта РФ академика А. Ш. Рамишвили (2001) [2], оперативная летальность при лечении гастродуоденальных кровотечений составляет 19 % и только в 32 % случаев кровотечение остановлено эндоскопически. В статье проводится анализ проблем в лечении гастродуоденальных кровотечений. Основная проблема – организационная. Для качественного оказания помощи больным с гастродуоденальными кровотечениями необходимо строгое выполнение национальных клинических рекомендаций хирургами и эндоскопистами (1). В ЛПУ должны быть созданы условия для оказания помощи больным с гастродуоденальными кровотечениями. Это наличие хирургической бригады, реанимации, отделения или кабинета переливания крови, круглосуточной эндоскопии (кабинета или отделения), оборудованной современными цифровыми эндоскопами и всеми инструментами для остановки кровотечений. Необходимо лечить не кровотечение, а больного с кровотечением. С этой целью после эндоскопической остановки необходимо использовать медикаментозную антисекреторную терапию. Очень важно, чтобы хирурги и эндоскописты одинаково понимали сложность проблемы – лечение гастродуоденальных кровотечений.

Ключевые слова: желудочно-кишечные кровотечения, эндоскопия, лечение

Для цитирования: Королев М. П., Аванесян Р. Г., Федотов Л. Е., Федотов Б. Л., Антипова М. В., Хафизов Л. З. Возможности и место эндоскопии в улучшении результатов лечения гастродуоденальных кровотечений. *Вестник хирургии имени И. И. Грекова*. 2023;182(1):93–97. DOI: 10.24884/0042-4625-2023-182-1-93-97.

* **Автор для связи:** Михаил Павлович Королев, ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, 194100, Россия, Санкт-Петербург, Литовская ул., д. 2. E-mail: korolevmp@yandex.ru.

POSSIBILITIES AND PLACE OF ENDOSCOPY IN IMPROVING THE RESULTS OF TREATMENT OF GASTRODUODENAL BLEEDINGS

Mikhail P. Korolev*, Ruben G. Avanesyan, Leonid E. Fedotov, Boris L. Fedotov, Mariia V. Antipova, Lutfullo Z. Khafizov

St. Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg, Russia

Received 27.01.2023; accepted 21.06.2023

The results of treatment of gastroduodenal bleedings in the Russian Federation leave much to be desired. According to the chief surgeon and endoscopist of the Russian Federation, Academician A. Sh. Ramishvili [2], operative mortality in the treatment of gastroduodenal bleedings is 19 %, and only in 32 % of cases, bleeding was stopped endoscopically. The article analyzes the problems in the treatment of gastroduodenal bleedings. The main problem is organizational. Strict implementation of national clinical recommendations by surgeons and endoscopists is necessary for high-quality care for patients with gastroduodenal bleedings (1). Special conditions should be created in hospitals to help patients with gastroduodenal bleedings. These are the presence of a surgical team, intensive care unit, blood transfusion department or cabinet, 24-hour endoscopy (department or cabinet) equipped with modern digital endoscopes and all the tools to stop bleedings. It is necessary to treat not the bleeding but the patient with bleeding. For this purpose, it is necessary to use drug antisecretory therapy after endoscopic treatment. It is very important that surgeons and endoscopists equally understand the complexity of the problem – the treatment of gastroduodenal bleedings.

Keywords: gastrointestinal bleedings, endoscopy, treatment

For citation: Korolev M. P., Avanesyan R. G., Fedotov L. E., Fedotov B. L., Antipova M. V., Khafizov L. Z. Possibilities and place of endoscopy in improving the results of treatment of gastroduodenal bleedings. *Grekov's Bulletin of Surgery*. 2023;182(1):93–97. (In Russ.). DOI: 10.24884/0042-4625-2023-182-1-93-97.

* **Corresponding author:** Mikhail P. Korolev, St. Petersburg State Pediatric Medical University, 2, Litovskaya str., Saint Petersburg, 194100, Russia. E-mail: korolevmp@yandex.ru.

Проблема лечения гастродуоденальных кровотечений в современной хирургии является одной из важных и сложных. В РФ ежегодно число больных с гастродуоденальными кровотечениями составляет примерно 50 тыс. пациентов. Казалось, что с внедрением эндоскопии вопросы диагностики и лечения будут решаться значительно лучше, однако результаты лечения гастродуоденальных кровотечений оставляют желать лучшего. В своем докладе на съезде хирургов в ноябре 2022 г. главный хирург и эндоскопист МЗ РФ академик А. Ш. Ревишвили озвучил результаты лечения гастродуоденальных кровотечений – послеоперационная летальность 19 % и только в 32 % кровотечение останавливают эндоскопически. Результаты лечения гастродуоденальных кровотечений по регионам представлены в сборнике «Хирургическая помощь в Российской Федерации» [2]. Состояние эндоскопии в РФ также представлено в сборнике «Эндоскопия в Российской Федерации» [3]. Это информационные сборники за 2021 г. Хочется выразить огромную благодарность главному хирургу и эндоскописту академику А. Ш. Ревишвили и профильным комиссиям МЗ РФ по хирургии и эндоскопии за выпуск этих материалов, которые реально отражают состояние хирургии и эндоскопии в РФ.

Анализируя результаты лечения гастродуоденальных кровотечений, необходимо выделить несколько проблем, которые существенно влияют на результаты лечения этой сложной патологии.

Первая проблема (организационная). Существуют национальные клинические рекомендации по оказанию помощи больным с гастродуоденальными кровотечениями. Основная цель создания национальных клинических рекомендаций – это качественная помощь пациентам с гастродуоденальными кровотечениями, вторая – это обязательное выполнение врачом необходимых диагностических и лечебных мероприятий согласно национальным клиническим рекомендациям, невыполнением которых является некачественное оказание помощи пациенту. Третья – это создание в ЛПУ условий для выполнения национальных клинических рекомендаций по лечению гастродуоденальных кровотечений. Для оказания качественной помощи больным в гастродуоденальным кровотечениям в ЛПУ должны быть определенные условия: хирургическое отделение с круглосуточным режимом работы, реанимация, отделение или кабинет переливания крови, круглосуточная эндоскопия (кабинет или отделение) должна быть оборудована инструментами и расходниками для остановки кровотечения. Это эндоскопы с торцевой и боковой оптикой, инъекторы, щипцы для горячей биопсии, гемостатические клипсы, гемостатические лигатуры, аргонплазменная коагуляция, препараты для орошения слизистой (например, ЭндоКлот). Если в ЛПУ нет условий для оказания помощи боль-

ным с гастродуоденальными кровотечениями, то госпитализация этих больных в данное лечебное учреждение заведомо снижает качество оказания медицинской помощи со всеми вытекающими последствиями. Анализ эндоскопии в РФ показал следующее: примерно 50 % эндоскопов в регионах – это фиброскопы с очень большим износом. Диагностика этими приборами затруднена. Необходимо отметить, что за последние годы количество современных эндоскопов в регионах выросло. Далеко не всегда в эндоскопических кабинетах имеется все необходимое для остановки кровотечения, особенно это касается клипс и аргон-плазменной коагуляции. Приведем пример. Из соображений этики не называем город, где кровотечения эндоскопически не останавливаются длительное время. Причина? В одной больнице есть эндоскоп, нет клипс (не купили). В другой больнице есть клипсы, но нет эндоскопа (в ремонте). В третьей больнице нет круглосуточной эндоскопии и эндоскописта. В этом городе на скорой помощи за 20 мин можно проехать весь город. Это чисто организационная ситуация. Главный хирург своей властью должен сконцентрировать в одной из больниц все вышеперечисленное: эндоскоп, клипсы, эндоскописта с круглосуточным режимом работы, хирургию, реанимацию, кабинет переливания крови. К сожалению, порой местные интересы преобладают над общими – это качественное оказание помощи пациентам с гастродуоденальными кровотечениями на современном уровне.

Вторая проблема (образовательная). Хирург и эндоскопист должны одинаково понимать характер кровотечения. Для исключения различной трактовки характера и стадии кровотечения необходимо присутствие хирурга во время эндоскопического обследования пациента. Знание характера кровотечения при различной патологии обязательно. Хроническая язва – характер кровотечения – артериальное, рецидивирующее. Продолжительность кровотечения – несколько минут. Это надо понимать. Например, если кровотечение из бассейна левой желудочной артерии продолжается более 5 мин, то у больного развивается коллапс. Острая язва – кровотечение всегда артериальное. Рецидив возникает, если язва увеличивается в размере, или образуется новая острая язва. Синдром Дъелафуа – кровотечение всегда артериальное и рецидивирующее. Синдром Меллори – Вейса – имеет как артериальный, так и венозный компонент в зависимости от длины и глубины разрыва, часто рецидивирует. Варикозное расширение вен – венозное кровотечение с большой потерей крови. Острые эрозии – капиллярное кровотечение. В зависимости от количества и локализации эрозий кровопотери могут быть достаточно большие. Рак – кровотечения капиллярные, венозные, редко артериальные, дающие профузные кровотечения.

Основной вопрос, который хирург задает эндоскописту: устойчивый гемостаз или нет?! На этот вопрос врач-эндоскопист отвечать не должен и не может. По эндоскопической картине можно предположить, сколько времени прошло с последней волны кровотечения. За основу можно взять классификацию Форест. Во время эндоскопии видно струйное кровотечение. F-1. Необходимо понимать следующее. Первое – это кровотечение возникло во время эндоскопии в результате раздувания желудка, продолжается несколько минут. Второе – это всегда рецидив. Больной откровил до поступления, поступил с диагнозом «Острое гастродуоденальное кровотечение» и во время эндоскопии развился рецидив. F-2. Свежий сгусток, с момента последней волны прошло не более 6 ч. 6–12 ч при эндоскопии виден красный тромб. После 12 ч начинается ретракция тромба, серый тромб. Через 24 ч четко определяется тромбированный сосуд и отсутствие свежей крови в просвете желудка. Понятно, что эти цифры относительные, но они говорят о характере кровотечения и его стадии. Говорить об устойчивости гемостаза врач-эндоскопист не должен и не может. На гемостаз влияют многие факторы, которые в эндоскопе не видны. Это свертывающая система крови, сопутствующие заболевания, какая волна кровотечения, проводимая терапия и так далее. Устойчивый или неустойчивый гемостаз – это клинко-эндоскопическое понятие, говорить о котором можно только после обследования больного.

Третья проблема – это эндоскопическая. Сегодня эндоскопия является основным способом диагностики и остановки гастродуоденального кровотечения. При эндоскопической диагностике гастродуоденального кровотечения врач-эндоскопист должен быть уверен, что обнаруженный субстрат (язва, эрозии, опухоль, трещины, варикозные вены) является источником кровотечения. Признаками кровотечения являются поступление свежей крови во время эндоскопии, свежий сгусток крови, красный тромб, тромб в стадии ретракции, тромбированный сосуд. При отсутствии этих признаков данный субстрат не является источником кровотечения. Так, при наличии варикозных вен в 30 % источниками кровотечения являются хронические и острые язвы, острые эрозии. Врач-эндоскопист должен во время диагностической эндоскопии очень тщательно осмотреть пищевод, желудок, двенадцатиперстную кишку для исключения другой патологии, которая может дать кровотечение. При небольших по размеру источниках кровотечения, например, при синдроме Дьелафу, артерио-венозные мальформации дают массивное кровотечение, и остановить которое эндоскопически не удастся. В этих случаях необходимо эндоскопически пометить данный источник – ввести под слизистую тушь или наложить клипсу. Это позво-

лит хирургу во время открытой операции, с одной стороны, легко обнаружить источник кровотечения, а с другой стороны, в ряде случаев не делать гастротомии, а прошить кровоточащий источник через стенку желудка. Также врач-эндоскопист должен соблюдать все правила остановки кровотечения эндоскопически. Хирург и эндоскопист должны понимать, что остановка кровотечения эндоскопически может быть временной и окончательной. Причем необходимо отметить, что практически все способы остановки кровотечения могут быть как временными, так и окончательными. Это прежде всего зависит от источника кровотечения и проводимой медикаментозной терапии после эндоскопической остановки.

Основные моменты, которые существенно влияют на успешный гемостаз. Наиболее часто врач-эндоскопист видит свежий сгусток крови или красный тромб, который прикрывает источник кровотечения. Ошибка – это когда на сгусток накладывается клипса. Часто кровоточащий сосуд в этих случаях не попадает в клипсу, что и приводит к рецидиву кровотечения. Необходимо при этой ситуации выполнить следующее: обколоть сгусток раствором адреналина, удалить сгусток, локализовать кровоточащий сосуд, наложить гемостатическую клипсу на сосуд, желателен использование точечный коагулятор, скоагулировать металлическую часть клипсы, что усиливает ее фиксацию в тканях. Необходимо убедиться, что отсутствует поступление крови. Эта методика дает наиболее стойкий гемостаз. При использовании аргоно-плазменной коагуляции необходимо также предварительно обколоть субстрат адреналином, а затем выполнить коагуляцию. Для аргоно-плазменной коагуляции необходимо иметь 2 вида зондов с концевым и боковым соплом. Часто не удается вывести источник кровотечения так, чтобы наложить правильно клипсу, особенно в двенадцатиперстной кишке. Использование зонда с боковым соплом помогает адекватно остановить кровотечение. Эндоскопическая остановка кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода имеет свои особенности. Как правило, кровотечение из варикозных вен очень обильное. При эндоскопии в желудке имеется большое количество крови. Локализовать кровоточащую вену довольно часто не удается. Да и не нужно это делать. Состояние больного при поступлении, как правило, тяжелое. Первое, что необходимо сделать, это поставить зонд Блекмора. Компенсировать состояние больного, перелить кровь. При стабилизации больного удалить зонд. Выполнить эндоскопию, локализовать источник кровотечения (кровоточащую вену) и выполнить ее лигирование или склерозирование. Обычно для этого достаточно одной лигатуры. Сразу после остановки кровотечения не стоит производить лигирование всех расширенных вен, так как

после зонда Блекмора сложно установить характер варикоза. Лучше это сделать через 10–12 дней. Если источником кровотечения являются острые эрозии, то эндоскопически необходимо обрабатывать эрозии различными порошковыми препаратами, например, ЭндоКлот. Данный препарат хорошо фиксируется на слизистой и останавливает капиллярные кровотечения. Из вышесказанного для устойчивого гемостаза необходимо использовать комбинацию методов, что дает наилучший эффект. Мы считаем, что эндоскопически всегда надо воздействовать на источник кровотечения независимо от его стадии (F 1–3) [5, 6].

К сожалению, не всегда удается остановить кровотечение эндоскопически.

В своей практической работе в этих случаях мы используем ангиографию сосудов желудка. В Мариинской больнице имеется такая возможность, так как ангиография работает круглосуточно. Ангиографию необходимо выполнять в экстренном порядке при наличии у больного кровотечения. Во время ангиографии при кровотечении определяется экстравазация контрастного вещества, что позволяет локализовать кровоточащий сосуд и выполнить его эмболизацию.

В обязательном порядке после эндоскопической остановки кровотечения необходима медикаментозная терапия. Надо понимать, что клипса не лечит. Надо лечить больного с кровотечением, а не кровотечение. Первое – это необходимо в обязательном порядке компенсировать кровопотерю. К сожалению, в последнее время появляются работы, которые говорят, что, если гемоглобин выше 70 г/л, переливание крови не требуется. Учитывая наш опыт, можем утверждать, что переливание крови крайне важно для восстановления пациента. Нормальный гемоглобин необходим для лечения гипоксии, которая всегда имеет место при кровотечении, что влияет на заживления язв, эрозий и так далее. В своих работах проф. А. И. Горбашко (1974) [4] указывал на необходимость своевременной компенсации кровопотери. Причем это необходимо сделать в ближайшие 3 суток после кровотечения. Обязательно проводится антисекреторная терапия: болюсно 80 мг. Нексиум в/в с последующей продленной инфузией 8 мг/ч в течение 72 ч, далее пероральный прием нексиум по 40 мг/сутки в течение 3 недель. Если выявлена инфицированность *H. pylori* цитологическим или уреазным методами, целесообразно начать курс эрадикационной терапии: в дополнение к нексиум (40 мг/сутки) – кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки или амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки в течение недели.

После эндоскопической остановки кровотечения необходимо совместно с хирургом решить вопрос о необходимости операции в плановом порядке. Это прежде всего касается хронических

калезных гиганских язв, вызывающих тяжелые рубцовые деформации желудка и двенадцатиперстной кишки у пациентов с длительным язвенным анамнезом. У этих больных вероятность рецидива кровотечения очень большая, а вероятность заживления таких язв не велика.

При соблюдении всех вышеизложенных положений в клиниках, которые занимаются лечением гастродуоденальных кровотечений, летальность составляет 1,5–2 %. К сожалению, при невыполнении данных рекомендаций летальность достигает 15–20 %, что сегодня указывает на некачественное оказание медицинской помощи при гастродуоденальных кровотечениях и невыполнение национальных клинических рекомендаций по лечению гастродуоденальных кровотечений.

Крайне важно, чтобы хирурги и врачи-эндоскописты работали вместе и имели единое понимание такой сложной хирургической проблемы, как диагностика и лечение гастродуоденальных кровотечений.

Конфликт интересов

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Соответствие нормам этики

Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного согласия в тех случаях, когда оно необходимо, и правила обращения с животными в случаях их использования в работе. Подробная информация содержится в Правилах для авторов.

Compliance with ethical principles

The authors confirm that they respect the rights of the people participated in the study, including obtaining informed consent when it is necessary, and the rules of treatment of animals when they are used in the study. Author Guidelines contains the detailed information.

ЛИТЕРАТУРА

1. Язвенные гастродуоденальные кровотечения. Национальные клинические рекомендации / Российское общество хирургов. Москва–Воронеж. 2014.
2. Хирургическая помощь в Российской Федерации. Информационно-аналитический сборник за 2021 год / Под ред. А. Ш. Ревисвили. М.: ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А. В. Вишневского», 2022. 199 с.
3. Эндоскопия в Российской Федерации (Информационный сборник за 2021 г.).
4. Горбашко А. И. Острые желудочно-кишечные кровотечения. Л., 1974.
5. Lanza F. L., Chan F. K., Quigley E. M. Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Guidelines for prevention of NSAID-related ulcer complications // *Am J Gastroenterol*. 2009. Vol. 104, № 3. P. 728–38. Doi: 10.1038/ajg.2009.115.
6. Barkun A. N., Bardou M., Kuipers E. J. et al. International Consensus Upper Gastrointestinal Bleeding Conference Group. International consensus recommendations on the management of patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding // *Ann Intern Med*. 2010. Vol. 152, № 2. P. 101–13. Doi: 10.7326/0003-4819-152-2-201001190-00009.

REFERENCES

1. Ulcerative gastroduodenal bleeding. National clinical guidelines / Russian Society of Surgeons. Moscow–Voronezh, 2014. (In Russ.).
2. Surgical care in the Russian Federation. Information and analytical collection for 2021 / Eds by A. Sh. Revishvili. M.: Federal State Budgetary

- Institution "NMITC of Surgery named after N.N. A. V. Vishnevsky", 2022:199. (In Russ.).
3. **Endoscopy in the Russian Federation (Information collection for 2021).**
 4. Gorbashko A. I. Acute gastrointestinal bleeding. L., 1974. (In Russ.).
 5. Lanza F. L., Chan F. K., Quigley E. M. Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Guidelines for prevention of NSAID-related ulcer complications // *Am J Gastroenterol.* 2009;104(3):728–38. Doi: 10.1038/ajg.2009.115.
 6. Barkun A. N., Bardou M., Kuipers E. J. et al. International Consensus Upper Gastrointestinal Bleeding Conference Group. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding // *Ann Intern Med.* 2010;152(2):101–13. Doi: 10.7326/0003-4819-152-2-201001190-00009.

Информация об авторах:

Королев Михаил Павлович, доктор медицинских наук, профессор кафедры общей хирургии с курсом эндоскопии, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0001-5061-0139; **Аванесян Рубен Гариевич**, доктор медицинских наук, зав. кафедрой общей хирургии с курсом эндоскопии, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет (Санкт-Петербург, Россия); **Федотов Леонид Евгеньевич**, профессор кафедры общей хирургии с курсом эндоскопии, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет (Санкт-Петербург); **Федотов Борис Леонидович**, ассистент кафедры общей хирургии с курсом эндоскопии, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет (Санкт-Петербург); **Антипова Мария Владимировна**, доцент кафедры общей хирургии с курсом эндоскопии, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет (Санкт-Петербург); **Хафизов Лутфулло Зувайдуллоевич**, аспирант кафедры общей хирургии с курсом эндоскопии, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет (Санкт-Петербург).

Information about authors:

Mikhail P. Korolev, Dr. of Sci. (Med.), Professor of the Department of General Surgery with a course of Endoscopy, St. Petersburg State Pediatric Medical University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0001-5061-0139; **Ruben G. Avanesyan**, Dr. of Sci. (Med.), Head of the Department of General Surgery with a course of Endoscopy, St. Petersburg State Pediatric Medical University (Saint Petersburg, Russia); **Leonid E. Fedotov**, Professor of the Department of General Surgery with a course of Endoscopy, St. Petersburg State Pediatric Medical University (Saint Petersburg, Russia); **Boris L. Fedotov**, Assistant of the Department of General Surgery with a course of Endoscopy, St. Petersburg State Pediatric Medical University (Saint Petersburg, Russia); **Mariia V. Antipova**, Associate Professor of the Department of General Surgery with a course Endoscopy, St. Petersburg State Pediatric Medical University (Saint Petersburg, Russia); **Lutfullo Z. Khafizov**, Postgraduate Student of the Department of General Surgery with a course of Endoscopy, St. Petersburg State Pediatric Medical University (Saint Petersburg, Russia).