

УДК: 616 - 001.4 : 616.33

ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У ТЯЖЕЛОБОЖЖЕННЫХ

Зувайтов Шохрух Гайратович-врач ординатор

Хакимов Эркин Абдухалилович- D.M.Sc., доцент

Хайитов Лазиз Милонерович –PhD ассистент

Маматов Фаррух Шавкатович- врач ординатор

Даминов Фируз Асатуллаевич - D.M.Sc., доцент

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика
 Узбекистан, г. Самарканд

Аннотация. У больных с тяжелыми термическими травмами гастродуоденальное кровотечение осложняет течение ожоговой болезни и в ряде случаев увеличивает риск летального исхода. Проведен анализ 85 ожоговых больных с гастродуоденальным кровотечением в динамике ожоговой болезни (площадь глубокого ожога 20–40 % поверхности тела), проходивших лечение в период с 2020 по 2024 год. Исследования показали, что эндоскопическая остановка кровотечения на фоне комплексной гемостатической, заместительной и ангиопротективной терапии в случаях массивного кровотечения при ожогах является одним из патогенетически обоснованных методов лечения.

Ключевые слова: ожоговая болезнь, гастродуоденальное кровотечение.

Аннотация. Оғир термик жароҳат бўлган беморларда гастродуоденал қон кетиш куйиш касаллиги кечишини оғирлаштиради ва айрим ҳолатларда ўлим оқибати хавфини оширади. 2020 йилдан 2024 йилгача даволанагн куйиш касаллигининг кечишида (чуқур куйиш майдони 20-40% тана юзасига) гастродуоденал қон кетиш кузатилган 85 нафар куйган беморлар таҳлили ўтказилди. Тадқиқотлар шуни кўрсатдики, куйганларда массив қон кетиш кузатилганда гемостатик, ўрин босувчи ва ангиопротектор терапия комплекс даволаш фонида эндоскопик усулда қон кетишни тўхтатиш патогенетик асосланган даво усулларидан бири эканлиги маълум бўлди.

Калит сўзлар: куйиш касаллиги, гастродуоденал қон кетиш.

Abstract. Gastroduodenal bleeding complicates the course of the burn disease and in some cases may increase the likelihood of death in patients with severe thermal trauma. The analysis of 85 victims with severe thermal trauma (the area of deep burn 20-40%), who were on treatment from 2020 to 2024, in whom the course of the burn disease was complicated by the development of gastroduodenal bleeding. Studies have shown that the pathogenetically substantiated method of choice for the development of massive bleeding in burned patients is endoscopic arrest on the background of complex haemostatic, replacement and angioprotective therapy.

Key words: burn disease, gastroduodenal bleeding.

Актуальность. Выраженность поражения внутренних органов при ожоговой болезни, в том числе и органов пищеварения, зависит от степени нарушения метаболических, эндокринных, иммунных процессов. В свою очередь эти нарушения гомеостаза определяются тяжестью травмы, длительностью и выраженностью ожогового шока и обширностью глубоких поражений кожных покровов [2,3,9]. Острые

эрозии и язвы желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) являются результатом развития синдрома системного воспалительного ответа (ССВО) и зависят от его течения. Для профилактики и лечения эрозивно-язвенных поражений ЖКТ и осложненных острых язв в комплексном лечении обожженных ведущее значение имеет эффективная коррекция ССВО [1].

Однако, в отличие от всех клеточных структур, верхние отделы ЖКТ при ССВО испытывают воздействие местных факторов агрессии – соляной кислоты, пепсина, желчи. Это обусловлено, прежде всего длительной стимуляцией функции париетальных клеток на фоне ССВО (гистамином, гастрином, ацетилхолином), а также нарушением запирающей функции сфинктеров с рефлюксом содержимого в вышележащие отделы, снижением защитной роли слизистого барьера желудка. Гиперацидное состояние содержимого желудка может способствовать расширению и углублению эрозивно-язвенных дефектов слизистой оболочки с развитием осложнений [6,8]. Чем больше тяжесть повреждения и тяжесть состояния в остром периоде ожоговой болезни, тем с большей вероятностью необходимо ожидать осложнений со стороны органов ЖКТ [4,5,10].

Цель исследования. Улучшение результатов лечения эрозивно-язвенных поражений и гастроудоденальных кровотечений у тяжело-обожженных.

Материал и методы. Проведен анализ 85 пострадавших с тяжелой термической травмой (площадь глубокого ожога 20-40% п.т.), находившихся на лечении с 2020 по 2024 годы в отделении комбустиологии Самаркандского филиала РНЦЭМП. Массив исследования составил 45 пострадавших исследованных ретроспективно и 40 пострадавших основной группы (проспективный анализ). Течение ожоговой болезни у ряда больных осложнилось развитием кровотечения из верхних отделов ЖКТ. Пострадавшие получили термическую травму в результате воздействия открытого пламени в 59 (69,5%) наблюдениях, горячей жидкости и контактно – в 23 (26,7%) и в 3 (3,8%) случаях соответственно. В одном случае выявлен ожог пламенем вольтовой дуги. У всех больных площадь глубокого ожога были более 20% п.т. В 18 (21,9%) случаях эрозивно-язвенные поражения ЖКТ выявлены у пострадавших с обострением хронической формы язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки. У 66 (78,1%) пациентов эрозивно-язвенные поражения ЖКТ развились остро. Возраст пострадавших колебался от 20 до 80 лет (средний возраст $57,8 \pm 3,5$ лет). Большинство пострадавших составили мужчины – 70 человек – 82,8% наблюдений.

С целью подавления желудочной секреции мы применяли анацидные препараты у 40 больных основной группы: у 12 – блокатор m_1 -холинорецепторов (гастроцепин), у 20 – блокаторы H_2 -рецепторов гистамина (циметидин, ранитидин, гистодил, зантак, квамател) и у 8 (1,8%) – блокаторы протонной помпы (омез). Больные контрольной группы по тем или другим причинам данное лечение не получали.

В результате проведенных исследований усовершенствованы схемы анацидной терапии в зависимости от тяжести ожоговой травмы, анамнестических данных и клинико-эндоскопических проявлений. Показанием к внутривенной анацидной терапии (блокаторы H_2 -гистаминовых рецепторов или ингибиторы протонной помпы) с первых суток является тяжелая ожоговая травма (ИФ свыше 90 ед) и язвенная болезнь в анамнезе, а также признаки желудочно-кишечного кровотечения:

при отсутствии указанных показаний анацидная терапия проводится перорально (блокаторы H₂-гистаминовых или m₁-холинорецепторов). У всех больных анацидную терапию продолжали до окончания клинических признаков синдрома ССВО. У 94% больных терапия анацидными пре-паратами была эффективна в профилактике массивных кровотечений. Схема органопротекторной терапии включала также антацидные или комбинированные защитные препараты (альмагель, маалокс, вентер).

Результаты и их обсуждение. На любом этапе лечения обожженных при выявлении клинических или эндоскопических признаков кровотечения из острой язвы, риска его развития (тромб-сгусток, сосуд-столбик), отрицательной динамики в состоянии острых изъязвлений (расширение или углубление острой язвы), особенно у больных с язвенным анамнезом (группа риска), для полного подавления гиперхлоргидрии показано внутривенное применение ингибиторов про-тоновой помпы для полного подавления желудочной секреции до ликвидации угрозы массивного кровотечения (под контролем ЭГФДС).

С целью стимуляции ангиогенеза и регенерации слизистой оболочки ЖКТ мы применили у небольшой группы тяжелых больных (10) с 3 суток после травмы препарат солкосерил по 5 мл внутривенно 2 раза в день. Клиническая эффективность проявилась отсутствием у больных тяжелых деструктивных поражений ЖКК.

При морфологическом изучении биопсийного материала слизистой оболочки желудка после 7-10 дневного курса лечения была выявлена тенденция к нормализации кровообращения микроциркуляторного русла с очаговыми дистрофическими изменениями, не приводящими к деструктивному поражению. В основе патогенеза ранних эрозий и язв лежит усиление кислотно-пептической агрессии, они мелкие, расположены на фоне воспалительной слизистой, поздние изъязвления появляются при развитии инфекционных осложнений, они более крупные, слизистая при этом атрофична вследствие снижения её защитных факторов. При анализе характера источников кровотечения были получены следующие данные. В 61,8% случаев ими явились острые эрозии, в 28,4% - острые язвы, в 3,7% - хронические язвы, еще в 6,8% наблюдались сочетание различных по характеру источников. Наиболее часто источник желудочно-кишечного кровотечения локализуется в желудке (64,2%) и гораздо реже в двенадцатиперстной кишке (13,5%), сочетание источников кровотечения в желудке и двенадцатиперстной кишке было в 15% случаев.

Таким образом, острые эрозии и язвы верхних отделов желудочно-кишечного тракта, в том числе и являющиеся источником желудочно-кишечного кровотечения, у обожженных с глубокими ожогами более 20% п.т. характеризуются следующими особенностями: - во-первых, наиболее часто отмечаются острые эрозии желудка; - во-вторых, примерно в три раза реже имеют место острые язвы; - в третьих, максимальная частота кровотечения приходится на первые семь суток (стадии ожогового шока и острой ожоговой токсемии). В основной группе (50 пациентов) проводилась разработанная программа опережающего лечения данного осложнения, которая включала в себя: обеспечение адекватной моторики желудочно-кишечного тракта; улучшение микроциркуляции в подслизистом слое желудка и двенадцатиперстной кишки; улучшение тканевого дыхания в органах желудочно-кишечного тракта; локальное ингибирование избыточного перекисного окисления липидов;

нормализация функционирования обкладочных клеток желудка для исключения гиперацидного состояния; диагностическая фиброгастроуденоскопия в динамике (2, 4, 6, 9 и 14 сутки).

Комплексная терапия эрозивно-язвенных поражений ЖКТ при ожоговой болезни включало следующие принципы:

I. Инфузионно-трансфузионная терапия:

II. Гемостатическая терапия:

III. Антихеликобактерная терапия

Известно, что остановка язвенного кровотечения самостоятельно либо под действием лечебных мероприятий происходит у 85-95% больных. Применение системной гемостатической терапии, эффективных антисекреторных средств, широкое внедрение в клиническую практику методов эндоскопического гемостаза и активно популяризируемая в последнее время эрадикация *H.pylori* позволяют большинству терапевтов и многим хирургам надеяться на исключительно консервативный вариант гемостаза и передачу данной категории больных на лечение в терапевтические клиники. Однако, второй общеизвестный факт, а именно возникновение рецидива язвенного кровотечения у 12-35% больных при дуоденальной и более чем у 40% больных при желудочной язве, делает такие надежды, по крайней мере, сегодня, весьма призрачными. Решающее значение в профилактике рецидива кровотечения придается проведению консервативной гемостатической и противоязвенной терапии с учетом обсемененности слизистой оболочки желудка с *H.pylori*.

По результатам наших исследований, что согласуется с данными литературы, ранняя эрадикация *H.pylori* у больных с язвенным кровотечением предупреждает развитие повторных кровотечений у всех без исключения больных, в то время как у больных, не получавших антихеликобактерной терапии, рецидивы язвенных кровотечений возникают в 30% и более случаев.

Таким образом, одним из ведущих принципов современной патогенетической стратегии консервативного лечения больных с кровотечениями из язв желудка и двенадцатиперстной кишки у обожженных следует считать эрадикационную терапию *H.pylori*-инфекции. Ожоговая болезнь, осложненная кровотечением, является абсолютным показанием для антихеликобактерной терапии после успешного медикаментозного гемостаза. Патогенетически обоснованное лечение язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, с применением антикислотосекреторных и адекватных противохеликобактерных средств в случае успешной эрадикации *H.pylori*-инфекции ведет к быстрому рубцеванию язвы через 8-14 суток. Отсутствие эрадикации *H.pylori*-инфекции замедляет темп рубцевания и задерживает эпителизацию дефекта в среднем на 7-10 дней.

Нами установлено, что чем раньше проводится эрадикационная терапия, тем меньше число рецидивов. Исходя из этого, через 12-24 часов после остановки кровотечения необходимо провести контрольную ЭГДС с целью выявления показаний для возможности назначения лекарственных препаратов per os. Показанием для чего является наложение фибрина в дне язвенного дефекта (Forrest III). Решением Маастрихтской согласительной конференции Европейской группы по изучению пилорического хеликобактера (2005) для эрадикационной терапии было

рекомендовано схемы 1-й линии, каждая из которых обязательно включает в себя назначение одного из блокаторов протонного насоса в стандартных дозах 2 раза в день. Клиническое значение кровотечений из верхних отделов ЖКТ определяется высокими показателями летальности, которые на протяжении последних лет устойчиво сохраняются на уровне 60-70% [2,12]. Широкое применение лекарственных препаратов для профилактики эрозивно-язвенных поражений слизистой верхних отделов ЖКТ привело к снижению частоты развития тяжелых кровотечений до 5-10%, однако летальность при их возникновении 3,5%-22% сохраняется высокой у тяжелообожженных [7,11].

В настоящее время выделяют три основных способа эндоскопического гемостаза: медикаментозный, физический, механический. Рассматривая медикаментозный способ остановки кровотечения, можно подчеркнуть его разнообразие: орошение растворами медикаментов (гемостатическими, сосудосуживающими, коагулирующими), нанесение пленкообразующих препаратов, инфильтрационный гемостаз (раствором адреналина, клеевыми композициями, масляными растворами, спиртоновокаиновыми смесями, изотоническим, склерозирующими и коагулирующими растворами). Одновременно продолжается поиск новых препаратов, каждый из которых, по своим характеристикам отличается от известных ранее. Комбинированное лечение эрозивно-язвенных поражений включает эндоскопический метод и медикаментозную терапию. Эндоскопическая картина используется для прогнозирования повторного кровотечения на основании классификации Forrest (1976). Пациентам продолжающимся кровотечением должен быть выполнен эндоскопический гемостаз, который позволил бы отказаться от экстренного оперативного вмешательства. Из 85 пострадавших с глубокими ожогами более 20% п.т., у 68 (80,9%) больных острые эрозивно-язвенные гастродуоденальные кровотечения клинически манифестировались меленой, значительных гемодинамических нарушений не отмечалось. При ЭГФДС активного кровотечения выявлено не было. Проведенная гемостатическая и противоязвенная терапия привела к рубцеванию язв. В наших наблюдениях массивное ЖКК, потребовавшее эндоскопической остановки (у 16– 19%), развилось у 16 больных и у одного пациента, переведенного из субфилиала на 8 сутки (контрольная группа), без применения анацидных препаратов, и у 3 больных (основная группа) получивших комплексную терапию. С целью остановки продолжающегося артериального кровотечения у 17 больных и с целью профилактики рецидива кровотечения у 3 больных была выполнена эндоскопическая инфильтрация 70% спирта (2,5-5 мл) и раствора адреналина 0,1% 1-2 мл из 3-5 точек в окружности острой язвы или под сгусток. Гемостаз был эффективен у 15 из 17 больных с продолжающимся кровотечением и в 3 случаях угрозы рецидива. 2 больных были оперированы в связи с неэффективностью эндоскопического гемостаза и продолжающимся кровотечением, произведено прошивание кровоточащего сосуда в дне острой язвы желудка (1) и 12-перстной кишки (1). У одного больного после остановки кровотечения наступила перфорация острой язвы 12-перстной кишки, также потребовавшая оперативного лечения.

Таким образом, у 16 (из 85) больных (14 пациентов из контрольной группы, и 2 – из основной группы) развилось массивное кровотечение из острой язвы, потребовавшее эндоскопической остановки кровотечения, профилактического

обкалывания сосуда в дне язвы при угрозе рецидива кровотечения или хирургического вмешательства. Летальный исход был в 6 (7,6%) случаях, из них в основной группе – 3 (4,0%), а в контрольной – 9 (10,9%). До последнего времени кровотечение при острых язвах у обожженных считали хирургической проблемой, тогда как наши данные свидетельствуют, что проблема кровотечений при ожоговой болезни должна решаться комбустиологами совместно с эндоскопистами и хирургами, при этом роль хирургических вмешательств должна быть сведена к минимуму при применении профилактических и лечебных мероприятий. С учетом разработанного патогенеза, в основе которого лежат системные нарушения микроциркуляции, а кислотно-пептический фактор играет вторичную роль, становится очевидным, что такие оперативные вмешательства, как резекция желудка и/или ваготомия, при ожоговой болезни не являются патогенетически обоснованными.

Выводы. Патогенетически обоснованным методом выбора при развитии массивного кровотечения у обожженных является эндоскопическая остановка на фоне комплексной гемостатической, заместительной и ангиопротекторной терапии. При невозможности или неэффективности остановки кровотечения следует производить лапаротомию с гастро- или дуоденотомией и прошиванием кровоточащего сосуда в язве, а при перфорации острой язвы ее ушивание, поскольку язвы у обожженных являются острыми и не приводят к развитию язвенной болезни, а гиперхлоргидрия носит временный стимулированный характер и по окончании острого периода ожоговой болезни желудочная секреция переходит в исходное состояние. Необходимо отметить, что эндоскопическая остановка кровотечения в настоящее время заняла ведущее место при оказании помощи и другим категориям больных с гастродуоденальным кровотечением.

Литература:

1. Алексеев А.А. и др. Хирургическое лечение пострадавших от ожогов: клинические рекомендации. Общероссийская общественная организация «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов». Москва, 2015. – 12 с.
2. Брегадзе А.А. и др. Желудочно-кишечные кровотечения у пострадавших с термической травмой // Сб. научных трудов III съезда комбустиологов России, 15-18 ноября, 2010 г. Москва, 2010. – с. 68-69.
3. Карабаев Б.Х. и др. Эрозивно-язвенные поражения желудочно-кишечного тракта у тяжело-обожженных // Сб. научных трудов III съезда комбустиологов России, 15-18 ноября, 2010 г. Москва, 2010. – с. 87-88.
4. Карабаев Х.К. и др. Частота развития синдрома полиорганной недостаточности при ожоговом шоке у обожженных и его коррекция // Сб. научных трудов III съезда комбустиологов России, 15-18 ноября, 2010 г. Москва, 2010. – с. 88-89.
5. Крылов К.М., Юрова Ю.М. «Аргосульфам» - результаты клинической практики лечения ожогов // Сб. научных трудов II съезда комбустиологов России, 2-5 июня, 2008 г. Москва, 2008. – с. 142-143.
6. Меломед В.Д., Головня В.И. Язвы Curling как хирургическая проблема // Вопросы травматологии и ортопедии, 2012. - №2(3). – с. 91.

7. Спиридонова Т.Г. Полиорганная дисфункция и недостаточность у обожженных. Дис... док. мед. наук. Москва, 2007. – 320 с.
8. Хакимов Э.А., Шакиров Б.М., Некбаев Х.С. и др. Желудочно-кишечные осложнения у тяжело-обожженных // Вестник экстренной медицины. Ташкент, 2012. - №2. – с. 197.
9. Curling T.B. On acute veceration of the duodenum in cases of burns // Med. surg. trans., London. – 1842. – Vol.25. – P. 260-281.
10. Swan J. Case of severe burns // Edinb. med. surg. – 1823. – Vol.19. – P. 344-345