

**ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЦИТОПРОТЕКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ
СИМПТОМАТИЧЕСКИХ КРОВОТОЧАЩИХ
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ У БОЛЬНЫХ С
ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

Чередников Е.Ф., Баранников С.В., Банин И.Н., Шкурина И.А., Деряева О.Г.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Особую группу больных с гастродуоденальными кровотечениями занимают пациенты с кровоточащими симптоматическими гастродуоденальными язвами (ГДЯ) на фоне декомпенсированной соматической патологии. Пациент с симптоматической кровоточащей ГДЯ зачастую имеет выраженную коморбидную патологию, которая на фоне развивающегося кровотечения переходит в стадию декомпенсации, что значительно ухудшает состояние больных и является основной причиной неудовлетворительных результатов лечения.

Цель исследования – улучшить результаты лечения пациентов с кровоточащими симптоматическими ГДЯ путем применения современных персонализированных технологий эндоскопического цитопротективного лечения.

Материал и методы исследования. В исследование включены 143 пациента с симптоматическими кровоточащими ГДЯ. Проведен анализ этиологических, патофизиологических, терапевтических особенностей пациентов. Всем пациентам в клинике была применена персонализированная программа, основанная на включение в протокол лечения больных современных цитопротективных технологий эндогемостаза и профилактики рецидива геморрагии с использованием гранулированного сорбента нового поколения Асептисорб-Д и порошкообразного гемостатика Желпластан.

Результаты. Применение разработанной персонализированной программы лечения позволило обеспечить эффективный эндогемостаз при FIA-FIB у 95.8% больных, при уровне эффективности профилактики возобновления геморрагий при FIIA-FIIB – 93.3% больных, при общей частоте повторных кровотечений – 3.49%, оперативной активности – 1.4% и летальности – 4.19%.

Ключевые слова: желудочно-кишечные кровотечения; симптоматические гастродуоденальные язвы; эндоскопический гемостаз; гранулированные сорбенты

Введение. Проблема лечения желудочно-кишечных кровотечений является одной из сложных проблем современной клинической практики. Особую группу больных с гастродуоденальными кровотечениями (ГДК) занимают пациенты с кровоточащими симптоматическими гастродуоденальными язвами (ГДЯ) на фоне декомпенсированной соматической патологии. По данным Воронежского городского специализированного Центра желудочно-кишечных кровотечений (ВГСЦЖКК) все большее количество язвенных кровотечений приходится именно на симптоматические ГДЯ, количество которых из года в год увеличивается стремительными темпами и уже в современной структуре на долю симптоматических кровоточащих ГДЯ приходится около 64.7% наблюдений, в то время как осложненная кровотечением язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) составляет 35.3% наблюдений [1-3]. Пациент с симптоматической кровоточащей ГДЯ зачастую имеет выраженную коморбидную патологию, которая на фоне развивающегося кровотечения переходит в стадию декомпенсации, что значительно ухудшает состояние больных и является основной причиной неудовлетворительных результатов лечения. Летальность у

пациентов с симптоматическими кровоточащими язвами находится на критическом уровне составляя 36.4-80%, что показывает острую необходимость разработки новых персонализированных технологий лечения этой сложной категории пациентов [4-6].

Цель – улучшить результаты лечения пациентов с кровоточащими симптоматическими ГДЯ путем применения современных персонализированных технологий эндоскопического цитопротективного лечения.

Материал и методы исследования. Исследование проведено на базе ВГСЦЖКК в 2020-2021 гг. при строгом соблюдении законодательства в сфере клинических исследований с участием человека под контролем Этического комитета ВГМУ им. Н.Н. Бурденко (Протокол № 1 от 28.01.2020 г.). В исследование включены 143 пациента с симптоматическими кровоточащими ГДЯ. Проведен анализ этиологических, патофизиологических, терапевтических особенностей пациентов с симптоматическими кровоточащими ГДЯ. Всем пациентам в клинике была применена персонализированная программа, основанная на включение в протокол лечения больных современных цитопротективных технологий эндогемостаза и профилактики рецидива геморрагии. У больных с активным кровотечением FIA-FIB эндоскопический гемостаз осуществляли путем инъекционной компрессии источника геморрагии 5% раствором аминокaproновой кислотой с адреналином с последующей бесконтактной аргоноплазменной коагуляцией (АПК). Каждый случай эндогемостаза заканчивался пневмоинсуффляцией на язвенный дефект порошкообразного гемостатика Желпластан в сочетании с гранулированным сорбентом Асептисорб-Д (Патент РФ № 2633588). У больных с кровотечением FIIA-FIIB применяли метод профилактики рецидива кровотечения путем коагуляции (АПК) тромбированного сосуда при FIIA, при FIIB производили отмывание сгустка с последующей АПК источника геморрагии. С целью повышения эффективности профилактики рецидива геморрагии каждый случай превентивного эндогемостаза заканчивался инсуффляцией Желпластана в комбинации с Аспетисорб-Д. У больных с типом FIIС и FIИ эндоскопическое лечение проводили путем локального цитопротективного лечения язвенного дефекта Желпластаном и Аспетисорб-Д. В лечении пациентов мы также использовали мультидисциплинарный подход: все больные с симптоматическими ГДЯ и декомпенсированной соматической патологией госпитализировались в палату интенсивной терапии (ПИТ) ВГСЦЖКК, где за пациентами производился постоянный динамический мониторинг врачом-реаниматологом. Дополнительно все пациенты были осмотрены мультидисциплинарной бригадой высококвалифицированных врачей различных специальностей, что позволяло выработать персонализированную тактику лечения и стабилизировать состояние больных в кратчайшие сроки.

Результаты. При анализе современных клинических особенностей пациентов с симптоматическими кровоточащими ГДЯ установлено, что средний возраст пациентов составил 69.0 (54.0-79.0) лет. Мужчин с симптоматическими ГДЯ было 84 (58.7%), женщин – 59 (41.3%). В структуре больных преобладали лица пенсионного возраста 95 (66.6%) больных, в то время как лиц трудоспособного возраста было лишь 48 (33.4%). Симптоматические язвы ДПК составили 50.3% больных, а язвы желудка – 49.7% больных. Степень тяжести кровопотери у больных с симптоматическими ГДЯ оценивали по классификации А.И. Горбашко, 1982. Наиболее часто у пациентов наблюдалась легкая и тяжелая кровопотеря – 68 (47.5%) и 50 (35.0%) больных соответственно. Средняя тяжесть кровопотери составила лишь 25 (17.5%) наблюдений. Для оценки характера кровотечений из симптоматических ГДЯ использовалась классификация J. Forrest, 1974. Активное кровотечение FIA-FIB наблюдалось у 16 (16.6%) пациентов, нестабильно остановившееся ГДК FIIA-FIIB – у 45 (31.3%) больных, состоявшееся FIIC

– у 64 (44.7%) пациентов, и реже всего наблюдалось кровотечение ФП – 10 (7.4%) больных. Среди этиологических факторов у 16 (11.1%) больных выявлено носительство *Helicobacter pylori*, у 14 (9.8%) больных развитие симптоматических язв было вызвано приемом НПВП, у 22 (15.4%) пациентов приемом антикоагулянтов и у 30 (21.0%) больных приемом низких доз Аспирина (дезагрегантов). В структуре соматической патологии лидирующее место у больных с симптоматическими ГДЯ занимали заболевания сердечнососудистой системы 108 (75.5%) больных, из которых чаще всего встречалась гипертоническая болезнь 99 (69.2%) больных и ишемическая болезнь сердца 84 (58.7%) пациентов. Применение персонализированных технологий лечения симптоматических кровоточащих ГДЯ в условиях работы специализированного Центра с включением цитопротективных технологий эндоскопического превентивного лечения биологически активным дренирующим сорбентом нового поколения Асептисорб-Д в сочетании с отечественным гемостатиком Желпластан в комплексной терапии больных позволило улучшить результаты лечения больных. Применение разработанной персонализированной программы лечения позволило обеспечить эффективный эндогемостаз при FIA-FIB у 95.8% больных, при уровне эффективности профилактики возобновления геморрагий при FIIA-FIIB – 93.3% больных, при общей частоте повторных кровотечений – 3.49%, оперативной активности – 1.4% и летальности – 4.19%.

Заключение. Применение персонализированных технологий эндоскопического цитопротективного лечения симптоматических кровоточащих гастроуденальных язв у больных с декомпенсированной соматической патологией, основанных на внедрении цитопротективных технологий эндоскопического превентивного гемостаза кровоточащих симптоматических ГДЯ гранулированным сорбентом и местным гемостатическим средством, в сочетании с применением мультидисциплинарного подхода в комплексном лечении больных, позволяет улучшить результаты лечения больных: повышая надежность эндоскопического гемостаза, снижая частоту повторных геморрагий и летальности. Применение разработанных технологий перспективно и экономически целесообразно в работе региональных Центров по лечению больных с ГДК, хирургических и эндоскопических отделений, выездных бригад Центров медицины катастроф.

Список литературы:

1. Barannikov S V, Cherednikov E F, Yuzefovich I S. [et al.] Modern Clinical and Epidemiological Features and New Technological Possibilities in the Treatment of Bleeding Gastroduodenal Ulcers. *International Journal of Biomedicine*. 2021; 11: 4: 428-434. – DOI 10.21103/Article11(4_OA6. – EDN NHPPHM.
2. Cherednikov E F, Barannikov S V, Zhdanov A I. [et al.] Combined Use of Biologically Active Hemostatic and Granulated Sorbent in Endoscopic Cytoprotective Hemostasis in Patients with Bleeding Gastroduodenal Ulcers. *International Journal of Biomedicine*. 2020; 10: 2: 129-132. – DOI 10.21103/Article10(2_OA8. – EDN RBL YGL.
3. Cherednikov E F, Glukhov A A, Romantsov M N. [et al.] Hemostatic Agents in Combination with Diovine for Local Treatment of Simulated Bleeding Gastric Ulcers. *International Journal of Biomedicine*. 2020; 10: 2: 138-141. – DOI 10.21103/Article10(2_OA10. – EDN PQPGSU.
4. Budnevsky A V, Cherednikov E F, Popov A V. [et al.] A Complex, Multidisciplinary Approach to Prevention of Gastro-Duodenal Bleeding in Therapeutic Patients of a General Hospital. *International Journal of Biomedicine*. 2017; 7: 3: 204-207. – DOI 10.21103/Article7(3_OA8. – EDN ZFHJMV.
5. Cherednikov E. F, Budnevsky A V, Popov A V, Fursov A V. *A new opinion on gastroduodenal bleeding prevention in patients with somatic pathology*. The EPMA Journal. 2017; 8:1: 46. – EDN ZEEROZ.
6. Cherednikov E F, Barannikov S. V, Yuzefovich I. S. [et al.] Innovative Endoscopic Technologies in the Complex Treatment of Patients with Unstable Stopped Gastroduodenal Bleeding. *International Journal of Biomedicine*. 2021; 11: 1: 24-28. – DOI 10.21103/Article11(1_OA4. – EDN KKYSLG.