



В.В. Избицкий¹, С.Н. Гулевский²

КОМПЛЕКСНОЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

¹Запорожский государственный медицинский университет,

²НМЦ «Университетская клиника», г. Запорожье

Ключевые слова: аргонплазменная эндоскопическая коагуляция, перекись водорода, инъекционный гемостаз.

Представлены данные комплексного эндоскопического лечения 57 больных с эрозивно-язвенными кровотечениями различной интенсивности, окончательный гемостаз отмечен в 96,5%. Определена группа риска возникновения раннего повторного желудочно-кишечного кровотечения, обоснована эффективность применения отдельных составляющих (орошение раствором перекиси водорода, инъекционный гемостаз, аргонплазменная эндоскопическая коагуляция) комплексного эндоскопического метода.

Комплексне ендоскопічне лікування гострих шлунково-кишкових кровотеч виразкової етіології

В.В. Избицкий, С.М. Гулевский

Наведено результати комплексного ендоскопічного лікування 57 хворих з ерозивно-виразковою кровотечею різної інтенсивності, кінцевий гемостаз виявлено у 96,5%. Визначено групу ризику виникнення ранньої рецидивної шлунково-кишкової кровотечі, доведено доцільність використання окремих складових (зрошення розчином перекису водню, ін'єкційний гемостаз, аргонплазмова ендоскопічна коагуляція) комплексного ендоскопічного методу.

Ключові слова: аргонплазмова ендоскопічна коагуляція, перекис водню, ін'єкційний гемостаз.

Integrated endoscopic treatment of acute gastrointestinal bleeding of ulcer etiology

V.V. Izbitsky, S.N. Gulevsky

This paper presents the results of integrated endoscopic treatment of 57 patients with erosive and ulcerative bleeding of varying intensity, the final hemostasis was observed in 96.5% patients. Risk group of early and recurrent gastrointestinal bleeding development have been identified, the effectiveness of the individual components (irrigation with the solution of hydrogen peroxide, injection hemostasis, endoscopic argon and plazma coagulation) of the complex endoscopic method has been justified.

Key words: argon and plazma endoscopic coagulation (APEC), hydrogen peroxide, injection hemostasis.

Желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) определяются у 20–30% больных язвенной болезнью. Как основная причина смертельных исходов при язвенной болезни, острые желудочно-кишечные кровотечения стоят на первом месте, значительно опережая другие осложнения. Повторные кровотечения возникают у 30–38% больных. Частота и характер впервые возникших и повторных кровотечений зависит от локализации язвенного дефекта, состояния в режиме «реального времени» и доминирующих характеристик кислотопродукции, степени микробной контаминации слизистой, состоянием местных репаративных возможностей слизистой оболочки желудка и общих защитных антиоксидантных свойств, топографо-анатомического совпадения локализации язвенного дефекта с проекцией прохождения крупных, как правило, артериальных интрамуральных и брыжеечных сосудов, выполнение требуемого лечебно-профилактического комплаенса пациентом [1,7,9].

Частота кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта среди взрослого населения, по данным различных авторов, составляет от 10 до 150 человек на 100 000 населения (интегративные евроазиатские данные в период с 1989 по 2000 год) [16].

Различные мультицентрические исследования не обнаружили значительного снижения частоты возникновения кровотечения из язв за последние 25 лет. Интересно отметить, что внедрение и широкое использование блокаторов H₂-гистаминовых рецепторов существенно не снизило частоту

возникновения язвенных кровотечений, которая в Европе составляет 3–10 случаев на 100 000 взрослого населения [8,12]. Частота выполнения экстренных оперативных вмешательств в США по поводу кровоточащих язв составляет 6–10 случаев на 100 000 населения. В Германии экстренные вмешательства по поводу кровоточащих язв выполняют в 8% случаев. По объединенным данным, полученным из 74 госпиталей Великобритании, летальность при язвенных желудочно-кишечных кровотечениях весьма вариабельна и находится в пределах от 0 до 29% [15].

Значительные статистические расхождения являются следствием отсутствия единой универсальной тактики в диагностике этого осложнения, его стадийности, мультифокального динамического контроля, полиэтиологического лечения основного заболевания и возникшего ЖКК, сравнения различных возрастных и трофологических групп, отсутствия активной хирургической направленности в лечении, прогнозировании и профилактике ранних (в виде пептической язвы) или поздних послеоперационных осложнений (в виде постгастрорезекционных или постваготомных расстройств). Подобная практика зачастую ставит в тупик и приводит в растерянность даже опытных хирургов, выставляя перед ними все те же риторические вопросы: кого, когда и как нужно оперировать? Все эти вопросы, возможно, до сих пор искали бы ответы, значительно ухудшая статистику летальности и инвалидизации пациентов данной группы, если бы не эндоскопические методы, которые получили



широкое распространение в последнее десятилетие. Занимая пограничное положение между терапевтическими и хирургическими методами, они достоверно оказывают влияние, которое позволяет закончить лечение возникшего осложнения в комплексе с терапевтическими методами или совместно с хирургическим методом, отсроченным на неопределенный промежуток времени, вне острых гемодинамических нарушений с применением функциональных, органо-сфинктеросохраняющих либо моделирующих привратник операций, значительно снижая процент больных, оперированных по экстренным показаниям, уменьшая количество пациентов с постгастрорезекционными устройствами [10,13].

Новые понятия о функциональной желудочной хирургии, заложенные в работах Н.Н. Велогоцкого и В.И. Оноприева, а в дальнейшем применение лапароскопических оперативных вмешательств и, прежде всего, расширение лечебно-диагностических возможностей эндоскопии позволили изменить подход к больному с ЖКК [4,14].

Эндоскопическое исследование позволяет установить источник кровотечения у 93–98% пациентов. По мнению Ю.М. Панцирева, метод лечебной эндоскопии является продолжением диагностического исследования. Для объективной оценки эффективности комплексного эндоскопического гемостаза следует учитывать факторы, обуславливающие интенсивность кровотечения, а также причины, влияющие на частоту возникновения раннего или повторного ЖКК [6].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить эффективность комплексного эндоскопического лечения различных по интенсивности желудочно-кишечных кровотечений эрозивно-язвенной этиологии.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для объективизации эндоскопической картины у больных с кровоточащими гастродуоденальными язвами использовали классификацию J.A. Forrest (1974, 1988, 2003):

I тип – активное кровотечение:

I a – пульсирующей струей;

I b – потоком.

II тип – признаки недавнего кровотечения:

II a – видимый (некровоточащий) сосуд;

II b – фиксированный тромб – сгусток;

II c – плоское черное пятно (черное дно язвы).

III тип – язва с чистым (белым) дном.

Комплексная эндоскопическая остановка кровотечения включала орошение язвенного дефекта и переульцерозной зоны 3% раствором перекиси водорода в объеме от 10 до 30 мл. Орошение выполняли при любой интенсивности кровотечения по J.A. Forrest. Этот метод способствовал кратковременному гемостазу в начале эндоскопического лечения, удалению тромботических масс из области дна язвы, непосредственной визуализации кровоточащего сосуда и, как следствие, эффективной доступности аргонплазменной коагуляции (АПК) стенки полого органа его слизистого, подслизистого, а в некоторых случаях и мышечного слоев.

Инъекционный гемостаз проводили с использованием раствора адреналина в разведении 1:10000 в объеме от 2

до 4 мл. Через биопсийный канал эндоскопа проводили иньектор, к дистальной части которого присоединен шприц с раствором. Иглой прокалывали слизистую оболочку, вводя раствор по периметру язвы из нескольких точек до полной остановки кровотечения. Отек слизистой оболочки после инъекции сохранялся в течение 12–14 часов. Остановка кровотечения происходила за счет механического сдавления кровоточащего сосуда (вторичное влияние) и сосудосуживающего эффекта препарата (основное влияние), которые в комплексе усиливали процессы местного тромбообразования.

Основным методом комплексного эндоскопического гемостаза являлось применение аргонплазменной коагуляции (АПК). Для выполнения АПК через биопсийный канал эндоскопа проводили зонд, соединенный с источником аргона и электрокоагулятором. Дистальный конец зонда располагали в 10–12 мм от эндоскопа и в 5–8 мм от язвенного субстрата. При объемной скорости потока аргона 2 л/мин и электрической мощности 80 Вт производили АПК поверхности субстрата 4–6 импульсами по несколько секунд каждый до достижения гемостатического эффекта. При продолжающемся ЖКК воздействию АПК подвергали непосредственно кровоточащий сосуд (после предварительной инъекции раствора адреналина). При наличии тромбированного сосуда раствором перекиси водорода удаляли тромботические массы из зоны язвенного дефекта. Если это способствовало возобновлению кровотечения, выполняли инъекционное пособие с последующим аргонплазменным воздействием на зону язвенного субстрата. Возобновление активного кровотечения из язвы у пациентов после контакта с 3% перекисью водорода расценивали как потенциально возможную угрозу развития рецидива кровотечения высокой степени и нестойким гемостазом, в диагностике и лечении без применения комплексных эндоскопических методов, требующих значительных усилий и продолжительного динамического наблюдения нескольких специалистов и служб лечебного учреждения.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Комплексная эндоскопическая остановка кровотечений выполнена у 57 больных, находившихся на обследовании и лечения в клинике кафедры факультетской хирургии с 2006 по 2012 г. Среди обследованных больных 16 пациентов с кровотечением, обусловленным язвенной болезнью желудка, по классификации H.D. Johnson (1965) I тип язв желудочной локализации определен у 9 больных, II тип – у 2, III тип – у 5 пациентов; 31 больной с кровотечением, обусловленным язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки; 4 пациента с кровотечением на фоне эрозивного гастрита; 1 больной с эрозивным эзофагитом; 5 больных с кровотечением из области пептической язвы гастроэнтероанастомоза.

Интенсивность кровотечения в группе исследуемых пациентов была: FIa – у 4; FIb – у 13; FIIa – у 9; FIIb – у 14; FIIc – у 8; FIII – у 9 больных.

Окончательной остановки кровотечения удалось добиться у 55 (96,5%) пациентов. У 50 (87,7%) больных оказалось достаточным проведение однократного сеанса комплекс-



ного эндоскопического лечения, у 5 (8,8%) – двукратного. В 2 (3,5%) наблюдениях, вследствие возникшего рецидива кровотечения, больным с интенсивностью кровотечения F1a произведено оперативное лечение. Источником массивного кровотечения у этих пациентов была хроническая пенетрирующая в головку поджелудочной железы дуоденальная язва, в одном случае осложненная субкомпенсированным стенозом привратника, во втором случае – выраженной деформацией ЛДПК и дуоденитом II–III степени. Орошение перекисью водорода язвенного дефекта, переульцерозной зоны и АПК выполняли во всех случаях, использование методики орошения зоны тромботических масс позволило обнаружить 9 (15,8%) больных с нестабильным гемостазом и угрозой развития раннего повторного кровотечения в группе с первоначальной интенсивностью F1b, а также выделить группу риска возможного возникновения раннего повторного кровотечения у больных с продолжающимся ЖКК при различной интенсивности кровотечения: 4 пациента с интенсивностью F1a; 7 больных с интенсивностью F1b; 3 пациента с интенсивностью кровотечения F1a. Таким образом, группа риска находилась в диапазоне от F1a до F1a интенсивности кровотечения, 14 (24,6%) больных с продолжающимся ЖКК и 9 (15,8%) пациентов с нестабильным гемостазом из группы F1b, в процентном отношении соответствуя 40,4% вероятного возникновения раннего повторного кровотечения без применения эндоскопических методик гемостаза. Инъекционный гемостаз выполняли у всех пациентов с интенсивностью кровотечения F1a, F1b, у которых из-за интенсивности кровотечения невозможно было осуществить эффективный контакт с плазменным зондом, а также при эндоскопически стимулированном кровотечении в группах F1a, F1b, суммарно составляя 40 (70,2%) больных. Во всех случаях инъекционный метод давал временный гемостатический эффект, достаточный для проведения АПК. При возникновении ЖКК на фоне эрозивных поражений верхних отделов ЖКТ (5 больных) с интенсивностью кровотечения F1b достаточным лечебным пособием являлось орошение перекисью водорода и АПК только наиболее глубоких эрозивных поражений СОЖ и пищевода.

ВЫВОДЫ

Применение комплексного эндоскопического лечения эрозивно-язвенных поражений верхнего отдела ЖКТ позволило избежать неотложных оперативных вмешательств у 36,9% больных, где основной причиной возможного проведения оперативного лечения являлся рецидив ЖКК.

Комплексные эндоскопические методы эффективно применимы во всех отделах эзофагогастроуденальной области, позволяя осуществить окончательный гемостаз у 96,5% больных.

Неудачи комплексного метода отмечены у 3,5% больных и связаны, вероятнее всего, с аррозией крупных интрамуральных сосудов.

Современные эндоскопические технологии позволяют осуществить не только временный, но и окончательный гемостаз, провести мероприятия, препятствующие возникновению рецидива ЖКК, что, в свою очередь, дает возможность избежать экстренной операции, которая зачастую является операцией выбора, а также провести функциональное этиопатогенетическое лечение основного заболевания и его осложнений, сводя количество постгастрорезекционных расстройств к минимуму.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Вербицкий В.Г.* Желудочно-кишечные кровотечения язвенной этиологии: патогенез, диагностика, лечение: руководство для врачей / Вербицкий В.Г., Баженко С.Ф., Курыгин А.А. – СПб.: Политехника, 2004. – 242 с.
2. *Боженков Ю.Г.* Интенсивная терапия в неотложной хирургии живота / Боженков Ю.Г., Стороженко И.Н., Чернышев А.К. – М.: Медицинская книга, Н. Новгород: Из-во НГМА, 2001. – 227 с.
3. *Бронштейн А.С.* Эндоскопия, эндохирургия, литотрипсия. Краткий справочник / Бронштейн А.С., Луцевич О.Э., Ривкин В.Л. и др. – М.: Медпрактика, 2000. – 96с.
4. *Видеоэндоскопические операции* / В.И. Запорожан, В.В. Грубник, В.Ф. Саенко, М.Е. Ничитайло. – К.: Здоров'я, 2000. – 207 с.
5. *Емельянов С.И.* Иллюстрированное руководство по эндоскопической хирургии / Емельянов С.И. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2004. – 218 с.
6. *Клиническая хирургия (для последипломного образования)* / Р.М. Евтихов, М.Е. Путин, А.М. Шулуто. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2005. – 864 с.
7. *Клинические рекомендации для врачей по вопросам организации и оказания медицинской помощи больным с острыми хирургическими заболеваниями органов живота (ведомственная инструкция)* / Я.С. Березницкий, В.В. Бойко М.Е. Ничитайло и др. – К.: «Дніпро-VAL», 2004. – 353 с.
8. *Костюченко А.Л.* Интенсивная терапия послеоперационных осложнений: Руководство для врачей / Костюченко А.Л., Гуревич К.Я., Лыткин Н.И. – СПб.: СпецЛит, 2000. – 575 с.
9. *Курыгин А.А.* Неотложная хирургическая гастроэнтерология / Курыгин А.А. – СПб.: Питер, 2001. – 480 с.
10. *Майстренко Н.А.* Хирургическое лечение язвы двенадцатиперстной кишки / Майстренко Н.А., Мовчан К.Н. – СПб.: Гиппократ, 2000. – 356 с.
11. *Мартов Ю.В.* Хирургия язвенной болезни (атлас-руководство) / Мартов Ю.В. – М.: Мед. лит., 2001. – 264 с.
12. *Савельев В.С.* Хирургические болезни: В 2-х т. / Савельев В.С. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2005. – 608 с.
13. *Саенко В.Ф.* Современные методы лечения язвенной болезни / Саенко В.Ф., Грубник В.В., Грубник Ю.В. – К.: Здоров'я, 2002. – 272 с.
14. *Сотников В.Н.* Эндоскопическая диагностика и эндоскопические методы лечения кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта: Учебное пособие / Сотников В.Н., Дубинская Т.К., Разживина А.А. – М.: РМАПО, 2000. – 48 с.
15. *Freston J.W.* Management of Peptic Ulcers: Emerging Issues / Freston J.W. // World Journal of Surgery. – 2000. – Vol. 24, Iss. 3. – P. 250–255.
16. *Zittel T.T.* Surgical management of peptic ulcer disease today – indication, technique and outcome / Zittel T.T., Jehle E.C., Becker H.D. // Langenbecks Arch Surg. – 2000. – Vol. 385, №2. – P. 84–96.

Сведения об авторах:

Избицкий В.В., к. мед. н., доцент, каф. факультетской хирургии ЗГМУ.

Гулевский С.Н., зав. отделением эндоскопической диагностики и лечения ННМЦ «Университетская клиника».

Поступила в редакцию 17.05.2013 г.