

И.Ф. Сырбу<sup>1</sup>, Д.Ю. Рязанов<sup>2</sup>, С.Е. Гребенников<sup>2</sup>, П.В. Новохатний<sup>3</sup>

### Эндоскопия в диагностике и лечении острых осложнений язвенной болезни

<sup>1</sup>Запорожский государственный медицинский университет,

<sup>2</sup>Запорожская медицинская академия последипломного образования,

<sup>3</sup>Городская клиническая больница экстренной и скорой медицинской помощи, г. Запорожье

**Ключевые слова:** язвенная болезнь, эзофагогастродуоденофиброскопия, лапароскопия.

Представлены результаты использования эзофагогастродуоденофиброскопии и лапароскопии в диагностике и лечении гастродуоденальных кровотечений и перфорации гастродуоденальной язвы у 1408 пациентов.

#### Ендоскопія у діагностиці та лікуванні гострих ускладнень виразкової хвороби

*І.Ф. Сырбу, Д.Ю. Рязанов, С.Е. Гребенников, П.В. Новохатний*

Представлені результати використання езофагогастродуоденофіброскопії та лапароскопії у діагностиці та лікуванні гастродуоденальних кровотеч та перфорації хронічної гастродуоденальної виразки у 1408 пацієнтів.

**Ключові слова:** виразкова хвороба, езофагогастродуоденофіброскопія, лапароскопія.

*Патологія. – 2011. – Т.8., №1. – С. 72–74*

#### Endoscopy in diagnostics and treatment of acute complications of ulcerative disease

*I.F. Syrbu, D.J. Ryzanov, S.E. Grebennikov, P.V. Novokhatniy*

The experience of esophagogastroduodenofiberscopy and laparoscopy in the treatment of 1408 patients with gastrointestinal bleeding and perforative gastroduodenal ulcer are given.

**Key words:** ulcerative disease, esophagogastroduodenofiberscopy, laparoscopy.

*Pathologia. 2011; 8(1): 72–74*

Частота осложненного течения язвенной болезни (ЯБ) остается высокой [3,4,6]. Наиболее частыми осложнениями являются перфорация и кровотечение. Применение современного фармакологического противоязвенного арсенала существенно снизило выполнение плановых операций, однако не повлияло на частоту и характер осложнений. Прямые и непрямые экономические затраты на лечение таких больных достигают огромных цифр, делая проблему не только медицинской, но и социально-экономической [7,9,11,13]. Среди общего числа осложнений ЯБ, требующих оперативного вмешательства по абсолютным показателям, на перфорацию приходится от 25 до 40%. Кровотечение осложняет течение ЯБ в среднем в 15–25% случаев, а как непосредственная причина смерти занимает первое место в структуре смертности от язвенной болезни. Выбор метода лечения больных с острыми гастродуоденальными кровотечениями является одним из наиболее сложных вопросов экстренной хирургии [2,4,8,10]. В последние 20 лет в лечении этой патологии достигнут значительный прогресс, что обусловлено, в первую очередь, развитием малоинвазивных методов лечебной эндоскопии [1,5,7,12].

#### Цель работы

Изучить возможности малоинвазивных эндоскопических методов диагностики и лечения острых осложнений ЯБ.

#### Пациенты и методы исследования

Проанализированы результаты лечения 4410 больных различными формами язвенной болезни, поступивших в клинику кафедры общей хирургии и ухода за больными

Запорожского государственного медицинского университета за период с 2006 по 2010 год включительно. Мужчин было 3003 (68,1%), женщин – 1407 (31,9%). Возраст пациентов – от 18 до 89 лет. ЯБ желудка диагностирована у 1592 (36,1%), язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки – у 2818 (63,9%). В ургентном порядке в клинику доставлено 2031 (46,1%) больных. При этом острые осложнения ЯБ в виде перфорации и кровотечения диагностированы у 1408 (31,9%).

ЭГДФС проводили при помощи волоконнооптических эзофагогастродуоденоскопов GIF-110 фирмы Olympus (Япония), ГДБВО-4 фирмы ЛОМО (Россия), видеогастроскопа GIF-Q150 фирмы Olympus (Япония).

В ургентных условиях специальная подготовка не требуется. Выполняли местную терминальную анестезию ротоглотки 10% раствором лидокаина. Фиброскоп после изгиба дистального конца вводили в ротоглотку. При глотательном движении обследуемого под контролем зрения эндоскоп проводили в пищевод. Поступательное движение инструмента в абсорбальном направлении сопровождалось нагнетанием воздуха. Продвижение вслепую не допускалось. Основной задачей исследования было выявление дефектов слизистой верхних отделов желудочно-кишечного тракта с целью проведения дифференциальной диагностики неотложной абдоминальной патологии. Обязательной составляющей исследования была инсуффляция воздуха, что облегчало выявление свободного газа в брюшной полости при обзорной рентгенографии.

В целях эндоскопического гемостаза использовали монополярную электрокоагуляцию при помощи элект-

трохирургического аппарата PSD-10 фирмы Olympus (Япония).

Лапароскопию проводили лапароскопом системы Hopkins, Storz (Германия). Местная инфильтрационная анестезия (0,25% раствор новокаина, 0,5% раствор лидокаина) использована у 37, внутривенный наркоз – у 6. Всем больным проводили полипозиционный осмотр: исходное положение – лежа на спине, в дальнейшем – в положении Тренделенбурга, Фаулера, на левом и правом боку. Исследование проходило по усовершенствованной методике Келлинга, которая предусматривала несколько этапов: 1) пункция брюшной полости иглой (троакаром) и наложение пневмоперитонеума; 2) введение троакара и лапароскопа; 3) осмотр органов брюшной полости; 4) проведение диагностических и лечебных вмешательств; 5) завершение исследования (удаление всех инструментов, ушивание кожной раны). Пневмоперитонеум накладывали при помощи иглы Вереша (41 больной) или полого манипулятора оригинальной конструкции. Для введения лапароскопа использовали стандартные точки Калька (левую верхнюю, левую нижнюю и правую нижнюю), локализующиеся по линиям, параллельным срединной и отступающим от нее на 0,5–1 см; слева – выше и ниже пупка на 2 см, справа – ниже его на 2 см. У ранее оперированных больных инструмент вводили в атипичных точках. Выбор атипичной точки инвазии определялся топографией крупных сосудов передней брюшной стенки и объемных образований брюшной полости. Исследование состояло из обзорной лапароскопии и прицельного осмотра области поджелудочной железы. При панорамном осмотре брюшной полости собирали общую информацию о состоянии брюшной полости: наличие выпота между петлями кишечника, в боковых отделах живота и малом тазу. Осмотр проводился посекторально по часовой стрелке (этот порядок предложен J. Vittman и общепринят, 1966).

#### Результаты и их обсуждение

Перфорация гастродуоденальной язвы имела место у 523 (37,1%) пациентов, желудочно-кишечное кровотечение – у 885 (62,9%).

Эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта позволило определить локализацию язвенного дефекта при перфоративной гастродуоденальной язве у 268 (51,2%). Пилородуоденальная язва выявлена у 190 (70,9%) больных из этого числа, постбульбарная язва – у 7 (2,6%), язва желудка – у 71 (26,5%). В ходе ургентной ЭГДФС прямой признак перфорации (язвенная ниша без дна) был обнаружен у 119 (44,4%) пациентов. Исследование оказалось неинформативным у 255 (48,8%) больных. Эффективному осмотру препятствовали психомоторное возбуждение больного (76), наличие пищевых масс в просвете желудка и двенадцатиперстной кишки (179). В этой группе пациентов отмечены косвенные признаки перфоративной гастродуоденальной язвы: резкое усиление боли при инсуффлировании воздуха (196), утечка воздуха из просвета верхних отделов желудочно-кишечного тракта (212).

В последующем пневмоперитонеум подтверждался при обзорной рентгеноскопии брюшной полости. Эндоскопические признаки перфорации гастродуоденальной язвы отсутствовали у 43 (8,2% общего числа больных с этой патологией). Таким пациентам выполнили диагностическую лапароскопию, при которой выявили наличие в брюшной полости мутного экссудата, фибринозных наложений, гиперемии париетальной и висцеральной брюшины. На основании вышеперечисленных лапароскопических симптомов диагностировали перитонит. Всем пациентам выполнена лапаротомия. Диагноз перфоративной гастродуоденальной язвы подтвержден во время хирургического вмешательства.

Больным с желудочно-кишечным кровотечением ЭГДФС выполняли при поступлении в стационар. Первичное исследование информативно у 471 (53,2%). Повторный эндоскопический осмотр спустя 6 часов с момента госпитализации, после очищения верхних отделов желудочно-кишечного тракта, позволил визуализировать источник кровотечения у остальных 414 (46,8%) пациентов. Пилородуоденальная язва диагностирована у 606 (68,5%) больных из этого числа, постбульбарная – у 68 (7,7%), язва желудка – у 211 (23,8%). Для эндоскопической оценки гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии использовали классификацию Forrest (1974), согласно которой обследованные больные распределены следующим образом:

- активное кровотечение
  - F1a струйное, пульсирующее, артериальное кровотечение (active bleeding (spitting hemorrhage) – 41 (4,6%);
  - F1b венозное, вялое, паренхиматозное кровотечение (active bleeding (oozing hemorrhage) – 35 (4,0%)
- состоявшееся кровотечение
  - F2a видимый тромбированный сосуд (visible vessel-pigmented protuberance) – 153 (17,3%);
  - F2b фиксированный тромб или сгусток (adherent clot) – 309 (34,9%);
  - F2c геморрагическое пропитывание дна язвы (black base) 233 (26,3%);
- состоявшееся кровотечение
  - F3 чистое дно язвы, отсутствие прямых визуальных вышеперечисленных признаков (no stigmata) – 114 (12,9%).

У поступивших с активным кровотечением эндоскопический гемостаз эффективен в 71 (93,4%) случае. Использование малоинвазивных способов воздействия на источник кровотечения не имело положительного результата у 5 (5,6%) больных. Эти пациенты оперированы в экстренном порядке.

Всем больным с состоявшимся кровотечением (F2a–F2c) проводили превентивную электрокоагуляцию. Пациентов указанной категории с диаметром язвенного дефекта более 2 см относили к группе высокого риска повторной геморрагии. Обязательным элементом лечебного алгоритма подобных патологических состояний была динамическая ЭГДФС, состоявшая из повторных эндоскопических осмотров каждые 6–8 часов. Рецидив

желудочно-кишечного кровотечения отмечен у 158 (17,9% от общего числа лиц с данной патологией). Эндоскопическое вмешательство позволило устранить это осложнение у всех пациентов.

#### Выводы

ЭГДФС является высокоинформативным методом диагностики перфоративной гастродуоденальной язвы, позволяющим установить диагноз у 91,8% больных.

Отсутствие прямого и косвенных признаков перфорации гастродуоденальной язвы при ЭГДФС у больных с подозрением на эту патологию является показанием к выполнению диагностической лапароскопии.

Эндоскопические методы гемостаза позволяют ликвидировать активное гастродуоденальное кровотечение в 93,4% случаев.

У пациентов с высоким риском рецидива желудочно-кишечного кровотечения целесообразно выполнять динамическую ЭГДФС каждые 68 часов с превентивной электрокоагуляцией патологического очага.

#### Литература

1. Алекберзаде А.В. Эндоскопический гемостаз у больных с кровоточащей пептической язвой / А.В. Алекберзаде, Е.М. Липницкий // Хирургия 2004. – №6. – С. 63–66.
2. Астахов В.Л. Кровотечения из хронических гастродуоденальных язв: диагностика, тактика и хирургическое лечение / В.Л. Астахов, А.В. Калинин // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2002. – №1. – С. 16–23.
3. Сравнительная оценка физических методов эндоскопического гемостаза при остановке язвенных гастродуоденальных кровотечений / В.П. Харченко, Ю.В. Синев, Н.В. Бакулев, Г.К. Наседкин // Эндоскопическая хирургия. – 2003. – №4. – С. 32–35.
4. Чернооков А.И. Тактика хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением / А.И. Чернооков, Б.А. Наумов, Е.Н. Белых [и др.] // Анналы хирургии. – 2010. – №1. – С. 12–16.
5. Юдин С.В. Оценка эффективности наиболее распространенных методов эндоскопического лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / С.В. Юдин // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2010. – №1. – С. 95–97.
6. Cost-effectiveness of proton-pump inhibition before endoscopy in upper gastrointestinal bleeding / S. Al-Sabah, A.N. Barkun, K. Herba [et al.] // Clin Gastroenterol Hepatol. – 2008. – №6. – P. 418–425.
7. Dual therapy versus monotherapy in the endoscopic treatment of high-risk bleeding ulcers: a meta-analysis of controlled trials / R. Marmo, G. Rotondano, R. Piscopo [et al.] // Am J Gastroenterol. – 2007. – №102. – P. 279–289.
8. Forrest J.A.H. Endoscopy in gastrointestinal bleeding / J.A.H. Forrest, N.D.C. Finlayson, D.J.C. Shearman // Lancet. – 1974. – № 17. – P. 394–397.
9. Ghosh S. Management of gastrointestinal haemorrhage / S. Ghosh, D. Watts, M. Kinnear // Postgraduate Medical Journal. – 2002. – №78. – P. 4–14.
10. Lassen A. Complicated and uncomplicated peptic ulcers in a Danish county 1993–2002: a population-based cohort study / A. Lassen, J. Hallas, O.B. Schaffalitzky de Muckadell // Am J Gastroenterol. – 2006. – №101. – P. 945–953.
11. Omeprazole before endoscopy in patients with gastrointestinal bleeding / J.Y. Lau, W.K. Leung, J.C.Y. Wu [et al.] // N Engl J Med. – 2007. – №356. – P. 1631–1640.
12. Tsoi K.K. Cost-effectiveness analysis of high-dose omeprazole infusion prior to endoscopy for patients presenting with upper-GI bleeding / K.K. Tsoi, J.Y. Lau, J.J. Sung // Gastrointest Endosc. – 2008. – №67. – P. 1056–1063.
13. Viviane A. Estimates of costs of hospital stay for variceal and nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in the United States / A. Viviane, B.N. Alan // Value Health. – 2008. – №11. – P. 1–3.

#### Сведения об авторах:

Сырбу И.Ф., д. мед. н., профессор каф. общей хирургии и ухода за больными ЗГМУ.

Рязанов Д.Ю., д. мед. н., профессор каф. хирургии с курсом гнойно-септической хирургии ЗМАПО.

Гребенников С.Е., к. мед. н., доцент каф. хирургии с курсом гнойно-септической хирургии ЗМАПО.

Новохатний П.В., врач-эндоскопист городской клинической больницы экстренной и скорой медицинской помощи г. Запорожья

#### Адрес для переписки:

Сырбу Иван Федорович. 69035, г. Запорожье, пр-т Маяковского, 26, каф. общей хирургии и ухода за больными ЗГМУ.

Тел.: (067) 726 18 08.

E-mail: novopavel@mail.ru