

УДК 616.33-002.44-005.1-089-072.1:616.151.1

С.В. Юдин, И.М. Рольщиков, С.С. Юдин, С.Н. Анцупов

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Владивостокский государственный медицинский университет,
Приморский краевой онкологический диспансер
(г. Владивосток)

Ключевые слова: язвенная болезнь, фиброгастродуоденоскопия, эндоскопический гемостаз.

В структуре гастроэнтерологической патологии язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ДПК) составляет 30%, что соответствует 400-500 заболевшим на 100 тыс. населения [1, 3, 5]. Показано, что около 15% людей в течение жизни страдают от язвы ДПК [6, 11, 14]. За 30 лет, минувших от начала применения дуоденоскопии при кровоточащих язвах, включая 20-летний опыт местного лечения язвенной болезни, накоплен разнообразный материал. С развитием эндоскопической техники и внедрением экстренной фиброгастродуоденоскопии (ФГДС) в хирургическую практику подходы к лечению желудочно-кишечных кровотечений претерпели ряд изменений [2, 9, 12, 13].

Эндоскопия как метод диагностики желудочно-кишечных кровотечений используется с 1900 г. В нашей стране в клинике В.И. Стручкова с 1969 г. был положительно оценен опыт диагностических эндоскопии при кровоточащих гастродуоденальных язвах [11]. Оперативная эндоскопия с коагуляцией сосуда впервые описана С.Р. Youmans в 1970 г. В СССР лазерная коагуляция стала применяться с 1975 г. Инъекционный гемостаз используется у нас с 1977 г. [7-11]. Орошение кровоточащих язвенных дефектов впервые описано В.И. Стручковым и др. (1978), криовоздействие с гемостатической целью - Ю.Е. Березовым (1977). Пленкообразующие полимеры ввели в практику Р.Т. Панченков и др. (1975), а Ю.И. Галлингер и др. (1981) предложили лазерную коагуляцию кровоточащего сосуда.

Необходимость ФГДС при желудочно-кишечных кровотечениях общепризнана [1, 4, 7, 10, 15]. Однако при анализе эффективности эндоскопических методик здесь не выявлено существенного улучшения результатов [10, 11]. Кроме того, известно, что 20,8% первичных попыток эндоскопического гемостаза оказываются неэффективными [15]. Это связано и с трудностями локализации источника кровотечения, и с недостаточной эффективностью самих методик. В литературе много сообщений об удачном эндоскопическом лечении дуоденальных кровотечений, но в конкретных случаях, как правило, рассматривается лишь один способ гемостаза [2, 3, 5, 7, 14].

Место эндоскопии и выбор метода методики лечения язвенных кровотечений до сих пор остаются дискуссионными, так как отсутствуют сравнительные результаты эффективности этих операций. Сохраняется открытым вопрос эндоскопического прогноза рецидива кровотечения [10, 11]. Существует несколько классификаций, применяемых для оценки степени вероятности повторного кровотечения: по Forrest, по Doppler и по Wara. В.П. Петров и др. [9] использовали упрощенный вариант визуальной оценки устойчивости гемостаза, а А.С. Балалыкин и др. [1] ввели систему прогноза рецидива кровотечения, которая объединила классификацию Forrest и предложения В.П. Петрова и др.

С целью сравнительного анализа эффективности методов эндоскопического гемостаза при желудочно-кишечных кровотечениях и выполнена эта работа.

Рассмотрены 188 случаев осложненной язвенной болезни ДПК на материале отделений гастроэнтерологии и экстренной хирургии ПМКБ № 1, отделения хирургии ГКБ № 2 г. Владивостока и отделения эндоскопии Приморского краевого онкологического диспансера за 1989-2000 гг. Возраст пациентов - 18-78 лет. Ведущим методом исследования была ФГДС, которая использовалась и для первичной диагностики, и для обследования пациентов в динамике. Применялись фиброгастроскопы Olympus и Pentax (Япония) с торцевым расположением оптики. Для местной анестезии ротоглотки использовали дикаин (1%) или аэрозольный лидокаин (10%). Экстренная ФГДС проводилась без предварительного опорожнения желудка. В ряде случаев эндоскопические манипуляции осуществлялись на фоне инфузионной терапии в отделении реанимации, палатах интенсивной терапии и эндоскопических кабинетах. При неэффективности эндоскопического гемостаза или рецидиве кровотечения больные подвергались повторному эндоскопическому вмешательству, а при невозможности провести его адекватно и эффективно - оперативному лечению.

Интенсивность кровотечения условно оценивалась в клинике как легкая, средняя и тяжелая (по А.И. Горбатко). По активности выделяли следующие виды кровотечений: остановившееся, нестойкий гемостаз, продолжающееся на момент осмотра. Локализация язвы на передней стенке луковицы ДПК зарегистрирована в 45,7% наблюдений (86 чел.), на задней стенке - в 54,3% наблюдений (102 чел.). Легкая степень кровопотери определена в 35, средняя - в 118 и тяжелая - в 35 случаях. Распределение больных по активности кровотечения приведено в табл. 1. Лечебные ФГДС при кровоточащих язвах включали инфильтрационный гемостаз, электрокоагуляцию, орошение эрозированной поверхности денатурирующими растворами (спирт, нитрат серебра) или пленкообразующими препаратами.

Инфильтрационный гемостаз проводился путем подслизистого «тугого» введения смеси аминокaproновой кислоты (5-10 мл), физиологического раствора (20-80 мл), дицинона (2 мл), адреналина гидрохлорида (0,5 мл). Данную смесь в объеме 15-150 мл вводили

Таблица 1
Распределение больных
по активности кровотечения

Вид кровотечения	Кол-во больных	
	абс.	%
Остановившееся	69	36,7
Нестойкий гемостаз	98	52,1
Продолжающееся	21	11,2

периульцерозно в подслизистый слой на расстоянии 4-6 мм от края язвы: Для электрокоагуляции использовались точечные зонды CD и электрохирургические блоки UES, PSD (Olympus). Электрокоагуляция оказалась наиболее эффективной после инфильтрационного эндоскопического гемостаза:

Эффективность проведенных манипуляций составила 92%. У 15 больных возникали рецидивы кровотечения и после неоднократного использования эндоскопического гемостаза, и они подверглись хирургическому лечению: Для исключения рецидива повторный осмотр проводился через 4-12 часов от момента первого исследования:

При слабой интенсивности кровотечения или эрозивных поражениях слизистой оболочки наиболее эффективным оказалось орошение язв денатурирующими растворами: При продолжающихся на момент осмотра кровотечениях комбинировались методики инфильтрации гемостатических растворов и электрокоагуляции сосудов. Тактической особенностью здесь явилось обязательное орошение физиологическим раствором дистального конца электрода в момент проведения коагуляции: Это позволяло избежать наложения сгустка на оливу электрода в момент прохождения тока высокой частоты и тем самым предупредить отторжение сформированного тромба вслед за электродом: Ни в одном случае пленкообразующие препараты не обеспечили гемостаз, а попытки предупреждения кровотечения с их использованием при нестойком гемостазе или состоявшемся кровотечении вели к рецидиву в ближайшие часы:

Таким образом, применение диагностической эндоскопии при кровоточащих язвах ДПК не требовало специальной подготовки желудка, и исследование проводилось сразу при поступлении больного в стационар:

Факторами, повышающими риск рецидива кровотечения, на собственном материале оказались: а) локализация язвы на задней стенке луковицы ДПК, б) диаметр язвенного кратера более 1 см, в) наличие кровеносного сосуда в дне язвы, г) рецидив кровотечения у данного пациента в ближайшем анамнезе:

Исходя из имеющихся данных, следует заключить, что эндоскопический гемостаз должен быть только комплексным - преимуществом обладает комбинация методов инфильтрационного (инъекционного) гемостаза и электрокоагуляции: Закрепление тромба в эрозированном сосуде достигается за счет орошения его денатурирующими растворами: Контрольные ФГДС целесообразны через 4-12 часов даже при отсутствии клинических

признаков рецидива. При возобновившемся кровотечении повторный эндоскопический гемостаз следует проводить немедленно.

Литература

1. Балалыкин А.С., Степанов И.А.// 3-й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии: Тез. докл. - М., 1999. - С. 24-26.
2. Воробьев Л.П., Дронова О.Б., Корнеев Г.И., Самсонов А.А.// Клин. мед. - 1992. - № 2. - С. 77-80.
3. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П. Диагностика и лечение хронических болезней органов пищеварения. - М.: Медицина, 1986.
4. Грубник В.В., Фомичев А.А., Грубник Ю.В., Московченко И.В.// Акт. вопросы лазерной эндоскопии и литотрипсии: Тез. докл. - Челябинск, 1990. - С. 30-32.
5. Короткевич А.Г. Лечебная и оперативная эндоскопия при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки// Автореф. дисс... докт. мед. наук, 2000.
6. Кузин М.И., Кузин Н.М., Егоров А.В.// Хирургия. - 1991. - №3. - С. 14-18.
7. Луцевич Э.В., Горбунов В.Н., Наумов Б.А., Гуськова И.И.// Хирургия. - 1990. - № 2. - С. 149-154.
8. Панцырев Ю.М., Галлингер Ю.И. Оперативная эндоскопия желудочно-кишечного тракта. - М.: Медицина, 1984.
9. Петров В.П., Ерюхин И.А., Шемякин И.С. Кровотечения при заболеваниях пищеварительного тракта. - М.: Медицина, 1987.
10. Савельев В.С., Буянов В.М., Лукомский Г.И. Руководство по клинической эндоскопии/ Под ред. В.С. Савельева. - М.: Медицина, 1985.
11. Стручков В.И., Луцевич Э.В., Белов И.П., Стручков Ю.В. Желудочно-кишечные кровотечения и фиброэндоскопия. - М.: Медицина, 1976.
12. Юдин С.В.// Клин. хирургия. - 1990. - № 8. - С. 64-65.
13. Andersen J.T.// Scot. Med. J. - 1997. Vol. 42, No. 81. - P. 3.
14. Cloud M.L., Of fen W.W.// Clin. Pharmacol. Ther. - 1989. - Vol. 46, No. 30. - P. 310.
15. Valenzuela G.A., McGroarty D., Pizzany E.// Va Med. - 1989. - Vol. 116, No. 12. - P. 507-509.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF ENDOSCOPIC HEMOSTASIS METHODS UNDER COMPLICATED DUODENAL ULCER

S.V. Udin, I.M. Rolschikov, S.N. Antsupov
Vladivostok State Medical University, Primorsky
Regional Oncologic Dispensary (Vladivostok)

Summary - In this work the analysis of the endoscopic treatment results of 188 morbid events of duodenal ulcer complicated by bleeding is presented. As is shown in this research, under the weak intensity of bleeding it is recommended more effective irrigation of ulcerous defects by denaturing solutions. Under bleedings, which continue at the moment of examination, it is expedient to use combined methods like peri-ulcerous introduction of hemostatic solutions and electrocoagulation of vessels.

Pacific Medical Journal, 2003, No. 1, P. 64-65.