

УДК 616.33/34-005.1-072.1

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

С.В. Юдин¹, С.П. Андрусенко², С.С. Юдин²¹ Городская клиническая больница № 2 (690000 г. Владивосток, ул. Русская, 57),² Городская больница № 1 (692864 г. Партизанск, ул. Ленинская, 30)**Ключевые слова:** язвенная болезнь 12-перстной кишки, кровотечение, эндоскопический гемостаз.

Проанализировано 604 случая кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Их причинами чаще всего были язвы 12-перстной кишки (37,6%) и желудка (25,0%), а также синдром Меллори–Вейсса (11,3%). На материале 117 наблюдений язвенной болезни 12-перстной кишки определялась эффективность различных способов эндоскопического гемостаза. Наиболее эффективным оказалось сочетание нескольких способов: инфильтрация, электрокоагуляция, орошение денатурирующими препаратами. У 10,2% больных с продолжающимся кровотечением (Forrest I) эндоскопический гемостаз не принес ожидаемого эффекта.

На протяжении последних лет отмечается стабильная тенденция как к росту частоты язвенной болезни, так и к увеличению удельного веса осложненных кровотечением гастродуоденальных язв. При этом консервативная терапия требует длительных усилий, а осложнения отмечаются у 10–30% пациентов [1, 2, 6–8]. Констатировать кровотечение и осуществить местные лечебные мероприятия, направленные на гемостаз, не прибегая к лапаротомии, можно только при эндоскопическом исследовании пищеварительного тракта. Можно с полным основанием разделить мнение ряда авторов, утверждающих, что невыполнение эндоскопического исследования при тяжелом желудочно-кишечном кровотечении следует рассматривать как врачебную ошибку [3–8].

Иллюстрацией значения различных источников кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта в клинической практике может служить их общая структура у пациентов, доставленных каретой скорой медицинской помощи в приемное отделение ГКБ № 2 Владивостока и хирургическое отделение ГБ № 1 Партизанска за 2007–2010 гг. Из общего числа кровотечений здесь более половины случаев пришлось на язвенную болезнь желудка и 12-перстной кишки. Среди причин кровотечений неязвенной природы значительную долю составил синдром Меллори–Вейсса (табл. 1).

Цель работы: проанализировать особенности кровотечений при язвенном поражении 12-перстной кишки на этапах госпитального обследования в дооперационном периоде и сравнительную эффективность различных методов эндоскопического гемостаза.

Юдин Сергей Васильевич – д-р мед. наук, заведующий 2-м хирургическим отделением Городской клинической больницы № 2 Владивостока; тел.: 8 (4232) 32-63-08

Материал и методы. Обобщен опыт эндоскопической диагностики и местного гемостаза у 117 пациентов 18–72 лет (81 мужчина, 36 женщин) с кровотечением из язв 12-перстной кишки. Эндоскопические методы использовались в комплексе гемостатической терапии. Диагностическая эзофагогастродуоденоскопия проводилась аппаратами фирмы Olympus или Pentax (Япония) при поступлении в стационар до или на фоне внутривенных вливаний. Контрольная гастроскопия выполнялась через 8–12 часов. При неэффективности гемостаза или рецидиве кровотечения осуществлялись повторный эндоскопический гемостаз или оперативное лечение. Стойкая гипотония как проявление геморрагического шока не служила препятствием к фиброгастродуоденоскопии, но требовала предварительной катетеризации центральной вены. Манипуляцию выполняли на фоне инфузионной терапии в кабинете гастроскопии или отделении реанимации и интенсивной терапии. Эндоскопическое исследование проводили в положении пациента на левом боку, преимущественно под местным обезболиванием.

Результаты исследования. При язвенной болезни 12-перстной кишки у основной части пациентов (95%) симптомы продолжающегося кровотечения отсутствовали. После предварительного анализа собственных данных по частоте рецидивов кровотечения в зависимости от вида язвы (по классификации J. Forrest) и влиянию на рецидив кровотечения

Таблица 1

Причины кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта за 2007–2010 гг.

Причина кровотечения	Кол-во больных	
	абс.	%
Язва 12-перстной кишки	227	37,6
Язва желудка	151	25,0
Синдром Меллори–Вейсса	68	11,3
Эрозивный гастрит	46	7,6
Пептическая язва анастомоза	42	6,9
Химический ожог	28	4,6
Рак желудка	21	3,5
Варикоз вен пищевода	21	3,5
Всего:	604	100,0

способов эндоскопического гемостаза мы пришли к выводу о необходимости разделения больных на группы с остановившимся кровотечением, нестойким гемостазом и продолжающимся кровотечением (табл. 2). Признаками нестойкого гемостаза считали наличие рыхлого тромба, следы свежей крови, измененную кровь в желудке и 12-перстной кишке. В остальных случаях при отсутствии следов крови был виден рыхлый или плотный сверток крови, который не смывался струей жидкости, что расценивали как состоявшееся кровотечение.

При активном кровотечении (Forrest I) чаще всего выявлялась язва луковицы 12-перстной кишки. При пульсирующем кровотечении ее локализация легко определялась по струе крови. При струйном постоянном кровотечении обычно требовалась аспирация крови или отмывание стенок луковицы для определения направления кровяной струи. При нестойком гемостазе в ряде случаев возникали сложности при определении расположения язвы, особенно при отсутствии фиксированного свертка крови. Наиболее часто (39 случаев) визуально определяли рыхлый сверток крови, исходящий из луковицы 12-перстной кишки. В таких случаях сначала подходили к привратнику и раздували желудок путем кратковременной интенсивной подачи воздуха. Такой прием мог приводить к миграции свертка в дистальном направлении, что делало видимым точку его фиксации, у некоторых больных этот прием вызывал кровотечение, которое помогало визуализировать эрозированный сосуд.

Следует отметить, что при кровоточащих дуоденальных язвах встречались два типа изменений слизистой оболочки в луковице 12-перстной кишки. С одной стороны, при активных кровотечениях часто не обнаруживалось выраженных воспалительных изменений, которые бы препятствовали осмотру, с другой – у больных с остановившимся кровотечением определялся или язвенный дефект с выраженным перифокальным отеком и воспалением, или деформация луковицы из-за выраженного отека без четко определяемого дефекта.

Для кровоточащих постбульбарных язв было характерным отсутствие видимых источников кровотечения, особенно при наличии крови в желудке и 12-перстной кишке. В 2 случаях постбульбарную язву удалось обнаружить только при повторной гастроскопии, когда появились перифокальный отек и сужение просвета кишки. Считаем обязательным здесь осмотр медиальной стенки 12-перстной кишки от луковицы до нижней горизонтальной ветви. Этот прием позволял выявить язву, расположенную дистальнее постбульбарного сфинктера. В сомнительных случаях использовали прицельное отмывание стенок луковицы 12-перстной кишки физиологическим раствором.

У 40 из 47 больных с остановившимся кровотечением использовали по одному из способов

Таблица 2

Активность язвенного кровотечения на момент поступления по данным гастроскопии

Кровотечение (по J. Forrest)	Кол-во больных	
	абс.	%
Остановившееся (Forrest IIc, III)	47	40,7
Нестойкий гемостаз (Forrest IIa, IIb)	64	54,6
Продолжающееся (Forrest Ia, Ib)	6	5,0
Всего:	117	100,0

профилактики кровотечения: аппликацию пленкообразующих полимеров (12), электрокоагуляцию (8) и орошение денатурирующими растворами (20).

При продолжающемся кровотечении небольшой интенсивности последовательно применяли орошение сосудосуживающими или денатурирующими растворами (адреналин, спирт, феракрил) и электрокоагуляцию. При неэффективности этих приемов широко использовали инфильтрационный гемостаз. При продолжающемся кровотечении гемостаза орошением пленкообразующими препаратами не удалось добиться ни в одном из 6 случаев. У подавляющего большинства больных (92 %) гемостаз был эффективным, у меньшей части пациентов – неэффективным (не удалось остановить или существенно уменьшить интенсивность кровотечения, или развился рецидив в ближайшие часы). В 16 случаях прибегали к повторным гастроскопиям и инфильтрационному гемостазу.

Обсуждение полученных данных. Эффективность эндоскопического гемостаза зависела от активности кровотечения и способа его остановки. Так, применение пленкообразующих полимеров при продолжающемся кровотечении, как уже сказано выше, ни в одном случае не привело к гемостазу. У 2 из 64 больных с нестойким гемостазом аппликация полимеров способствовала рецидиву кровотечения. Попытки использовать пленкообразующие полимеры у пациентов с признаками стойкого гемостаза (чистое дно язвы, Forrest III) в 3 случаях вызвали рецидив кровотечения. Инфильтрация слизистой оболочки растворами эпсилон-аминокапроновой кислоты, дицинона и адреналина позволила эффективно остановить кровотечение у 10 человек и у 5 предупредить его рецидив. Мы использовали инфильтрационный гемостаз при продолжающихся кровотечениях обычно в случае неудачной коагуляции.

Электрокоагуляция как метод первичного гемостаза был эффективен у 2 из 6 больных с продолжающимся кровотечением из подслизистых (краевых) сосудов. Эффект электрокоагуляции мы обычно закрепляли инфильтрационным гемостазом или орошением денатурирующими растворами. Попытки профилактики рецидива кровотечения при нестойком гемостазе у 2 больных привели к его

Таблица 3

Эффективность приемов остановки кровотечений в зависимости от степени их активности (по J. Forrest)

Метод гемостаза	Forrest I		Forrest II		Forrest III	
	всего	без эффекта	всего	без эффекта	всего	без эффекта
Нанесение пленкообразующих полимеров	6	6	7	3	5	3
Инfiltrация растворами	10	–	25	–	–	–
Электрокоагуляция	7	6	12	2	–	–
Орошение денатурирующими растворами	–	–	26	1	19	–
Всего:	23	12	70	6	24	3

возобновлению. При чистом дне язвы у больных с состоявшимся кровотечением электрокоагуляцию не применяли. Наиболее употребимым было орошение язв денатурирующими растворами, использованное в большинстве случаев для профилактики рецидива кровотечения (табл. 3).

В подавляющем большинстве случаев (109 из 117) эндоскопический гемостаз при продолжающемся кровотечении или нестойком гемостазе был комбинированным, т.е. включал несколько приемов остановки кровотечения. У больных с продолжающимся кровотечением необходимость комбинированного гемостаза диктовалась неудачей первично использованного приема остановки кровотечения. При продолжающихся кровотечениях мы предпочитали использовать комбинации приемов: подслизистую инфильтрацию растворов и электрокоагуляцию с последующим орошением денатурирующими веществами или первично электрокоагуляцию с последующим орошением и/или инфильтрационным гемостазом. Первичная инфильтрация растворов требовалась при активном кровотечении из дна язвы или при невозможности увидеть источник кровотечения.

При нестабильном гемостазе предпочитали сочетание методов: орошение, инфильтрацию растворов, термокоагуляцию. При состоявшемся кровотечении и чистом дне язвы предпочитали орошение денатурирующими растворами. Комбинированный гемостаз обычно применялся при активно продолжающемся кровотечении. При рецидиве кровотечения (12 больных) во всех случаях комбинированный эндоскопический гемостаз оказался эффективным.

Выводы

1. Более половины случаев (62,6 %) кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта на нашем материале были обусловлены язвенной болезнью 12-перстной кишки (37,6 %) и желудка (25,0 %). Среди причин кровотечений неязвенной природы чаще регистрировался синдром Меллори-Вейсса (11,3 %);

2. Применение диагностической гастроскопии при кровоточащих язвах 12-перстной кишки не требует специальной подготовки желудка. Гастроскопия должна выполняться при поступлении больного в стационар;

3. Приемы эндоскопического гемостаза востребованы у больных с желудочно-кишечными кровотечениями, относящимися по классификации J. Forrest к I и II группам. Наиболее эффективным оказалось сочетание нескольких приемов эндоскопического гемостаза (инфильтрационный, электрокоагуляция, орошение денатурирующими препаратами).

У 10,2 % больных с продолжающимся кровотечением (Forrest I) эндоскопический гемостаз не принес ожидаемого эффекта.

Литература

1. Балалыкин А.С., Степанов И.А. Эндоскопическая классификация и тактика лечения желудочно-кишечных кровотечений // 3-й Московский международный конгресс по эндоскопич. хирургии: тезисы докладов. М., 1999. С. 24–26.
2. Галлингер Ю.И., Клявин Ю.А., Ежова Г.И. Экстренная фиброгастроскопия верхних отделов желудочно-кишечного тракта // Хирургия. 2001. № 9. С. 29–34.
3. Кузин М.И., Кузин Н. М., Егоров А.В. Экономическая эффективность консервативного и хирургического лечения язвенной болезни 12-перстной кишки у лиц молодого возраста // Хирургия. 1991. № 3. С. 14–18.
4. Луцевич Э.В., Белов И.Н. Эндоскопия при желудочно-кишечных кровотечениях // Хирургия. 1976. № 5. С. 80–85.
5. Руководство по клинической эндоскопии / под ред. В.С. Савельева, В.М. Буянова, Г.И. Лукомского. М.: Медицина, 1985. 544 с.
6. Стручков В.И. Луцевич Э.В., Белов И.Н., Стручков Ю.В. Желудочно-кишечные кровотечения и фиброэндоскопия. М.: Медицина, 1976. 272 с.
7. Эндоскопические методы лечения кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта: учебное пособие / В.Н. Сотников, Т.К. Дубинская, А.А. Разживина. М.: РМАПО, 2003. 48 с.
8. Richelme H., Bernard J.L., Mouroux J., Benchimol D. Hemorrhagic duodenal ulcer: which procedure should be performed? // Ann. Chir. [50E]. 1999. Vol. 43, No. 1. P. 58–61.

Поступила в редакцию 31.01.2011.

COMPARATIVE EFFICIENCY OF ENDOSCOPIC HAEMOSTASIS METHODS IN CASE OF BLOOD BLEEDINGS FROM UPPER GASTROINTESTINAL TRACT

S.V. Yudin¹, S.P. Andrusenko², S.S. Yudin²

¹ Municipal Clinical Hospital No. 2 (57 Russkaya St. Vladivostok 690000 Russia), ² Municipal Hospital No. 1 (30 Leninskaya St. Partizansk 692864 Russia)

Summary – The authors analyse 604 cases of blood bleedings from the upper gastrointestinal tract caused most often by duodenal ulcer (37.6%) and stomach ulcer (25.0%), and Mallory-Weiss oesophageal tear (11.3%). 117 follow-ups of the duodenal ulcer cases allowed to identify efficiency of various methods of endoscopic haemostasis. The most efficient method was to combine infiltration, electrocoagulation, and lavage with denaturants. In 10.2% of patients with continuous blood bleedings (Forrest I) the endoscopic haemostasis had no expected effects.

Key words: duodenal ulcer, bleedings, endoscopic haemostasis.

Pacific Medical Journal, 2011, No. 3, p. 53–55.