

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

В.Э. Федоров¹, И.В. Сергеев², С.Н. Шмелев³, В.И. Шевцов³, С.Э. Иванникова³,

¹ГОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Росздрава»,

²ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей», ³Городская больница № 1, г. Балаково

Федоров Владимир Эдуардович – e-mail: v.e.fedorov@yandex.ru

В настоящей статье представлены результаты нашего опыта диагностики и лечения больных с гастродуоденальными кровотечениями (ГДК). Гастродуоденальные кровотечения – распространенная патология в практике как хирурга, так и терапевта. Использование ФГДС и эндоскопического гемостаза при ГДК позволяет купировать кровотечение и избежать оперативное вмешательство. Залог успешной диагностики и адекватного своевременного лечения в таких ситуациях – скоординированная работа врачей разных специальностей (хирургов, эндоскопистов, терапевтов).

Ключевые слова: гастродуоденальные кровотечения, эндоскопический гемостаз.

The present research demonstrates the results of our experience in diagnosing and treatment of patients with gastroduodenal bleedings. Such problem is a widespread pathology in both surgical and therapeutical practice. The use of fibrogastroduodenoscopy and endoscopic hemostasis in those patients helps to stop the bleeding and to avoid a serious surgery. To successfully and adequately diagnose and treat such patients, specialists of different fields of medicine (surgeons, endoscopists, physicians) should respectfully cooperate.

Key words: gastroduodenal bleeding, endoscopic hemostasis.

Гастродуоденальные кровотечения (ГДК), с одной стороны, являются наиболее тяжелыми осложнениями целого ряда тяжелых хронических «терапевтических» заболеваний, а с другой – это одна из самых актуальных проблем в современной хирургии. По данным различных авторов, летальность у этой категории больных достигает 30%, а у пациентов пожилого и старческого возраста доходит до 40% [1–4].

Нередко и терапевт, и хирург совместно обследуют и лечат таких пациентов. В таких случаях именно от правильного понимания проблемы с двух сторон, от взаимодействия терапевта и хирурга зависит результат лечения больного.

В Городской больнице № 1 г. Балаково Саратовской области с 1999 по 2008 год находилось на лечении 832 больных с гастродуоденальными кровотечениями: 645 (77,5%) мужчин и 187 (22,5%) женщин. 702 человека, или 84,4% от всех поступивших, составили лица трудоспособного возраста (от 20 до 60 лет).

Кровотечение язвенной этиологии выявлено у 575 (70,6%) больных, синдром Меллори-Вейсса – у 168 (20,6%) больных, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) – у 54 (6,7%) больных, другие причины – у 17 (2,1%) больных.

Фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) выполнялась сразу же при поступлении такого пациента в стационар. Исследования выполнялись фиброгастроскопами «Olympus XQ-40». 1. Для остановки кровотечений применялся набор для лигирования «Olympus HX-20L-1», клипатор «Olympus HX-5LR-1» и инъектор «Olympus».

Степень надежности гемостаза при язвенных кровотечениях оценивали по классификации J. Forrest (1974).

Методы эндоскопического гемостаза применялись у большинства – 587 (72,1%) больных с кровотечением Forrest 1, Forrest 2 (F1, F2). При этом инъекционный метод (раствор адреналина, этанола под язвенный дефект) применялся у 482 (82,1%) больных, электрокоагуляция – у 30 (5,1%) больных, клипирование – у 26 (4,4%) больных. Лигирование ВРВП – 49 (8,3%).

Следует отметить, что потоки больных, поступивших с ГДК, формировались по-разному. Традиционно, начиная с середины прошлого века, считается, что любой больной с кровотечением из желудочно-кишечного тракта должен быть, как минимум, осмотрен хирургом. Удивительно, но именно хирурги настаивали на этом и довольно долго убеждали терапевтов в необходимости госпитализации больных к хирургам. В настоящее время для исключения случайностей и ошибок большинство терапевтов и гастроэнтерологов так и делают: при поступлении таких пациентов всегда настаивают на переводе их в хирургический стационар. Как ни странно, именно здесь, на этом этапе, чаще всего возникают трения между дежурным терапевтом и хирургом.

Прежде всего, эти разногласия связаны с различной трактовкой признаков кровотечения. Для хирургов кровотечение – это морфологический или лабораторно подтвержденный субстрат, а для терапевтов – это самые разнообразные признаки анемии или клинические симптомы изменений в желудочно-кишечном тракте, похожие на кровотечение. Особенно яркие дебаты возникают при «скрытых» или малых кровотечениях, потому что они часто возникают у тяжелых, инкурабельных, больных. У таких больных по сути основной патологией являются

многочисленные сопутствующие системные или генерализованные заболевания. Симптомы кровотечения в таких случаях как бы теряются среди более выраженных и значимых признаков. Операбельность таких больных, как правило, всегда вызывает большие сомнения.

Врачами приемного отделения для проведения экстренной ФГДС направлено 709 (87,1%) больных. Все они были доставлены в стационар бригадами скорой помощи. Из поликлиник города после плановой ФГДС, где выявлены признаки состоявшегося или продолжающегося ГДК, направлено 59 (7,2%), причем продолжающееся кровотечение на амбулаторном этапе при плановом осмотре выявлено у 11 (18,6%) пациентов. Признаки состоявшегося или продолжающегося ГДК выявлены также у 46 (5,7%) больных, направленных на плановую ФГДС из терапевтических отделений самой больницы № 1, причем продолжающееся кровотечение выявлено у 7 (15,2%) больных.

Во время выполнения экстренной ФГДС источником кровотечения у 575 больных явилась гастродуоденальная язва. Продолжающееся кровотечение F1A было у 11 (1,9%) пациентов. В данной группе больных выполнялось клипирование с последующим обкалыванием раствором адреналина. Рецидив кровотечения возник у 4 (36,4%) больных, которые затем были оперированы в экстренном порядке.

Кровотечение F1B выявлено у 124 (21,6%) пациентов. Больным данной группы производилось клипирование с последующим обкалыванием раствора адреналина (5 случаев или 0,9%). Рецидив кровотечения возник в 1 случае (0,2%). Электрокоагуляция выполнена у 16 (2,8%) больных. Рецидив кровотечения имел место у 3 (0,5%) больных. 103 (17,9%) пациентам выполнялось обкалывание язвы раствором адреналина, этанола. Рецидив кровотечения у больных данной группы возник у 6 (5,8%) больных. При возникновении рецидива кровотечения таким пациентам выполнялась экстренная операция. Таким образом, эффективность эндоскопического гемостаза составила в данной группе 89,6%.

Группа больных с неустойчивым гемостазом F2 составила 376 (65,4%) больных. С целью профилактики рецидива кровотечения методы эндоскопического гемостаза применялись у 289 (76,9%) больных. Инъекционный метод применялся 275 (95,2%) больным. Электрокоагуляция выполнена 14 (4,8%) больным. Рецидив кровотечения у больных с неустойчивым гемостазом F2 возник в 13 (3,5%) случаях.

При синдроме Меллори-Вейсса 112 (66,7%) больным с продолжающимся кровотечением или высоким риском его рецидива применяли инъекционный метод эндоскопического гемостаза в 110 случаях и только в 2 случаях выполняли клипирование дефекта слизистой с положительным эффектом. Рецидив кровотечения после выполнения обкалывания раствором адреналина возник у 3 (2,7%) больных.

Эндоскопическое лигирование варикозно-расширенных вен пищевода выполняется в Городской больнице № 1 с 2005 года. Лигирование ВРВП выполнено 49 больным. У 5 больных с декомпенсированным циррозом печени гемостаз достигнут постановкой зонда-обтуратора, лигирование у них не выполнялось из-за тяжести состояния больных.

Лигирование проводилось в 2 этапа. Одновременно накладывалось от 2 до 6 лигатур. Динамический контроль проводился через 7 дней и 30 дней после вмешательства. При необходимости производилось дополнительное лигирование (12 случаев). Контрольные осмотры через 6, 12, 24 месяца после вмешательства проводились у 29 больных. Рецидив кровотечения через 10 месяцев после лигирования возник у одной больной с декомпенсированным циррозом класса С, что привело к её смерти.

Таким образом, ранняя диагностика ГДГ возможна только при тесном взаимодействии терапевтических и хирургических служб, а эндоскопия связывает их в одно целое. Применение ФГДС и эндоскопических методов гемостаза является основным звеном в своевременной диагностике гастродуоденальных кровотечений. Применение эндоскопических методов гемостаза позволяет в большинстве случаев избежать рецидивов кровотечения и, тем самым, уменьшить количество экстренных операций. Это напрямую влияет как на общую, так и на послеоперационную летальность.



ЛИТЕРАТУРА

1. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Рецидив острых гастродуоденальных язвенных кровотечений. Хирургия. 2003. № 7. С. 43–49.
2. Панцырев Ю.М., Федоров Е.Д. Эндоскопическое лечение кровотечений, обусловленных синдромом Меллори-Вейсса. Хирургия. 2003. № 10. С. 35–40.
3. Leerdam van M.L., Rauws E.A.J., Geraedts A.A.M., Tytgat G.N.J. Management in Peptic Ulcer Hemorrhage: A Dutch National Inquiry. Endoscopy. 2000. V. 32. № 12. P. 935–942.
4. Rollhauser C., Fleischer D.E. Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. Endoscopy. 2004. V. 36. P. 52–58.