

В. П. Сажин*, В. М. Савельев, И. В. Сажин, Д. Е. Климов, С. В. Грыженко

КОМБИНИРОВАННЫЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Кафедра хирургии и общеврачебной подготовки с курсом эндохирургии ФДПО Рязанского ГМУ им. акад. И. П. Павлова;
Новомосковская городская клиническая больница

*Сажин Вячеслав Петрович, д-р мед. наук, проф., зав. каф. E-mail:sazhin-vp@rambler.ru

♦ Представлены результаты лечения 578 больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями в период с 2001 по 2010 г. Больные разделены на две группы. В 1-й группе у 275 больных в период с 2001 по 2005 г. при язвенном кровотечении применили различные методы изолированного эндоскопического гемостаза. Во 2-й группе у 296 больных в период с 2006 по 2010 г., был применен разработанный в клинике метод комбинированного эндоскопического гемостаза. Применение комбинированного метода эндоскопического гемостаза при язвенных гастродуоденальных кровотечениях позволило уменьшить количество рецидивов кровотечения с 17,5 до 1,7%, число оперированных больных с 26,9 до 9,9%, а общую летальность с 4% до 1%.

Ключевые слова: язвенное гастродуоденальное кровотечение, рецидив кровотечения, комбинированный эндоскопический гемостаз

V.P. Sadjyn, V.M. Savelyev, I.V. Sadjyn, D.Ye. Klimov, S.V. Grydjenko

THE COMBINED ENDOSCOPIC HEMOSTASIS UNDER ULCEROUS GASTRO-DUODENAL BLEEDINGS

The chair of surgery and general practitioner training with the course of endo-surgery of the academician I.P. Pavlov
Ryazan state medical university, Ryazan
The Novomoskovsk municipal clinical hospital, Novomoskovsk

♦ The article deals with the results of treatment of 578 patients with ulcerous gastro-duodenal bleedings in 2001-2010. The patients are divided into two groups of 275 and 296 patients. In 2001-2005, the different methods of isolated endoscopic hemostasis were applied to the patients of first group in case of ulcerous bleeding underwent. In 2006-2010, the combined endoscopic hemostasis method developed in the hospital was applied to the patients of second group in case of ulcerous bleeding. The application of combined endoscopic hemostasis method in case of ulcerous gastro-duodenal bleedings decreased number of bleeding relapses from 17.5% to 1.7%, number of operated patients from 26.9% to 9.9% and total lethality from 4% to 1%.

Key words: ulcerous gastro-duodenal bleeding, bleeding relapse, combined endoscopic hemostasis

Современные методы эндоскопического гемостаза (ЭГ) при язвенных гастродуоденальных кровотечениях (ЯГДК) не гарантируют от рецидивов кровотечения (РК). Все большее число специалистов утверждают во мнении, что решить эту проблему можно путем применения комбинированного ЭГ (КЭГ) [2, 4—6]. Установлено, что КЭГ позволяет успешно остановить ЯГДК или повторить процедуру гемостаза при РК [1, 3, 7—9].

Цель исследования — уменьшить количество РК, оперированных больных и летальность при ЯГДК путем применения КЭГ.

В основу работы положены результаты лечения 578 больных с ЯГДК в период с 2001 по 2010 г. Больные разделены на 2 группы. В 1-й группе у 275 больных с ЯГДК в период с 2001 по 2005 г. применили различные методы изолированного ЭГ (ИЭГ). Во 2-й группе у 296 больных в период с 2006 по 2010 г. был применен разработанный в клинике метод КЭГ.

Среди больных с ЯГДК преобладали мужчины — 417 (72,1%) больных. Возраст больных варьировал от 16 до 88 лет. Сопутствующие заболевания выявлены у 61,2% больных.

Язва в желудке локализовалась у 40,7% (235) больных, чаще в теле, на малой кривизне (13,2%). В двенадцатиперстной кишке (ДПК) язва встретилась у 59,3% (343) больных, чаще на передней стенке (34,9%).

Структура больных с ЯГДК по классификации J. Forrest представлена в табл. 1.

Тяжесть кровопотери оценивали по классификации А. И. Горбашко (1974): кровопотеря легкой степени установлена у 254 (44%) больных, средней тяжести — у 147 (25,4%), тяжелой степени — у 177 (30,6%).

Величина язв составляла от 0,5 см и в ряде случаев превышала 3,0 см. Язвы желудка, по размеру превышающие 3,0 см, выявлены в 13,3% случаев, а в ДПК — в 8% случаев. Глубина язв составляла от 0,2 см и достигала 2,0 см и более, при этом наиболее глубокие язвы ($2,1 \pm 0,1$ см) локализовались в теле желудка. В ДПК средняя глубина язв колебалась от $1,3 \pm 0,4$ до $1,4 \pm 0,3$ см, причем чаще на задней стенке кишки. До 24 ч от начала кровотечения поступило 38,1% больных, до 48 ч — 14,3%, свыше 48 ч — 47,6%.

В 1-й группе больных были применены 4 метода ИЭГ по общепринятым технологиям. Изолированный

Таблица 1

Характеристика больных с ЯГДК в зависимости от интенсивности кровотечения (по J. Forrest) и локализации язвы

Локализация язвы	Число больных							
	ForrestIA		ForrestIB		ForrestIIA		ForrestIIB	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Желудок (n = 235)	35	6,1	64	11,1	55	9,5	81	14,0
ДПК (n=343)	32	5,5	92	15,9	75	13,0	144	24,9
Всего...	67	11,6	156	27,0	130	22,5	225	38,9

инъекционный ЭГ (ИИЭГ) применен у 136 (49,5%) больных, изолированный аппликационный ЭГ (ИА-ЭГ) — у 59 (21,5%), изолированный термический (ИТЭГ) — у 65 (23,6%), изолированный механический (ИМЭГ) — у 15 (5,5%). Во 2-й группе больных был использован разработанный КЭГ.

Критериями сравнения были: развитие РК, количество операций для остановки продолжающегося кровотечения, летальность при ЯГДК.

Методика разработанного КЭГ включает 4 этапа.

- ♦ 1-й этап: через иглу эндоскопического инъектора в дно язвенного дефекта вводятся 0,2—0,3 мл этанола. Такая же процедура повторяется в 4—5 точках вокруг кровоточащего сосуда.
- ♦ 2-й этап: серия инъекций 1,0 мл 0,1% раствора адреналина с 20,0—30,0 мл физиологического раствора в 5—6 точек в края язвенного дефекта. В каждую точку вводим по 4—5 мл раствора.
- ♦ 3-й этап: в радиальных направлениях от первых вколов по 5—6 лучам выполняем инъекции раствора адреналина в указанной выше пропорции. При необходимости увеличить зону медикаментозной инфильтрации объем вводимого раствора доводим до 100—120 мл, создавая "инфильтрационный жгут". При необходимости в место каждой инъекции вводим 5% раствор аминокапроновой кислоты или 5% раствор глюкозы (см. рисунок).

Критерием прекращения введения раствора является остановка кровотечения. Критерии остановки кровотечения: отсутствие подтекания крови из источника кровотечения; отсутствие флотирующего сгустка с примесью алой крови в язвенном дефекте.

Сразу после остановки ЯГДК в комплексе лечения применяли инъекционные формы ингибиторов протонной помпы (ИПП) по трем схемам: омепразол-лосек, пантопризол-санпраз и, по показаниям, H_2 -блокаторы. При неэффективности терапии препаратами первой линии назначали препараты второй линии: ИПП + де-нол + тетрациклин + метронидазол. Критериями перевода больного на энтеральный путь приема противоязвенных препаратов является отсутствие "опасных" тромбов в язве (по данным эзофагогастродуоденоскопии — ЭГДС), отсутствие РК, уменьшение размера язвы.

Всем больным выполняли традиционные комплексы интенсивной терапии: остановка кровотечения, стабилизация гемодинамики, восстановление объема циркулирующей крови, индивидуальная терапия в зависимости от ведущих симптомов.

При ИИЭГ РК установлен у 19 (14,0%) больных, т. е. эффективность метода составила 86,0%. РК развился при интенсивности кровотечения ForrestIA в 64,6% случаев в теле желудка и в 18,8% — при язвах ДПК на ее задней стенке.

При ИАЭГ РК установлен у 19 (32,2%) больных, эффективность 67,8%. РК развился при интенсивности кровотечения ForrestIA в 83,3% случаев в желудке (антральный отдел по малой кривизне) и в 66,7% случаев в ДПК при локализации язвы на задней стенке. При интенсивности кровотечения ForrestIA ИАЭГ не применяли.

Таблица 2

Количество РК после ИЭГ и КЭГ

Годы наблюдения	Метод	Число больных с ЯГДК	Количество РК	
			абс.	%
2001-2005	ИЭГ	275	48	17,5
2006-2010	КЭГ	296	5	1,7

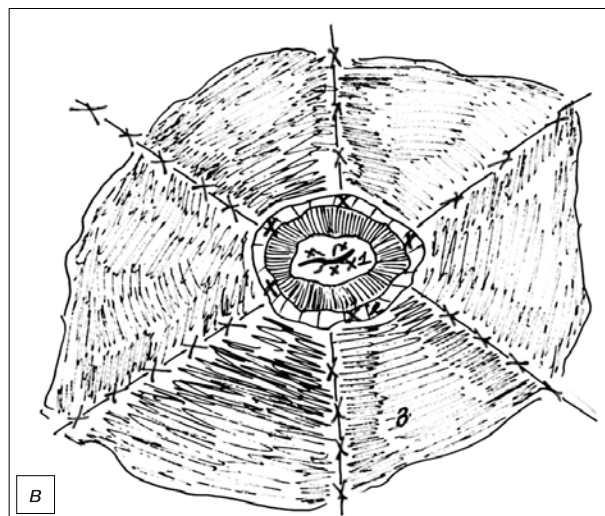
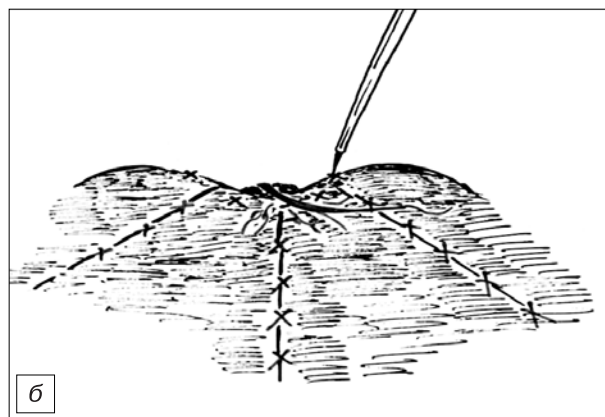
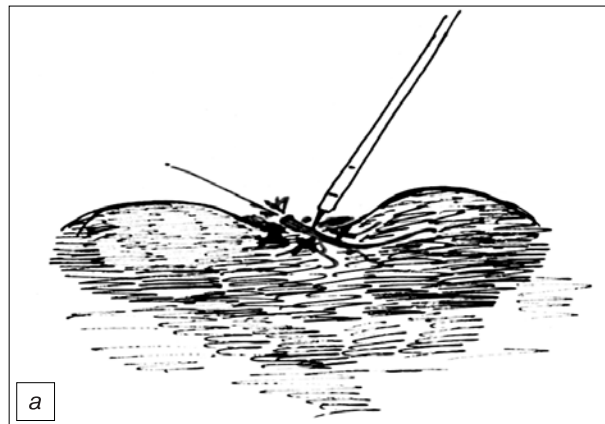


Схема проведения комбинированного инъекционно-инфильтративного эндоскопического гемостаза при ЯГДК

а — инъекция этанола в дно язвы, вокруг кровоточащего сосуда вводится 1,0 мл этанола; б — циркулярно, по краям язвенного дефекта в 5—6 точках вводится до 1,5 мл на инъекцию 90,2% раствора адреналина в 20 мл физиологического раствора; в — с отступом от края язвенного дефекта на 3—5 мм в радиальных направлениях по 5—6 "лучам" создается "инфильтрационный жгут" из комбинации растворов до прекращения кровотечения.

При ИТЭГ РК установлен у 8 (12,3%) больных, эффективность 87,7%. РК развился при интенсивности кровотечения ForrestIB в желудке на малой кривизне в кардиальном отделе в 37,5% случаев, а в ДПК на задней стенке — в 33,3% случаев.

При ИМЭГ РК установлен у 2 (13,3%) больных, эффективность 86,7%. РК развился при кровотечениях ForrestIA на задней стенке желудка в кардиальном отделе в 1 случае и при ForrestIB при локализации язвы в ДПК на задней стенке также в 1 случае.

Сравнительные результаты лечения больных с ЯГДК в 2001—2010 гг.

Годы наблюдения; метод; число больных	Число неоперированных больных (%)		Число оперированных больных (%)		Общая летальность	
	всего	из них умерло	всего	из них умерло	абс.	%
2001—2005; ИЭГ; всего 275	201 (73,1)	8 (2,9)	74 (26,9)	3 (4,1)	11	4,0
В том числе госпитализированных в сроки (% больных):						
до 24 ч (48,4 ± 11,3)	101 (36,7)	4 (4,0)	32 (10,9)	1 (3,1)		
позже 24 ч (51,6 ± 13,7)	100 (36,4)	4 (4,0)	42 (14,3)	2 (4,8)		
2006—2010; КЭГ; всего 296	273 (90,1)	1 (0,4)	30 (9,9)	2 (6,7)	3	1,0
В том числе госпитализированных в сроки (% больных):						
до 24 ч (46,5 ± 10,1)	127 (41,9)	—	14 (4,6)	2 (14,3)		
позже 24 ч (53,5 ± 12,3)	146 (48,2)	1 (0,7)	16 (5,3)	—		

После применения ИЭГ РК возник у 48 (17,5%) больных (табл. 2).

При применении КЭГ окончательный гемостаз при первой попытке достигнут у 98,3% больных. У 5 (1,7%) больных после КЭГ возник РК, 2 из них были оперированы, а у трех других больных кровотечение остановлено при повторной ЭГДС. С учетом остановки кровотечения при повторной ЭГДС суммарная эффективность КЭГ составила 99,3%.

Применение метода КЭГ позволило увеличить число неоперированных больных по сравнению с контрольной группой с 73,1 до 90,1% (табл. 3). Во 2-й группе из числа неоперированных больных за весь период наблюдения умер 1 (0,4%) человек из-за декомпенсации сопутствующего заболевания.

Число оперированных больных за периоды наблюдения снизилось с 26,9 до 9,9%. Летальность оперированных больных в 1-й группе составила 4,1% (3 больных), а во 2-й группе — 6,7% (2 больных). Общая летальность при ЯГДК в 1-й группе больных (2001—2005 гг.) составила 4%, а во 2-й — 1%. Таким образом, применение КЭГ позволило улучшить результаты и качество лечения больных с ЯГДК.

Выводы

1. При применении изолированных методов эндоскопического гемостаза количество рецидивов кровото-

течения составило 17,5%, а при применении комбинированного эндоскопического гемостаза — 1,7%. Наиболее часто РК возникли при интенсивности кровотечения ForrestIIA — 40,8%, при этом в желудке чаще при ForrestIIA — 55,4%, а в двенадцатиперстной кишке при ForrestIA — 40%.

2. Комбинированный метод эндоскопического гемостаза при ЯГДК позволил уменьшить количество рецидивов кровотечения с 17,5 до 1,7%, число оперированных больных — с 26,9 до 9,9%, а общую летальность — с 4 до 1%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Багненко С. Ф., Синенченко Г. И., Вербицкий В. Г., Курьгин А. А. // Вестн. хир. — 2007. — Т. 166, № 4. — С. 71—75.
2. Винокуров М. М., Капитанова М. А. // Хирургия. — 2008. — № 2. — С. 33—36.
3. Гостищев В. К., Евсеев М. А. // Хирургия. — 2007. — № 7. — С. 7—11.
4. Казымов И. Л. // Хирургия. — 2007. — № 4. — С. 22—27.
5. Климов А. Е. и др. // Рос. мед. журн. — 2007. — № 2. — С. 16—18.
6. Лебедев Н. В., Климов А. Е. // Хирургия. — 2009. — № 11. — С. 10—13.
7. Луцевич Э. В., Белов И. Н. // Хирургия. — 2008. — № 1. — С. 4—7.
8. Старков Ю. Г. и др. // Хирургия. — 2008. — № 4. — С. 4—10.
9. Федоров Е. Д., Михалев А. И., Орлов С. Ю. // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол. и колопроктол. — 2002. — № 1. — С. 9—18.

Поступила 06.06.12