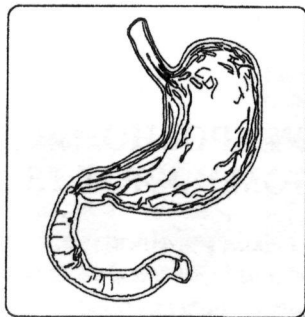




АРГОНОПЛАЗМЕННАЯ КОАГУЛЯЦИЯ В ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Российская медицинская академия последипломного образования,
Городская клиническая больница им. С.П. Боткина, г. Москва

Применение во время неотложной гастродуоденоскопии аргонноплазменной коагуляции у 35 больных с гастродуоденальными кровотечениями различной этиологии позволило во всех случаях добиться стойкого гемостаза.

Несмотря на высокую эффективность современных "противоязвенных" средств, каждый десятый житель планеты страдает язвенной болезнью, причем кровотечения встречаются у 16-23% из них, а частота рецидива кровотечения варьирует от 8,9 до 40% [1, 2, 5].

Несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении гастродуоденальных кровотечений, послеоперационная летальность колеблется вокруг отметки 10% [3, 5]. Внедрение в практику в последние годы аргонноплазменной коагуляции (АПК) позволяет расширить арсенал возможностей по выполнению эффективной остановки и профилактике рецидива гастродуоденальных кровотечений [4, 6].

Материалы и методы

Основным принципом действия АПК служит термическое воздействие тока высокой частоты, подаваемого на ткань с помощью потока ионизированной аргонной плазмы. Аппаратура для АПК включает источник газа аргона и источник тока высокой частоты. Гибкий зонд-аппликатор сконструирован таким образом, что в канал подачи аргона вмонтирован высокочастотный электрод. При определенном уровне высокочастотного напряжения и достаточно малом расстоянии от тканей в потоке аргона образуется электропроводящая плазма (аргонноплазменная дуга). В этом случае между зондом-аппликатором и тканью начинается протекать высокочастотный ток, вызывающий коагуляцию тканей за счет их нагрева. В соответствии с физическими условиями процесса струя плазмы автоматически направляется от коагулированных участков к кровоточащим, где имеется наименьшее сопротивление току. Благодаря этому достигается равномерная, автоматически ограничиваемая коагуляция как по глубине, так и по плоскости [4, 5].

В 2002 г. фирмой "Фотек" (г. Екатеринбург) разработан отечественный

аргонноплазменный коагулятор - аппарат ЕА-140. Метод АПК с использованием данного аппарата и зонда-аппликатора фирмы "ERBE" (Германия) с углом подачи аргонноплазменной дуги около 90° был применен у 35 пациентов с гастродуоденальными кровотечениями разной этиологии. У 6 пациентов с синдромом Маллори-Вейса, у 10 пациентов после электроэксцизии полипов желудка. У 15 больных имелось кровотечение из язвенных дефектов желудка и 12-перстной кишки, у 2 пациентов кровотечение из сосудов культи гастроэнтероанастомоза, у 2 пациентов кровотечение наблюдалось из поврежденной инородными телами слизистой пищевода. Возраст больных составлял от 20 до 75 лет. Средняя кровопотеря до манипуляции составляла до 600 мл. Перед и во время проведения эндоскопического гемостаза для более лучшей визуализации место дефекта слизистой орошалось холодным раствором аминокапроновой кислоты, что значительно облегчало работу врача, проводившего манипуляцию. Стоит отметить, что у 30 пациентов на момент осмотра была эндоскопическая картина продолжающегося кровотечения (Forrest Iб) и только у 5 пациентов — эндоскопическая картина состоявшегося кровотечения, но угроза рецидива кровотечения оставалась достаточно высокой. Метод аргонноплазменной коагуляции данным больным был проведен в целях предотвращения рецидива кровотечения.

Данная методика не применялась при струйном кровотечении (Forrest Ia), так как последняя ситуация, по нашему мнению, является показанием к хирургическому вмешательству.

Результаты и обсуждение

Эндоскопическая остановка кровотечения была успешной у всех 35 больных. Длительность процедуры варьировала от 4 до 30 мин. Случаев рецидива кровотечения мы не наблюдали. В то же время необходимо отметить, что в ряде случаев АПК дополнялась использованием паравазальной инъекции 96% этанола, 25% этанол-новокаинового раствора или раствора адреналина

1:10 тыс., этоксисклерола, тромбовара, что значительно улучшало качество проводимого гемостаза, но не позволяет нам оценить гемостатические возможности АПК в "чистом" виде. Также небольшое количество наблюдений и отсутствие контрольной группы больных с попытками эндоскопического гемостаза другими методами не позволяет сделать окончательное заключение о преимуществе АПК перед эндоклипированием, диатермокоагуляцией и инъекционными методами остановки кровотечения.

Выводы

Аргонноплазменная коагуляция с использованием отечественного аргонноплазменного коагулятора ЕА-140 является перспективным методом эндоскопического гемостаза при гастродуоденальных кровотечениях различной этиологии.

Метод АПК может быть использован как предварительный этап лечения больных с гастродуоденальными кровотечениями. Использование данного метода местного гемостаза позволяет отсрочить оперативное вмешательство и дает возможность подготовить больных к радикальным операциям.

Литература

1. Кузмин-Крутский М.И., Стажкин Е.Н. // Сб. тез. V Московского междунар. конгр. по эндоскопической хирургии. СПб., 2001. С. 25-26.
2. Машкин А.М., Ефанов А.В., Хойрыш А.А. // Сб. тез. IX Московского междунар. конгр. по эндоскопической хирургии, г. Москва-Тюмень, 2005. С. 84-87.
3. Харченко В.П., Синев Ю.В., Бакулев Н.В. и др. // Эндоскопическая хирургия. 2003. №4. С. 32-35.
4. Панцырев Ю.М., Шаповальянц С.Г., Федоров и др. // Сб. тез. IX Московского междунар. конгр. по эндоскопической хирургии. М., 2005. С. 42-45.
5. Krasner R. // Gastrointestinal bleeding. BMJ Publishing Group, 1996. P. 352.
6. Cipoletta L., Bianco M., Rotondano G. et al. // Gastromtest Endosc. 1998. Vol. 48, P. 191-195.