

Наиболее важный фактор отбора кандидатов для хирургического лечения эссенциального тремора — то, как они видят свою болезнь. Ограничения жизнедеятельности, обусловленные двигательным дефектом, в большой степени зависят от индивидуальных особенностей человека, таких как профессия, социальное положение и приспособляемость к заболеванию. Некоторые пациенты при сильном функциональном ограничении организуют жизнь вокруг своего болезненного состояния и не нуждаются в инвазивном лечении. Другие больные при относительно небольшом двигательном дефекте, наоборот, активно стремятся к хирургическому лечению, так как боятся потерять работоспособность или оказаться неспособными исполнять свои социальные функции. Врач должен выяснить ожидания пациента от лечения и оценить возможность их реализации. Затем потенциальная польза вмешательства должна быть соотнесена с индивидуальным риском осложнений.

Литература

1. Deuschl G., Volkmann J. // *Parkinson's Disease and movement disorders* / Jankovic J. and Tolosa E., ed. — Baltimore : Lippincott W&W, 2002. — P. 270–290.
2. Limousin P., Speelman J.D., Gielen F., Janssens M. // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. — 1999. — Vol. 66. — P. 289–296.
3. Rehnacrona S., Johnels B., Widner H. et al. // *Mov. Disord.* — 2003. — Vol. 18. — P. 163–170.
4. Schuurman P.R., Bosch D.A., Bossuyt P.M. et al. // *N. Engl. J. Med.* — 2000. — Vol. 342. — P. 461–468.

Поступила в редакцию 5.03.2008.

THE STIMULATION OF THE DEEP BRAIN STRUCTURES AT ESSENTIAL TREMOR

J. Volkmann

Kristian Albrecht University (Kiel, Germany)

Summary — Indications and contra-indications to medical and surgical treatment of the essential tremor are considered. Among surgical methods the basic attention is given to the stereotaxic thalamotomy and Deep Brain Stimulation. The advantages of last method are shown, as well as the criteria of selection of patients for Deep Brain Stimulation.

Pacific Medical Journal, 2008, No. 1, p. 64–66.

УДК 616.342-002.44-005.1-072.1-089

С.В. Юдин¹, С.П. Тихомиров¹, О.В. Кизим²

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

¹Городская клиническая больница № 2

(г. Владивосток),

²Владивостокский государственный медицинский университет

Ключевые слова: язва 12-перстной кишки, кровотечение, эндоскопия.

На протяжении последних лет отмечается стабильная тенденция как к росту заболеваемости язвенной болезнью 12-перстной кишки, так и к увеличению удельного веса осложненных кровотечением луковичных язв. При этом консервативная терапия требует длительных усилий, а осложнения отмечаются у 10–30% пациентов [1, 2, 6]. Число больных, подвергшихся открытым операциям по поводу кровоточащих язв луковицы 12-перстной кишки между и вмешательствами с использованием ургентной эндоскопии, существенно различается в различных клиниках [3–5]. Иллюстрацией значения кровоточащих луковичных язв в клинической практике может служить общая структура желудочно-кишечных кровотечений у пациентов, доставляемых каретой скорой помощи в приемное отделение ГКБ № 2 Владивостока. Так, наиболее частой причиной кровотечения здесь в 2005–2007 гг. явилась язвенная болезнь 12-перстной кишки (табл. 1).

Целью настоящего исследования явилась сравнительная оценка эффективности операций эндоскопического гемостаза в комплексном лечении кровоте-

чащих дуоденальных язв. Причиной тому послужили высокая частота неинформативных эндоскопий при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, а также необходимость своевременного прогноза возможного рецидива кровотечения. В наших исследованиях у 107 больных с кровоточащими дуоденальными язвами (в т.ч. 4 больных с профузным кровотечением) независимо от степени кровопотери или активности кровотечения использовался эндоскопический метод диагностики.

Стойкая гипотония как проявление геморрагического шока не являлась препятствием к выполнению фиброгастродуоденоскопии, но требовала предварительной катетеризации центральной вены. Эндоскопию выполняли на фоне инфузионной терапии в отделении реанимации, в палате интенсивной терапии или кабинете гастроскопии. Исследование проводили в положении пациента на левом боку, преимущественно под местным обезболиванием. Частота визуальной диагностики язв луковицы 12-перстной кишки

Таблица 1

Общая структура желудочно-кишечных кровотечений, диагностированных в ГКБ № 2

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

была различной и зависела только от выраженности кровотечения. Проще всего было выявить дефект слизистой оболочки при активном кровотечении (1-я группа Forrest). При пульсирующем кровотечении локализация язвы также легко определялась. При струйном постоянном кровотечении обычно требовалась аспирация крови или подача жидкости для отмывания стенок кишки и определения направления кровяной струи. При нестойком гемостазе в ряде случаев возникали сложности в определении локализации язвы, особенно при отсутствии фиксированного сгустка крови. Наиболее часто (39 наблюдений) визуально определяли рыхлый сгусток, исходящий из луковицы и обтурирующий привратник. В таких случаях сначала подходили к привратнику и раздували желудок кратковременной интенсивной подачей воздуха. Данный прием в ряде случаев приводил к миграции свертка крови в дистальном направлении, что делало видимой точку его фиксации, а в других случаях вызывал кровотечение, которое помогало определить локализацию дефекта.

Следует отметить, что при кровоточащих язвах мы встречали два типа изменений слизистой оболочки в луковице 12-перстной кишки. В части наблюдений при серьезных активных кровотечениях здесь не было выраженных воспалительных изменений, которые бы препятствовали осмотру. В других случаях у больных с остановившимся кровотечением видели или язвенный дефект с выраженным перифокальным отеком и воспалением, или деформацию луковицы из-за выраженного перифокального отека без ясно определяемого дефекта. Дно язвы могло быть чистым или покрытым фибрином или был виден тромбированный сосуд с фиксированным свертком крови.

Своевременную диагностику постбульбарных язв затрудняло отсутствие видимых источников кровотечения, особенно при наличии крови в желудке и 12-перстной кишке. В 2 наблюдениях постбульбарную язву удалось обнаружить только при повторной фиброгастродуоденоскопии, когда проявились перифокальный отек и сужение просвета кишки. Считаем обязательным при желудочно-кишечных кровотечениях осмотр медиальной стенки 12-перстной кишки от луковицы до нижней горизонтальной ветви, для выполнения которого гастроскоп проводится максимально далеко в нисходящий отдел кишки. Этот прием позволял диагностировать язвы, расположенные дистальнее постбульбарного сфинктера. В сомнительных случаях использовали прицельное отмывание стенок 12-перстной кишки физиологическим раствором и обязательное смывание сгустка крови.

Мы проанализировали опыт эндоскопических диагностики и операций гемостаза у 107 пациентов в возрасте от 18 до 72 лет с кровотечением из язв луковицы 12-перстной кишки (71 мужчина и 36 женщин).

Эндоскопия, использовавшаяся в комплексе гемостатической терапии, проводилась при поступлении

Таблица 2
Активность кровотечения по данным гастроскопии на момент поступления

Вид кровотечения	Кол-во случаев	
	абс.	%
Остановившееся	47	40,4
Нестойкий гемостаз	64	54,6
Продолжающееся	6	5,0
Всего:	117	100,0

Примечание. Остановившееся кровотечение включало язвы типа F3 и F2c; нестойкий гемостаз — язвы типа F2a и F2b; продолжающееся — язвы типа F1.

в стационар до или на фоне внутривенных вливаний. Контрольное исследование выполнялось через 8–12 часов. При неэффективности гемостаза или рецидиве кровотечения эндоскопический гемостаз проводили повторно, а при невозможности осуществить адекватный гемостаз переходили к оперативному лечению.

У основной части пациентов (95%) симптомы продолжающегося кровотечения отсутствовали. Признаками нестойкого гемостаза считали наличие рыхлого тромба, следы свежей крови, измененную кровь в желудке и двенадцатиперстной кишке. В остальных случаях при отсутствии следов крови в находили рыхлый или плотный сверток крови, который не смывался струей жидкости, что расценивали как состоявшееся кровотечение (табл. 2). У 40 из 47 больных с остановившимся кровотечением использовали по одному из способов профилактики кровотечения: аппликацию пленкообразующих полимеров (12), электрокоагуляцию (8), орошение денатурирующими растворами (20).

После предварительного анализа собственных данных о частоте рецидивов кровотечения в зависимости от вида язвы (по Forrest) и способа эндоскопического гемостаза мы пришли к выводу о необходимости разделения больных на группы с остановившимся кровотечением, нестойким гемостазом и продолжающимся кровотечением.

При продолжающемся кровотечении последовательно применяли орошение сосудосуживающими или денатурирующими растворами (адреналин, спирт, феракрил), при слабом подтекании темной крови — электрокоагуляцию, при их неэффективности — инфильтрационный гемостаз.

При продолжающемся кровотечении гемостаза орошением пленкообразующими препаратами не удалось добиться ни в одном из 6 случаев. У подавляющего большинства пациентов (92%) гемостаз был эффективным, у меньшей части — неэффективным (не удалось остановить кровотечение или в ближайшие часы возник рецидив). В 16 случаях прибегали к повторным гастроскопиям и инфильтрационному гемостазу.

Эффективность эндоскопического гемостаза зависела от активности кровотечения и способа его остановки. Так, применение пленкообразующих

Таблица 3

Распределение пациентов по приемам остановки
кровотечений и степени активности кровотечения
(no Forrest)

Метод гемостаза	F1		F2		F3	
	ЧН	НЭ	ЧН	НЭ	ЧН	НЭ
Пленкообразующие полимеры	6	6	7	3	5	3
Инфильтрация	10	—	25	—	—	—
Электрокоагуляция	7	6	12	2	—	—
Орошение денатурирующими р-рами	—	—	26	1	19	—
Всего:	23	12	70	6	24	3

Примечание. ЧН — число наблюдений, НЭ — неэффективность приема остановки кровотечения.

полимеров при продолжающемся кровотечении, как указано 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 больных с признаками стойкого гемостаза (чистое дно язвы, F3) в 3 случаях вызвали рецидив кровотечения.

Инфильтрация растворов эпсилонаминокапроновой 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 обычно закрепляли инфильтрационным гемостазом или орошением денатурирующими растворами. Попытки профилактики рецидива кровотечения при нестойком гемостазе в 2 случаях привели к возобновлению кровотечения. При чистом дне язвы у лиц с состоявшимся кровотечением электрокоагуляцию не применяли. Чаще всего язвы орошали денатурирующими растворами (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. Необходимость комбинированного гемостаза диктовалась неудачей первично использованного приема остановки кровотечения. При продолжающихся кровотечениях 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 визуализировать источник кровотечения. При нестабильном гемостазе предпочитали сочетание методов: орошение, инфильтрацию, термокоагуляцию. При состоявшемся кровотечении и чистом дне язвы выполняли только орошение денатурирующими растворами. При рецидиве кровотечения (12 наблюдений) во всех случаях комбинированный эндоскопический гемостаз оказался эффективным.

Таким образом, в структуре желудочно-кишечных кровотечений язвенная болезнь 12-перстной кишки, по нашим данным, занимает важное место — 37,6% от всех наблюдений. Применение диагностической гастроскопии при кровоточащих язвах 12-перстной кишки не требует специальной подготовки желудка. Гастроскопия должна выполняться при поступлении больного в стационар. Приемы эндоскопического гемостаза востребованы у лиц с желудочно-кишечными кровотечениями язвенной этиологии, относящимися по классификации Forrest к 1-й и 2-й группам, но могут быть неэффективными при продолжающемся кровотечении. Наиболее результативным является сочетание приемов эндоскопического гемостаза (инфильтрационный, электрокоагуляция, орошение денатурирующими препаратами).

Литература

1. Балалыкин А.С., Степанов И.А. // 3-й Московский международный конгресс по эндоскопич. хирургии : тезисы. — М., 1999. — С. 24—26.
2. Геллер Л.И., Бессонова Г.А. // Клиническая медицина. — 1992. — № 2. — С. 85—87.
3. Желудочно-кишечные кровотечения и фиброэндоскопия / Стручков В.И., Луцевич Э.В., Белов И.Н., Стручков Ю.В. — М. : Медицина, 1976.
4. Кузин М.И., Кузин Н.М., Егоров А.В. // Хирургия. — 1991. — № 3. — С. 14—18.
5. Руководство по клинической эндоскопии / под ред. В.С. Савельева, В.М. Буянова, Г.И. Лукомского. — М. : Медицина, 1985.
6. Richelme H., Bernard J.L., Mouroux J., Benchimol D. // Ann. Chir. — 1989. — Vol. 43, No. 1. — P. 58—61.

Поступила в редакцию 14.03.2008.

THE ENDOSCOPIC DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF THE ACUTE DUODENAL BLEEDINGS

S.V. Yudin¹, S.P. Tikhomirov¹, O.V. Kizim²

¹City Hospital No. 2 (Vladivostok), ²Vladivostok State Medical University

Summary — Supervisions of duodenal ulcers complicated with a bleeding are shown, on the basis of Vladivostok city hospital No. 2 in 2005—2007 (107 cases). The efficiency of the endoscopic hemostasis is shown, allowed to fix the bleeding in 92% of cases. It is judged, that endoscopic hemostasis are indicated in ulcer bleedings of 1st and 2nd groups on Forrest classification, but can be inefficient at a proceeding bleeding. The most productive is the combination of the different methods of the endoscopic hemostasis (infiltration, coagulation, denaturation).

Pacific Medical Journal, 2008, No. 1, p. 66—68.