

SOME ENDOSCOPICAL MARKERS OF RELAPSE OF BLEEDINGS FROM CHRONIC GASTRODUODENAL ULCERS

V. Beloborodov, V. Antonov

(The Chief of General Surgery of ISMU, Clinical hospital № 1. Irkutsk)

The possibilities of estimation of relapse risk of bleeding from chronic gastroduodenal ulcers on some endoscopical attributes are described.

© АНТОНОВ В.Н., БЕЛОБОРОДОВ В.А. -

ЭНДСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ КЛИПИРОВАНИЕМ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

В. Н. Антонов, В.А. Белобородов

(Кафедра общей хирургии ИГМУ, зав. — проф. С.Б. Пинский;

МУЗ Клиническая больница №1 г. Иркутска — глав, врач Л.А. Павлюк)

Резюме. В статье описаны возможности эндоскопического клипирования в целях достижения окончательного гемостаза при кровотечениях различного генеза из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Ключевые слова. Кровотечение, эндоскопический гемостаз

В настоящее время эндоскопический гемостаз (ЭГ) является методом выбора при кровотечениях различного генеза из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ВО ЖКТ). С этой целью совершенствуют имеющиеся и разрабатывают новые (клипирование, аргонплазменная коагуляция, радиоволновая коагуляция, аппликация фибринового клея и др.) способы ЭГ, результативность которых требует уточнения. Посему целью нашего исследования была оценка результатов ЭГ клипированием у больных с кровотечениями различного генеза из ВО ЖКТ.

При кровотечениях из острых язв и изъязвлений, а также из варикозно-расширенных вен желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) с помощью эндоклипатора фирмы «OLYMPUS» накладывали клипсы для мягких тканей модели НХ — 600—090. Для первичного гемостаза и профилактики рецидива кровотечения (РК) из хронических гастродуоденальных язв (ХГДЯ) использовали эндоклипсы модели НХ — 600—135. Клипированием ЭГ был проведен у 132 больных. Из них у 15 больных он выполнен был дважды, у 5 — трижды и у одного — четыре раза. Для этого использовали от 1 до 7 клипс. В 97 наблюдениях перед наложением клипс в край язвенного дефекта вводили раствор адреналина, разведенном в физиологическом растворе (ФР) в соотношении 1:10, до 10 мл на одно введение. В 14 наблюдениях после введения раствора адреналина и наложения клипс дополнительно производили орошение 4—6% раствором феракрила.

При *острых язвах* ВО ЖКТ клипирование применяли у 51 больного. Из них у 6 больных он проведен дважды, у 2 — трижды и у одного — четыре раза. Показанием для повторного ЭГ у 3 (5,9%) больных явился рецидив геморрагии (Fla, Fib), в 6 (11,8%) — признаки нестабильности гемостаза (F2a, F2b) по данным динамической эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС). Оперирована одна (2%) больная, у которой возникло кровотечение из вновь образовавшейся аспириновой язвы субкардиального отдела желудка.

Клипирование было результативно у 45 из 50 (88,2%) больных с ХГДЯ, которым применяли этот метод. Из них у 5 больных клипировали дважды и у одного — трижды. У 5 больных не удалось наложить клипсы на фиброзно измененное дно язвы. Показанием для повторного ЭГ клипированием в 3 наблюдениях явился РК (Fla, Fib) из ХГДЯ, в 2 — признаки нестабильности гемостаза (F2a, F2b). Из 45 больных этой группы оперированы 5 (11,1%). Из них у одного больного показанием для операции явился РК, у 4 — сохраняющийся риск РК.

Клипирование при *синдроме Маллори-Вейсса* (СМВ) успешно проведено 19 больным (у одного — дважды по причине РК Fib).

У 4 больных клипированием осуществляли ЭГ на 7+0,25 день после резекции желудка по Бильрот-2 (*область малой кривизны желудка и гастроэнтероанастомоза*). Из них 2 больным ЭГ осуществляли дважды, одному — трижды, а одному выполнена операция в связи с неэффективностью ЭГ.

Кровотечение из *пептических язв* ГЭА явилось показанием для ЭГ клипированием у 5 больных (у 2 — дважды). У всех ЭГ стал окончательным.

Двум больным с тяжелой анемией достигнут ЭГ клипированием при кровотечении из *верхушки полипа* и одному — из *ложка удаленного полипа*.

При кровотечении из *варикозно-расширенных вен* ВО ЖКТ указанный ЭГ был успешно применен в 2 наблюдениях. В одном случае двухкратно его использовали при кровотечении из варикозных вен субкардиального отдела желудка, в другом — при РК из варикозных вен нисходящего отдела ДПК.

Кроме того, ЭГ клипированием был осуществлен в 4 редких наблюдениях. В 2 случаях источником кровотечения явилась распадающаяся полиповидная *опухоль желудка*, в одном — *ятрогенная травма слизистой оболочки тела желудка* и в одном — рана в области *большого дуоденального соска* после эндоскопической папиллосфинктеротомии. В последнем случае ЭГ ока-

зался неэффективным и потребовалось оперативное вмешательство.

Клипсы отторгались после наложения в период от 1 суток до 2 месяцев (10+5,6 дней). Во всех случаях при проведении контрольной ЭГДС после заживления дефекта слизистая оболочка в области фиксации клипсы макроскопически и по данным гистологического исследования биоптата была в норме.

Во всех 97 случаях дополнительного использования р-ра адреналина удалось достичь первичного временного гемостаза, что позволило установить источник кровотечения и прецизионно осуществить эндоклипирование. При анализе 14 случаев дополнительного использования феракрила при ЭГ установлено отсутствие его роли в повышении эффективности ЭГ и возникновение ряда новых ограничений в проведении последующих лечебно-профилактических мероприятий и манипуляций в зоне бывшего или продол-

жающегося кровотечения из-за пломбировки линзы эндоскопа феракриловой пленкой.

Таким образом, ЭГ путем наложения эндоклип оказалась эффективным в большинстве случаев при кровотечениях различного генеза из ВО ЖКТ, в том числе и при повторном его применении. Дополнительное использование р-ра адреналина способствует улучшению топической диагностики источника кровотечения, прецизионному наложению клипс и повышению надежности ЭГ. Наиболее эффективным он был при кровотечениях из острых язв и изъязвлений ВО ЖКТ, СМВ. При его использовании для остановки кровотечения и профилактики его рецидива из ХГДЯ эффект не был достигнут в 12,2% случаев (в 10% наблюдений по техническим причинам не удалось наложить эндоклипсы, в 2,2% — возник РК и потребовалось оперативное вмешательство).

ENDOSCOPICAL HEMOSTASIS BY IMPOSING CLIPS IN BLEEDINGS OF DIFFERENT GENESIS FROM THE UPPER DEPARTMENTS OF GASTROINTESTINAL TRACT

V. Antonov, V. Beloborodov

(The Chair of General Surgery of ISMU, Clinical hospital № 1. Irkutsk)

In the article the possibilities of endoscopic imposing clips with the purposes of achievement of final hemostasis in bleedings of various genesis from the upper departments of gastrointestinal tract are described.

© СОКОЛОВА С.В., ЩЕРБАТЫХ А.В., КУЗНЕЦОВ С.М., БОЛЬШЕШАПОВ А.А. -

ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНО-МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА

С.В. Соколова, А.В. Щербатых, С.М. Кузнецов, А.А. Большешапов

(Кафедра факультетской хирургии ИГМУ, зав. — проф. А.А. Щербатых)

Резюме. на основании обследования 116 больных, перенесших резекцию желудка, выявлены изменения функционально-морфологического состояния оперированного желудка при постгастрорезекционных синдромах.

Ключевые слова. Оперированный желудок, функция, морфология.

Среди многих проблем современной хирургии лечение язвенной болезни занимает одно из ведущих мест. Внедрение в клиническую практику разнообразных способов резекции желудка не повлияло на частоту постгастрорезекционных синдромов (ПГРС), которые наблюдаются в 15%—45,0 % у оперированных больных. Несмотря на многочисленные работы, отражающие особенности клинической картины, диагностики и лечения ПГРС, до настоящего времени единого представления о характере функциональной активности оперированного желудка не сложилось.

В основу исследования был положен анализ изучения функционального состояния оперированного желудка у 116 больных в отдаленные сроки после резекции желудка по поводу язвенной болезни желудка и ДПК. Мужчин было 81 (69,8%), женщин - 35 (30,2%). Средний возраст их составил 49,7 года.

В основную группу вошли 62 (53,4%) больных, при комплексном обследовании которых выявлены различные постгастрорезекционные синдромы (ПГРС). Наиболее часто встречался демпинг-синдром — у 25 (40,4%) больных, сочетание различных ПГРС наблю-

дали — у 21 (34,0%). Группу клинического сравнения составили 54 (46,6%) больных, не предъявляющие на момент обследования жалоб.

Функциональное состояние оперированного желудка оценивали на основании эндоскопического, рентгенологического исследований (стандартное и ФГЭГ), 24-часовой рН-метрии, радиологического и биохимического исследований.

Эндоскопическое исследование проведено всем больным. В группе клинического сравнения воспалительные изменения наблюдались в 66,7% случаев, эрозивно-язвенных поражений не отмечали, в 96,3% — у них анастомоз характеризовался как функционально активный. В основной группе значимо чаще встречались воспалительные изменения культи желудка (100%), анастомозит (20,7%), пептическая язва анастомоза (14,5%), функционально пассивный анастомоз (63,9%).

При рентгенологическом исследовании культи желудка имела различную форму. Преобладали больные с конической формой культи, значимых различий в исследуемых группах не было установлено.