

© М.П. Королёв, 2011
УДК 616.33/.342-005.1-083.98-089

М.П. Королёв

ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ КАК ПРОБЛЕМА УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ

Санкт-Петербург

Хирургическое сознание не может мириться с тем, что больные гибнут на наших глазах от не остановленного кровотечения.

С.С. Юдин

Ключевые слова: гастродуоденальные кровотечения, причины, диагностика, неотложная хирургия.

Введение. Несмотря на огромные успехи современной хирургии, проблема желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) и сегодня остается одной из наиболее актуальных. Летальность при различных хирургических заболеваниях, осложненных кровотечением, остается на высоком уровне и составляет 10–15% при язвенной болезни и достигает 50–60% — при портальной гипертензии.

Появление в клинической практике современной эндоскопии значительно улучшило диагностику ЖКК, но результаты лечения за последние 10–15 лет практически не меняются. Вместе с тем, сегодня представить современную клинику без хорошего эндоскопического оборудования практически невозможно. Во многих больницах имеются эндоскопические отделения с круглосуточным режимом работы, что делает эндоскопию доступной в любое время суток. Эндоскопическое исследование является «золотым стандартом» при кровотечении из верхних отделов пищеварительного тракта, и в подавляющем большинстве случаев его результат влияет на выбор характера лечения. Сегодня эндоскопическое пособие при кровотечениях занимает все большее место в лечении пациентов, а во многих случаях является окончательным. Несмотря на достигнутые успехи современной эндоскопии и хирургии, до настоящего времени остается много спорных вопросов в лечении больных с ЖКК.

Материал и методы. Наша клиника на протяжении многих лет занимается лечением ЖКК. Ежегодно в клинику поступают 300–350 больных с кровотечением. Наш анализ причин, методов диагностики и лечения ЖКК основан на наблюдении 3938 больных за 10 лет. Известно, что в литературе описаны примерно 140 причин ЖКК.

Результаты и обсуждение. Анализ наших данных показал, что основными причинами ЖКК являются следующие заболевания:

- 1) язвенная болезнь — 38,2%:
двенадцатиперстной кишки — 22,7%;
язва желудка — 13,8%;
язва гастроэнтероанастомоза — 1,7%;
- 2) синдром Маллори—Вейсса — 17%;
- 3) эрозивный эзофагогастродуоденит — 16,4%;
- 4) острые гастродуоденальные язвы — 4,1%;
- 5) рак — 5,4%;
- 6) варикозное расширение вен пищевода — 4,6%;
- 7) прочие — 14,3%.

Необходимо отметить, что около 6% эндоскопий при первичном обследовании (во время поступления) оказались не достаточно информативными — источник кровотечения не удалось верифицировать. Особенности выполнения экстренной эндоскопии при ЖКК связаны с большим количеством содержимого в просвете ЖКТ, большим количеством крови в просвете желудка, тяжелым состоянием больного.

Целью эндоскопического исследования при экстренной эндоскопии является: 1) определение локализации кровотечения (пищевод, желудок, двенадцатиперстная кишка); 2) определение характера и стадии кровотечения; 4) оценка возможности эндоскопической остановки кровотечения.

При выполнении экстренной эндоскопии необходимо быть уверенным, что обнаруженный при эндоскопии субстрат является источником кровотечения.

Эндоскопические признаки кровотечения: подтекание свежей крови (артериальной, венозной), струйное кровотечение, сгустки (до 2 ч), «красный тромб» (2–4 ч), ретракция тромба (6–12 ч), «серый» тромб (12–24 ч), тромбированный сосуд (12–24 ч), наличие имбибиции краев и дна гемосидерином, внутрисстеночная гематома возле субстрата.

Анализируя данные эндоскопии и результаты лечения, можно говорить о возможных ошибках, влияющих на результаты лечения.

Методические ошибки: 1) подготовка больного; 2) методика осмотра. Диагностические ошибки: 1) оценка субстрата; 2) оценка характера кровотечения и вероятность развития его рецидива. Тактические ошибки: 1) лечебная тактика; 2) динамика наблюдения.

ДЛЯ ВРАЧЕЙ-ЭНДОСКОПИСТОВ, РУКОВОДИТЕЛЕЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ МЕДУЧРЕЖДЕНИЙ
И ТОРГУЮЩИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ОАО «ЛОМО» ПРЕДЛАГАЕТ
ОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ И КОЛОНОСКОПИИ

ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ КОМПЛЕКСЫ

Серийно выпускаемые комплексы:

- видеогастродуоденоскопический
- видеоколоноскопические

ГДБ-ГВК-40 (9,5) ЛОМО

КБ-ГВК-40 (12,9) ЛОМО

КБ-ГВК-40 (12,9)-1 ЛОМО



Отечественные видеоэндоскопические комплексы, значительно увеличивающие диагностические, лечебные возможности эндоскопии, а также возможности динамического наблюдения за пациентами, созданы с применением современной элементной базы мировых производителей. Они позволяют проводить эндоскопические процедуры с наблюдением высококачественного цветного телевизионного изображения объекта на экране монитора и обеспечивают документирование хода исследования и операции.

ТЕХНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ	ГДБ-ГВ-40	КБ-ГВК-40	КБ-ГВК-40-1
Диаметр вводимой части, мм	9,5	12,9	12,9
Длина вводимой части, мм	1035	1450	1700
Угол направления наблюдения	0°	0°	0°
Угол поля зрения	140°	140°	140°
Диапазон рабочих расстояний, мм	3-100	3-100	3-100
Диаметр инструментального канала, мм	2,8	3,7	3,7
Угол изгиба дистального конца	вверх вниз вправо влево	210° 90° 105° 105°	180° 180° 160° 160°
Телевизионный сигнал, формируемый процессором	PAL		
Регулировка цветового тона, шаги регулировки	красный ± 20, синий ± 20		
Переключение окна затвора	малое, среднее, полное		
Режимы	стоп-кадр, кадр в кадре		
Управление изображением	кнопками с эндоскопа или с видеопроцессора, или с клавиатуры		
Документирование	ввод сведений о пациенте с клавиатуры		
Выходы:	- полный телевизионный сигнал - Y/C - RGB		
Выход для подключения клавиатуры	PS/2		
Выход для подключения дистанционного управления периферическими устройствами	имеется		



ГОТОВИТСЯ К ВЫПУСКУ:

Видеоэндоскопический комплекс ВЭК-40 ЛОМО.

В состав комплекса входят: видеопроцессор ПВК-1, ксеноновый осветитель и три модели видеоэндоскопов:

- видеогастродуоденоскоп ГДБ-ВЭК-40 (9,5) ЛОМО (длина рабочей части 1035 мм);
- видеоколоноскопы КБ-ВЭК-40 (12,9) ЛОМО и КБ-ВЭК-40 (12,9)-1 ЛОМО (длина рабочей части 1450 и 1700 мм).

По требованию заказчика комплектация видеокomплекса может изменяться по номенклатуре и количеству видеоэндоскопов.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВЭК-40 ЛОМО:

- обеспечена возможность записи видеоклипов на SD-карту;
- предусмотрена возможность обработки видеоэндоскопов в автоматизированных моечных машинах;
- расширенный перечень рекомендованных дезинфицирующих средств для обработки видеоэндоскопов.

Видеоэндоскопические комплексы имеют сертификаты соответствия требованиям Директивы 93/42 ЕЭС с правом нанесения знака СЕ (сертификаты TÜV NORD CERT)

ЛОМО®

194044 Санкт-Петербург, ул. Чугунная, 20

Тел.: (812) 292-58-84, 292-55-52, 292-50-32

Факс: (812) 542-14-27, 324-84-42

E-mail: sale@lomo.ru

www.lomo.ru

Система менеджмента качества ОАО «ЛОМО» соответствует требованиям ISO 9001, EN ISO 13485:2007 (сертификаты TÜV NORD CERT)

Основной вопрос, который всегда возникает у хирурга после эндоскопического исследования, — остановилось ли кровотечение? В связи с этим, в клиническую практику вошло понятие устойчивый или неустойчивый гемостаз. Эндоскопист не может ответить на этот вопрос и не должен. Понятие устойчивого гемостаза — это клиническое определение. Причины, влияющие на гемостаз: локализация субстрата, характер субстрата и кровотечения, тяжесть кровопотери, какая волна кровотечения, состояние свертывающей системы крови, сопутствующие заболевания, возраст больного, характер ранее проводимой терапии.

Далеко не все причины, влияющие на гемостаз, видны в эндоскоп. Можно примерно сказать, сколько времени прошло с момента последней волны кровотечения, и очень приблизительно эндоскопист может говорить о возможном рецидиве. Прежде всего, характер кровотечения определяется заболеванием, которое осложнилось кровотечением. При хронической язве — кровотечение артериальное, рецидивирующее; при острой язве — кровотечение артериальное, рецидив возникает в случае увеличения язвы или образования новой острой язвы; при синдроме Дъелафуа — кровотечение артериальное, рецидивирующее; синдроме Маллори—Вейсса — кровотечение артериальное, венозное рецидивирующее; варикозное расширение вен при портальной гипертензии — кровотечение венозное, рецидивирующее; при диффузном поражении слизистой оболочки (эрозивный гастродуоденит, гастропатии, артериовенозные мальформации) — кровотечение артериальное, венозное, капиллярное, в зависимости от площади поражения возможно массивное.

После эндоскопической оценки источника кровотечения необходимо принять решение о характере лечения больного с данным заболеванием, осложненным кровотечением. К сожалению, очень часто решается вопрос о характере воздействия на источник кровотечения, что в корне неправильно и приводит к различным ошибкам. Тактическими ошибками являются: неправильные оценки возможности эндоскопического воздействия, выбор метода эндоскопического воздействия, оценка результата эндоскопического воздействия.

Сегодня в арсенале эндоскописта имеется большое число различных методов остановки кровотечения. Эндоскопический гемостаз бывает временным и окончательным. Два фактора влияют на это — метод эндоскопического гемостаза и характер заболевания, осложненного кровотечением.

Методы эндоскопического гемостаза: местное воздействие гемостатическими и сосудосуживающими средствами, нанесение пленкообразующих препаратов, криовоздействие, диатермокоагуляция, различные виды клипирования, лигирование, тепловое воздействие и т. д.

Каждый из них имеет положительные и отрицательные моменты, которые должны быть учтены при выполнении эндоскопического гемостаза.

В своей работе мы используем современные цифровые эндоскопы различных производителей. Это цифровые эндоскопы фирмы «OLYMPUS» модели E-150, EXERA 160, 180. Эти эндоскопы позволяют выполнить любой способ эндоскопической остановки кровотечения. Последнее время в клинике используются отечественные цифровые эндоскопы производства «ЛОМО» (Санкт-Петербург), которые выпускаются серийно: комплекс видеогастродуоденоскопический ГДБ-ГВК-40 (9,5), комплекс видеокOLONоскопический КБ-ГВК-40 (12,9) (длина вводимой части видеоэндоскопа 1450 мм), комплекс видеокOLONоскопический КБ-ГВК (12,9)-1 (длина вводимой части видеоэндоскопа 1700 мм).

В настоящее время в клинике проходят клинические испытания новые модели фирмы «ЛОМО» — комплекс видеоэндоскопический ВЭК-10 ЛОМО, включающий в себя следующие видеоэндоскопы: видеогастродуоденоскоп гибкий медицинский ГДБ-ВЭК-40 (9,5), видеокOLONоскопы гибкие медицинские КБ-ВЭК-40 (12,9) и КБ-ВЭК-40 (12,9)-1, отличающиеся длиной вводимой части (1450 и 1700 мм соответственно).

Отечественные цифровые эндоскопы производства фирмы «ЛОМО» позволяют использовать все способы эндоскопической остановки кровотечения, хотя и не имеют таких функций, как эндоскопы фирмы «ZOOM», «NBI». Однако отечественные цифровые эндоскопы значительно дешевле зарубежных аналогов.

Необходимо помнить, что остановка кровотечения — это далеко не всегда лечение заболевания, которое осложнилось кровотечением. Своевременный переход к оперативному лечению нередко является крайне необходимым для успешного лечения больного.

Поступила в редакцию 10.11.2010 г.

М.П. Korolev

GASTRODUODENAL BLEEDINGS AS A PROBLEM OF EMERGENCY SURGERY

An analysis of 3938 observations gave data on the frequency of different causes of gastrointestinal bleedings, specific features of performing endoscopies during making diagnosis, endoscopic signs of gastrointestinal bleedings, possible technical diagnostic and tactical errors, methods of endoscopic hemostasis. Modern national and foreign digital endoscopes are assessed.