

I РОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «НЕОТЛОЖНАЯ ЭНДОСКОПИЯ»

Конец года был насыщен событиями в различных сферах нашей жизни. Декабрь — традиционный месяц подведения итогов. Не был он исключением и для врачей столицы. Среди заметных событий — I Российский конгресс «Неотложная эндоскопия», состоявшийся 6–7 декабря.

В работе Конгресса приняли участие более 600 специалистов из 72 регионов России. Впервые при этом научный форум врачей-эндоскопистов был освещен в выпуске новостей российского телеканала.

Основной задачей Конгресса было сопоставление тактических подходов к решению одних и тех же задач в лечебных учреждениях различных регионов. Это определило и форму его проведения. Альтернативой «скучным» докладам стала интерактивная дискуссия, динамичный тон которой был задан открывшими Конгресс директором НИИ СП им. Н.В. Склифосовского М.Ш. Хубутия и начальником отдела Департамента специализированной медицинской помощи Минздрава России Е.В. Каракулиной.

Первое пленарное заседание было посвящено одной из самых актуальных проблем неотложной хирургии — желудочно-кишечным кровотечениям как язвенного, так и неязвенного генеза, частота которых за последние 7 лет увеличилась на 9,7–30%.

Благодаря активному применению методов эндоскопического гемостаза летальность среди этих пациентов удалось снизить на 3,3–15%.

В интерактивной дискуссии по язвенным кровотечениям приняли участие *Дмитрий Юрьевич Бояринов*, к.м.н., ассистент кафедры общей хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова Санкт-Петербурга; *Сергей Владимирович Капралов*, д.м.н., доцент кафедры общей хирургии Саратовского медицинского университета; *Сергей Валерьевич Фавстов*, врач высшей категории, заведующий эндоскопическим отделением городской больницы им. Н.А. Семашко г. Ярославля; *Алексей Григорьевич Короткевич*, профессор кафедры хирургии, урологии и эндоскопии ГИУВ г. Новокузнецка, *Александр Викторович Алимов*, к.м.н., заведующий отделением эндоскопии клинической больницы № 1 г. Смоленска; *Равиль Борисович Сагитов*, к.м.н., заведующий отделением эндоскопии больницы скорой медицинской помощи г. Уфы; профессор *Владимир Леонидович Полуэктов*, проректор по учебной работе и заведующий кафедрой хирургических болезней с курсом урологии Омской государственной медицинской академии; *Екатерина Александровна Матвеева*, сотрудница хирургического отделения областной клинической больницы г. Минска и *Юрий Сергеевич Тетерин*, научный сотрудник отделения неотложных эндоскопических исследований НИИ СП им. Н.В. Склифосовского г. Москвы.

Все участники дискуссии аргументированно изложили эндоскопическую тактику, принятую в учреж-

дениях, которые они представляли, по всем четырем обсуждаемым вопросам.

Первый вопрос касался подготовки к эндоскопическому исследованию у пациентов с желудочно-кишечным кровотечением: надо ли промывать желудок через зонд перед эзофагогастродуоденоскопией (ЭГДС) и какой должна быть анестезия.

Выяснилось, что отношение к промыванию желудка перед эндоскопическим исследованием у выступающих было неоднозначным.

Мнение А.Г. Короткевича о том, что промывать желудок следует только тогда, когда источник кровотечения локализовать сразу не удастся, разделили А.В. Алимов, Р.Б. Сагитов, В.Л. Полуэктов и Ю.С. Тетерин. Свою позицию они аргументировали тем, что, во-первых, при промывании кровотечения может усилиться, в том числе и за счет активизации перистальтики и рвотных позывов у пациента, во-вторых, полностью желудок отмыть от крови никогда не удастся, а в-третьих, это приводит к потере времени, в результате чего пациент продолжает терять кровь, в-четвертых, если кровоточат варикозно расширенные вены пищевода, проведение по пищеводу зонда и промывание желудка усилит кровотечение из вен, что может быть опасно для жизни. В то же время у большинства больных без промывания желудка удастся выявить источник кровотечения и выполнить эндоскопический гемостаз либо, обнаружив кровоточащие вены пищевода или желудка, быстро поставить зонд Блэкмора.

Хирургические школы, которые представляли Д.Ю. Бояринов, С.В. Капралов и С.В. Фавстов, придерживаются традиционной точки зрения на подготовку к экстренной ЭГДС при желудочно-кишечном кровотечении: предварительное отмывание желудка обязательно, поскольку снижает риск пропустить конкурирующий источник кровотечения и повышает эффективность первой ЭГДС. Правда, авторы подчеркнули, что если желудок промывает сам врач-эндоскопист, то эффективность этой процедуры повышается. Лучший результат обеспечивает промывание желудка не через назогастральный тонкий зонд, а через орогастральный толстый зонд.

По поводу анестезии мнение участников дискуссии было единодушным: пациентам со среднетяжелым и тяжелым кровотечением ЭГДС следует выполнять в условиях отделения реанимации под общей анестезией.

Второй вопрос дискуссии, посвященной язвенным гастродуоденальным кровотечениям, был наиболее объемным. Он дополнительно включал в себя четыре вопроса, касающихся непосредственно эндоскопической тактики при гемостазе. При имеющемся сегодня в арсенале врача-эндоскописта широком спектре методик выбрать оптимальную непросто. Клипирование кровоточащего сосуда — наиболее близкий хирургическому шву метод. Можно сказать, что настоящая внутрипросветная хирургия — ушивание кровоточащего сосуда.

В.Л. Полуэктов, А.В. Алимов и Д.Ю. Бояринов считают, что самый надежный монометод гемостаза — клипирование кровоточащего сосуда (сл. 1).

Слайд 1



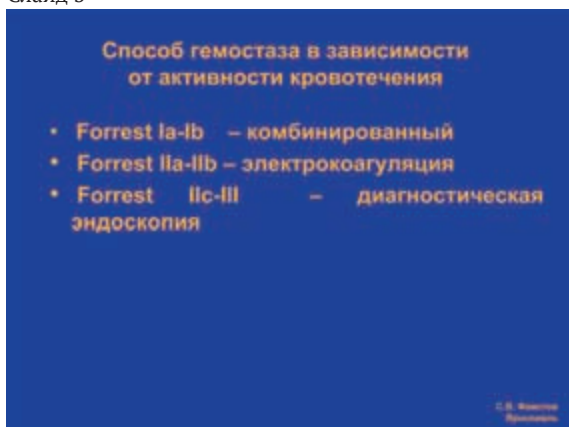
С.В. Капралов и Р.Б. Сагитов к клипированию добавляют термокоагуляционные методы (аргоноплазменную коагуляцию, лазерную фотокоагуляцию, электрокоагуляцию) (сл. 2).

Слайд 2

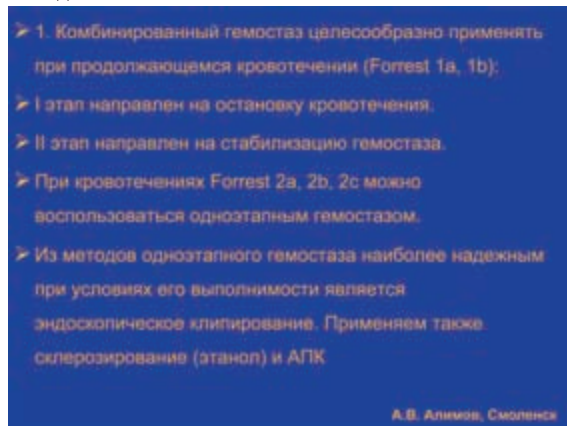


С.В. Фавстов и А.В. Алимов придерживаются мнения о дифференцированном подходе к гемостазу в зависимости от характеристики источника кровотечения: при продолжающемся кровотечении необходим комбинированный гемостаз, а при остановившемся допустимо применять монометод. С.В. Капралов подчеркивает значение морфологии язвы при выборе метода гемостаза (сл. 3–5).

Слайд 3



Слайд 4

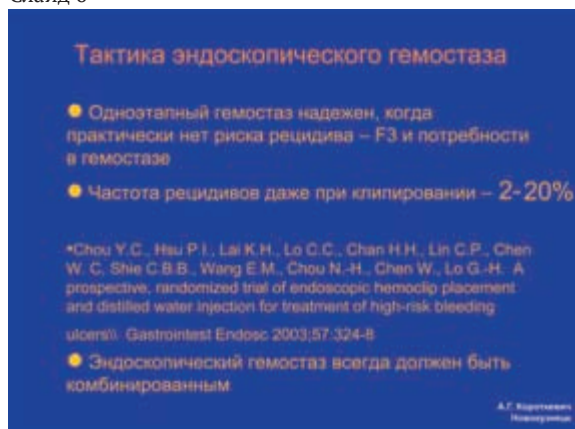


Слайд 5



А.Г. Короткевич и Ю.С. Тетерин утверждают, что гемостаз всегда должен быть комбинированным вне зависимости от интенсивности кровотечения по классификации *Forrest* (сл. 6–9).

Слайд 6



Слайд 7

Тактика эндоскопического гемостаза

- Инфильтрационный гемостаз – всегда 1-й метод при F1ab и F2ab
- Инфильтрация НЕ склерозантами (кроме Дьелафуа), лучше «метаболический» или раствор с замедленной элиминацией
- Второй метод – от технического оснащения: электро- или термокоагуляция, лазер или криодеструкция, **орошение денатурирующим раствором всегда**
- Более двух методов бессмысленно
- Без медикаментозной поддержки эффект всегда сомнителен – т.е. временный

А.Г. Воробьев
Новосибирск

Слайд 8

Всегда ли гемостаз должен быть комбинированным?

ВСЕГДА, потому что:

- разноуровневое воздействие обеспечивает более надежное тромбообразование
- комбинация методов необходима и при кровотечениях Forrest 2, так как у этих пациентов визуальный контроль качества манипуляции отсутствует
- частота рецидивов : **17,1% (Forrest 1)**
22% (Forrest 2)

Ю.С. Телерин
Москва

Слайд 9

- Самый важный этап гемостаза (Forrest 1 a,b) – подслизистая инфильтрация, которая позволяет безопасно добиться остановки кровотечения при сложном доступе к источнику кровотечения
- В случае большого количества крови и сгустков в желудке после профилактического гемостаза 2-й этап (термическая коагуляция) откладывается на 4–6 ч до момента полного самостоятельного опорожнения желудка

Ю.С. Телерин
Москва

Все специалисты были единодушны в одном: комбинированный гемостаз – сегодня самый эффективный метод, обеспечивающий наиболее низкий риск рецидива кровотечения (сл. 10, 11).

Слайд 10

Вид гемостаза зависит от характеристики источника кровотечения

- Эндоскопический гемостаз должен быть комбинированным (53% кровотечений)
- Допустимо использование монометода – клипирования источника: при видимом сосуде или острой язве (32% кровотечений)
- Комбинация инъекционного гемостаза с одним из физических методов остановки кровотечения наиболее предпочтителен

Рецидивы:

- монометоды – 7%
- комбинированные – 6%

Д.Ю. Бонринов
Санкт-Петербург

Слайд 11



При общем позитивном опыте комбинированного гемостаза каждый из участников дискуссии привез на конгресс авторские разработки, которые впечатлили как председателей заседания, так и участников.

С.В. Капралов поделился опытом применения лазерной фотокоагуляции после инъекции в края и дно язвы аутокрови (сл. 12).

Слайд 12

Комбинированный эндогемостаз. Гемопломбирование язвы (n=34)

- Перивульцерозная инъекция аутокрови
- Контактная лазерокоагуляция в местах инъекции аутокрови, краев и дна язвы.

Эффективность лазерного гемостаза – 89% (рецидив 4 из 34)

С.В. Капралов
Саратов

Р.Б. Сагитов и его коллеги для подслизистой инфильтрации применяют 40% раствор глюкозы, после чего осуществляют электрокоагуляцию. Высокоосмолярный раствор сохраняет перивульцерозный инфильтрат длительное время, что несомненно снижает риск рецидива кровотечения. Однако при этом есть риск нарушения трофики перивульцерозных тканей, что сопровож-

дается увеличением язвенного дефекта в размерах (Васильева, РНЦХ) (сл. 13).

Слайд 13



А.Г. Короткевич продемонстрировал результаты научного изучения гемостатического воздействия 1% раствора перекиси водорода, введенного паравазально и параульцерозно при кровоточащей язве (сл. 14–16). Преимуществом применения 1% раствора перекиси водорода, по мнению автора, является длительное сохранение подслизистого инфильтрационного вала и трофическое воздействие атомарного кислорода на периульцерозные ткани, стимулирующее репаративный процесс.

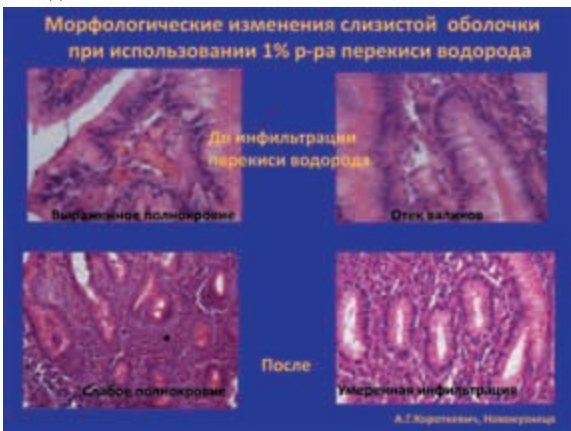
Слайд 14



Слайд 15



Слайд 16

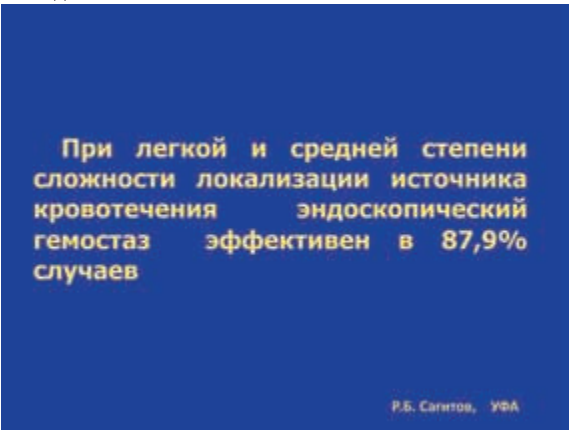


Р.Б. Сагитов связал эффективность эндоскопического гемостаза с локализацией источника кровотечения. Так называемая трудная локализация источника кровотечения не позволяет по техническим причинам целенаправленно и в должной степени воздействовать на него через эндоскоп, а значит, результативность такого воздействия снижается, а риск рецидива значительно повышается. Обобщения автора основаны на многолетнем опыте, а все статистические показатели скрупулезно выверены. Конечно, этот подход был воспринят на «ура» каждым эндоскопистом, кто сталкивался с трудной локализацией источника кровотечения (сл. 17–19).

Слайд 17



Слайд 18



Слайд 19

Трудная локализация источника кровотечения для проведения эндоскопического гемостаза:



1. Язва в поле зрения – 20-30°
2. Объем движений эндоскопа не более 10°
3. Проекция инструментального канала не совпадает с локализацией язвы

При трудной локализации источника кровотечения видимость эндоскопического гемостаза резко снижается и в 30% случаев потребовалась хирургическая операция и окончательный гемостаз

Р.Б. Сагитов, Уфа

Ю.С. Тетерин изложил модификацию комбинированного гемостаза, которую в последние годы применяют в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского. Она заключается в дополнительном укрывании коагулированного сосуда клеевой пленкой (сл. 20). Целесообразность применения клеевых композиций отметил и А.В. Алимов (сл. 21).

Слайд 20

Комбинированный гемостаз (международные рекомендации 2003, 2010 года)

- 1 эт.: перифокальная инфильтрация (0,01% р-ра адреналина):
 - медикаментозное сужение сосуда
 - создание плотного подслизистого инфильтрата, сдавливающего сосуд извне на границе слизистой и подслизистой
- 2 эт.: прицельная термическая коагуляция сосуда (АПК) воздействуя на язву слизистой оболочки
- 3 эт.: создание на поверхности тромба защитной клеевой пленки, (препятствует разрушению сгустка желудочным и дуоденальным содержимым в течение 24 ч)

Ю.С. Тетерин, Москва

Слайд 21

➤ После эндоскопического клипирования не целесообразно пользоваться защитными пленками.

➤ После применения методов термической, аргонплазменной, лазерной, электрокоагуляции, склеротерапии целесообразно защитить тромбированный сосуд или сгусток клеевой пленкой.

А.В. Алимов, г. Смоленск

Еще одним важным вопросом, который обсуждался участниками дискуссии в разделе методов гемостаза, было применение этанола. Принципиальных разногласий здесь не было. Тенденции последних лет сводятся к ограничению применения этанола из-за развития вторичных очагов некроза с последующим рецидивом кровотечения (сл. 22).

Слайд 22

- Использование этанола считаем нецелесообразным, т.к. эффективность данного метода низкая – высокая частота рецидива кровотечения.
- Клиника располагает большим опытом использования катрофера как монометода с положительными результатами, однако на сегодняшний день не рекомендуем данные методы для остановки кровотечения
- 14% безуспешность применения
- 9,8% рецидивов

Д.Ю. Боярников, Санкт-Петербург

Однако на сегодня отказаться от него полностью вряд ли возможно, учитывая доступность и экономичность этого вещества для больниц любого уровня. А.В. Алимов сообщил о применении 70 и 96% этанола в количестве 1 мл как самостоятельного метода гемостаза у 23% пациентов (сл. 23). А.Г. Короткевич видит место этанола только в качестве коагулирующего (денатурирующего) аппликационного средства, которым целесообразно завершать любой метод гемостаза (сл. 7).

Слайд 23

Применение этанола

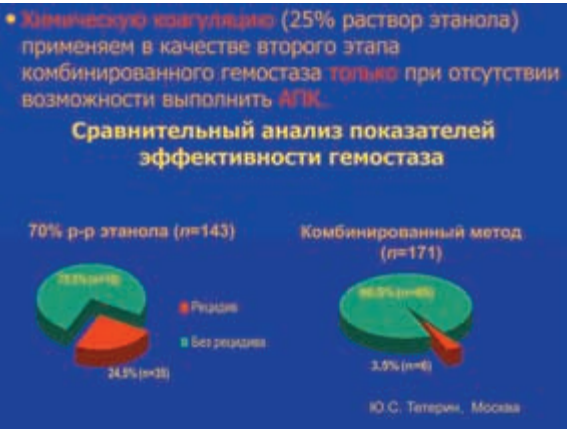
- 1 мл 70% и 96% этанола применяют при язвенных кровотечениях из 3 точек.
- 1 мл 25% или 30% этанола – при паравазальном склерозировании в основном варикозно-расширенных вен желудка в качестве первого этапа для лигирования (или склеротерапии) вен пищевода.

А.В. Алимов
Смоленск

В НИИ СП им. Н.В. Склифосовского применяют этанол ограниченно в виде 25% раствора в объеме 1,0–1,5 мл в качестве средства химической коагуляции (второй этап гемостаза) в случае невозможности осуществить аргонплазменную коагуляцию. Такой подход соответствует и международным рекомендациям по лечению неязвенных желудочно-кишечных кровотечений (пересмотр 2010 г.). Сравнительный анализ применения 70 и 96% этанола как монометода гемостаза и комбинированного воздействия на источник кровотечения показал статистически достоверное преобладание частоты рецидивов кровотечения при использовании этанола (сл. 24).

Краеугольным вопросом для всех участников конгресса был вопрос о показаниях к хирургическому лечению пациента с язвенным гастродуоденальным кровотечением. Когда врачу-эндоскописту следует отказаться от дальнейших попыток эндоскопического гемостаза и передать пациента хирургу? Можно ли надежно выявить эту грань? Конечно, нет. Она весьма условна. И, несомненно, эндоскопическая тактика

Слайд 24



Слайд 27

Показания к операции при гастродуоденальном кровотечении

- не верифицирован источник;
- проблематичность эндоскопического гемостаза:
 - выраженная рубцовая деформация;
 - крупный сосуд;
 - труднодоступная локализация источника

С.В. Фавстов, Ярославль

относится к общехирургической. Так какие же критерии для оперативного лечения были предложены участниками дискуссии?

В целом можно выделить две принципиальные позиции. Первая — при повторном рецидиве кровотечения попытки эндоскопического гемостаза следует повторять, поскольку послеоперационная летальность среди этих больных достаточно высока.

Такой точки зрения придерживаются клиники, которые представляли А.Г. Короткевич, С.В. Фавстов, С.В. Капралов и Ю.С. Тетерин (сл. 25—30).

Слайд 28

Исход рецидива кровотечения в случаях приоритета эндогемостаза (n=434)

Число рецидивов	Способ лечения рецидива (n=45; 10,4%)			
	эндогемостаз		операция	
	выздоровевшие	умерли	выздоровевшие	умерли
1	24	4 (14,2%)	5	4 (44,4%)
2	7	-	1	1
3	1	-	1	-

С.В. Фавстов, Ярославль

Слайд 25

Показания к оперативному лечению после гемостаза

- Второй рецидив после успешного комбинированного эндоскопического гемостаза - показание к экстренной операции

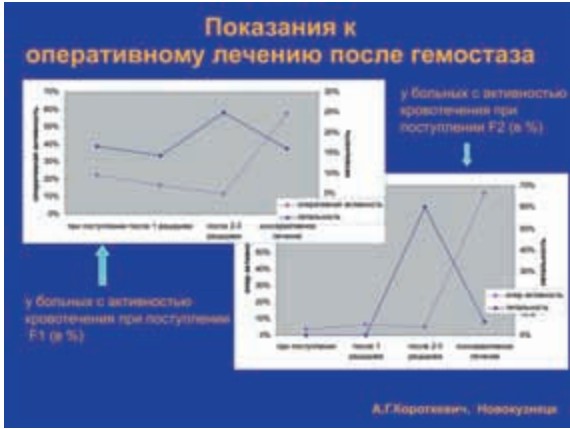
А.Г. Короткевич, Новокузнецк

Слайд 29

- При ранней диагностике рецидива и минимальной кровопотере возможен повторный неоднократный эндогемостаз

С.В. Капралов, Саратов

Слайд 26



Слайд 30

Показания к оперативному лечению

- Более 3 рецидивов кровотечения, особенно при пенетрирующем характере язвы

Ю.С. Тетерин, Москва

В.Л. Полуэктов и Р.Б. Сагитов считают, что рецидив кровотечения после гемостаза показанием к оперативному лечению (сл. 31, 32).

Слайд 31

Показания к оперативному лечению после гемостаза

Первый рецидив кровотечения является показанием к оперативному лечению с целью предотвращения ещё большего дефицита ОЦК и затягивания начала операции.

Р.Б. Сагитов, Уфа

Слайд 32

Показания к оперативному лечению после гемостаза

- При рецидиве кровотечения после гемостаза – неотложная ЭГДС на операционном столе с оценкой интенсивности кровотечения
- Первый рецидив кровотечения при язвенной болезни является показанием к оперативному лечению

В.Л. Полуэктов, Омск

Ю.Д. Бояринов подчеркнул, что повторный гемостаз допустим только в специализированном стационаре и продемонстрировал диаграмму роста оперативной активности в клинике (сл. 33, 34).

Слайд 33

Показания к оперативному лечению после гемостаза

В многопрофильных специализированных стационарах, имеющих весь арсенал методов эндоскопического гемостаза и подготовленный персонал, допустим повторный эндоскопический гемостаз. При развитии профузного кровотечения после эндоскопического гемостаза показано оперативное вмешательство.

Д.Ю. Бояринов, Санкт-Петербург

Слайд 34



С.В. Капралов предлагает для определения устойчивости гемостаза применять медикаментозный адреналиновый тест (сл. 35).

Слайд 35

Определение стабильности гемостаза

Медикаментозный адреналиновый тест

- Определяли перфузию в крае язвы до и после орошения поверхности язвы 1 мл 0,1% р-ра адреналина гидрохлорида.
- Если перфузия в крае язвы снижалась, то рецидива геморагии считали маловероятными, а гемостаз стабильным.
- При отсутствии динамики перфузии или ее повышении считали гемостаз нестабильным.

При фибринолизном коагулировании и повреждении сосудов утрачивается тонус и способность реагировать на протромбинный стимул

Фибринозный налет и дистрофия стенки сосуда периваскулярная область. Окрайка ОКГ, гематоскопичность и размеры. Уб. 400

С.В. Капралов, Саратов

А.В. Алимов считает, что показания к оперативному лечению определяются конкретно для каждого пациента (сл. 36).

Слайд 36

- Любой рецидив кровотечения после применения методик эндоскопического гемостаза при нецелесообразности дальнейшего эндоскопического лечения является показанием к оперативному вмешательству.
- Показания зависят от локализации язвы, размеров аррозированной сосуда, диаметра, глубины язвенного поражения, возраста пациента, его соматического состояния, сопутствующей патологии.

А.В. Алимов, Смоленск

Важным компонентом успешного эндоскопического лечения язвенного гастродуоденального кровотечения является мониторинг после гемостаза. Необходимость его подчеркивалась всеми участниками дискуссии (сл. 37).

Слайд 37

Показания к оперативному лечению после гемостаза

- Контрольная ФЭГДС в течение 12 часов после первичного осмотра показана больным, подвергшимся лечебной или диагностической эндоскопии, у которых имеются эндоскопические признаки неустойчивого гемостаза
- В нашей практике мы используем мониторинг через 6-8 часов с повторными сеансами эндогемостаза до Форрест 3 при отсутствии неоспоримых показаний к срочной или экстренной операции
- Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2010. Т.3. №4. С. 436-437

Корольков А.Г., Новосибирск

Еще одним аспектом обсуждения язвенных гастродуоденальных кровотечений была лечебная тактика при стрессовых язвах, развившихся в стационаре у пострадавших с тяжелыми травмами, острой нейрохирургической и сердечно-сосудистой патологией.

Здесь все специалисты были единодушны: эндоскопический гемостаз у таких пациентов на фоне эффективной антисекреторной терапии должен составлять основу лечения, оперативные вмешательства выполняли только в крайних случаях (сл. 38–40).

Слайд 38

Гемостаз при стрессовых язвах



- Стандартное осложнение в РАО, при ХОБЛ и у кардиологических больных
- Всегда эндоскопический гемостаз
- Всегда мониторинг
- Всегда повторный гемостаз при необходимости
- Всегда оценка состояния слизистой для выявления вновь формирующихся язв и прогноза эффективности терапии
- За последние 10 лет острые язвы не оперировали

А.Г. Корольков, Новосибирск

Слайд 39

Тактика при острых язвах

- Основными направлениями лечения острых язв являются эндоскопический гемостаз и антисекреторная терапия
- Хирургическое лечение больных с острыми язвами может быть обусловлено лишь чрезвычайными обстоятельствами, связанными с неэффективностью консервативных мероприятий

С.В. Капранов, Саратов

Слайд 40

Гемостаз при стрессовых дефектах слизистой

- приоритет эндоскопической методики
- возможен многократный эндогемостаз
- обязательное лечение основного заболевания
- оперативное пособие в исключительных случаях

С.В. Капранов, Саратов

Обсуждались факторы патогенеза стрессовых язв, значительно повышающие риск рецидива кровотечения и послеоперационную летальность у этой группы больных (сл. 41, 42).

Слайд 41

ФАКТОРЫ ПАТОГЕНЕЗА ГЕМОРАГИИ ПРИ СТРЕССОВЫХ ЯЗВАХ

- нарушение свертывающей системы крови;
- нарушение микроциркуляции стенки желудочно-кишечного тракта и снижение темпов репарации;
- парез желудочно-кишечного тракта;
- дуоденогастральный рефлюкс

Ю.С. Татарин, Москва

Слайд 42

Эффективность комбинированного гемостаза при кровотечениях язв, сл. 429 (январь 2011-октябрь 2012 года)

Группа больных	Стрессовые язвы (n=59)	Язвенные кровотечения при поступлении (n=70)
Рецидив кровотечения	18 (30,5%)	7 (10 %)
Оперированы	2 (3,4 %)	1 (1,4%)
Смерть	3 (5,1%)	-

Ю.С. Татарин, Москва

Результаты интерактивного голосования участников дискуссии показали, что чаще всего в стационарах (30%) в качестве единственного метода гемостаза применяют раствор адреналина, несмотря на «Международные клинические рекомендации по ведению пациентов с неварикозными кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (Ann. Intern. Med. 2010; 152:101–113), где не рекомендуется применять раствор адреналина в качестве самостоятельного метода (сл. 43). Второе по частоте

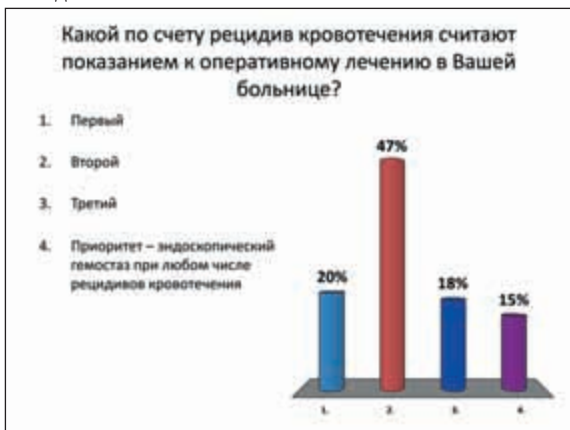
место принадлежит аргоноплазменной коагуляции, третье — инфильтрации различными растворами. Клипирование применяют в качестве самостоятельного метода гемостаза только в 11% клиник. И вряд ли только с технической оснащенностью связаны ограничения применения этого метода. Ведь, как правило, стационары, имеющие аргоноплазменный коагулятор, оснащены и клипаторами.

Слайд 43



Голосование показало, что второй рецидив кровотечения почти в половине стационаров является показанием к хирургическому лечению (сл. 44), а в каждой пятой клинике экстренную операцию выполняют уже после первого рецидива кровотечения. Такая хирургическая тактика у пациентов с гастродуоденальными язвенными кровотечениями больше соответствует понятию «активная». Насколько она адекватна, сказать без корреляции этих данных с показателями летальности не представляется возможным.

Слайд 44



НЕЯЗВЕННЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Эта тема вызвала большой интерес участников конгресса.

Модераторами секционного заседания были *Алексей Игоревич Иванов*, сотрудник эндоскопического центра РКОД МЗ РФ, к.м.н., доцент кафедры эндоскопии, эндоскопической и общей хирургии КГМА, Казань, врач-эндоскопист высшей категории;

Владимир Евгеньевич Андреев, заведующий эндоскопическим отделением ГКБ № 2, Астана, Казахстан, врач высшей категории; *Алексей Дмитриевич Ковалевский*, к.м.н., заведующий отделением эндоскопии ГКБ № 14, доцент кафедры хирургических болезней ФПК и ПП УГМА, Екатеринбург; *Александр Анатольевич Бондаренко*, заведующий эндоскопическим отделением ГКБ СМП № 1, Воронеж; *Евгений Евгеньевич Раденко*, к.м.н., доцент кафедры хирургии и эндоскопии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, Украина; *Игорь Владимирович Эрдели*, заведующий отделением эндоскопии областного диагностического центра Пензы, главный эндоскопист Пензенской области; *Татьяна Павловна Пинчук*, д.м.н., заведующая отделением эндоскопии НИИ СП им. Н.В. Склифосовского.

Самой частой причиной неязвенных гастродуоденальных кровотечений является неполный разрыв стенки гастроэзофагеального перехода — синдром Маллори–Вейсса. Частота этой патологии в структуре желудочно-кишечных кровотечений колеблется от 5 до 17%. Оперативные вмешательства выполняют у 6–12% пациентов. Второе место по частоте среди госпитализированных с неязвенными и неварикозными гастродуоденальными кровотечениями занимают пациенты с кровоточащими опухолями, как доброкачественными, так и злокачественными (сл. 45–47).

Слайд 45

Структура ОКППК

Патология	Литература	Клиника, 2005	Клиника, 2011
Пептическая язва	23–74%	55%	✓ 34%
Острые эрозии и язвы	6–34%	12%	✓ 19%
Синдром Маллори-Вейсса	4–13%	11%	11%
Опухоли	6–15%	9%	8%
Портальная гипертензия	4–6,5%	9%	✓ 23%
Прочие	2–5%	2%	3%
Причина не установлена	0,5–8,1	2%	2%

Е.Е. Раденко, Донецк

Слайд 46

Варианты неязвенных кровотечений (2009–2012 гг.)

I. Синдром Маллори- Вейсса (n=59)
II. Доброкачественные и злокачественные новообразования (n=26)
III. Синдром Дъелафуа (n=10)
IV. Ангиодисплазия (n=3)

И.В. Эрдели, Пенза

Слайд 47

Структура неязвенных неварикозных кровотечений (n=359) 2011–2012 (ноябрь)

Источник кровотечения	Число больных
Эрозивно-геморрагич. гастродуоденит	157 (43,7%)
Эрозивно-язвенный рефлюкс-эзофагит	83 (23,1%)
Синдром Маллори-Вейсса	64 (17,8%)
Травматический разрыв стенки желудка	35 (9,7%)
Рак желудка	16 (4,5%)
Подслизистые опухоли ДПК	3 (0,8%)
Синдром Дюлафуа	1 (0,3%)
Всего	359 (100%)

Т.П. Пинчук, Москва

Наиболее острым был вопрос о целесообразности применения классификации *Forrest* у пациентов с неязвенными неварикозными кровотечениями. Среди выступавших против высказались Е.Е. Раденко (Донецк), А.Д. Ковалевский (Екатеринбург) и А.И. Иванов (Казань). Основным аргументом стала особенность патологического субстрата у данных больных (сл. 48).

Слайд 48

Классификацию *Forrest* при неязвенных кровотечениях использовать можно, но нецелесообразно.

Слишком разные субстраты кровотечения, клиническая картина, особенности течения патологического процесса.

Поскольку речь идет о факторах, определяющих тактику ведения больного с кровотечением, – классификация *Forrest* не имеет решающего значения.

Е.Е. Раденко, Донецк

Сторонники использования классификации *Forrest* при неязвенных неварикозных кровотечениях апеллировали к соответствию этой классификации физиологическому процессу тромбообразования, что наблюдается при повреждении любого сосуда вне зависимости от характера патологического процесса (сл. 49, 50).

Слайд 49

Целесообразность классификации по Форресту при неязвенных неварикозных кровотечениях

1. Классификация кровотечений по Форресту в данных случаях полностью целесообразна:

- Как правило, имеет место либо профузное, либо диффузное, либо остановившееся или состоявшееся кровотечение
- Тромб проходит те же стадии тромбообразования
- Эндоскопическая картина полностью соответствует истинным язвенным кровотечениям

В.Е. Андреев, Астана

Слайд 50

• Считаем, что классификация Форрест отражает физиологический процесс тромбообразования, и ее применение при любом кровотечении (истечении крови из поврежденного сосуда) оправданно:

1. Спуртание кровотечения (F1a – arterial spurting bleeding)
2. Просачивание артериальной крови из-под тромба (F1b – arterial oozing bleeding)
3. Тромб-струп, полностью некротизировавший просвет сосуда (F2b – sentinel clot)
4. Скрытый артериальный кровоток, виден тромбированный сосуд (F2a – visible vessel)
5. Визуализируется пятно гемосидерина (F2c – hematin covered flat spot)
6. Полное отсутствие признаков кровотечения (No stigmata of hemorrhage)

Т.П. Пинчук, Москва

Применение таких же принципов эндоскопического гемостаза для неязвенных кровотечений, как и для язвенных, позволяет избежать у этих пациентов оперативного лечения (сл. 51–57).

Слайд 51

Алгоритм эндоскопического гемостаза

Принципы эмпирического дифференцированного подхода:

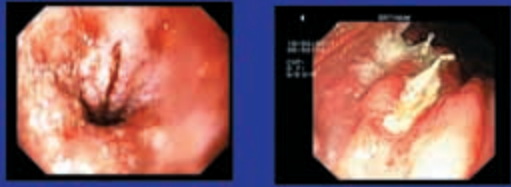
- ❖ Разумная аспирация содержимого из зоны источника кровотечения
- ❖ Аргонплазменная (АПК), термокоагуляция (ТК) или электрокоагуляция источника кровотечения: диатермо (ДК) или гидродиатермокоагуляция (ГДК)
Комбинированный метод применяется только при значительной интенсивности кровотечения
- ❖ Повторная аспирация содержимого, оценка гемостаза
- ❖ Орошение 96° спиртом
При опухолевых поражениях эндоскопический метод не применяется ввиду его неэффективности

Е.Е. Раденко, Донецк

Слайд 52

I. Маллори-Вейсса
n= 59 (2009–2012 гг.)
F1a – 5, F1b – 4,
F2a – 5, F2b – 34,
F2c – 8, F3 – 3

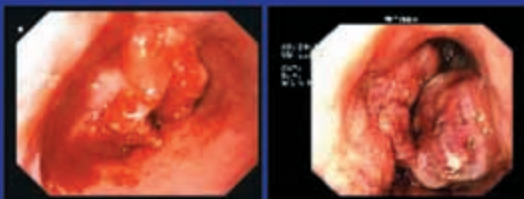
оперированы – 4 (6,8%) (F1a – 1, F2b – 3)



И.В. Эрдели, Пенза

Слайд 53

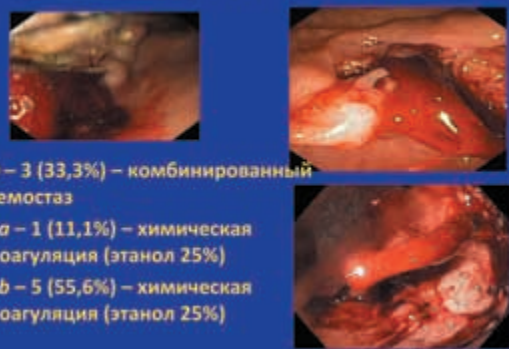
II. Доброкачественные и злокачественные новообразования
n= 26 (2009–2012 гг.)
(Fr1b – 1, Fr2a – 1, Fr2b – 11, Fr2c – 12, Fr3 – 1)
оперирован – 1 (Fr2b) (4%)



И.В. Эрдели, Пенза

Слайд 57

Кровоточащие опухоли (n=9)



F1b – 3 (33,3%) – комбинированный гемостаз
F2a – 1 (11,1%) – химическая коагуляция (этанол 25%)
F2b – 5 (55,6%) – химическая коагуляция (этанол 25%)

Т.П. Пинчук, Москва

Слайд 54

Особенности тактики эндоскопического гемостаза

1. Синдром Маллори-Вейсса

- Тактика гемостаза зависит от степени разрыва пищевода и желудка

А) Инъекционное при разрыве 1-й степени (В.С. Савельев и соавт. 1985) эффективность гемостаза составила **98%**

Б) Инъекционное и диатермокоагуляция при разрывах 2-й и 3-й степеней (эффективность гемостаза составила **78%**, рецидивы кровотечения отмечались в **3%** случаев)

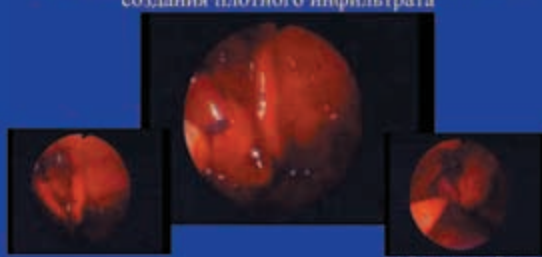
В) Оперативное лечение при разрывах 3-й степени и неэффективности эндоскопического гемостаза (**3%** случаев), а также наличие синдрома Бурхава (оперативное лечение было проведено в **2%** случаев, синдром Бурхава не наблюдался)

В.Е. Андреев, Астана

Однако и на этом секционном заседании были представлены новые разработки. Так, А.А. Бондаренко из Воронежа представил результаты применения гелевого сорбента в качестве завершающего этапа гемостаза и в качестве самостоятельного метода. Устройство для распыления сорбента и сам порошок — авторское изобретение (сл. 58–61).

Слайд 58

Тактика гемостаза при с. Маллори-Вейсса
Инфильтративный гемостаз
 (100 мл 5% р-ра аминокaproновой кислоты с 2 мл 0,1% р-ра адреналина (100:2) из нескольких точек до создания плотного инфильтрата)



А.А. Бондаренко, Воронеж

Слайд 55

Эндоскопический гемостаз нецелесообразен при злокачественных заболеваниях верхних отделов ЖКТ в 4-й стадии (при incurability больного), так как уверенный гемостаз в этой ситуации получить не удастся.

Временный эндоскопический гемостаз может быть применен у онкологических больных как метод подготовки к хирургической операции

А.Д. Ковалевский
Екатеринбург

Слайд 59

- При видимом артериальном сосуде после создания инфильтрата, значительном уменьшении или прекращении поступления крови производят сначала паравазальную коагуляцию, а затем – точечную коагуляцию самого сосуда короткими импульсами

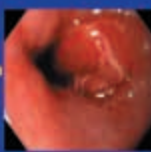
А.А. Бондаренко
Воронеж

Слайд 56

Синдром Маллори-Вейсса (n = 64)
 Неполный разрыв стенки кардиоэзофагеального перехода (классиф. В.М. Тимирбулатова)

- 1-я степень разрыва (разрыв слизистой оболочки) – 38 (60,9%)
- 2-я степень разрыва (разрыв подслизистого слоя) – 19 (29,6%)
- 3-я степень разрыва (частичный разрыв мышечной оболочки) – 7 (10,9%)

F1a – 3 (7,9%) – комбинированный гемостаз
F1b – 23 (60,5%) – комбинированный гемостаз
F2a – 1 (2,7%) – АПК
F2b – 11 (28,9%) АПК
F2c – 26, признаков кровотечения не было



Т.П. Пинчук, Москва

Слайд 60.



Завершается гемостаз пневмоинъекцией гелевого сорбента

- 1. Для защиты дефекта и зоны коагуляции от агрессивных факторов желудочного содержимого.
- 2. С целью предупреждения латиса тромба и повышении надежности гемостаза.
- 3. Создания благоприятных условий для заживления дефекта слизистой

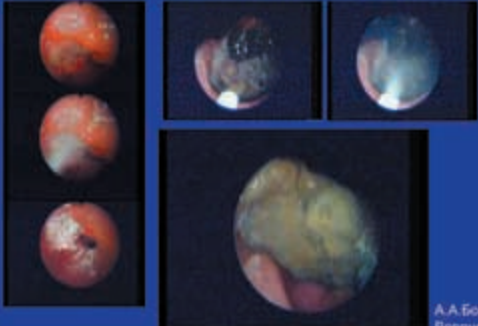
А.А. Бондаренко
Воронеж

вследствие воздействия токсичного вещества, а также из-за глубины повреждения стенки, крайне опасно применять методы термической или химической коагуляции. Как правило, инфильтрационный гемостаз нейтральным раствором оказывается достаточно эффективным. Пищеводно-желудочные кровотечения вследствие повреждения стенки органа на фоне комплексного медикаментозного патогенетического лечения как отравления, так и кровотечения, редко осложняются рецидивом последнего (сл. 62).

Интерактивное голосование, завершившее дискуссию по неязвенным желудочно-кишечным кровотечениям, показало, что соотношение клиник, применяющих классификацию *Forrest* при неязвенных кровотечениях, и не применяющих ее, разделилось практически пополам (сл. 63).

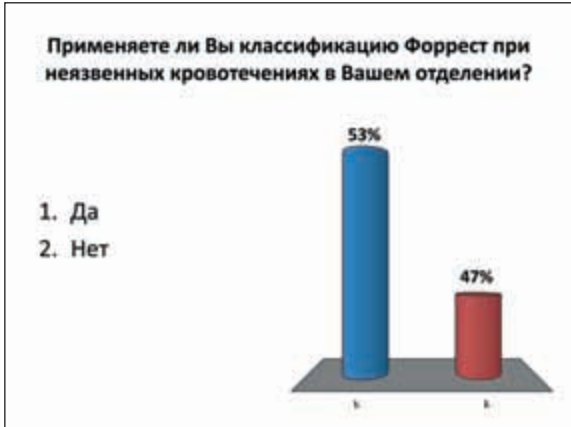
Слайд 61.

Пневмоинъекцию производят через стандартный катетер рабочим давлением 8–10 атм. и объемом воздуха 40–60 мл (при атмосферном давлении)



А.А. Бондаренко
Воронеж

Слайд 63.



Следует отметить, что в последние годы причиной кровотечения у пациентов, поступающих с отравлениями психотропными препаратами или прижигающими жидкостями, все чаще становятся травматические повреждения желудка и пищевода зондом. У таких больных из-за снижения мышечного тонуса органа

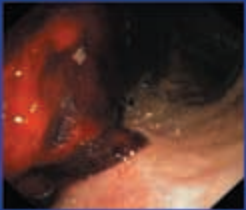
А вот распределение по частоте применяемых в стационарах методов гемостаза практически полностью соответствует их распределению у пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Правда, клипирование применяется почти в 2 раза реже — только у 6% пациентов (сл. 64).

Слайд 62.

Разрыв стенки желудка зондом (n=14)

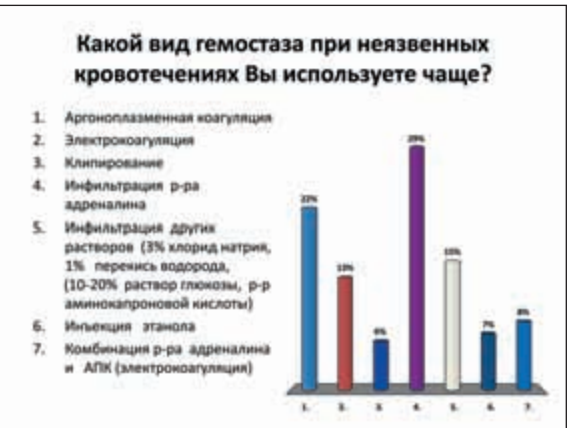
F1a – 1 (7,1%)
F1b – 10 (71,4%)
F2b – 2 (14,4%)
F2c – 1 (7,1%)

инфильтрационный гемостаз (р-р адреналина)



Т.П. Пинчук, Москва

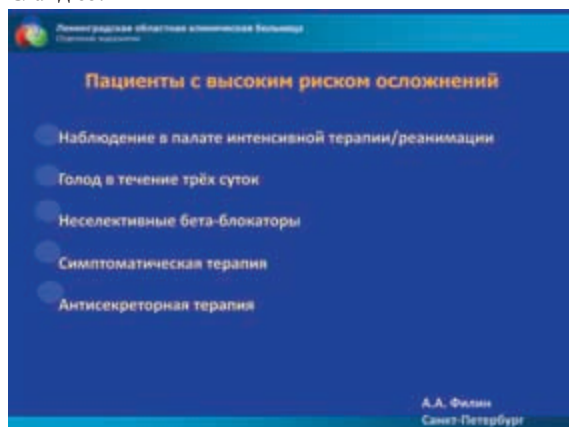
Слайд 64.



КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

Частота этой патологии среди поступающих в стационары по экстренным показаниям возрастает в геометрической прогрессии (сл. 65).

Слайд 65.



Дмитрий Алексеевич Лютин, зав. эндоскопическим отделением ОКБ, Новосибирск; Сергей Николаевич Шмелев, зав. отделением эндоскопии ГКБ № 1 Балаково Саратовской области; Василий Григорьевич Грома, к.м.н, хирург, эндоскопист, зав. отделением оперативной эндоскопии Института общей и неотложной хирургии Национальной академии медицинских наук Украины, доцент кафедры хирургии № 1 Харьковского национального медицинского университета, Украина; Светлана Борисовна Жигалова, д.м.н., старший научный сотрудник отделения экстренной хирургии и портальной гипертензии РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН, Москва; Александр Андреевич Филин, врач-эндоскопист Ленинградской областной клинической больницы, Санкт-Петербург; Георгий Александрович Ангелич, д.м.н., профессор, директор 2-й клиники хирургии НИЛ гепатохирургии ГУМФ им. Н.А. Тестемичану, Кишинев, Республика Молдова; Александр Петрович Кошевой, д.м.н., профессор, ведущий научный сотрудник НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова СибГМУ, Северск Томской области.

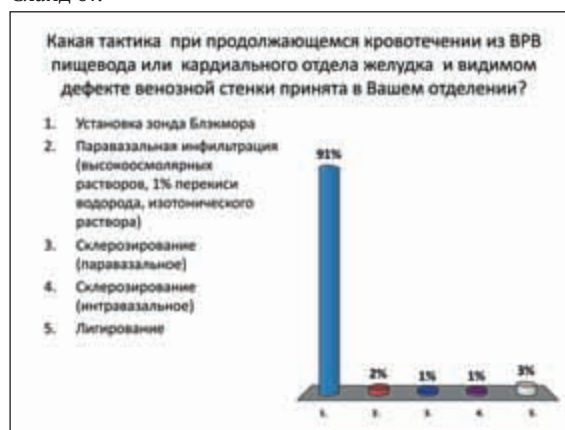
Слайд 66.



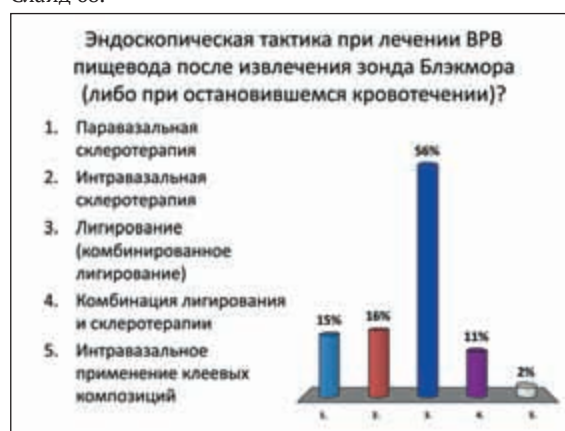
В отношении профилактики осложнений после эндоскопического вмешательства и дальнейшего наблюдения пациентов с портальной гипертензией с обязательным применением у них медикаментозной терапии все упомянутые выше выступающие были единодушны (сл. 66).

Интерактивное голосование показало, что несмотря на различие точек зрения выступающих, тактический подход к лечению варикозных кровотечений в большинстве клиник России совпадает (сл. 67, 68).

Слайд 67.



Слайд 68.



Такими насыщенными были первые два пленарных заседания первого дня конгресса.

Заведующая отделения неотложных эндоскопических исследований НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы д.м.н. Пинчук Татьяна Павловна