

УДК 616-006.33-072.1-005.1-001-08

А.В. Белоногов, В.Г. Лалетин, Е.С. Барышников

**ЛЕЧЕНИЕ ЯТРОГЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ПОВОДУ ПОЛИПОВ ЖЕЛУДКА**

Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)

Эндоскопическое лечение проведено 860 больным с полипами желудка, кровотечение возникло у 84 (9,7 %). С целью устранения кровотечения после полипэктомии использовались известные методы, а также предложенные нами лапароскопические и трансгастральный способы. Хирургический гемостаз был необходим у 19 (2,2 %) больных, но, в конечном итоге только у 5 (5,9 %) пациентов для

остановки кровотечения пришлось прибегнуть к операции лапаротомии с прошиванием источника кровотечения. В остальных случаях применение малоинвазивной хирургии позволило отказаться от травматических способов остановки кровотечения, таких как лапаротомия, гастротомия и прошивание источника кровотечения.

Ключевые слова: кровотечение, полипы желудка, эндоскопическое лечение

THE TREATMENT OF IATROGENIC BLEEDINGS AFTER ENDOSCOPIC INTERVENTIONS CONCERNING POLYPUSES OF THE STOMACH

A.V. Belonogov, V.G. Laletin, E.S. Baryshnikov

The State Medical University, Irkutsk

From 860 patients with polyps of the stomach, treated by endoscopic ways, the bleeding has arisen in 84 (9,7 %) patients. With the purpose of elimination of bleeding after a polypectomy we offered new combined laparoscopic and transgastral ways. The surgical hemostasis was necessary in 19 (2,2 %) patients, finally only in 5 (5,9 %) patients to stop a bleeding it was necessary to perform an operation of a laparotomy with sewing of source of bleeding. In other cases application minimal invasive surgeries allowed to refuse traumatic ways of stopping of bleeding, such as a laparotomy, a gastrotomy and a sewing of source of bleeding.

Key words: haemorrhage, polipuses of stomach, endoscopic treatment

Для удаления полипов на широком основании с диаметром более 2 см применяются различные эндоскопические способы. Одним из них является создание новокаин-адреналиновой подушки под основание опухоли, которая должна уменьшить вероятность послеоперационного кровотечения. Однако после срезания полипа образуется значительный по величине травматический дефект, и угроза кровотечения может резко возрасти [3]. Некоторые авторы рекомендуют удалять полипы путем приваривания электропетли к слизистой у основания полипа. При таком способе электрокоагуляции существует опасность глубокого некроза стенки желудка и остается опасность кровотечения [4].

При поэтапном удалении полипа так же существует угроза кровотечения из ложа отсеченной опухоли, и попытка коагуляции не всегда бывает успешной. Существуют методы двухмоментного удаления полипов, когда на первом этапе производится электрокоагуляция слизистой по краям ножки основания полипа, при этом происходит ишемизация ткани полипа, тромбирование сосудов, формирование более узкой искусственной ножки. Через 24 часа производится его удаление диатермической петлей [1].

Для остановки кровотечения эффективно используются лазеры на парах меди, аргоновые и АИГ [2, 5].

По данным разных авторов, кровотечение после удаления полипов возникает от 3,1 до 5,3 %. Частота перфорации достигает 0,7 %. Стоит отметить, что осложнения наиболее часто встречаются при лечении полипов на широком основании (более 4–6 см). С целью снижения осложнений и улучшения результатов лечения могут быть применены сочетанные трансгастральные способы удаления полипов больших размеров на широком основании.

Для остановки кровотечения после эндоскопической полипэктомии может быть использован один из разработанных нами способов гемостаза с применением малоинвазивной хирургии.

1. Сочетанный лапароскопический гемостаз (лапароскопическая атипическая резекция стенки желудка с источником кровотечения при гастроскопической видеоподдержке).

2. Трансгастральный гемостаз (трансгастральный доступ из одного порта для выполнения гемостаза в просвете желудка).

МЕТОДИКА СОЧЕТАННОГО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА

Методика сочетанного лапароскопического гемостаза заключается в лапароскопической атипической резекции стенки желудка с источником кровотечения при гастроскопической видеоподдержке. Одновременно с лапароскопией выполняется гастроскопия для определения источника кровотечения и наложения лигатурной нити через стенку желудка с использованием электропетли с целью подтягивания в брюшной полости стенки желудка с источником кровотечения и подведения ее под сшивающий аппарат Endo GIA-30. После аппаратного прошивания и отсечения макропрепарата операционный материал удаляется через 12 мм троакар и направляется на гистологическое исследование.

При выполнении сочетанного лапароскопического гемостаза операционная бригада состоит из хирурга, ассистента, врача-эндоскописта и операционной сестры. На фоне пневмоперитонеума в брюшную полость вводятся три троакара. Первый троакар (10 мм) устанавливается в umbilical области, через него вводится прямая оптика. Во время всей операции в брюшной полости сохраняется давление CO_2 — 11–12 мм ртутного столба. При лапароскопическом осмотре возможно определить косвенные признаки места источника кровотечения на передней поверхности желудка по гематоме на стенке. При отсутствии этих признаков помогает инструментальная пальпация биопсионными щипцами места кровотечения или трансиллюминация зоны кровотечения. Если источник кровотечения находится на задней стенке тела

желудка, необходимо выполнить доступ в сальниковую сумку. Между сальниковыми сосудами и стенкой желудка формируется доступ, при этом короткие ветви желудочно-сальниковых сосудов коагулируются или клиппируются. При невозможности выполнить резекцию только из трех портов в брюшную полость вводятся дополнительные вспомогательные инструменты (ретрактор, зажим «babcock»).

В правой мезогастральной области по средней ключичной линии устанавливается 12 мм троакар для электродиссектора, в дальнейшем через него на этапе резекции стенки желудка вводится аппарат Endo GIA-30 с синей кассетой. Основным моментом в ходе лапароскопического гемостаза является подведение под сшивающий аппарат стенки желудка с источником кровотечения. С этой целью в центр источника кровотечения с помощью гастроскопа по инструментальному каналу подводится электропетля. После фиксации кожная петля в зоне кровотечения петлю постепенно раскрывают до 1 см. Одновременно на выводимый участок петли подается режущий ток 30 Вт. Стенка желудка прорезается электропетлей на всю толщину под контролем гастроскопа и лапароскопа. Из лапароскопического доступа в раскрытую петлю заводится нить (хирургический шовный материал № 0 и более, 40 см) и захватывается затянутой электропетлей. Электропетля с лигатурой возвращается обратно в желудок, при этом нить остается в просвете рабочей части петли. Нить имеет длину 40 см и фиксируется лапароскопическими инструментами в брюшной полости. Петля с нитью в таком же порядке проводится через стенку желудка, отступив от края первого проведения на 1–1,5 см. После проведения двух концов нити через стенку желудка в брюшную полость нити натягиваются, и стенка желудка приподнимается. Сшивающий аппарат Endo GIA-30 с синей кассетой накладывается на стенку желудка в зоне натяжения. После аппаратного прошивания и отсечения макропрепарата операционный материал удаляется через 12 мм троакар и направляется на гистологическое исследование.

МЕТОДИКА ТРАНСГАСТРАЛЬНОГО ГЕМОСТАЗА

Трансгастральный гемостаз применялся в тех случаях, когда выполнение сочетанного лапароскопического гемостаза сопряжено с техническими трудностями или невозможно из-за анатомического расположения источника кровотечения (зона кардии, дно желудка, область привратника). При трансгастральном способе в левую мезогастральную область устанавливается порт 12 мм с фиксатором, выбранная часть желудка фиксируется на нем, и через гастротомический доступ вводятся инструменты, облегчающие осмотр желудка и удаления крови. Такой способ позволяет точно определить источник кровотечения и выполнить один из вариантов гемостаза: лазерный,

с применением сшивающих аппаратов, наложение швов, клипирование.

При трансгастральном гемостазе доступ в желудок выполнялся под эндотрахеальным наркозом с введением миорелаксантов и проведением искусственной вентиляции легких. Положение больного и проведение наркоза не отличаются от таковых при проведении лапароскопического гемостаза. Необходимо отметить, что попытка лапароскопического гемостаза в силу анатомических особенностей желудка и расположения источника кровотечения, может закончиться сочетанным трансгастральным доступом. Сочетанный трансгастральный доступ позволяет удалить кровь и сгустки, определить источник кровотечения, но проведение гемостаза может пойти по различному сценарию: как с применением лазерного временного трансгастрального гемостаза, так и с помощью сшивающих аппаратов; или прошиванием аппаратом «Endo-Stitch» с наложением швов или клипирования при небольшом дефекте слизистой.

На фоне пневмоперитонеума в брюшную полость вводится 10 мм троакар в умбиликальной области для оптики. В левой мезогастральной области в промежутке между левой парастернальной и среднеключичной линиями устанавливается порт 12 мм с фиксатором. Выбор доступа контролируется интраоперационной видеогастроскопией. Выбранная часть стенки желудка фиксируется на 12 мм троакаре.

В ходе операции видеогастроскопическая стойка обеспечивает видеоизображение в желудке. Рабочий канал гастроскопа может быть использован для тракции слизистой в области источника кровотечения с помощью биопсионных щипцов и эндопетель. Этот способ облегчает наложение на дефект стенки желудка с источником кровотечения сшивающего аппарата. Одновременно гастроскоп подает газ для расправления стенок желудка. Через 12 мм троакар, проведенный через гастротомический доступ, вводятся инструменты, облегчающие детальный осмотр желудка и удаление крови. Для этих целей наиболее удобен аппарат фирмы Olympus LTF, который оснащен каналом для инструментов, на этапах операции через него может осуществляться видеоподдержка на лапароскопической стойке, и может быть выполнен временный или стойкий лазерный гемостаз. После оценки состояния источника кровотечения или остаточной опухоли, в желудок через 12 мм троакар вводится сшивающий аппарат Endo-GIA-30 с синей (для прошивания всей стенки желудка) или белой кассетами (для прошивания слизистой и подслизистой слоя). Стоит отметить, что для наложения кассеты необходимо заведение стенки желудка в сшивающий аппарат по краю дефекта с захватом дна и источника кровотечения. Эта задача решается с помощью прошивания слизистой и формирования нити-держалки, которая фиксируется на затянутой петле или в эндоскопических щипцах заведенных через

гастроскоп, стенка желудка приподнимается, после этого возможно наложение сшивающего аппарата. Отсеченный макропрепарат извлекается через 12 мм троакар или гастроскопом. Производится ревизия швов желудка через гастроскоп. Трансгастральный доступ ушивается двурядным швом или кассетами Endo-GIA-30.

Второй способ ушивания источника кровотечения трансгастральным способом — это применение аппарата «Endo-Stitch». Применение данного способа дает возможность прошивания источника кровотечения и ушивания дефекта слизистой со стороны просвета желудка отдельными швами или наложением непрерывного шва.

Операционные кровотечения и способы гемостаза. Кровотечения после эндоскопического удаления полипов желудка возникли у 84 (9,7 %) из 860 пациентов, пролеченных эндоскопическими способами. Основная масса кровотечений была в группе комбинированного удаления полипов.

Электрохирургический способ удаления полипов применен у 599 (67 %) больных. Наиболее часто этим методом производилось удаление полипов II, III и IV типа с основанием до 2 см. Из них электропетлей было удалено 405 (67,6 %) полипов, контактной коагуляцией и комбинированным способом (электропетля + точечный коагулятор) — 194 (32,3 %). Комбинированный электрохирургический способ применялся в тех ситуациях, когда после петлевой полипэктомии оставалась часть опухоли или появлялось диффузное кровотечение из основания удаленного полипа. Комбинированным электрохирургическим способом возникшее диффузное кровотечение остановлено у 11 (5,6 %) больных.

Лазерное лечение полипов желудка проведено у 134 (15,5 %) пациентов. Из них у 54 (40,2 %) больных полипы удалялись комбинированным лазерным способом (дистанционным + контактным). При удалении 4 (7,4 %) полипов контактным способом появлялось артериальное кровотечение, гемостаза удалось добиться с применением дистанционной лазерной коагуляции.

Наиболее сложной была группа из 127 (14,7 %) больных, которым выполнено комбинированное удаление полипов электрохирургическим и лазерным способом. В эту группу вошли пациенты, у которых кровотечение остановлено лазерным способом после электрохирургического удаления. Остановлено кровотечение дистанционным лазерным способом у 50 (39,3 %) больных. Удаление полипов антрального отдела желудка, травмирующихся привратником, с применением лазера на первом этапе при комбинированном методе проводилось с целью снижения возможных осложнений, таких как кровотечение, при опухолях III и IV типа и размерами основания более 2 см. Профилактические мероприятия с целью предупреждения кровотечения в виде лазерной коагуляции основания полипа проведены у 72 (56,6 %) пациентов. Несмотря на проведенные меры, комбинированное удаление и лазерный гемостаз, у 5 (3,9 %) больных этой группы кровотечение удалось оста-

новить только после выполнения лапаротомии с прошиванием источника кровотечения.

Чаще всего кровотечение отмечалось в антральном отделе, оно было у 23 (27,3 %) больных. В верхней трети желудка кровотечение проявилось у 17 (20,2 %), в теле желудка — у 15 (17,8 %), в области кардии — у 14 (16,6 %) пациентов.

Лапароскопический гемостаз был проведен у 8 (9,5 %) больных. Только в одном случае гемостаз был проведен в теле желудка по задней стенке. Доступ произведен через сальниковую сумку. Выбор инструментов для сочетанного трансгастрального гемостаза значительно шире, так как применение одного из инструментов может быть не всегда эффективным. При расположении источника кровотечения на привратнике или в области кардии целесообразно прошивание аппаратом «Endo-Stitch» и лыжные эндоскопические иглы. Применение аппарата Endo-GIA-30 показано в тех случаях, когда можно свести края раневого дефекта. Клипированием целесообразно останавливать кровотечения с небольшим дефектом слизистой.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

С целью устранения ятрогенных кровотечений после полипэктомии нами предложены новые сочетанный лапароскопический и трансгастральный способы, сочетающие применение внутриорганный и трансорганный доступов. Нами разработана техника остановки кровотечения из одного порта за счет сшивающих кассет Endo-GIA «Auto Suture USSC». Применение аппарата «Endo-Stitch» позволило в сочетании с трансгастральным доступом остановить кровотечение в тех участках, которые недоступны для лапароскопического гемостаза. Применение малоинвазивной хирургии позволило во многих случаях отказаться от травматичных способов остановки кровотечения, таких как лапаротомия, гастротомия и прошивание источника кровотечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кувшинов Ю.П. Лечебная эндоскопия у больных предопухолевыми заболеваниями и опухолями верхних отделов желудочно-кишечного тракта: Дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1988. — 311 с.
2. Лазерная остановка кровотечения через фиброэндоскоп у больного с синдромом Миллори-Вейса / Ю.М. Панцирев, О.Н. Крохин, Ю.И. Галлингер и др. // Хирургия. — 1978. — № 3. — С. 123 — 124.
3. Панцырев Ю.М. Способы эндоскопического удаления полипов желудка / Ю.М. Панцырев, Ю.И. Галлингер // Советская медицина. — М., 1976. — № 2. — С. 111 — 116.
4. Чибис О.А. Эндоскопическая полипэктомия при полипозе желудка: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1978. — 26 с.
5. Шаповалов А.М. Применение лазерной фотокоагуляции для остановки кровотечений из острых язв: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 1980. — 124 с.