

Лигирование источников кровотечения неварикозного генеза из верхних отделов желудочно-кишечного тракта

А.Е. Борисов, К.Г. Кубачев, Е.Г. Солоницын, Д.М. Ризаханов, Н.Э. Заркуа.

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава, Россия

© Коллектив авторов, 2009

Статья посвящена оценке эффективности и экономической целесообразности применения лигирования неварикозных источников кровотечения в рутинной практике стационара скорой помощи. Гемостаз однозарядным многозарядным лигатором фирмы «Делга» (Россия) был применен у 49 пациентов с кровоточащей гастродуоденальной язвой и пептической язвой анастомоза, синдромом Меллори — Вейсса и кровотечением после полипэктомии. При сравнительном анализе непосредственных результатов применения этого способа показана его высокая эффективность и дешевизна метода.

Ключевые слова: желудочно-кишечные кровотечения, язвенная болезнь, локализации язвы, эндоскопический гемостаз, лигирование, лигатор.

Endoscopic ligation of nonvaricose bleeding sources in stomach and duodenum

A.E. Borisov, K.G. Kubachev, E.G. Solonitsin D.M., Rizakhanov, N.E. Zarkua.

Abstract. The article is devoted to estimation of efficiency and financial expediency due to applicated endoscopic ligation of nonvaricose sources of bleeding in conservative practice in urgent routine of work. For this purpose the single charged multiple-used ligator produced by «Delga» (Russian firm) was utilized. This method of hemostasis was applied for 49 patients with a bleeding gastroduodenal ulcer and round ulcer of anastomosis, the syndrome of Mallory-Weiss and bleeding after polypectomy. The ligation method of bleeding source at different localization is described in details, indications and contra-indications are defined. The comparative analysis of direct results allowed stating this non-invasive method as high efficient. Relapses of bleeding are not discovered after the ligation of bleeding source. High efficiency and cheapness allow recommending this method of endoscopic hemostasis at treatment patients with the gastroduodenal bleeding of different etiology.

Key words: gastroduodenal ulcer, gastroduodenal bleeding, ligation method, endoscopic hemostasis.

Введение. За 40 лет, прошедших после появления первых гибких фиброскопов, эндоскопия стала мощным диагностическим и лечебным средством, позволившим значительно расширить арсенал хирурга в лечении различных заболеваний желудочно-кишечного тракта, в том числе и желудочно-кишечных кровотечений. Подавляющее большинство используемых ныне методов не являются абсолютно новыми. Они активно внедрялись в практику в 70-е и 80-е годы XX века и к настоящему времени в мире накоплен колоссальный опыт использования различных диагностических и терапевтических приемов и технологий [1, 3, 7], позволяющих врачу-эндоскописту значительно улучшить результаты лечения больных с желудочными кровотечениями, в подавляющем большинстве случаев обходясь без оперативного лечения [2, 5, 6, 7].

Обработка результатов многочисленных исследований дала возможность выделить наиболее эффективные и оправданные с экономической точки зрения методы эндоскопического гемостаза, что позволило применять эти методы в массовом порядке и добиться впечатляющих результатов. В настоящее время в зарубежных клиниках эффективность эндоскопических методов гемостаза, разумеется, в комплексе с адекватной консервативной терапией достигает 95–99%, показатели оперативной

активности редко превышают 1–2%.

Однако, несмотря на все успехи, желудочно-кишечные кровотечения по-прежнему остаются важной проблемой в современной экстренной хирургии.

К сожалению, в нашей стране лишь в немногих центрах активно используются возможности современной эндоскопии. Оперативная активность остается на недопустимо высоком уровне. Тактика, которая была оправдана 20–30 лет назад, при современных возможностях эндоскопического пособия не является оправданной, но продолжает упорно отстаиваться, а в ряде случаев и пропагандироваться. Неудачи эндоскопического гемостаза, которые являются поводом к заявлениям о полной бесперспективности эндоскопических методик со стороны хирургов, связаны с недостаточным опытом специалистов гастроинтестинальной эндоскопии, ошибками в выборе метода гемостаза, недостаточной технической оснащенностью отделений эндоскопии, недостаточно эффективной и адекватной консервативной терапии [1, 6].

Между тем, эндоскопические методы гемостаза продолжают совершенствоваться и приводить к улучшению результатов эндоскопического лечения. Так, за последние 10 лет для лечения неварикозных кровотечений из верхних отделов ЖКТ в рутинную практику введены клипирование

стандартной и триклипсой, аргано-плазменная коагуляция, которые значительно улучшили результаты эндоскопического лечения желудочно-кишечных кровотечений. Клипирование, при условии правильного выполнения, считается окончательным методом гемостаза и приравнивается к перевязке сосуда [2, 4, 5].

Для лечения варикозных кровотечений пищевода и желудка в эндоскопии давно и успешно применяется метод эндоскопического лигирования, заключающийся в наложении лигатуры на втянутый в колпачок эндоскопа участок сосуда. В последнее время в литературе появились данные об успешном применении лигирования для остановки кровотечений верхних отделов ЖКТ из неварикозных источников (язвы, разрывы слизистой, поражения Дьюлафуа, кровотечения после полипэктомии).

Целью нашей работы явилась оценка эффективности и экономической целесообразности применения лигирования неварикозных источников кровотечения в рутинной практике стационара скорой помощи.

Материалы и методы: С апреля по май 2006 г. в эндоскопическом отделении Александровской больницы было выполнено 19 лигирований неварикозных источников кровотечения. В исследуемую группу вошли 2 женщин (10,5%) и 19 мужчин, средний возраст составил 42,6 лет (26–77 лет). Источниками кровотечения в 4 случаях явились разрывы слизистой желудочно-пищеводного перехода (синдром Меллори — Вейсса), в случаях язвы гастроэнтероанастомоза, в 12 случаях язвы луковицы двенадцатиперстной кишки, в одном случае кровотечение из ложа удаленного полипа.

Средний размер язвенного дефекта составил 0,6 см. Пять (26,3%) пациентов поступили с кровопотерей легкой степени, 7 (36,8%) — средней, 7 (36,8%) — тяжелой. После лигирования все больные получали адекватную анти-секреторную и антигеморрагическую консервативную терапию.

Для лигирования использовали однозарядный много-разовый лигатор производства «Делга», Россия. Лигатор заряжали латексными усиленными кольцами.

Результаты исследования. Все разрывы слизистой желудочно-пищеводного перехода (4 случая) характеризовались большими размерами и глубиной, интенсивным поступлением крови. В одном случае лигирование явилось вторым методом гемостаза и было применено после неудачного инъекционного эндоскопического гемостаза. При гастроскопии через одну неделю после лигирования на месте лигатуры определялся плоский язвенный дефект размером до 1,0 см. Язвенные дефекты рубцевались на

стандартной терапии ингибиторами протонной помпы в стандартной дозировке с образованием нежного, не деформирующего просвет рубца.

Язвы гастроэнтероанастомозов располагались в неудобном для клипирования месте (сразу за анастомозом и на его поверхности). Размер язв был небольшой (0,4 и 0,3 см), края и дно эластичные. У обоих пациентов определена тяжелая степень кровопотери.

Размер язв луковицы двенадцатиперстной кишки в среднем составил 0,7 см (от 0,4 до 1,0 см). По эндоскопическим признакам все они были острые с эластичными краями. Основным условием выполнения лигирования является эластичность источника кровотечения и окружающих тканей. Это необходимо для забора ткани в дистальный колпачок. У трех пациентов отмечалось продолжающееся кровотечение (Forrest Ib), у остальных остановившееся с высоким риском рецидива (Forrest IIa, b). В 4 случаях лигирование было выполнено после неудачного инъекционного гемостаза, в остальных случаях избрано первым методом гемостаза. Через неделю размер язвенного дефекта составлял в среднем 1,0 см. Язвы рубцевались без особенностей, с образованием обычного эластичного рубца.

В одном случае лигирование было выполнено при кровотечении из ложа полипа. Полип размером 2,5 см на длинной толстой ножке располагался на задней стенке в антральном отделе желудка. Полипэктомия была выполнена после инъецирования ножки раствором адреналина в разведении с физиологическим раствором и предварительной коагуляции. После пересечения ножки полипа началось струйное кровотечение из его ложа. Инъекционная терапия, диатермокоагуляция к успеху не привели. Гемостаз был достигнут лигированием источника кровотечения.

Ни в одном из случаев после лигирования не было рецидивов кровотечения, также не было других осложнений, связанных с лигированием. Ни один из больных не был прооперирован по поводу кровотечения. Все больные выписаны из стационара в среднем на 8-е сутки (4–12 суток) в удовлетворительном состоянии с рекомендациями продолжить антисекреторную терапию и прийти на контрольный осмотр через 1 месяц. Постлигатурные язвы заживали в стандартные сроки с образованием эластичного рубца.

В 6 случаях лигирование явилось повторным методом гемостаза после одной или двух неудачных попыток гемостаза другими методами (инъекция адреналина 0,01% раствора, электрокоагуляция монополярным электродом). В остальных случаях лигирование использовалось как первый

Структура источников кровотечений

Таблица

Источник кровотечения	К-во	%
Разрыв слизистой желудочно-пищеводного перехода	4	21,1
Язва гастроэнтероанастомоза	2	10,5
Язва луковицы двенадцатиперстной кишки	13	68,4
Ложе удаленного полипа	1	5,3
Всего:	59	100

метод гемостаза. В большинстве случаев для гемостаза из одного источника было достаточно наложения одной лигатуры. Лишь в двух случаях (10,5%) потребовались две лигатуры.

Стоимость расходного материала равнялась стоимости наложенных лигатур (10 руб./шт.).

Обсуждение результатов

По нашему мнению лигирование является еще одним надежным способом эндоскопического гемостаза неварикозных источников кровотечения. При правильном выполнении надежность лигирования приближается к 100%. При этом важным аспектом является проведение антисекреторной терапии, которая необходима при любых кровотечениях из верхних отделов ЖКТ.

Как и все остальные методы, этот метод имеет свои показания и противопоказания. Так, недопустимо использовать лигирование при наличии крупных источников кровотечения с ригидными окружающими тканями (крупные хронические язвы). В случае, когда ткани не удастся втянуть в колпачок, отрицательное давление может вызвать мощный рецидив кровотечения или усиление имеющегося. Если ткани источника кровотечения ригидны, стоит отдавать предпочтение клипированию. В тех случаях, когда ткани эластичны, гемостаза удастся достичь, даже если лигатура не легла четко на источник кровотечения. Вторая лигатура, наложенная рядом с первой, приводит к надежному гемостазу. По-видимому, в этом случае возникает перевязка сосуда на протяжении, а отек тканей дополнительно приводит к сдавлению сосудов и остановке кровотечения. Тот факт, что при лигировании захватывается сразу больший участок ткани, выгодно отличает этот метод от клипирования. Известно, что при клипировании наложение даже нескольких клипс может не привести к положительному результату.

В течение 3–5 дней происходит некроз тканей, захваченных в лигатуру, и отпадение лигатуры. На месте лигатуры образуется постлигатурная язва, которая может быть больше первоначальной, однако, повторных кровотечений в поздние сроки после лигирования или осложнений нами отмечено не было. Связано это с тем, что все больные получали адекватную противоязвенную терапию. Но в ряде случаев, когда риск развития рецидива кровотечения небольшой, например, при неглубоких разрывах слизистой желудочно-пищеводного перехода, применение этого метода гемостаза мы считаем нецелесообразным и в своей практике отдаем предпочтение инъекционным методикам.

В последнее время для оценки методов эндоскопического гемостаза введен новый критерий оценки — намерение/выполнение (intention/treat). Применяется он в отношении случаев, когда кровотечение может быть остановлено

данным методом и врачи намерены (intention) его использовать при фактически успешно выполненной манипуляции (treat). В частности, при клипировании не всегда можно правильно подвести клипсу к источнику кровотечения. Это связано с размером самой клипсы, локализацией источника кровотечения и другими факторами. Так, при расположении источника кровотечения на задней стенке практически невозможно надежно поставить клипсу, хотя попытки выполнения гемостаза подобным методом регулярно проводятся.

В случае с лигированием критерий намерение/выполнение выше, чем для клипирования. Связано это с тем, что колпачок может упираться в соответствующий отдел, изменяя конфигурацию слизистой, тем самым выводя источник в поле зрения. Наиболее четко это было видно у больных с язвами гастроэнтероанастомоза, располагавшимися с дистальной стороны анастомоза.

Экономический аспект лигирования значительно зависит от используемых инструментов. В нашем случае использовался многоцветный однозарядный лигатор, заряжаемый усиленными латексными кольцами. Затраты на каждую процедуру, без учета затрат на оплату труда медицинского персонала и эзофагогастроуденоскопию, равнялись стоимости одного кольца и амортизации лигатора. Стоимость каждого кольца составляет 10 рублей, амортизация лигатора — 50 рублей. Таким образом, затраты на лигирование были значительно меньше инъекционной терапии.

Тот факт, что ни в одном из случаев не было рецидива кровотечения и осложнений, говорит о надежности данного метода гемостаза. Основным показанием для его применения является кровотечение из эластичных источников, сопровождающееся значительным риском рецидива: острая язва, разрыв слизистой желудочно-пищеводного перехода, поражение Дъелафуа, ложе удаленного полипа.

Метод является новым, инновационным и требует дальнейшего изучения в рамках медицины, основанной на доказательствах.

Выводы:

1. Лигирование источников неварикозных кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта является надежным и доступным методом гемостаза.
2. Лигирование может успешно применяться для гемостаза из любых эластичных источников верхних отделов желудочно-кишечного тракта, преимущественно с высоким риском рецидива кровотечения.
3. Использование в широкой клинической практике однозарядных многоцветных лигаторов позволяет значительно снизить затраты на манипуляции и применять данный метод в широкой клинической практике как рутинный метод гемостаза.

Литература:

1. *A. Barkun, MD, MSc; Marc Bardou, MD, PhD; and John K. Marshall, MD, MSc, for the Nonvariceal Upper GI Bleeding Consensus Conference Group, Ann Intern Med. 2003;139:843-857*
2. *Bardou M, Youssef M, Toubouti Y. et al. Newer endoscopic therapies decrease both re-bleeding and mortality in high risk patients with acute peptic ulcer bleeding: a series of meta-analyses [Abstract]. Gastroenterology. 2003;123:A239*
3. *Bordley DR, Mushlin AI, Dolan JG, Richardson WS, Barry M, Polio J, et al. Early clinical signs identify low-risk patients with acute upper gastrointestinal hemorrhage. JAMA. 1985;253:3282-5. [PMID: 3873550]*
4. *Chau CH, Siu WT, Law BK, et al. Randomized controlled trial comparing epinephrine injection plus heat probe coagulation versus epinephrine injection plus argon plasma coagulation for bleeding peptic ulcers. Gastrointest Endosc. 2003;57:455-61*
5. *Chung IK, Ham JS, Kim HS, Park SH, Lee MH, Kim SJ. Comparison of the hemostatic efficacy of the endoscopic hemoclip method with hypertonic saline-epinephrine injection and a combination of the two for the management of bleeding peptic ulcers. Gastrointest Endosc. 1999;49:13-8.*
6. *Zimmerman J, Siguencia J, Tsvang E, Beeri R, Arnon R. Predictors of mortality in patients admitted to hospital for acute upper gastrointestinal hemorrhage. Scand J Gastroenterol. 1995;30:327-31. [PMID: 7610347]*
7. *Perng CL, Lin HJ, Chen CJ, Lee FY, Lee SD, Lee CH. Characteristics of patients with bleeding peptic ulcer requiring emergency endoscopy and aggressive treatment. Am J Gastroenterol. 1994; 89:1811-4. [PMID: 7942673]*