

НЕКОТОРЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ РЕЦИДИВА КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

В.А. Белобородов, В.Н. Антонов

(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 оценки риска рецидива кровотечения из хронических гастродуоденальных язв по некоторым эндоскопическим признакам.

Ключевые слова. Хроническая язва, рецидив кровотечения, прогноз.

Одним из главных факторов ухудшающих результативность лечения больных с кровоточащими хроническими гастродуоденальными язвами (ХГДЯ) является рецидив геморрагии в раннем периоде после первичного гемостаза. Методом выбора в диагностике острого кровотечения из хронических гастродуоденальных язв (ХГДЯ) является неотложная эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС). Она помогает не только выявить источник кровотечения и осуществить первичный или превентивный гемостаз, но и в прогнозе рецидива кровотечения (РК) в раннем постгеморрагическом периоде.

Целью исследования явилась оценка некоторых эндоскопических параметров первичной ЭГДС для прогноза РК из ХГДЯ.

Осуществлен анализ результатов обследования и лечения 405 больных с кровотечением из ХГДЯ в клинике общей хирургии ИГМУ. Для выявления факторов риска РК из ХГДЯ проводили оценку некоторых эндоскопических параметров: диаметр, глубина и локализация язвенного дефекта (ЯД), изменения (по классификации J. Forrest et al., 1974) в дне ЯД, наличие патологических примесей («кофейной гущи», неизменённой крови и/или ее сгустков) в просвете желудка и/или ДПК. Среди обследованных у 219 больных диагностирована хроническая язва двенадцатиперстной кишки (ХЯ ДПК), у 186 — хроническая язва желудка (ХЯЖ). Рецидив кровотечения отмечен у 61 (27,9%) больных с ХЯ ДПК и у 52 (28,0%) - с ХЯЖ. Статистическая обработка результатов исследования проведена с использованием непараметрического критерия χ^2 .

У больных с ХЯ ДПК без РК диаметр ЯД 0,9 см и менее был чаще ($p=0,0001$) в сравнении с таковым у больных с РК из ХЯ ДПК. В тоже время у вторых ЯД размером 1,0—2,0 см был выявлен чаще ($p=0,0001$), чем у первых. Больных с ЯД 2,1 см и более также было больше ($p=0,04$) в группе с РК из ХЯ ДПК. У больных с РК из ХЯЖ диаметр язвы 2,1 см и более был достоверно чаще ($p=0,012$), чем без РК ($p=0,74$). В остальных сравниваемых группах больных диаметр ЯД не имел прогностической разницы.

Частота ЯД глубиной 0,2 см и менее преобладала ($p=0,0001$) у больных с ХЯ ДПК без РК. Глубина язвы в диапазонах 0,3—0,5 см, 0,6 см и более значимо (соответственно $p=0,0001$, $p=0,024$) чаще была в группе с РК из ХЯ ДПК. У больных ХЯЖ с ЯД глубиной 0,6 см и более чаще ($p=0,042$) возникал РК.

Кроме того, по результатам проведенного исследования установлена высокая прямая корреляционная связь между диаметром и глубиной язвенного дефекта при ХЯ ДПК без РК ($r=0,72$) и с РК ($r=0,73$). Анало-

гичные высокие показатели корреляции получены у больных с ХЯЖ без РК ($r=0,76$) и с РК ($r=0,75$).

Следующим исследуемым параметром была локализация ХГДЯ. Из всех сравниваемых возможных локализаций ЯД в ДПК только язвы задней стенки ЛДПК достоверно чаще ($p=0,033$) встречались в группе с РК. По остальным локализациям значимых отличий нет ($p=0,135—0,886$). Из множества вариантов возможных локализаций осложнённых кровотечением ХЯЖ риск РК возникал при наличии ЯД на задней стенке кардиального, субкардиального отделов желудка и тела желудка, в проекции его «ахиллесовой пяты», где РК реален на 5—10% чаще, чем в соответствующей группе больных без РК. Кроме того, ЯД малой кривизны тела и угла желудка на 17% чаще были у больных с РК из ХЯЖ.

Изменения в язвенном дне определяли по классификации J. Forrest et al. (1974), согласно которой больных распределили по группам: F1a, Fib, F2a, F2b, F2c, F3. Частота случаев обнаружения ЯД с интенсивностью кровотечения F1a, Fib в исследуемых совокупностях не имела различий ($p=0,664; 0,917$). Тромбированный сосуд (F2a) или фиксированный сгусток крови в дне ЯД чаще ($p=0,01$) были при РК из ХЯ ДПК. В тоже время наличие в дне ЯД вкраплений солянокислого гематина реже ($p=0,0001$) наблюдалось у больных с РК из ХЯ ДПК. У поступивших больных с ХЯЖ, в постгеморрагическую фазу были установлены значимые различия в частоте выявляемое™ соответствующих изменений в ЯД. При F2a и F2b преобладали (соответственно $p=0,013$ и $p=0,044$) ХЯЖ с РК, а при F2c - ХЯЖ без РК ($p=0,0001$).

Достоверных прогностических различий между сравниваемыми группами больных с РК и без него по наличию или отсутствию разных патологических примесей в просвете желудка и ДПК при ХЯ ДПК ($p=0,123-0,946$) и при ХЯЖ ($p=0,252-0,911$) не обнаружено.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что у больных с ХГДЯ некоторые эндоскопические признаки могут быть использованы в качестве маркеров рецидива кровотечения. Таковыми являются диаметр ЯД при ХЯ ДПК 1,0 см и более, при ХЯЖ 2,1 см и более; глубина ЯД при ХЯ ДПК 0,3 см и более, при ХЯЖ 0,6 см и более; локализация ХЯ ДПК на задней стенке ЛДПК, ХЯЖ по малой кривизне в теле и области угла желудка, а также на задней стенке тела, кардиального и субкардиального отделов желудка; наличие в дне ХЯ ДПК или ХЯЖ тромбированного сосуда или фиксированного сгустка крови (F2a, F2b).

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 (F1a, F1b), 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 (F1a, F1b) 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 F1b).

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-