

Абсолютные значения  $rSO_2$  не имеют первостепенного значения в диагностике церебральной ишемии, так как, даже в группе неврологических больных могут существенно варьировать [4].

Результаты исследования позволили установить следующие закономерности:

- Основная диагностическая значимость метода связана с его интраоперационной динамикой, причем не только понижение, но и повышение на величину более 5% от фоновых значений.
- Крайне важным моментом является соотношение времени начала изменения показателей с конкретной операционной ситуацией (управляемая артериальная гипотония, снижение АД, обусловленное другими факторами: кровопотеря, постуральные реакции кровообращения).
- Учитывая динамику  $rSO_2$  мы можем под контролем влиять на потребление кислорода головным мозгом. Проводя более глубокую анестезию и применяя церебропротективную защиту.
- Наибольшая чувствительность оксигенации к средней величине АД отмечена у больных, с различного генеза энцефалопатиями, вызывающими нарушение ауторегуляции сосудов головного мозга и его адекватной перфузией.

Таким образом, церебральная инфракрасная оксиметрия является информативным неинвазивным методом нейромониторинга у больных различных категорий, что позволяет дифференцировать и оптимизировать лечебную программу и прогноз.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Караваев Б.И., Лебедева Р.Н. Влияние гемодинамики на оксигенацию головного мозга//6-й Всероссийский съезд анестезиологов и реаниматологов: Тезисы докладов.-Москва, 1998.-С.124.
2. Лубнин А.Ю., Шмигельский Ф.В. Церебральная оксиметрия//Анестезиология и реаниматология.-1996.-№2.-С.85-90.
3. Царенко С.В., Крылов В.В., Лазарев В.В. и др. Церебральная инфракрасная оксиметрия в практике интенсивной терапии нейрохирургических больных//6-й Всероссийский съезд анестезиологов и реаниматологов: Тезисы докладов.-Москва, 1998.-С. 250
4. Шмигельский А. В. Инфракрасная оксиметрия мозга в ранней диагностике церебральной ишемии во время операций у нейрохирургических больных с сосудистой патологией головного мозга: Автореф. дис. ... канд.мед.наук.-Москва, 1998.



УДК 616.342-002-072.1:615.832.74

С.В.Юдин, А.С.Шульга, С.С.Юдин, Л.И.Гурина

#### СОВРЕМЕННЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ТЕХНОЛОГИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЁННОГО ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

*Приморский краевой онкологический диспансер,  
Владивостокский государственный медицинский университет*

#### РЕЗЮМЕ

Получены новые результаты технологии эндоскопической диагностики и лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. При желудочно-кишечных кровотечениях слабой степени интенсивности (Forrest-3) эффективен способ орошения эрозированной поверхности денатурирующими растворами (спирт, нитрат серебра). При средней степени активности кровотечения (Forrest-2) эффективными были комбинации методик орошения денатурирующими растворами с электрокоагуляцией. При продолжающихся кровотечениях (Forrest-1) эффективными были методики комбинаций инфильтрации гемостатических растворов и электрокоагуляции эрозированных сосудов.

#### SUMMARY

S.V.Yudin, A.S.Shulga, S.S.Yudin, L.I.Gurina

#### UP TO DATE ENDOSCOPIC METHODS IN DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF COMPLICATED COURSE OF DUODENAL ULCER

The paper shows the results of endoscopy diagnostics and treatment of duodenal ulcer. Eroded surface irrigation with denaturant solutions is effective in treating mild gastric-intestinal hemorrhages (Forrest 3). In treating moderate hemorrhages irrigation method was effective when combined with electrocoagulation. Persistent hemorrhages yielded to hemostatic solution infiltration combined with electrocoagulation.

В структуре болезней гастроэнтерологического профиля язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки составляет 30%, что соответствует 400-500 человек на 100 тыс. населения [1, 5]. Около 15% населения в течение жизни страдают от язвы луковицы двенадцатиперстной кишки [11].

За минувшие 30 лет от начала применения дуоденоскопии при кровоточащих дуоденальных язвах и 20-летний опыт местного лечения язвенной болезни в России накоплен разнообразный материал. С развитием эндоскопической техники и внедрением экстренной фиброгастроуденоскопии (ФГДС) в хирургическую практику, подходы к лечению желудочно-кишечных кровотечений претерпели определенные изменения [2, 7, 9, 10].

Как метод диагностики эндоскопия при желудочно-кишечных кровотечениях используется с 1900 года. В нашей стране в клинике В.И.Стручкова с 1969 года был положительно оценен первый опыт диагностической эндоскопии при кровоточащих гастродуоденальных язвах [18].

Оперативная эндоскопия (цитируется по Ю.М.Панцыреву, Ю.И.Галлингеру), а именно коагуляция кровоточащего сосуда через эндоскоп, впервые описана С.Р.Youmans (1970). В нашей стране лазерная коагуляция применяется с 1975 года [15]. Инъекционный гемостаз используется в нашей стране с 1977 года [13, 16]. Орошение кровоточащих язвенных дефектов впервые описано В.И.Стручковым и соавт. (1978), криовоздействие с гемостатической целью первым применил Ю.Е.Березов (1977). Плёнкообразующие полимеры ввел в практику Р.Т.Панченков и соавт. (1975), а Ю.И.Галлингер и соавт. (1981) предложил лазерную коагуляцию эрозиванного сосуда.

Необходимость проведения ФГДС при желудочно-кишечных кровотечениях несомненна и общепризнана [4, 7, 10, 17]. Однако, при сопоставлении результатов эндоскопического оперативного лечения желудочно-кишечных кровотечений в зависимости от используемых способов и методик не выявили существенного улучшения качественных показателей лечения этой категории больных [10, 11]. Кроме того известно, что 20,8% первичных попыток проведения эндоскопического гемостаза оказываются неэффективными [19].

Это может быть связано с трудностями установления источника кровотечения и недостаточной эффективностью методик эндоскопического гемостаза. В доступной литературе много сообщений об эффективности тех или иных эндоскопических способов остановки желудочно-кишечных кровотечений, но в большинстве случаев сообщается об одном способе гемостаза [2, 13, 16, 21, 22].

Однако, место эндоскопии и выбор метода оперативной эндоскопии в лечении язвенных кровотечений до сих пор остаются дискуссионными, как нет и сравнительных результатов эффективности операций эндоскопического гемостаза при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Сохраняется открытой проблема эндоскопической оценки прогноза возможного возобновления крово-

течения [10, 11]. Существует несколько условных классификаций, применяемых для оценки степени вероятности повторного кровотечения: Forrest, Doppler, Wara. В.П.Петров с соавт. предложили упрощенный вариант визуальной оценки устойчивости гемостаза [16].

А.С.Балалыкин с соавт. (1999) предложили систему оценки прогноза возможного рецидива кровотечения, которая объединяет классификацию Forrest и предложения В.П.Петрова [2].

Сохраняется необходимость провести сравнительный анализ эффективности методов эндоскопического гемостаза и выбора из них адекватного способа остановки желудочно-кишечного кровотечения.

### Материалы и методы исследований

В настоящей работе представлены собственные наблюдения в диагностике и лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у больных отделений гастроэнтерологии и экстренной хирургии краевой клинической больницы, отделения хирургии городской клинической больницы №2 (г.Владивосток), отделения эндоскопии Приморского краевого онкологического диспансера за период с 1989-2000 гг.

Ведущим методом исследования была ФГДС, которая использовалась как метод первичной диагностики, так и для контрольного исследования пациентов в динамике. Эндоскопические исследования проводились фиброгастро스코пами OES Olympus и Pentax (Япония) с торцевым расположением оптики. Для местной анестезии ротоглотки использовали 1%-ный раствор дикаина или 10%-ный аэрозольный лидокаин.

Экстренная ФГДС проводилась нами без какого-либо предварительного опорожнения желудка. В ряде случаев эндоскопические манипуляции осуществлялись на фоне инфузионной терапии в отделении реанимации, палатах интенсивной терапии, в эндоскопических кабинетах.

Нами проанализирован опыт эндоскопической диагностики и эндоскопического гемостаза у 188 больных в возрасте от 18 до 78 лет с кровотечением из язв луковицы 12-перстной кишки. При неэффективности эндоскопического гемостаза или рецидиве кровотечения после него, больные подвергались повторному эндоскопическому гемостазу или, при невозможности провести его адекватно и эффективно – оперативному лечению.

Распределение больных условно осуществлялось по степени интенсивности кровотечения по А.И.Горбашко (лёгкая, средняя, тяжёлая). По локализации язвенного дефекта: луковица 12-перстной кишки – по стенкам. По активности кровотечения: остановившееся, нестойкий гемостаз, продолжающееся кровотечение на момент осмотра.

Распределение больных по локализации язвы в луковице и активности кровотечения приведено в табл. 1 и 2.

Лечебные ФГДС при кровоточащих язвах луковицы двенадцатиперстной кишки включали инфльтрационный гемостаз, электрокоагуляцию, орошение эрозиванной поверхности денатурирующими растворами (спирт, нитрат серебра) или пленкообразующими препаратами.

**Таблица 1**  
**Распределение больных по локализации язв в луковице 12-перстной кишки и степени кровопотери**

Локализация язвы	Степень кровопотери			Всего, абс. (%)
	лёгкая	средняя	тяжёлая	
Луковица				
Передняя стенка	31	46	9	86 (45,7%)
Задняя стенка	4	72	26	102 (54,3%)
Итого	35	118	35	188 (100%)

**Таблица 2**  
**Активность кровотечения по данным гастроскопии**

Кровотечение	Всего больных
Остановившееся	69 (36,7%)
Нестойкий гемостаз	98 (52,1%)
Продолжающееся	21 (11,2%)
Всего	188 (100%)

Инфильтрационный гемостаз проводился методом подслизистого “тугого” введения растворов аминокaproновой кислоты 5-10 мл, физиологический раствор 20-80 мл, дицинона 2 мл, адреналина гидрохлорид 0,5 мл. С помощью дистанционной иглы вводили в подслизистый слой периульцерозно на расстоянии 4-6 мм от края язвы данный раствор в количестве от 15 до 150 мл.

Для электрокоагуляции использовались точечные зонды CD и электрохирургические блоки UES, PSD (Olympus). Электрокоагуляция наиболее эффективна была после инфильтрационного эндоскопического гемостаза.

Эффективность проводимого эндоскопического гемостаза при кровоточащих язвах луковицы 12-перстной кишки составила 92%. У 15-ти больных наблюдались рецидивы кровотечения после предшествующего неоднократного эндоскопического гемостаза и они подверглись хирургическому лечению.

Для исключения рецидива кровотечения после проведенного эндоскопического гемостаза повторный осмотр осуществлялся через 4-12 часов от момента первого исследования.

Наиболее употребимым способом лечения было орошение язв денатурирующими растворами (спирт, растворы нитрата серебра). Этот способ был особенно эффективен при слабой интенсивности кровотечения, при эрозивно-язвенных поражениях слизистой (Forrest-3).

При продолжающихся на момент осмотра кровотечениях (Forrest-1) эффективными были методики комбинаций инфильтрации гемостатических растворов и электрокоагуляции эрозированных сосудов. Мы считаем, что тактической особенностью этой методики является обязательное орошение физиологическим раствором дистального конца электрода в момент проведения коагуляции. Это позволяет избежать налипания сгустка на оливе электрода в момент пропускания тока высокой частоты и предупредить

отторжение сформированного тромба вслед за электродом.

Ни в одном случае пленкообразующие препараты не способствовали гемостазу, и попытки предупреждения кровотечения нанесением пленкообразующих препаратов при нестойком гемостазе или состоявшемся кровотечении способствовали рецидиву его в ближайшие часы.

Выводы

Применение диагностической эндоскопии при кровоточащих язвах 12-перстной кишки не требует специальной подготовки желудка, исследование должно проводиться сразу при поступлении больного в стационар.

Факторами неблагоприятными по рецидиву кровотечения следует считать локализацию язвы на задней стенке луковицы 12-перстной кишки, диаметр язвенного кратера более 1 см, наличие кровеносного сосуда в дне язвы и рецидив кровотечения у данного больного в ближайшем анамнезе.

Эндоскопический гемостаз должен быть только комплексным, преимуществом обладает комбинация методов инфильтрационного (инъекционного) гемостаза и электрокоагуляции.

Закрепление тромба в эрозированном сосуде достигается орошением его денатурирующими растворами (спирт этиловый 96°, растворы нитрата серебра).

Контрольные эндоскопические исследования целесообразны через 4-12 часов независимо от отсутствия клинических признаков рецидива кровотечения. При рецидиве проводится ФГДС немедленно с повторным эндоскопическим гемостазом.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Алимов А.Н., Кузин Н.М. Дуоденопластика в лечении дуоденальных стенозов у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки//Хирургия.-1991.-№10.-С.148-152.
2. Балалыкин А.С., Степанов И.А. Эндоскопическая классификация и тактика лечения желудочно-кишечных кровотечений//3-й Московский Международный конгресс по эндоскопической хирургии: Тез. докл.-М., 1999.-С.24-26.
3. Бачев И.И. Хирургическое лечение острых осложнений гастродуоденальных язв//Хирургия.-1991.-№9.-С.134-137.
4. Василенко В.Х., Гребенев А.Л., Шептулин А.А. Язвенная болезнь (современные представления о патогенезе, диагностике, лечении)/АМН СССР.-М.: Медицина, 1987.-288 с.
5. Оценка эффективности лазерной и медикаментозной терапии больных дуоденальными язвами/Л.П.Воробьев, О.Б.Дронова, Г.И.Корнеев, А.А.Самсонов//Клин. медицина.-1992.-№2.-С.77-80.
6. Галлингер Ю.И., Федоров Е.Д. Эндоскопическая медикаментозная блокада в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки//Всесоюзное научное общество гастроэнтерологов: Правление: Пленум: Материалы.-Рига, 1986.-С.453-455.
7. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П. Диагностика и лечение хронических болезней органов пищеваре-

ния.-М.: Медицина, 1986.-224 с.

8. Использование лазерного излучения при лечении кровоточащих гастродуоденальных язв/ В.В.Грубник, А.А.Фомичёв, Ю.В.Грубник, И.В.Московченко//Актуальные вопросы лазерной эндоскопии и литотрипсии: Тез. докл.-Челябинск, 1990.-С.30-32.

9. Зильберман С.А., Сумецкая Т.И. Разрешающие возможности эндоскопии в диагностике желудочно-кишечных кровотечений//Актуальные вопросы реконструктивной и восстановительной хирургии: Сб. тр.-Иркутск, 1987.-Ч.2.-С.66.

10. Короткевич А.Г. Лечебная и оперативная эндоскопия при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки//Автореф. дис. ...докт. мед. наук, 2000.

11. Короткевич А.Г., Крылов Ю.М., Хуторная В.А. Влияние эндоскопического гемостаза на рецидив кровотечения при кровоточащих луковичных язвах//3-й Московский Международный конгресс по эндоскопической хирургии: Сб. докл.-М., 1999.-С.150-152.

12. Кузин М.И., Кузин Н.М., Егоров А.В. Экономическая эффективность консервативного и хирургического лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у лиц молодого возраста//Хирургия.-1991.-№3.-С.14-18.

13. Острые изъязвления слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки (обзор литературы) /Э.В.Луцевич, В.Н.Горбунов, Б.А.Наумов, И.И. Гусь-

кова//Хирургия.-1990.-№2.-С.149-154.

14. Диагностика и хирургическая тактика при перфоративной гастродуоденальной язве/Т.Ш.Магдиев, В.Д.Кузнецов, В.А.Шипилов, В.А.Вензин//Вестник хирургии.-1989.-№10.-С.17-20.

15. Панцырев Ю.М., Галлингер Ю.И. Оперативная эндоскопия желудочно-кишечного тракта.-М.: Медицина, 1984.-192 с.

16. Петров В.П., Ерюхин И.А., Шемякин И.С. Кровотечения при заболеваниях пищеварительного тракта.-М.: Медицина, 1987.-256 с.

17. Савельев В.С., Буянов В.М., Лукомский Г.И. Руководство по клинической эндоскопии/Под ред. В.С.Савельева.-М.: Медицина, 1985.-544 с.

18. Желудочно-кишечные кровотечения и фиброэндоскопия/В.И.Стручков, Э.В.Луцевич, И.Н.Белов, Ю.В.Стручков.-М.: Медицина, 1976.-272 с.

19. Andersen J.T. Audit of acute gastrointestinal hemorrhage: the effect of education and the introduction of a protocol//Scot. Med. J.-1997.-Vol.42.-P.81-83.

20. Cloud M.L., Offen W.W. Healing and recurrence of active duodenal ulcer with nizatidin//Clin. Pharmacol. Ther.-1989.-Sep.-Vol.46, №30.-P.310.

21. Valenzuela G.A., McGroarty D., Pizzany E. Endoscopy injection therapy for acute upper GI bleeding//Va Med.-1989.-Dec.-Vol.116, №12.-P.507-509.

22. Yeomans N.D. Bacteria in ulcer pathogenesis// Baillieres Clinical Gastroenterology.-1988.-Vol.2, №3.- P.573-591.



УДК (616.342+616.33)-002-072.1

С.В.Глушак, И.М.Рольщиков, Е.С.Кочергина

**ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА УРГЕНТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

*Владивостокский государственный медицинский университет, кафедра хирургических болезней № 1*

**РЕЗЮМЕ**

Фиброгастродуоденоскопия выполнена 143 больными с желудочным кровотечением язвенной этиологии. Непосредственно кровотечение из язвы в момент осмотра продолжалось у 20 больных. Признаки состоявшегося кровотечения из язвы отмечены у 110 больных, и отсутствовали признаки кровотечения при эндоскопическом осмотре у 13 больных. У 30 больных язвы были множественными. У 9 больных в области язв определялись тромбированные сосуды. Применялись различные методики местной остановки кровотечения.

Фиброгастродуоденоскопия выполнена 58 больным с перфорацией язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. При сомнительном диагнозе повторно выполнялась обзорная рентгенография органов брюшной полости, 2 больным выполнена диагностическая лапароскопия.

**SUMMARY**

**S.V.Glushak, I.M.Rolschikov, E.S.Kochergina  
ENDOSCOPY DIAGNOSTICS OF COMPLICATED GASTRIC AND DUODENAL ULCERS**

143 patient with gastric hemorrhages underwent fibrogastroduodenoscopy. 20 patients had hemorrhages during examination. 110 patients had hemorrhages signs during endoscopy examination while 13 patients didn't have similar signs. 30 patients had multiple ulcers. In 9 patients endoscopy examination showed clotted vessels in ulcerated area.

Fibrogastroduodenoscopy was carried out in patients with gastric and duodenal ulcer perforation. Abdominal cavity rentgenography was used for patients with questionable diagnosis, 2 patients had diagnostic laparoscopy.