

© Коллектив авторов, 2006  
УДК 616.33/.342-002.44-005.1-089-072.1

М.П.Королев, Л.Е.Федотов, М.В.Антипова, Е.А.Павлова

## ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии (зав. — проф. М.П.Королев) Санкт-Петербургской государственной медицинской педиатрической академии, Мариинская больница (главврач — О.В.Емельянов)

**Ключевые слова:** гастродуоденальные кровотечения, эндоскопическое клипирование.

**Введение.** Проблема гастродуоденальных кровотечений до настоящего времени остается одной из самых актуальных в ургентной хирургии. За последние годы, несмотря на достигнутые успехи в лечении хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), частота гастродуоденальных кровотечений увеличилась практически во всех странах. Частота их развития составляет примерно 170 случаев на 100 000 в год, а суммарные затраты на их лечение в США составляют порядка 750 млн долларов в год. В 50–70% случаев причиной неварикозных кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) являются пептические язвы. По данным департамента медицины Сан-Диего, число госпитализированных больных с острыми язвенными кровотечениями с 1981 по 1991 г. увеличилось вдвое [3].

По данным Управления медицинской статистики Комитета здравоохранения Москвы [1], в 1987–1991 гг. в стационарах города лечились 113 000 больных с язвенной болезнью, в последующие 5 лет (1992–1996) их число сократилось до 106 000. На 40% уменьшилось число плановых операций, а число экстренных и неотложных операций увеличилось в 2 раза. В 1,9 раза за последние 14 лет выросло количество желудочно-кишечных кровотечений, как осложнение язвенной болезни, в Курской области. Заболеваемость острыми желу-

дочно-кишечными кровотечениями в Соединенном Королевстве — 103 случая на 100 000 населения в год. Послеоперационная летальность при желудочно-кишечных кровотечениях остается высокой даже в специализированных стационарах и у отдельных категорий больных достигает 45%, составляя в среднем 6–18% [4].

С появлением, становлением и развитием эндоскопии верхних отделов желудочно-кишечного тракта менялись тактические подходы к ведению пациентов с клиникой желудочного кровотечения. Активная хирургическая тактика, обоснованная работами Б.С.Розанова (1950), С.С.Юдина (1955) при накоплении опыта диагностической эндоскопии, стала дифференцированной [Стручков В.И., 1977], а после внедрения в клинику способов эндоскопического гемостаза [Панцырев В.М., Галлингер Ю.И., 1984] — активно-выжидательной. При этом основное значение как в прогнозировании рецидива кровотечения, так и в обосновании консервативного лечения имеет фиброгастроскопия.

Сегодня предложены большое число эндоскопических способов остановки кровотечения — электрокоагуляция, орошение источника кровотечения пленкообразующими препаратами, обкалывание раствором адреналина, аргоно-плазменная коагуляция. По нашему мнению, одним из наиболее эффективных и доступных методов остановки кровотечения является механический способ — эндоскопическое наложение кровоостанавливающих клипс. В понятие «доступные», в совре-

менных условиях, мы вкладываем, прежде всего, достаточную простоту технического выполнения манипуляции, с одной стороны, и относительно небольшую стоимость расходных материалов — с другой, при сохранении высокой эффективности данного метода. Использование клипирования возможно как у пациентов с хроническими источниками кровотечения (чаще всего это язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки), так и при острых причинах гастроудоденальных кровотечений (синдром Маллори–Вейсса, синдром Дъелафуа, острые язвы желудка и т. д.). Как при хронических дефектах, так и острых, данная методика может выступать в качестве окончательного способа остановки кровотечения.

**Материал и методы.** Методика выполнения эндоскопического наложения кровоостанавливающих клипс используется на кафедре общей хирургии с курсом эндоскопии с 2001 г. Определение показаний к наложению кровоостанавливающих клипс зависит от ряда факторов. К таким факторам, прежде всего, относятся состояние пациента, степень кровопотери, время, прошедшее от начала кровотечения, а также возможно ли технически выполнить данную манипуляцию. Решение о применении данной методики принимается совместно с ответственным дежурным хирургом и врачом-эндоскопистом, который и будет выполнять данную манипуляцию. Если речь идет о тяжелом кровотечении из хронического язвенного дефекта в желудке или луковице ДПК, необходимо учитывать локализацию данного дефекта. Это позволит определить сосудистый бассейн, из которого отмечено кровотечение, скорость кровопотери и соотнести это с возможностями эндоскопической остановки кровотечения. Манипуляция производится в операционной в условиях интубационного наркоза. Привлечение анестезиологической службы является обязательным условием, так как, во-первых, все субъективные реакции больного на проведение манипуляции должны быть исключены, а во-вторых, если в ходе проведения манипуляции не удастся достичь надежного гемостаза, — это является показанием к хирургической коррекции, которая должна быть выполнена незамедлительно.

В качестве эндоскопического прибора для проведения клипирования мы в последние годы используем видеоэндоскоп V 70 фирмы «Олимпас». Высокое качество изображения данного прибора позволяет не только более четко визуализировать источники кровотечения, но и значительно облегчает работу персонала во время выполнения самой манипуляции. Клипирующее устройство представляет собой манипулятор, состоящий из рукоятки, рабочей части и дистального конца, на который непосредственно фиксируется кровоостанавливающая клипса, для доставки ее к источнику кровотечения. Важно отметить, что сами кровооста-

навливающие клипсы разделяются по строению своей дистальной части. Для остановки кровотечений из различных источников имеет значение угол изгиба дистальной бранши 90 ° или 135 °. В зависимости от этого осуществляется фиксация клипсы на хронический или острый источник кровотечения. Клипсы НХ-600-090 L применяются у пациентов, имеющих дефекты значительной площади и глубины. Клипсы НХ-600-135 используются для остановки кровотечений из острых дефектов с мягкими подвижными краями. Клипсы НХ-600-090М предназначены для хронических дефектов с ригидными краями.

В случаях, когда речь идет о дефектах округлой формы, размерами более 1 см, а также сосуде, определяющемся в области дна, наложение клипс происходит непосредственно в область сосуда. Количество клипс варьирует от 1 до 5 штук. Если дефект имеет щелевидную форму и размер его по ширине не превышает 0,7 см, появляется возможность сведения краев дефекта с помощью клипс, т.е. наложение так называемого эндоскопического шва. Выполнение подобной манипуляции возможно прежде всего при наличии острых дефектов, поскольку края дефекта оказываются более мягкими. После того как наложение клипс закончено, мы рекомендуем для лучшей их фиксации к слизистой оболочке обработать проксимальные концы клипс диатермокоагуляцией. Кроме хорошей фиксации клипс к слизистой оболочке в условиях коагуляции, происходит образование ожогового струпа в области сосуда. В отдельных случаях для усиления гемостатического эффекта мы дополнительно вводим с помощью микроинъектора в область дефекта раствор адреналина в разведении 1:10 с физиологическим раствором. После окончания манипуляции необходимо убедиться в отсутствии поступления крови в просвет пищеварительного тракта из зоны источника кровотечения. Больные в послеоперационном периоде получают специфическую терапию, в зависимости от того, какой источник кровотечения был выявлен у данного пациента. Повторное эндоскопическое исследование до выписки пациента производится только при подозрении на рецидив кровотечения. Плановое исследование выполняется амбулаторно через 1 мес после выписки больного из стационара.

Наша кафедра имеет опыт лечения 61 больного с применением методики эндоскопического клипирования. Распределение больных по полу и возрасту представлено в табл. 1.

Таблица 1

**Распределение больных по полу и возрасту**

Пол больных	Возраст больных, лет				
	16–21	22–45	46–59	60–74	75–90
Мужской	–	19	9	4	1
Женский	2	6	12	4	4
Всего	2	25	21	8	5

Наибольшее число больных (46 человек) приходится на молодой и средний возраст, преобладают мужчины — 28 больных.

**Результаты и обсуждение.** У 25 больных (39,4%) источником кровотечения явились хронические язвы луковицы ДПК, у 6 (10,8%) — хронические язвы локализовались в желудке. Острые язвы желудка в качестве источника кровотечения встретились нам у 15 (25,5%) пациентов, острые язвы луковицы ДПК — у 2 (3,2%), синдром Маллори–Вейсса — у 2 (3,2%). У 10 (16,3%) больных источником кровотечения явился синдром Дъелафуа и одного больного — (1,6%) пептическая язва гастроэнтероанастомоза (ГЭА).

В луковице ДПК дефекты локализовались в основном на передней стенке (у 16 больных). Большинство дефектов желудочной локализации отмечены на задней стенке (у 15 пациентов).

При выполнении эндоскопического исследования у всех пациентов диагностические находки распределились следующим образом: в просвете желудка и ДПК отсутствовали следы крови, а в дне дефекта определялся тромбированный сосуд — у 28 больных; в просвете желудка и ДПК определялась кровь, а в дне дефекта — тромбированный сосуд — у 11; в просвете желудка крови нет, дно дефекта под гемосидерином — у 9; струйное артериальное кровотечение — у 2; в желудке крови нет, дефект под сгустком — у 8; в желудке темная и алая кровь, дефект под сгустком, отмечается подтекание крови — у 3.

В качестве лечебной тактики у пациентов нами был применен метод эндоскопического клипирования в сочетании с различными другими методами эндоскопического гемостаза. Данные о больных представлены в табл. 2.

Таблица 2

#### Методы эндоскопического гемостаза

Методика эндоскопического гемостаза	Число больных
Эндоскопическое клипирование	11
Эндоскопическое клипирование в сочетании с коагуляцией по проксимальным концам клипс	9
Клипирование + коагуляция + обкалывание дефекта раствором адреналина	31
Клипирование + орошение капрофером	2
Клипирование + обкалывание адреналином	8

Как следует из табл. 2, большинство пациентов получали комбинированные методы эндоскопического гемостаза, основой которого

являлся метод эндоскопического клипирования. Стремление дополнить клипирование другими методиками диктовалось в основном наличием у данной группы больных хронических дефектов, что не всегда позволяло эндоскописту быть полностью уверенным в эффективности выполненного гемостаза. Эндоскопическое клипирование в чистом виде выполнено 11 пациентам. Отсутствие дополнительных методик было обусловлено у 7 из них наличием острых дефектов с достаточно мягкими краями и, как следствие этого, хорошей фиксацией клипс, а у 4 — точным расположением клипсы в области сосуда. Для достижения гемостаза во время манипуляции число клипс колебалось от 1 до 7.

У 57 из 61 пациента нам удалось добиться надежного гемостаза. На фоне выполненных эндоскопических методик им были назначены курсы консервативной терапии, и пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение. У 3 больных в ближайшие сутки возник рецидив кровотечения, что потребовало повторного клипирования кровоточащих дефектов с положительным результатом. В одном наблюдении рецидив кровотечения возник на 8-е сутки. При эндоскопическом исследовании выявлено прогрессирование язвенного дефекта, несмотря на проводимую терапию. В данном случае нам пришлось прибегнуть к хирургической коррекции, так как у больной имелась хроническая, пенетрирующая язва задней стенки луковицы ДПК. На операции в дне язвенного дефекта выявлен сосуд большого диаметра, относящийся, по-видимому, к бассейну панкреатодуоденальной артерии. В данном случае клипирование, безусловно, не могло иметь положительный эффект. Больной выполнена резекция желудка по Гофмейстеру–Финстереру, кровотечение остановлено. Однако в послеоперационном периоде состояние больной продолжало ухудшаться, и наступил летальный исход при явлениях нарастающей сердечно-легочной недостаточности.

В процессе работы нам встретилось одно осложнение. У больного после клипирования хронической язвы ДПК, которая располагалась по задней стенке, источником кровотечения была гастродуоденальная артерия. После клипирования возникло кровотечение под слизистую оболочку ДПК с её сдавлением на 2-е сутки. Во время операции была опорожнена гематома около 700 мл. Больной поправился.

**Выводы.** 1. Эндоскопическое наложение клипс на кровотокащие дефекты желудка и луковицы ДПК является весьма эффективным методом эндоскопического гемостаза.

2. Применение эндоскопического клипирования возможно как при острых, так и при хронических дефектах желудка и луковицы ДПК.

3. При выполнении данной методики у больных с хроническими дефектами необходимо дополнять клипирование диатермокоагуляцией проксимальных отрезков клипс и обкалыванием дефекта раствором адреналина.

4. При неэффективности первого сеанса эндоскопического гемостаза у больных с хроническими дефектами необходимо ставить вопрос о хирургической коррекции.

**БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК**

1. Асташов В.Л., Калинин А.В. Кровотечения из хронических гастродуоденальных язв: диагностика, тактика и хирургическое лечение // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии.—2002.—№ 1.—С. 16–23.
2. Бондарев Г. А. Динамика ургентной хирургической патологии в Курской области за 20 лет // Здравоохран. РСФСР.—1989.—№ 3.—С. 24–26.

3. Lieberman D. Gastrointestinal bleeding: initial management // Gastroenterol. Clin. North. Amer.—1993.—Vol. 4, № 4.—P. 723–736.
4. Rockall T.A., Logan R.F., Devlin H.B. et al. Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal haemorrhage in the United Kingdom // B. M. J.—1995.—Vol. 311.—P. 222–226.

Поступила в редакцию 21.06.2006 г.

М.П.Королев, Л.Е.Федотов, М.В.Антипова, Е.А.Павлова

**POTENTIAL OF ENDOSCOPIC HEMOSTASIS IN PATIENTS WITH GASTRODUODENAL BLEEDINGS**

The authors have analyzed their experiences with treatment of 61 patients using the method of endoscopic clipping: 24 of them had the source of bleeding in chronic ulcers of the duodenal bulb, 6 had chronic gastric ulcers, 15 had acute gastric ulcers, 2 had acute ulcers of the duodenal bulb, Mallory–Weiss syndrome was found in 2 patients, Dieulafoy syndrome in 10 patients and one patient had peptic ulcer of the gastro-entero-anastomosis. The endoscopic clipping was made in 11 patients, in 31 patients injections of adrenaline and coagulation were added, in 9 patients — coagulation only, in 2 patients — irrigation with caproferon, in 8 — adrenaline injections. In 57 out of 61 patients reliable hemostasis was achieved.



**АТЛЕТИКА**  
торговый дом  
ООО Биомеханические системы

## ПРИГЛАШАЕМ К СОТРУДНИЧЕСТВУ

врачей ортопедов-травматологов, неврологов, хирургов, нейрохирургов, гинекологов, врачей и специалистов ЛФК.

**Уважаемый доктор!**  
 Торговый дом «Атлетика» работает на рынке товаров медицинского назначения уже 12 лет. За эти годы компания стала признанным лидером на рынке ортопедической продукции, предназначенной для лечения, реабилитации, профилактики и спорта. Широкий ассортимент включает:

- ортопедические товары "FOSTA" (поддерживающие пояса, фиксаторы осанки, корсеты, противорадикулитные пояса, до- и послеродовые бандажи, фиксаторы конечностей и суставов),
- технические средства реабилитации «Ergoforce» (опоры, костыли, трости, ходунки, кресла-туалеты, инвалидные кресла, поручни),
- противопролежневые матрасы и полиуретановые бинты «Orthoforma»,
- массажные изделия и гимнастические мячи «ОРТОСИЛА»,
- ортопедические стельки и силиконовые изделия для ног «ComForma»,
- детскую ортопедическую обувь «ORTUZZI»,
- компрессионный трикотаж «Samilast»,
- и многие другие товары.

Более 4 000 врачей уже оценили преимущества сотрудничества с нами. Если Вы хотите присоединиться, ТД «Атлетика» готов предложить Вам **ВЗАИМОВЫГОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО**. Для этого заполните, пожалуйста, анкету и вышлите ее в наш адрес.

---

АНКЕТА\*

1. Личные данные
Линия отреза ✂

Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_  
 Тел. дом. \_\_\_\_\_ Тел. моб. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
 Дом. адрес\*\*: инд. \_\_\_\_\_, город \_\_\_\_\_, улица \_\_\_\_\_, дом/корпус \_\_\_\_\_, кв \_\_\_\_\_

2. Данные о месте работы

Полное название ЛПУ \_\_\_\_\_  
 Адрес учреждения: инд. \_\_\_\_\_, город \_\_\_\_\_, улица \_\_\_\_\_, дом/корпус \_\_\_\_\_  
 Отделение \_\_\_\_\_ Должность \_\_\_\_\_

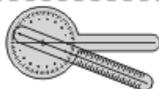
\* Заполнение данной анкеты не накладывает на Вас каких-либо обязательств. Данные анкеты не подлежат разглашению и передаче третьим лицам.  
 \*\* Заполняется по желанию.

---

✂ Линия отреза



**Каждому заполнившему — в ПОДАРОК гониометр**  
(прибор для измерения объема движения суставов).



Россия, 191040, Санкт-Петербург, Лиговский пр., 56 «А». Тел.: (812) 740 70 68, факс: (812) 740 70 66. Info@atletika.ru, www.atletika.ru