

УДК 616.33/342-005.1-08:616-072.1

*В.П. Сажин, С.В. Грыженко, В.М. Савельев,
В.А. Юришев, Д.Е. Климов, И.А. Наумов, И.В. Сажин,
А.А. Котельников*

ВРЕМЕННАЯ И ОКОНЧАТЕЛЬНАЯ ОСТАНОВКА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Рязанский государственный медицинский
университет им. акад. И.П. Павлова,
Новомосковская городская клиническая больница

*Ключевые слова: гастродуоденальные кровотечения,
эндоскопия, рецидив кровотечения.*

Достижения клинической хирургии, внедрение в практику эндоскопических методов диагностики и лечения, расширение арсенала медикаментозной противоязвенной терапии привели к снижению летальности при язвенных гастродуоденальных кровотечениях, однако ее уровень все еще остается высоким — общая летальность находится в пределах 10%, а послеоперационная — 6–35% [4, 8, 9].

Клиническая эндоскопия при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта сегодня играет ведущую роль в комплексе лечебно-диагностических мероприятий и считается методом выбора [2, 3, 8]. Эндоскопический гемостаз предполагает предварительную оценку источника кровотечения с двух позиций: 1) выбор эффективного приема остановки кровотечения, 2) прогнозирование возможного рецидива кровотечения из конкретного источника [4].

На основе ретроспективного анализа результатов лечения 328 больных, поступивших в Новомосковскую городскую клиническую больницу с 1996 по 2000 г. с диагнозом «эзофагогастродуоденальное кровотечение», определена роль диагностической, лечебной и динамической эзофагогастродуоденоскопии. В 2001–2005 гг. разработаны и выполнены в эксперименте (на 20 трупах) способы эндолапароскопического окончательного гемостаза при язвенной болезни желудка (патент на изобретение № 2264178 от 20 ноября 2005 г.). В клинических условиях при гастродуоденальных кровотечениях использованы традиционные открытые операции и лапароскопические резекции желудка, иссечение язвы 12-перстной кишки с пилоропластикой и ваготомией, парциальные резекции желудка у тяжелых больных.

В анализируемой группе преобладали мужчины — 232 человека (70,7%). Возраст больных колебался от 16 до 85 лет (в среднем — $50,1 \pm 15,2$ года). В 94 случаях (28,6%) источником кровотечения явилась язва желудка, в 209 (63,8%) — язва луковицы 12-перстной кишки, в 13 наблюдениях (4%) отмечена сочетанная форма язвенной болезни, у 12 человек (3,6%) язва располагалась в области гастроэнтероанастомоза. В 23 случаях (7%) язвенное кровотечение сочеталось с пилоробульбарным стенозом и пенетрацией.

Экстренная эзофагодуоденоскопия выполнена всем больным в течение часа от момента поступления в стационар с целью установления диагноза, проведения эндоскопического гемостаза и определения его устойчивости при остановившемся кровотечении (эндоскопы фирмы Olympus). Характер кровотечения оценивали по классификации Forrest. При первичном эндоскопическом осмотре в 234 случаях (71,4%) зарегистрирована картина состоявшегося кровотечения. Продолжающееся кровотечение (IA и IB по Forrest) наблюдалось у 94 человек (28,6%).

Лечебной эндоскопии уделено особое внимание в связи с высокой эффективностью эндоскопических вмешательств как самостоятельных методов лечения [10, 12] и как средств подготовки больных к хирургическим операциям [1, 7, 14]. С целью временной остановки кровотечения традиционно и широко применяется метод обкалывания слизистой оболочки вокруг язвы 0,1% раствором адреналина. Одновременное механическое сдавление (эффект жгута) и сосудосуживающее воздействие практически всегда приводят к временной остановке кровотечения или по крайней мере — к уменьшению его интенсивности. Это обстоятельство в ряде случаев позволяет применять инъекционные методы в качестве самостоятельных либо в комбинации с другими методами эндоскопического гемостаза (клеевые композиции, клипирование кровоточащего сосуда) [5, 6, 9, 11, 13].

Раствор вводили игольчатым инъектором фирмы Olympus прицельно в область тромбированного сосуда в дне язвы (при его визуализации) и/или в края язвы (при отсутствии дифференцируемого сосуда) либо чаще всего инфильтровали область сосуда, и края язвы. Выбор концентрации и количества раствора (1 мл 0,1% раствора адреналина разводили в 10 мл физиологического раствора) определялся преимущественно локализацией — т.е. толщиной стенки органа в области дефекта — и его размерами. Эффективность эндоскопического гемостаза оценивали на основании количества рецидивов кровотечения после его остановки. Отмечено, что рецидив возникал не только в случаях с его высоким риском, но и у лиц с предполагаемым низким уровнем угрозы рецидива кровотечения. При анализе группы больных с рецидивом кровотечения, с учетом язвенного анамнеза, соотношение первичной и вторичной верификации язвенной болезни было 1:1, т.е. в 14 случаях (50%) кровотечение явилось дебютом язвенной болезни.

Всем пациентам с продолжающимся кровотечением (IA и IB по Forrest) выполняли инъекционный гемостаз, но при этом отмечали признаки неустойчивой остановки кровотечения во всех случаях (рыхлый фиксированный алый или темно-вишневый сгусток крови на дне и/или на краях язвы) практически во всех случаях. При продолжающемся кровотечении, когда удавалось определить локализацию источника (чаще встречался фиксированный тромб дна язвы), инъекции адреналина выполняли последовательно:

паравазально, затем в основание тромба (сосуда) и заканчивали инфильтрацией краев язвенного дефекта, т.е. воздействовали как на «приводящий», так и на «отводящий» участки сосуда. При состоявшемся язвенном кровотечении инфильтрацию проводили без определенной последовательности. В случаях массивного поступления крови, которая затрудняла визуализацию кровоточащего сосуда (2 наблюдения), сначала выполняли инфильтрацию по окружности язвенного дефекта в 3–4 точках, а затем последовательно инфильтровали ткани раствором.

111 больных, после первичного эндоскопического гемостаза адреналином, мы разделили на две группы: в 1-ю вошли 83 человека с окончательным гемостазом (безрецидивное течение) и дальнейшим успешным медикаментозным противоязвенным лечением, во 2-ю группу — 28 больных с рецидивом кровотечения. Причем только в 17 случаях из 111 по результатам первичной эзофагодуоденоскопии кровотечение было состоявшимся. Рецидив кровотечения после инъекционного гемостаза адреналином развился в первые сутки у 19 больных (67%), на 2–3-и сутки — у 3 (11%), на 4–6-е — у 5 (18%). В 1 (4%) случае рецидив зарегистрирован на 10-е сутки. Динамические эзофагодуоденоскопии позволили у большинства пациентов в ранние сроки выявить развившийся рецидив и своевременно провести лечебные мероприятия.

Все больные с рецидивом язвенного кровотечения оперированы в экстренном порядке. Решение о выборе метода вмешательства прежде всего зависело от тяжести состояния больного и, безусловно, от локализации и характера язвы. Наиболее часто использовалась дистальная резекция желудка (21 случай — 75%), причем в 12 наблюдениях язвы локализовались в желудке, в 8 — в двенадцатиперстной кишке, в 1 случае зарегистрирована сочетанная форма язвенной болезни. Трем больным (10,7%) проведены органосохраняющие паллиативные вмешательства: ушивание язв желудка и двенадцатиперстной кишки (2), иссечение язвы двенадцатиперстной кишки с пилоропластикой по Финнею (1). Ререзекция выполнена в 4 случаях (14,3%). Кровотечение из язвы гастроэнтероанастомоза, которое развилось после резекции 2/3 желудка по Бильрот II в модификации Гофмейстера-Финстерера, отмечено в 2 случаях. Больным проведен эффективный эндоскопический гемостаз инъекциями адреналина на физиологическом растворе с последующей успешной противоязвенной медикаментозной терапией.

Таким образом, частота рецидивов кровотечения в стационаре составила 13,1%, хирургическая активность — 34,8% (экстренная — 20,4%), эндоскопическая активность, с учетом повторного гемостаза — 40,5%, общая летальность — 7%. Непосредственные причины смерти — пневмония (3 — 0,9%), острая сердечная недостаточность (7 — 2,1%), инсульт (1 — 0,3%), полиорганная недостаточность (9 — 2,7%), геморрагический шок при отказе от операции (3 — 0,9%). По-

слеоперационная летальность составила 9,5%, среди ее причин — острая сердечная недостаточность (2 — 1,7%), пневмония (2 — 1,7%), полиорганная недостаточность (7 — 6,1%).

Несмотря на высокую эффективность инъекционного гемостаза адреналином, при наличии эндоскопических и клинико-лабораторных факторов, свидетельствующих о высоком риске рецидива кровотечения, его следует считать временным. Окончательная остановка кровотечения — прерогатива оперативного лечения, при этом главной целью остается устранение источника возникшего осложнения. Однако известно, что оперативное вмешательство в ранние сроки у тяжелых больных сопряжено с высокой летальностью.

На наш взгляд, промежуточным звеном между повторными эндоскопическими исследованиями и радикальными операциями у тяжелых больных могут стать комбинированные (внутрижелудочные) методы остановки кровотечения, которые при умелом применении и отработке последовательности использования могут претендовать на методы окончательного гемостаза.

Особенностью разработанных способов эндоскопической остановки кровотечения является применение временной лапароскопической гастростомии («ворота доступа») под эндоскопическим внутрижелудочным контролем. После проведенных внутрижелудочных эндоскопических мероприятий с целью остановки кровотечения (временный гемостаз), через троакар «ворот доступа» в просвет желудка вводится инструмент, позволяющий прошить единичными стежками слизистую оболочку по окружности язвенного кратера так, чтобы в последующем швы располагались против предыдущих, т.е. прошивание слизистой оболочки вокруг язвенного дефекта должно быть всегда парным (4, 6, 8 и т.д.).

В первом случае свободные концы нитей интракорпорально поочередно попарно (нити, расположенные друг против друга) связываются до полного смыкания складок слизистой оболочки над язвой (эффект бутона), или проводится фиксация нитей сомкнувшихся краев клипсой. Во втором случае свободные концы нитей выводятся наружу игло-манипулятором через мини-троакар (чрескожный лапароскопический гастропункциз), пунктирующий дно язвы. Равномерное натягивание нитей позволяет полностью укрыть язву листками прошитой слизистой оболочки и герметизировать пункционное отверстие в ее дне. Со стороны брюшной полости натянутые нити фиксируются эндоклипсой с одновременным эндоскопическим внутрижелудочным контролем (необходимо стремиться, чтобы сформированные складки слизистой оболочки полностью накрывали язвенный кратер).

Таким образом достигается окончательный гемостаз. Пункционные отверстия ушиваются и перитонизируются сальником. К области ушитых

отверстий стенки желудка подводятся контрольные дренажи.

ВЫВОДЫ

1. Лечебная эндоскопия с применением инъекций адреналина является ведущим звеном в комплексе лечебно-диагностических мероприятий первого этапа специализированной помощи при язвенных гастродуоденальных кровотечениях и с учетом факторов риска рецидива кровотечения может использоваться как для временного, так и для окончательного гемостаза.
2. При язвенных гастродуоденальных кровотечениях индивидуальная хирургическая тактика должна основываться на выделении групп больных с факторами риска рецидива кровотечения, и в зависимости от степени риска необходимо выбирать метод дальнейшего лечения.
3. Преимуществом разработанных вариантов комбинированной эндоскопической остановки гастродуоденального кровотечения является достижение адекватного стойкого гемостаза и снижение операционного травматизма.

Литература

1. Ботвинов А.М. *Острые кровотечения из верхнего отдела пищеварительного тракта*. — М.: Мед. уни-циатива, 1998.
2. Гури Н.Н., Логун К.В. // *Вестн. хир.* — 1997. — № 3. — С. 101–105.
3. Королев М.П., Федоров Л.Е. // *Вестн. хир.* — 1999. — № 3. — С. 16–20.
4. Короткевич А.Г., Меньшов В.Ф. *Эндоскопический прогноз и профилактика рецидивных кровотечений: метод. рекомендации*. — Ленинск-Кузнецкий, 1998.
5. Оганесян С.С., Апоян В.Т. // *Эндоскоп. хир.* — 2002. — № 1. — С. 9–15.

6. Панцырев Ю.М., Федоров Е.Д. *Диагностика и лечение кровотечений из верхних отделов пищевари-тельного тракта с использованием эндоскопических вмешательств: метод. рекомендации*. — М., 2001.
7. Савельев В.С., Буянов В.М. *Руководство по клиниче-ской эндоскопии*. — М.: Медицина, 1985.
8. Стойко Ю.М., Багненко С.Ф. // *Хирургия*. — 2002. — № 8. — С. 32–35.
9. Федоров Е.Д., Михалев А.И. // *РЖГГК*. — 2002. — № 1. — С. 9–18.
10. Hokari K., Kato M. // *Rinsho-Byori*. — 2001. — Vol. 49, No. 4. — P. 345–351.
11. Rollhauser C., Fleischer D.E. // *Baillieres-Best-Pract-Res-Clin-Gastroenterol.* — 2000. — Vol. 14, No. 3. — P. 391–410.
12. Skok P. // *Endoscopy*. — 1998. — Vol. 30, No. 7. — P. 590–594.
13. Sofia C., Portela F., Gregorio C., Rosa A. // *Hepatogas-troenterology*. — 2000. — Vol 47, No. 35. — P. 1332–1336.
14. Winkeltau G.J., Schumpelick V., Truong S.N., Arlt G. // *Zentralbl. Chir.* — 1995. — Vol. 120, No. 2. — P. 110–115.

Поступила в редакцию 15.03.2006.

TEMPORARY AND FINAL FIXING OF THE ULCERATIVE GI BLEEDINGS

V.P. Sazhin, S.V. Gryzhenko, V.M. Savelyev, V.A. Yurishv, D.E. Klimov, I.A. Naumov, I.V. Sazhin, A.A. Kotelnikov

Ryazan State Medical University, Novomoskovsk City Hospital
Summary — The retrospective analysis of 328 cases of esophageal-duodenal bleedings at patients in the age of 16-85 years is done. To stop the bleeding in 111 cases authors used endoscopy with injection into the source of bleeding (ulcer) of 0.1% solution of epinephrine. Relapse of a bleeding is registered at 28 patients who underwent urgent surgery. It is judged, that endoscopic injection at high risk of relapse of a bleeding is a temporary measure, and a final stop of a bleeding should be surgical. There is a discussion about combined endoscopic intragastric methods of stop of bleeding which can provide a final hemostasis.

Pacific Medical Journal, 2007, No. 1, p. 35–37.

УДК 616.12-008.311/318-053.2:615.847

Л.И. Свинцова, И.А. Ковалев, О.Ю. Мурзина,
С.В. Попов, И.В. Антонченко

ТАХИАРИТМИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ: ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ

НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Ключевые слова: тахикардии, электроимпульсная терапия, радиочастотная абляция.

Тахикардии являются наиболее частыми и клинически значимыми нарушениями ритма сердца у детей раннего возраста. Суправентрикулярные тахикардии (СВТ) у детей без пороков сердца встречаются с частотой от 1:250 до 1:1000. Примерно у 50% детей СВТ диагностируется в периоде новорожденности [9]. У 9–14% новорожденных с нарушениями ритма серд-

ца регистрируются эпизоды трепетания предсердий [12]. Желудочковые тахикардии у детей встречаются значительно реже — с частотой 1:70 по отношению к СВТ [6]. Пациенты раннего возраста составляют особую группу — у них аритмии имеют особенности как в этиологии, так и в клинических проявлениях. В анамнезе у детей первых лет жизни, страдающих аритмиями, с высокой частотой встречаются асфиксия, недоношенность, патология беременности, патологическое течение родов [6]. Особенностью клинки аритмий у данной категории пациентов является быстрое развитие недостаточности кровообращения. Лечение тахикардий у детей первого года жизни является чрезвычайно трудной задачей, что обусловлено частым развитием проаритмогенных эффектов антиаритмической терапии, а также сложностью дозирования таблетированных антиаритмиков, с одной стороны, и высоким риском радиочастотной абляции (РЧА) — с другой [1, 12]. Внутрисердечное электро-