

СОЧЕТАННЫЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Р.Н. КАДЫРОВ, Ю.М. АХМЕДОВ, Ф.О. МИЗАМОВ, Н.А. КУРБОНОВ, Б.П. НОРМАМАТОВ

1 - Самаркандский Филиал Республиканского Научного Центра Экстренной Медицинской Помощи;

2 - Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ЯРА ЭТИОЛОГИЯЛИ ҚОН КЕТИШЛАРДА ЭНДОСКОПИК ГЕМОСТАЗНИНГ ХИЛМА ХИЛ УСУЛАРИНИ ҚЎЛЛАШ

Р.Н. КАДИРОВ, Ю.М. АХМЕДОВ, Ф.О. МИЗАМОВ, Н.А. КУРБОНОВ, Б.П. НОРМАМАТОВ

1 - Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Самарканд филиали;

2 – Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд шаҳри

COMBINED ENDOSCOPIC GEMOSTAZ UNDER ULCEROUS BLEEDINGS

R.N. KADIROV, YU.M. AHMEDOV, F.O. MIZAMOV, N.A. KURBONOV, B.P. NORMAMATOV

1 - Samarkand Branch of the Republican Scientific Centre Emergency Medical Help;

2 - Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Эндоскоп ёрдамида қон кетиш манбасига тўғри таъсир қилиб қон кетишни тўхтатишда қўллаб эндоскопик гемостаз усуллари қўлланилмоқда. Эндоскопик гемостаз борасида термик (электрокоагуляция), инъекцион (инфильтратив), (адреналин, этанол, склерозантлар), механик (эндоклипши) каби усуллар қўлланилмоқда. Яра этиологияли гастродуоденал қон кетишлар кузатишган 625 беморда ўтказилган клиник текширишлар натижалари таҳлил қилиш борасида, шундан 283 нафар беморда давом этувчи қон кетиш аниқланган. Яра этиологияли гастродуоденал қон кетишларда анъанавий ва юқори самара берувчи юқори технологик эндоскопик гемостаз усуллари фаол давом этувчи қон кетиш ва қон тўхтаган ҳолатларда биргаликда қўллаш мажбурий операциялар сонини камайтиришига олиб келади.

Калит сўзлар: Яра касаллиги, ошқозон, ун икки бармоқ ичак, гастродуоденал қон кетиш.

To influence the source of bleeding with an endoscope, various methods of endoscopic hemostasis are used. In the endoscopic service, such methods of hemostasis as: thermal (electrocoagulation), injectable (infiltrative) (adrenaline, ethanol, sclerosants), mechanical (endocliping) are used. As a result of the analysis of clinical studies conducted in 625 patients with gastroduodenal bleeding, among which in 283 cases continued bleeding. It has been proved that the active use of both traditional and high-tech methods of endoscopic hemostasis, which have high efficiency with continuing bleeding and which has taken place, contributes to a reduction in the number of forced operations.

Keywords: Gastroduodenal bleeding, peptic ulcer disease, stomach, duodenum.

Введение. По данным литературы, на долю язвенной болезни в этиологии гастродуоденальных кровотечений приходится от 40 до 62% [1, 2, 3, 4, 10], летальность от гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии остается высокой и колеблется от 8 до 30% [7, 6, 8, 10], при этом наиболее высокий уровень летальности (до 60%) приходится на пациентов пожилого и старческого возраста и на больных, перенесших массивную кровопотерю на догоспитальном этапе [8, 9, 10, 11]. Эффективное применение эндоскопических методов гемостаза позволяет снизить процент операций, производимых на высоте кровотечения, а в некоторых случаях и вовсе избежать оперативного лечения. Активное использование как традиционных, так и высокотехнологических методов эндоскопического гемостаза привело к достоверному снижению хирургической активности при данной патологии в несколько раз. По мнению ряда авторов, у больных с гастродуоденальным кровотечением, имеющим высокий операционный и анестезиологический риск, сочетанное

применение противоязвенной терапии, методов фармакологического и эндоскопического гемостаза в большинстве случаев позволяет избежать оперативного вмешательства и тем самым снизить летальность [5, 12]. Очевидно, что для пациентов с массивной кровопотерей радикальные операции непереносимы, поэтому в литературе появилось понятие «операций отчаяния». Производимые на высоте кровотечения при крайней тяжести состояния пациента, эти операции осуществляются в минимальном объеме (прошивание, иссечение кровоточащей язвы) и направлены на спасение жизни больного.

Материал и методы. В Самаркандском филиале РНЦЭМП под наблюдением и лечением находилось 625 больных по поводу гастродуоденального кровотечения с 2015 по 2017 года, в возрасте от 7 до 89 лет. У 283 пациентов отмечалось продолжающееся кровотечение. Характер кровотечения и его источник определяли при экстренной эзофагогастродуоденоскопии. Для характеристики типа гастродуоденального кровотечения

были использованы эндоскопические критерии классификации Forrest. Пациентов с продолжающимся кровотечением типа Forrest 1a (F1a) было 8 (1,3%), F1b - 205 (32,8%), с состоявшимся кровотечением типа F2a - 70 (11,2%), F2b - 197 (31,5%), F2c - 145 (23,2%).

Используемое оборудование фирмы «Olympus» видеогастродуоденоскопы CV-1;240 и гастродуоденоскоп фирмы «Pentax» FG-29V Япония. Инструментарий: инъекторы многоразового применения, зонды для монополярной коагуляции, клипатор NX-610-135L производства фирмы «Olympus», Япония.

Лечение начинали с эндоскопического гемостаза с использованием метода спиртовой инфильтрации (35% раствор), электрокоагуляции, эндоклипирования сосуда в язве или комбинации методов. В случае отсутствия эффекта от первичного эндоскопического гемостаза при кровотечении типа F1a больного направляли в экстренную операционную для оперативного лечения, при кровотечении типа F1b допускались повторные попытки гемостаза до получения положительного эффекта. Далее на фоне проводимого интенсивного консервативного лечения, включающего гемостатическую, гемозаместительную терапию, болюсное и инфузионное введение современных антисекреторных препаратов, в среднем в интервалы через 6-8 часа выполняли эндоскопический контроль за надежностью гемостаза.

Эндоскопический гемостаз предпринят в 283 случаях продолжающегося кровотечения (45%), в остальных - угроза рецидива кровотечения.

Применены следующие методики гемостаза или профилактики рецидивов кровотечения:

- инъекционная инфильтрация участка слизистой с источником кровотечения – в 283 случаях (раствором адреналина гидрохлорида 1: 10 000 в объеме 5-10 мл; раствором склерозирующих веществ: 35% этилового спирта, 1% этоксисклерола);
- прицельная диатермокоагуляция монополярным зондом во всех 283 случаях. Рецидив кровотечения было у 7(2,47%) пациентов, которым проводились диатермокоагуляция с клипированием сосуда на дне язвы.
- Сочетанный эндоскопический гемостаз с эндоклипированием участка слизистой с источником кровотечения - 12(4,24%)

Рецидив кровотечения возник у 2 пациентов (0,71%), которые были прооперированы. Летальных исходов в раннем послеоперационном периоде не было. Состоявшееся кровотечение на момент осмотра было выявлено у 412 (65,9%) пациентов.

Основу консервативной терапии у больных после остановки кровотечения составила базисная

терапия, которая включала:

- 1) использование препаратов с гемостатическим и кровезаместительным эффектом (внутривенное введение нативной плазмы, криопреципитата, эритроцитарной массы, аминокaproновой кислоты, внутримышечное введение дицинона, этамзилата натрия);
- 2) инфузионную терапию в объеме, соответствующем уровню гиповолемии, в составе, необходимом для коррекции нарушений гомеостаза;
- 3) антисекреторную терапию: внутривенное введение блокаторов протонной помпы, прием антацидных гелей.
- 4) лечение *H. Pylori*-инфекции — больным с хроническими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки при выписке рекомендовали проведение амбулаторного курса эрадикационной терапии.

Результаты и обсуждения. Все манипуляции мы выполняли в условиях специально оборудованного эндоскопического кабинета. При этом обязательным является, что при проведении манипуляции необходимо обеспечить снижение перистальтики и поддержание нормального уровня артериального давления. Поскольку гипертония способствует рецидиву кровотечения, а гипотония не позволяет оценить эффективность гемостаза в момент проведения манипуляции.

Анализ полученных данных показал эффективность метода сочетанного эндоскопического гемостаза при продолжающемся кровотечении F1a составила 75%, а при F1b — 100%. Наибольшей эффективностью при небольшом числе наблюдений обладали высокотехнологичные методы (электрокоагуляция, эндоклипирование, комбинация методов). У больных с состоявшимся (спонтанно остановившимся) кровотечением типа F2a активная эндоскопическая тактика, заключалась в профилактике рецидива кровотечения методом спиртовой инфильтрации.

Как показали наши исследования, необходимым условием эффективной профилактики кровотечения F2a считаем инфильтрацию слизистой «под сгусток». Все случаи отсутствия эффекта от гемостаза были у пациентов с язвами, локализованными на задней стенке двенадцатиперстной кишки. Они составили 0,71%, которые были экстренно оперированы. Показаниями к экстренному хирургическому вмешательству у больных с гастродуоденальными кровотечениями было отсутствие эффекта от эндоскопического гемостаза при продолжающемся кровотечении (тип F1a). Определив, что операция, производимая по экстренным показаниям при продолжающемся гастродуоденальном кровотечении, должна быть направлена, прежде всего, на спасение жизни больного и поэтому иметь минимальный объем, при этом обеспечивать надежный гемостаз и сохранение пассажа пищи по желудочно-

кишечному тракту. Расширение объема оперативного вмешательства при нестабильных показателях гемодинамики в условиях продолжающегося или массивного состоявшегося кровотечения крайне опасно для жизни больного и должно быть строго обосновано.

Операцией выбора при кровоточащей язве желудка считаем ее иссечение с проксимальной ваготомией и пилоропластикой. Такой метод операции наиболее целесообразен в условиях продолжающегося кровотечения. Двум пациентам с локализацией язвы на задней стенке луковицы 12-типерстной кишки выполнено прошивание кровоточащего сосуда в язве. Эндоскопический гемостаз у 283 больных с продолжающимся кровотечением (F1a и F1b) был эффективен в 99,3% случаев. Отсутствие эффекта от гемостаза у 2(0,71) из 283 пациентов с ненадежным эффектом повторного гемостаза были экстренно оперированы.

Выводы:

1. Установлено, что положительный процент эндоскопического гемостаза при кровотечении из желудка и 12-типерстной кишки является обезболивание и снижение перистальтики желудочно-кишечного тракта в специализированном эндоскопическом кабинете.
2. Сравнительная оценка эндоскопического гемостаза при кровотечении из желудка и 12-типерстной кишки, показала надежность эндоскопического клипирования сосуда кровоточащей язвы.
3. Доказано, что сочетание эндоскопического гемостаза при кровотечениях из желудка и 12-типерстной кишки – инъекционно-инфильтративного метода, диатермокоагуляции и клипирование, в сочетании с консервативными методами терапии являются более надежной тактикой ведения данной категории больных.

Литература:

1. Джитава И.Г., Кан В.И., Силуянов С.В., Смирнова Г.О. Хирургическая тактика при желудочно-кишечных кровотечениях у пожилых. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2009. - С. 98-110.
2. Ступин В.А., Силуянов С.В., Смирнова Г.О., Собиров М.А. Современные подходы к лечению кровотечений из острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки. // Хирургия. - 2010. - №8. - С. 51-98.
3. Степанов Ю.В., Залевский В.И., Косинский А.В. Желудочно-кишечные кровотечения. // Хирургия. - 2011. - №14. - С. 179.
4. Федоров Е.Д., Михалев А.И., Орлов С.Ю., Тимофеев М.Е., Чернякевич П.Л., Плахов Р.В. Эндоскопическая диагностика и остановка острых гастродуоденальных кровотечений и прогнозирование

риска их рецидивов. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2009. - №4. - С. 46.

5. Садыков У.С., Кыжыров Ж.Н., Капанова Г.Ж. Роль эндоскопии в диагностике и лечении кровотечениях из острых гастродуоденальных язв в клинической практике. // Вестник Казахского Национального медицинского университета. - 2012. - №1. - С. 283 - 287.
6. Катанов Е.С., Спиридонов Л.Л., Трофимов Д.Н., Антонов В.Б., Кудряев Ю.И. Современные методы лечения желудочно-кишечных кровотечений. // Вестник хирургии. - №4. - 2008. - С. 1-10.
7. Еров С.А. Тактика при желудочно-кишечных кровотечениях у больных высокого хирургического и анестезиологического риска: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2007. – 21 с.
8. Мусинов И.М. О язвенных желудочно-кишечных кровотечениях. Причины рецидивов. Состояние системы гемостаза. Лечение: автореф. дис. ... докт. мед. наук. – СПб., 2007. – 38с.

СОЧЕТАННЫЙ ЭНДСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Р.Н. КАДЫРОВ, Ю.М. АХМЕДОВ,
Ф.О. МИЗАМОВ, Н.А. КУРБОНОВ,
Б.П. НОРМАМАТОВ

- 1 - Самаркандский Филиал Республиканского Научного Центра Экстренной Медицинской Помощи;
- 2 - Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

Для воздействия на источник кровотечения при помощи эндоскопа, применяются различные методы эндоскопического гемостаза. В эндоскопической службе применяются такие методы гемостаза как: термические (электрокоагуляция), инъекционные (инфильтративные) (адреналин, этанол, склерозанты), механические (эндоклипирование). В результате анализа клинических исследований, проведенных у 625 пациентов с язвенным гастродуоденальным кровотечением, среди которых в 283 случаях продолжающееся кровотечение. Доказано, что активное применение как традиционных, так и высокотехнологических методов эндоскопического гемостаза, обладающие высокой эффективностью при продолжающемся и состоявшемся кровотечении, способствует сокращению числа вынужденных операций.

Ключевые слова: язвенная болезнь, желудок, двенадцатиперстная кишка, гастродуоденальное кровотечение.