

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

И.Б. МУСТАФАКУЛОВ, М.И. РУСТАМОВ, У.Т. МАХРАМОВ, З.А. ДЖУРАЕВА

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ЎН ИККИ БАРМОҚ ИЧАК ЯРАСИДАН ҚОН КЕТГАНДА ЭНДОСКОПИК УСУЛДА ҚОН КЕТИШИНИ ТЎХТАТИШ

И.Б. МУСТАФАКУЛОВ, М.И. РУСТАМОВ, У.Т. МАХРАМОВ, З.А. ДЖУРАЕВА

Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон республикаси. Самарканд

ENDOSCOPIC HEMOSTASIS IN DUODENUM ULCER BLEEDING

I.B. MUSTAFAKULOV, M.I. RUSTAMOV, U.T. MAXRAMOV, Z.A. DJURAEVA

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Ошқозон-ичак йўли юқори қисмидан қон кетиши билан касалланган 50 нафар беморларда даво самарадорлиги ўрганилди. Уларга консерватив терапия, эндоскопик гемостаз ва хирургик даво усуллари қўлланилган. Давомли қон кетишларда аргонплазмали коагуляция қўлланилган.

Калит сўзлар: қон кетиши, эндоскопик гемостаз, хирургик даво, аргонплазмали коагуляция.

The results of treatment of 50 patients with bleeding from the upper sections of the gastrointestinal tract were analyzed. Methods of conservative therapy, endoscopic hemostasis and surgical treatment were used. The effectiveness of argon-clotting coagulation with continuing bleeding is shown.

Key words; bleedings, endoscopic hemostasis, surgical treatment, argon plasma coagulation.

Введение. Одной из наиболее актуальных проблем неотложной абдоминальной хирургии продолжает оставаться тактика ведения больных с кровотечениями из пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), равно как и выбор оптимального фармакологического средства, обеспечивающего надежный гемостатический эффект [1, 3]. Так, согласно классификации В.С. Савельева, кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта подразделяются на кровотечения собственно язвенной этиологии, а также геморрагические осложнения, вызываемые другими причинами. По данным различных авторов, ГДК составляют 38,6-88,0% всех геморрагических осложнений заболеваний пищеварительного тракта [8].

В то же время количество неотложных вмешательств в связи с кровотечением из язвы увеличилось [1, 3]. Это обусловлено тем, что в 38,7% случаев современная противоязвенная терапия малоэффективна, а у 17,3-61,1% больных отмечен рецидив заболевания в течение года.

Материалы и методы. В Самаркандском филиале научного Центра экстренной медицинской помощи нами проведен анализ результатов лечения 50 пациентов с острыми ЯГДК. Все пациенты во время первичной неотложной ЭГДС на этапе принятия решения о методе эндоскопического гемостаза были разделены на две группы методом блоковой стратификационной рандомизации путем вскрытия запечатанных конвертов. В группы вошло по 25 пациентов: обе группы полностью сравнимы по основным исходным характеристикам. Пациенты с характеристиками F He и F III в исследование не включались. ЛПК и БидК выполняли через инструментальный канал опера-

ционного панэндоскопа EVIS IT-140 (Olympus. Япония) с использованием электроблока ICC-200 + APC-300, торцевых и боковых зондов-аппликаторов для АПК (все - F.RBE. Германия), биполярного электрода Gold probe (Microvasive, США) со встроенной инъекционной иглой для БидК. АПК производили при объемной скорости потока аргона 2 л/мин и электрической мощности 60 Вт. с расстояния 2-10 мм от поверхности объекта. 4-5 импульсами, продолжительностью несколько секунд каждый. После завершения эндоскопического гемостаза все пациенты с высоким риском рецидива ЯГДК получали антисекреторную терапию ИПП (лосек 160 мг/сут) под контролем 24-часовой pH-метрии. Пациенты с невысоким риском рецидива ЯГДК также получали антисекреторную терапию ИПП (лосек 40 мг/сут). Все пациенты получали антихеликобактерную терапию: амоксицилин 2 г/сут. кларитромицин 1 г/сут. в течение 7-10 дней. Динамические ЭГДС выполнялись всем пациентам на 2, 3 (только пациентам с высоким риском рецидива ЯГДК). 4, 7, 14 и 28-е сутки от первичного осмотра. В случае необходимости в ходе проведения динамических ЭГДС выполнялась профилактика рецидива кровотечения ранее использованным методом гемостаза.

Результаты. Возобновление кровотечения в процессе выполнения эндоскопического гемостаза наблюдалось у 3 (12%) пациентов из 25 в группе АПК и значительно чаще - у 7 (28%) пациентов из 25 в группе БидК. Подтвердился хорошо известный эндоскопистам эффект «приваривания и отрыва» коагулированного участка при контактом способе термического гемостаза. АПК в изолированном виде была выполнена у 22 (88%)

больных. БидК - у 18 (72%): соответственно у 3 (12%) больных в группе АПК и у 7 (28%) больных в группе БидК. в соответствии с протоколом научного исследования, потребовалось комбинированное использование коагуляционного и инъекционного метода (инъекция физиологического раствора с адреналином) эндоскопического гемостаза. Первичный эндоскопический гемостаз избранным методом был достигнут у всех 25 (100%) больных в группе АПК и у 24 (96%) больных в группе БидК. У 1 (4%) пациента в группе БидК остановить кровотечение биполярной диатермокоагуляцией. в том числе в комбинации с инъекцией адреналина, не удалось из-за крайне неудобного для прямого воздействия электродом расположения кровоточащей язвы гастроэнтероанастомоза. По результатам 24-часовой рН-метрии, которая выполнялась с момента завершения первого эндоскопического вмешательства и на протяжении трех первых суток всем пациентам с высоким риском рецидива кровотечения, в обеих группах среднесуточные показатели рН в желудке постоянно поддерживались на безопасном уровне - более 5 на фоне непрерывной внутривенной инфузии лосека в максимальной дозировке. Доля времени, при котором рН в желудке сохранял безопасные значения, составила 93,4% в первые сутки, 86,7% - во вторые и 90,3% - в течение третьих суток. В ходе динамических ЭГДС дополнительный гемостаз первично использованным методом в связи с наличием обнаженных сосудов в дне язвы успешно выполнили у 4 (16%) больных в группе АПК и у 5 (20%) больных в группе БидК. Рецидивов кровотечения не наблюдали ни в одном случае. Ни один пациент не был оперирован в неотложном порядке. Осложнений во время выполнения эндоскопических вмешательств и в ближайшие сроки после их завершения также не было. Летальный исход у одной (2%) пациентки наступил на 32-е сутки после поступления в результате легочно-сердечной недостаточности на фоне декомпенсации сопутствующей патологии.

Заключение. Анализ основных результатов продолжающегося проспективного рандомизированного исследования показывает, что сравниваемые методы эндоскопического гемостаза по основным показателям обладают равными и эффективными возможностями в отношении остановки и профилактики рецидивов ЯГДК. а также равной степенью безопасности, независимо от примененного метода первичного эндоскопического гемостаза. Важнейшим компонентом успеха неоперативного лечения ЯГДК является использование комплексного медикаментозного лечения с адекватной антисекреторной терапией ингибиторами протонной помпы.

Литература:

1. Багненко С.Ф. и соавт. Рецидивные язвенные желудочно-кишечные кровотечения. СПб: Невский диалект; М: БИНОМ. Лаборатория знаний 2009; 256.
2. Белобородов В.А. и соавт. Прогноз рецидива кровотечения и его профилактика при хронических гастродуоденальных кровотечениях (сообщение 2). Сибирский мед журн 2010; 8: 5-8.
3. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии. Патогенез, диагностика, лечение. М: ГЭОТАР-Медиа 2008; 384.
4. Ермолов А.С. и соавт. Тактика лечения больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением. тез. докл. III конгр. моск. хирургов, 14-15 мая 2009 г. М: ГЕОС 2009; 43-44.
5. Казымов И.Л. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений. Хирургия 2007; 4: 22-27.
6. Лебедев Н.В., Климов А.Е. Лечение больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Хирургия 2009; 11: 10-13.
7. Мусинов И. М. Острый язвенные желудочно-кишечные кровотечения. Причины рецидива, состояние системы гемостаза, лечение: Автореф. дисс. д-ра мед наук.-М., 2008. -58с.
8. Мусинов И.М. Роль эндоскопического гемостаза в лечении кровотечений из хронических гастродуоденальных язв. Актуальные вопросы военно-морской медицины в период социально-экономических реформ: Сб. материалов науч.-практ. конф., СПб 2005; 92-93.
9. Нежелский В.В. Эндоскопическая остановка и профилактика кровотечений каппрофером при гастродуоденальных язвах. Тезисы докладов IX Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии (Москва, 15-17 февраля 2007). //Эндоскопическая хирургия 2007.-1.-С. 140/

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

И.Б. МУСТАФАКУЛОВ, М.И. РУСТАМОВ,
У.Т. МАХРАМОВ, З.А. ДЖУРАЕВА

Проанализированы результаты лечения 50 больных с кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Были использованы методы консервативной терапии, эндоскопического гемостаза и хирургического лечения. Показана эффективность аргонплазменной коагуляции при продолжающихся кровотечениях.

Ключевые слова: кровотечения, эндоскопический гемостаз, хирургическое лечение, аргонплазменная коагуляция.