

4. Эзофагогастродуоденалды қан кетумен түскен науқастарды емдеу кезінде біз белсенді – күту тактикасын ұстанамыз және волемиялық өзгерістерінің фазаларын ескереміз.

Әдебиеттер:

1. Калдыбаев М.А. Изменения водных разделов у больных с гастродуоденальными кровотечениями. – Хирургия. - 1982. - № 3. – С. 23-25.
2. Горбашко А.И. Желудочно-кишечные кровотечения. - Москва. - 1984.
3. Калдыбаев М.А. Волемические нарушения при желудочно-кишечных кровотечениях. Дис. канд. мед. наук. – Москва. - 1977. -
4. Лукомский Г.И., Алексеев М.Е. с соавт. В книге «Пути коррекции метаболических расстройств в экстренной и плановой хирургии». – М. 1976. – С. 130-139.

5. Калдыбаев М.А. с соавт. Некоторые аспекты комплексной терапии острых гастро-дуоденальных кровотечений. Материалы XXII Пленума Правления Всесоюзного Общества хирургов и V съезда хирургов Казахстана. – Алматы. – 1990. – С. 82-84.

6. Калдыбаев М.А., Қанафина М.М. Асқазан-ішек ойық жарасының қанауына байланысты хирургиялық тактиkanı патофизиологиялық тұрғыда негіздеу. – Хирургия. - 2010. - № 3. – С. 148-154.
7. Юсков В.Н. Хирургия в вопросах ответа. - Ростов на Дону. – 2000.
8. Братусь В.Д. Острые желудочные кровотечения // Здоровье. –Киев. -1972. – С. 288-347.
9. Стручков В.И., Луцевич Э.В. Желудочно-кишечные кровотечения и фиброэндоскопия.

УДК 616.381-072.15

РОЛЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ЯЗВЕННОГО ГЕНЕЗА

А. И. Тусупбаев

ГКП на ПХВ «Городская больница №1», г. Астана

Широкое применение лечебной эндоскопии у больных с язвенными желудочно-кишечными кровотечениями позволяет избежать хирургического вмешательства на высоте кровотечения, особенно у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией и снизить общую летальность.

Асқазан ойық жарасынан қан кету кезіндегі эндоскопиялық гемостаздың ролі

Асқазанның ойық жарасынан қан кету кезінде эндоскопиялық гемостаз тәсілдерін кеңінен қолдану, әсіресе қосымша ауыр патологиялары бар науқастарға, жедел операция жасаудан сақтайды және жалпы летальдық көрсеткішті төмендетеді.

Role of endoscopic haemostasis at bleeding peptic ulcers

Wide application of medical endoscopy at patients with bleeding peptic ulcers allows to avoid surgical intervention at height of bleeding, especially at patients with a heavy accompanying pathology and to lower the general lethality.

Срочный гемостаз при острых желудочно-кишечных кровотечениях остается одной из актуальных проблем urgentной хирургии. Наиболее частой причиной кровотечения является язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Применение лечебной эндоскопии у больных с язвенными желудочно-кишечными кровотечениями позволяет избежать хирургического вмешательства на высоте кровотечения, особенно у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией и снизить общую летальность [1,2].

В настоящее время применяют различные методы эндоскопического гемостаза, такие как инъекционные способы, электротермокоагуляция, лазерная фотокоагуляция, аргонплазменная коагуляция. Наиболее часто используют обкалывание источника кровотечения раствором адреналина в разведении 1:10 000, этиловым спиртом [3].

Инъекционные способы гемостаза представляют наибольший интерес, так как доступны всем лечебным учреждениям, не дорогие и простые в выполнении. По данным литературы, известно, что 20,8% первичных попыток эндоскопического гемостаза оказываются неэффективными [3]. Это связано и с труд-

ностями локализации источника кровотечения, и с недостаточной эффективностью самих методов.

Целью данной работы является анализ эффективности эндоскопического гемостаза при желудочно-кишечных кровотечениях.

Материал и методы. Проведен анализ результатов эндоскопической остановки кровотечений при желудочно-кишечных кровотечениях язвенного генеза у 125 больных, пролеченных в 2009-2010 годы в отделении эндоскопии ГКП на ПХВ «Городская больница №1», г. Астана. Возраст больных колебался от 19 до 88 лет. Интенсивность кровотечения при поступлении оценивалась как легкая, средняя и тяжелая по классификации А.И. Горбашко. Для оценки степени вероятности повторного кровотечения мы использовали классификацию по J.A. Forrest (1974).

Эндоскопическое исследование проводили фиброскопами фирмы «Olympus» и Pentax (Япония) с торцевым расположением оптики. В ходе фиброгастродуоденоскопии (ФГДС) уточняли локализацию язвы и степень устойчивости гемостаза по Forrest. При неустойчивом гемостазе выполняли ФГДС в динамике. Для местной анестезии ротоглотки использовали дикаин (1%) или аэрозольный лидокаин (10%). Экстренная ФГДС проводилась без предварительного-

го опорожнения желудка. В ряде случаев эндоскопические манипуляции осуществлялись на фоне инфузионной терапии в отделении реанимации, палатах интенсивной терапии и эндоскопических кабинетах.

Локализация язвы на передней стенке луковицы ДПК зарегистрирована в 45,7% наблюдений, на задней стенке в 54,3% наблюдений. Легкая степень кровотечения выявлена в 55, средняя - в 47 и тяжелая - в 23 случаях.

При неэффективности эндоскопического гемостаза или рецидиве кровотечения больные подвергались повторному эндоскопическому вмешательству, а при невозможности провести его адекватно и эффективно проводилось оперативное лечение.

Показаниями к эндоскопическому гемостазу при первичном осмотре являются продолжающееся в момент эндоскопического исследования кровотечение Forrest 1 и состоявшееся кровотечение, остановившееся в момент эндоскопического осмотра со следами недавно перенесенного кровотечения на дне или краях язвы Forrest 2. Среди 125 больных с язвенными кровотечениями при поступлении у 45 (36 %) пациентов выявлено продолжающееся кровотечение (Forrest 1 А, В), которым выполняли эндоскопический гемостаз.

Показаниями к эндоскопическому гемостазу при динамической фиброгастроскопии явились развитие рецидива кровотечения, при этом повторный эндоскопический гемостаз выполняется только в случае, если больному не показана экстренная операция по поводу рецидива кровотечения.

Эндоскопический гемостаз не выполняли в случае отсутствия признаков кровотечения в дне и краях язвы — Forrest 3.

Лечебные ФГДС при кровоточащих язвах включали инфльтрационный гемостаз, электрокоагуляцию, орошение эрозированной поверхности денатурирующими растворами (спирт, этоксисклерол).

Инфльтрационный гемостаз проводился путем подслизистого тугого введения смеси аминокaproновой кислоты (5-10 мл), физиологического раствора (20-80 мл), дицинона (2 мл), адреналина гидрохлорида (0,5 мл). Данную смесь в объеме 15-150 мл вводили периульцерозно в подслизистый слой на расстоянии 4-6 мм от края язвы. Для электрокоагуляции использовались точечные зонды CD и электрохирургические блоки UES, PSD (Olympus). Электрокоагуляция оказалась наиболее эффективной после инфльтрационного эндоскопического гемостаза. Инфльтрационный гемостаз раствором адреналина или 70% этилового спирта или 1% этоксисклерола выполняли при продолжающихся язвенных кровотечениях, за исключением больших, гигантских и кал-

лезных язв. У 15 больных возникали рецидивы кровотечения даже после неоднократного использования эндоскопического гемостаза, и они подверглись хирургическому лечению.

Применение диагностической эндоскопии при кровоточащих язвах ДПК не требовало специальной подготовки желудка, и исследование проводилось сразу при поступлении больного в стационар.

Закрепление тромба в эрозированном сосуде достигалось за счет орошения его денатурирующими растворами. Контрольные ФГДС выполняли через 4-12 часов даже при отсутствии клинических признаков рецидива. При возобновившемся кровотечении повторный эндоскопический гемостаз проводили немедленно.

Однако у 15 из 45 пациентов остановить кровотечение не удалось, что обусловило необходимость экстренной операции. Рецидив кровотечения после эндоскопического гемостаза развился у пациентов с локализацией язвы на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки, тяжелой кровопотерей и признаками геморрагического шока средней степени в течение 72 ч.

Факторами, повышающими риск рецидива кровотечения по нашим данным, оказались локализация язвы на задней стенке луковицы ДПК, диаметр язвенного кратера более 1 см, наличие кровеносного сосуда в дне язвы и рецидив кровотечения у данного пациента в ближайшем анамнезе.

Таким образом, применение инфльтрационного гемостаза и их комбинации в комплексном лечении больных с язвенным кровотечением позволяет добиться первичного гемостаза у 64% пациентов.

Эндоскопический гемостаз должен быть только комплексным, преимуществом обладает комбинация методов инфльтрационного гемостаза и электрокоагуляции. Контрольные ФГДС целесообразны через 4-12 часов даже при отсутствии клинических признаков рецидива.

Литература:

1. Короткевич А.Г. Лечебная и оперативная эндоскопия при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки// Автореф. дисс... докт. мед. наук, 2000.
2. Chung I.K., Kim E.J., Lee M.S. et al. Endoscopic factors predisposing to rebleeding following endoscopic haemostasis in bleeding peptic ulcers. *Endoscopy* 2001; 33: 969—975.
3. Thomopoulos K.C., Mitropoulos J.A., Katsakoulis E.C. et al. Factors associated with failure of endoscopic injection haemostasis in bleeding peptic ulcers. *Scand J Gastroenterol* 2001; 36(6): 664-668.