

Диагностическая и лечебная эндоскопия при желудочно-кишечных кровотечениях.

Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2000.– Vol 4, №3. – С.37 - 48

Сочетанные приемы эндоскопического гемостаза при острых язвенных гастродуоденальных кровотечениях.

Алимов А.В., Музыка С.В.

МЛПУ “Клиническая больница № 1”, г. Смоленск

Острые язвенные гастродуоденальные кровотечения являются одной из острых и нерешенных проблем ургентной хирургии. Так летальность при них варьирует от 7 до 37%. Представленная летальность объясняется тем, что при продолжающемся кровотечении операции выполняются при выраженной анемии и нестойкой гемодинамике, что значительно увеличивает риск наркоза и оперативного вмешательства.

Приведенные неутешительные статистические данные побуждают к поиску надежных эндоскопических приемов гемостаза. Наиболее часто применяемой методикой эндоскопического гемостаза (ЭГ), в связи с доступностью и высокой эффективностью, являются монополярная гидроэлектрокоагуляция (МГЭК), инфильтрация физиологического раствора (ИФР) в паравазальное и параульцеральное пространство, а также склерозирование паравазального пространства (СПВП) 70% раствором этилового спирта объемом 1 мл.

Под наблюдением находились 219 больных, страдающих язвенной болезнью желудка и ДПК, осложненной кровотечением. Мужчин было 154, женщин – 65. Средний возраст составил 51,1±1,2 г.

Лечебно-диагностические фиброзофагогастродуоденоскопии производились эндоскопами “Olympus GIF-PQ-20, Olympus GIF-2T-20”, Pentax FG-29V. Эндоскопическая характеристика продолжающегося язвенного кровотечения расценена как высокая у 8,5%, средняя – 33,1%, малая – 33,1%, неустойчивый гемостаз – у 29,2% больных. В качестве эндоскопических критериев интенсивности продолжающегося кровотечения использовались динамика кровотечения, размеры и количество арозированных сосудов, количество и цвет крови в просвете пищевода, желудка и ДПК,

выраженность анемизации слизистых оболочек исследуемых органов с учетом возраста пациента, сопутствующей патологии и времени поступления больного.

Все 219 больных были подвергнуты различным приемам ЭГ. ИФР производилась 14 больным, 14 больным – МГЭК и 13 больным – СПВП. У 178 пациентов эндоскопическое пособие оказывалось в 2 этапа: на первом этапе применяли ИФР; на втором этапе – МГЭК.

В результате анализа было установлено: использование только ИФР паравазального и параульцерального пространства привело к первичному гемостатическому эффекту у 93%, МГЭК – у 64% больных ($p < 0,05$). Вместе с тем анализ влияния указанных приемов ЭГ на частоту повторных кровотечений выявил обратную тенденцию. В группе пациентов, у которых применялась МГЭК, рецидив кровотечения наблюдался у 22,2% больных; а в группе пациентов, у которых применялась инфльтрация ФР, рецидив кровотечения был отмечен у 46,1% больных ($p < 0,05$). Однако, после проведения ГМЭК у 3 больных наблюдался выраженный болевой синдром.

Приведенные данные указывают на целесообразность сочетания указанных приемов ЭГ: на первом этапе необходимо применять ИФР в паравазальное и параульцеральное пространство; на втором – МГЭК. При этом сочетание кровотечения удалось остановить у 100% больных, а рецидив его наблюдался лишь у 19,5% больных. Осложнений в данной группе больных не наблюдалось.

Анализ применения методики СПВП показал, что первичный гемостатический эффект достигнут у 100% больных. Рецидив кровотечения наблюдался у 2 больных (15,4%). Один пациент был оперирован (7,7%) через 18 часов по поводу перфорации двенадцатиперстной кишки.

Выводы.

1. Применением поэтапного эндоскопического гемостаза с использованием ИФР и МГЭК достигается эффект у всех больных с острыми гастродуоденальными язвенными кровотечениями. У 80,5% больных кровотечение остановлено окончательно, у 19,5% кровотечение рецидивировало. При этом уменьшается вероятность перфорации полых органов после применения МГЭК.

Склерозирование паравазального пространства 70% раствором этанола является достаточно эффективной методикой ЭГ. Однако, небольшой объем накопленного материала указывает на необходимость дальнейших исследований в нашей клинике.

**ЕНДОСКОПІЧНІ МЕТОДИ ГЕМОСТАЗУ ПРИ ЦИРОЗІ ПЕЧІНКИ,
УСКЛАДНЕНОМУ СТРАВХІДНО-ШЛУНКОВОЮ КРОВОТЕЧЕЮ**

Білик Ю.Д., Артюшенко М.Є., Михайлович В.В., Гураєвський А.А.

Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького

Львівська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги

Виконано 358 фіброезофагогастродуоденоскопічних обстежень у хворих на цироз печінки, яких госпіталізовано ургентно в центр лікування шлунково-кишкових кровотеч.

Основною причиною кровотечі були гострі ерозивно-виразкові ураження верхніх відділів травного тракту: ерозії стравоходу (19,1%), ерозії шлунка (13,0%), ерозії дванадцятипалої кишки (5,6%), гострі виразки шлунка (10,7%), тріщини кардіального відділу шлунка (8,4%); хронічні виразки шлунка (6,5%) або дванадцятипалої кишки (7,0%). Варикозні вени стравоходу знайдено 68,8% обстежених, а розрив варикозного вузла підтверджено тільки у 2,8% обстежених.

У клініці опрацьована і застосовується консервативна схема лікування хворих на цироз печінки. Важливе місце в ній займають ендоскопічні методи зупинки кровотечі з варикозних вен стравоходу і кардії. У 38 пацієнтів виконано склерозуючу терапію варикозних вен паравазальним введенням на 5 см вище кардії 3%-го розчину тромбовару по 0,3-0,5 мл на одну ін'єкцію, на сеанс загальна кількість препарату 6-8 мл. Повторні сеанси кожні 3 місяці до досягнення облітерації підслизових вен стравоходу. Практично всі хворі після склеротерапії відзначали короткотривалі болі за грудиною та субфебрильну температуру 2-3 дні після сеансу. З ускладнень у однієї пацієнтки констатовано некроз слизової нижньої третини стравоходу з кровотечею, який потребував стаціонарного лікування, та у одного хворого – алергічну реакцію на тромбовар, що вимагало при наступних сеансах переведення його на етоксисклерол. Останнім часом склеротерапію виконували, як правило, для профілактики рецидиву кровотечі.

При триваючій кровотечі з варикозних вен стравоходу під час ендоскопічного обстеження у 3 пацієнтів здійснено їх ендоскопічну перев'язку накладанням гумових кліпс на варикозний вузол та у одного – накладанням металевих кліпс вище і нижче місця кровотечі з вени за допомогою кліпатора HX-5LR-1 "Olympus". У всіх випадках досягнуто гемостазу.

Таким чином, за результатами фіброезофагогастродуоденоскопії найчастішою причиною кровотечі при цирозі печінки є гострі ерозивно-виразкові ураження слизової та хронічні виразки верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. Оптимальна тактика лікування більшості хворих на цироз печінки, ускладнений стравохідно-шлунковою кровотечею, полягає в консервативній зупинці кровотечі з застосуванням при кровотечі з варикозних вен ендоскопічних методів гемостазу: ендоскопічній перев'язці варикозних вен та їх склерозуванні.

Эндоскопическое клипирование при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Л.А. Бойко, Е.И. Удовихина, А.В. Благовещенская.

Областная клиническая больница, г. Харьков.

Проблема желудочно-кишечных кровотечений остается одной из самых сложных в ургентной хирургии. Высокий операционный риск хирургических вмешательств проведенных на высоте кровотечений диктует необходимость разработки и широкого внедрения новых гемостатических мероприятий.

Среди эндоскопических методов лечения желудочно-кишечных кровотечений в последние годы значительное распространение и популярность получил метод клипирования.

В областной клинической больнице г. Харькова метод эндоскопического клипирования с использованием вращающегося клипатора (HX-5QR-1 фирмы «Olympus») применен у 24 больных. Во всех случаях клипирование проводилось для остановки продолжающегося кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Источником кровотечения у 6 больных были опухоли желудка, у 8 – язва тела желудка, у 6 – язва антрального отдела, у 3 – язва луковицы ДПК, варикозное расширение вен пищевода – у 1 больного.

У больных с язвой желудка и ДПК кровотечение IA (по Forrest) наблюдалось у 3-х больных, IIВ – у 14 больных. 11 больных язвенной болезнью желудка были оперированы в плановом порядке в сроки от 3 до 38 суток после наложения клипс. 3 больных с язвой желудка и больные с язвенной ДПК лечились консервативно. Рецидивов кровотечения не было.

При кровотечениях из опухолей желудка 3 больных оперированы в плановом порядке после обследования, верификации диагноза. У 2-х больных метод клипирования применен как симптоматическое лечение при раке желудка IVст. (по Wotman). У одного больного клипирование проведено для остановки кровотечения после электроэксцизии полипа.

Отмечались значительные технические сложности при аксиальной диафрагмальной грыже, осложненной кровотечением из язвы грыжевой части желудка. У таких больных необходимо рассматривать вопрос о проведении лечебной эндоскопии под общей анестезией.

Отмечена высокая эффективность метода эндоскопического клипирования, возможность использования его как в условиях клиники, так и во время ургентных выездов в районы области, отсутствие осложнений.

Таким образом, применение эндоскопического клипирования при кровотечениях желудочно-кишечного тракта свидетельствует о высокой эффективности метода, его безопасности, о целесообразности широкого внедрения метода в клиническую практику.

Пищеводно-желудочные кровотечения у больных с портальной гипертензией.

Сравнительные достоинства различных методик лечения.

Д.В.Герасимов

Одесская областная больница

Эффективность эндоскопических методик у 182 больных с варикозным расширением вен пищевода, поступивших с клиникой активного кровотечения. У 118 больных произведено эндоскопическое склерозирование (ЭС) расширенных вен пищевода. Из них у 52 больных проводилось только ЭС, у остальных 66- ЭС дополнено комплексом мер по защите слизистой оболочки желудка, коррекции гемостазиологических нарушений. У 42 больных произведено эндоскопическое лигирование расширенных вен (ЭЛВ). У 22 больных выполнено эндоскопическое пломбирование (ЭП) расширенных вен введением фибринового клея. Эндоскопическое лигирование и пломбирование расширенных вен производили только у больных с низким функциональным резервом, находящихся в тяжелом состоянии, что обусловлено относительной дороговизной указанных методик. В качестве контрольной группы проанализированы результаты консервативного лечения 144 больных,

Выявлены следующие причины кровотечения у больных с портальной гипертензией: варикозное расширение вен пищевода - у 248 (76,07%); варикозное расширение вен желудка и пищевода - у 11(3,37%); острые эрозии и язвы желудка и 12перстной кишки - у 59 (18,09%); хроническая язва желудка или 12перстной кишки- у 6 (1,84%); другие причины у 2. (0,61%).

При традиционной консервативной терапии кровотечение остановлено у 113(78,47%) больных, у 73(50,69%) до выписки наблюдались рецидивы кровотечения. В группе больных, подвергшихся ЭС расширенных вен пищевода кровотечение остановлено у 42(80,76%) больных, рецидивы кровотечения наблюдались у23(44,23%). При комплексной коррекции нарушений гемостаза, мерах по защите слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта в сочетании с эндоскопическим склерозированием- кровотечение остановлено у 60(90,9%)больных, рецидивы кровотечения наблюдались у26(39,39%). При аналогичной комплексной терапии в сочетании с ЭЛВ кровотечение остановлено у 37(88,09%), рецидивы кровотечения наблюдались у21(50%).Комплексная терапия в сочетании с эндоскопическим пломбированием вен пищевода фибриновым клеем привела к остановке кровотечения у 20(90,9%) больных, рецидивы кровотечения отмечены у7(31,81%).

В группе больных, леченных консервативно, выживаемость составила: 1мес- 41,3%; 6 мес- 37,2%;12 мес-33,6;более 12 мес-29,1%. После ЭС выживаемость 1 мес-49,7%; 6 мес-44,3%;12 мес- 37,7%; более 12 мес-33,1%. У больных, подвергшихся ЭЛВ выживаемость 1 мес- 52,4%; 6 мес- 44,8%; 12 мес-40,2%,более 12 мес-34,9%. После ЭП выживаемость 1 мес-58,5%; 6 мес-48,8%; 12 мес- 42,2%, более 12 мес-36,3%

Заключение: эндоскопическое лигирование и эндоскопическое пломбирование расширенных вен пищевода - наиболее эффективные и безопасные методы остановки кровотечения из расширенных

вен пищевода. Любые эндоскопические методы гемостаза у означенной категории больных должны дополняться комплексом мер по нормализации показателей гемостаза, функции печени, защите слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта. При увеличении сроков наблюдения, уровень выживаемости различных групп пациентов практически уравнивается.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ И ПЕРВЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА МЕТАЛЛИЧЕСКИМИ ЧАСТИЦАМИ

Г.П.Гидирим, Е.Т.Чикала, Е.В.Гуцу, Д.А.Касьян, А.Н.Долгий

**Кафедра хирургии N1 “Н.Анестиади”, Кафедра общей хирургии и хирургической
семиологии, Государственный Университет Медицины и Фармации,
Клиническая Больница Скорой Медицинской Помощи,
Кишинев, Республика Молдова**

Механизм предложенного метода эндоскопического гемостаза основан на внедрении под давлением микрочастиц металла в ткань источника кровотечения. Экспериментальное исследование выполнено на 38 собаках. Выявлены следующие составляющие гемостатического эффекта: обтурация кровоточащих сосудов, повреждение их стенок с последующим тромбозом, длительная изоляция поверхности язвы от агрессивных факторов желудочного сока и ранняя пролиферативная реакция в ткани язвы.

Цель: Оценка результатов клинического применения метода эндоскопического гемостаза металлическими микрочастицами.

Материалы и больные: Метод применен у 35 больных, госпитализированных в Больницу Скорой Медицинской Помощи города Кишинева с язвенным гастродуоденальным кровотечением. Мужчин было 26, женщин – 9. Возраст больных составил от 19 до 81 года (в среднем 55,7 лет). Шок при поступлении (снижение систолического давления менее 100 мм Hg) отмечали у 7 больных. Уровень гемоглобина менее 100 г/л отметили у 26 пациентов. Эндоскопическое исследование проводили всем больным в течение первых 24 часов с момента поступления. Источником кровотечения служили: язва двенадцатиперстной кишки – 29, язва желудка – 5, язва анастомоза – 1. Активное кровотечение наблюдали у 3 больных, видимый сосуд в дне язвы – у 8, резистентный к промыванию тромб – у 10, малые стигматы недавнего кровотечения – у 14. Результаты сравнивали с предыдущими сериями больных, у которых применяли коагуляционный и инъекционный гемостаз.

Результаты: Активное кровотечение остановлено у 2 из 3 больных. У других больных эндоскопический гемостаз выполняли для предотвращения рецидива кровотечения. Рецидив кровоте-

чения возник у 1 больной в возрасте 81 года через 25 часов после первичного гемостаза из большой язвы задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки с видимым сосудом. Кровотечение было повторно остановлено эндоскопически, однако больная умерла в последующем от сердечно-легочной недостаточности. Всего оперирован один больной с активным кровотечением при неудаче эндоскопического гемостаза.

Заключение: Разработанный метод эндоскопического гемостаза металлическими микрочастицами оказался эффективным для первичной остановки активного кровотечения и для предотвращения его рецидива. Необходимость в хирургическом лечении после применения предложенного метода оказалась ниже, чем в контрольных группах после коагуляционного и инъекционного гемостаза.

Эндоскопический гемостаз при язвенных желудочно-кишечных кровотечениях

В. В. Грубник, Ю. А. Мельниченко, А. И. Ткаченко, С. Г. Четвериков.

Одесская областная клиническая больница

Одесский государственный медицинский университет.

Проведен ретроспективный анализ эффективности применения эндоскопического гемостаза у 2569 больных, среди которых преобладали больные с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Всем больным выполнялось срочное эндоскопическое исследование. Для оценки источника кровотечения использовали модифицированную классификацию Forrest, позволившую достаточно подробно оценить источник кровотечения, определить возможности его рецидива и вероятную эффективность лечебных пособий у разных групп больных.

Активное кровотечение (F1a- 1б) наблюдалось у 943 (24,1%), остановившееся с угрозой рецидива (F2a - 2в) - 1716 (44,3%), у остальных 1214 (31,6%) больных (F-3) признаков кровотечения на момент осмотра не выявлено.

Использованы различные методы эндоскопического гемостаза: 1) термическое воздействие - диатермокоагуляция и гидродиатермокоагуляция, лазерная коагуляция; 2) инъекционные методы - использование разнообразных склерозантов, сосудосуживающих препаратов; 3) применение гемостатических плёнообразующих препаратов, медицинских клеев; 4) комбинированные методы; 5) криовоздействие на источник кровотечения.

Диатермо - и гидродиатермокоагуляция выполнена у 1133 (42,6%) больных по стандартной методике.

Для фотокоагуляции использовали АИГ - лазер "Радуга -1". Лазерная фотокоагуляция произведена у 1005 (37,8%) больных при мощности излучения 25 -50 Вт, импульсами длительностью 0,5 с, с интервалами 2-3 с. Инъекционные методы просты, доступны и относительно дешевы,

они использованы у 292 (11%) больных. В то же время мы наблюдали осложнение в виде перфорации стенки двенадцатиперстной кишки.

Эффективность гемостаза у больных F1a - P2b групп составила 77,7%. У 159 (6%) больных применен комбинированный эндоскопический гемостаз. Суть метода заключается в следующем: при обнаружении кровоточащей язвы в подслизистый слой вокруг язвы вводится раствор адреналина. После чего прицельно вокруг кровоточащих сосудов через эндоскопическую иглу вводили от 2 до 4 мл фибринового клея, или препарата "Тиссукол." Затем иглу извлекали, вводили световод. Фотокоагуляция выполнялась при мощности 15-20 Вт. Эффективность данного метода составила 95%. Плёнкообразующие препараты и криовоздействие, как самостоятельные агенты, не применялись.

При анализе факторов, которые влияли на эффективность эндоскопического гемостаза, выявлено следующее:

1. Метод эндоскопического гемостаза должен выбираться в соответствии с характеристикой источника кровотечения согласно модифицированной классификации Forrest.
2. Термические методы коагуляции сосудов в большинстве случаев позволяют добиться остановки кровотечения, однако у 15 -23 % больных наблюдается рецидив кровотечения.
3. Наиболее надёжными методами эндоскопического гемостаза и профилактики рецидива кровотечения являются комбинированные методы.
4. Комплексная противоязвенная терапия позволяет значительно снизить частоту рецидивов кровотечений и в комбинации с эндоскопическим гемостазом у части больных может быть альтернативой хирургическому лечению.

ТЕНДЕНЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ И ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ЯЗВЕННОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

Е.В.Гуцу, Г.П.Гидирим

Кафедра хирургии N1 "Н.Анестиади", Государственный Университет Медицины и Фармации, Клиническая Больница Скорой Медицинской Помощи, Кишинев, Республика Молдова

Благодаря значительным успехам консервативной терапии общее число госпитализаций по поводу язвенной болезни значительно уменьшилось. Однако число больных госпитализированных по поводу острых осложнений гастродуоденальной язвы остается неизменным на протяжении последних десяти лет.

Цель: Оценить основные тенденции заболеваемости, тактике лечения и летальности при кровотечении из гастродуоденальной язвы в одной больнице.

Материал и больные: В течение 1993-1999 965 последовательных больных с кровотечением из хронической гастродуоденальной язвы были госпитализированы в Больницу скорой медицинской помощи города Кишинева. Произвели анализ необходимости в хирургическом лечении, частоты применения и эффективности эндоскопического гемостаза, частоты рецидива кровотечения и уровня летальности.

Результаты: Общее число госпитализированных больных с язвенным кровотечением несколько сократилось на протяжении 1993-1996 годов, однако, начиная с 1997 года вновь имеет тенденцию к росту. Число хирургических операций по поводу язвенного кровотечения сократилось более чем в 12 раз. При этом доля экстренных хирургических вмешательств при активном или рецидивном язвенном кровотечении уменьшилась с 16,4% (1993) до 1,73% (1999), а доля органосохраняющих вмешательств сократилась в пользу резекционных методов. С широким внедрением в клиническую практику методов эндоскопического гемостаза: с 7,17% (1993) до 46,7% (1999) число больных, имеющих рецидивное кровотечение во время той же госпитализации уменьшилось с 20% (1993) до 6,52% (1999), а общая летальность сократилась с 8,2% (1993) до 2,13% (1999). При этом эффективность эндоскопического гемостаза постепенно повышалась и не зависела от избранного в различные периоды работы метода.

Заключение: Вероятно, что значительное уменьшение частоты эпизодов рецидива кровотечения и снижение летальности, отмеченные у больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением, связаны с настойчивой тенденцией к уменьшению числа хирургических вмешательств и широким применением методов эндоскопического гемостаза.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ И ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ГЕМОСТАЗА ПРИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

В.М.Гуцу, Р.Г.Бодруг, Е.В.Пител

Республиканский Центр эндоскопии, Республика Молдова, Кишинев

Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 2674 больных с гастродуоденальными язвами, осложнившимися кровотечением. Мужчин было 2042 (76,4%), женщин – 632 (23,6%). Язва желудка явилась источником кровотечения у 765 больных (28,6%), язва двенадцатиперстной кишки - у 1780 (66,5%) и пептическая язва гастроэнтероанастомоза - у 129 (4,6%).

В зависимости от результатов срочного первичного эндоскопического исследования больные разделены на три группы:

Первая группа составила 500 (18,1%) пациентов, у которых при эндоскопии выявили активное язвенное кровотечение: Forrest IA - 72 (2,7%) и Forrest IB - 428 (16%). Лишь у 117 больных

(23,3%) с продолжающимся кровотечением был возможен эндоскопический гемостаз. Применяли криовоздействие, электро- и фото- коагуляцию, инъекции этанола и этоксисклерола. Временная остановка кровотечения достигнута у 63 (53,8%) больных.

Вторая, наибольшая по численности группа составила 1480 больных (55,1%), у которых при первичном исследовании установлены эндоскопические признаки остановившегося кровотечения: Forrest IIА - 398 (14,8%) и Forrest IIВ - 1082 (40,4%). При этом у 520 (48%) пациентов эндоскопическая картина расценена, как высокий риск рецидива кровотечения. Эндоскопический гемостаз для предупреждения рецидива язвенного кровотечения выполнили у 178 (34,2%) больных с высоким операционным риском. В последующем рецидив кровотечения развился у 258 (17,4%) больных, в том числе у 10 – после применения эндоскопического гемостаза.

В третью группу включили 694 (26%) пациентов со стойко остановившимся по данным первичной эндоскопии язвенным кровотечением (Forrest III). Всем им рекомендовали консервативное лечение с последующим эндоскопическим контролем.

В течение первых суток после госпитализации оперировали 758 (27,7%) больных. После операции умерли 57 (7,5%). Для предотвращения рецидива язвенного кровотечения в срочном порядке на вторые и третьи сутки госпитализации оперировали 328 больных с 12 летальными исходами (3,6%). Кроме того, 26 больных умерли без оперативных вмешательств. Причиной смерти у них служила тяжелая сопутствующая патология. Послеоперационная летальность составила 6,3%, а общая летальность – 3,5%.

Таким образом, вынужденное хирургическое вмешательство при активном язвенном кровотечении сопровождается высокой летальностью, а современные методы эндоскопического гемостаза недостаточно эффективны и нуждаются в дальнейшем усовершенствовании.

Труднощі ендоскопічного розпізнавання варикозного розширення вен стравоходу,

їх можливі причини та шляхи усунення

Демчук Є. С.

Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І.Пирогова

Варикозне розширення вен стравоходу (ВРВС) - ознака патологічного шунтування крові через порто-кавальні анастомози при порушенні кровотоку в системі v. portae.

Найчастіше до цього призводять різноманітні патологічні процеси в печінці, селезінці, а також очеревині та плеврі (серозити), власне самих судинах (флебіти) та інші захворювання.

Внаслідок цього ВРВС нерідко стає причиною кровотеч, що спонукає лікарів до призначення фіброендоскопічного дослідження.

Як правило, в більшості випадків ендоскопічне розпізнавання ВРВС не складає значних труднощів. Але бувають випадки коли ендоскопічна діагностика цього стану утруднена, внаслідок чого виставляються помилкові діагнози. Про що ми неодноразово пересвідчувались на практиці.

Таке, на нашу думку, стає можливим внаслідок особливого стану ВРВС і здатності їх на певних стадіях спадатися при підвищенні тиску в порожнинах стравоходу та шлунку.

Дійсно, як правило, при ендоскопічному дослідженні стравоходу внаслідок скорочення м'язів шлунку та стравоходу при онітах внутрішньоотвірний тиск в стравоході різко підвищується. Під дією цієї сили стінки вен спадаються, кровонаповнення їх значно зменшується, відповідно щезають відомі ендоскопічні ознаки ВРВС.

Така податливість венозних стінок, як правило, спостерігається на перших стадіях варикозу. При прогресуванні хвороби цей феномен щезає.

Відповідно до виявленої залежності величини та кольору вен стравоходу від ступеню підвищення внутрішньостравохідного та внутрішньошлункового тиску ми пропонуємо внести доповнення в класифікацію ВРВС.

Поряд із відомими стадіями варикозу (1 - IV), виділити вальсальвозалежні та вальсальво-незалежні стадії ВРВС. Перші - коли вени спадаються при виконанні проби Вальсальви, другі - коли подібне не спостерігається.

В якості скринінгового тесту пропонується проба Вальсальви (натужування на висоті вдиху), що, на нашу думку, ідентично тим умовам, які виникають внаслідок блювотного скорочення м'язів стравоходу та шлунку при фіброендоскопічним дослідженні.

Для уникнення можливого помилкового діагнозу ВРВС при ендоскопії ми пропонуємо загальмовувати або виключати повністю блювотний рефлекс при цій процедурі.

Як правило, таке можливе лише при використанні внутрішньовенного наркозу (типу каліпсолю).

Наш досвід використання в/в наркотичних препаратів при ФЕГДС, особливо у випадках кровотеч підтверджує раціональність приведених аргументів.

Узагальнюючи вищесказане, слід констатувати, що труднощі, які виникають при ендоскопічним розпізнаванні ВРВС, поряд із відомими фактами, пов'язані із властивістю цих вен спадатися під дією сили підвищеного внутрішньоотвірного тиску в стравоході та шлунку при блювоті, яка провокується ендоскопічним дослідженням. Для уникнення цього рекомендується проводити ретельне ендоскопічне дослідження стравоходу на тлі загального в/в наркозу каліпсолом, сомбрівіном або іншими препаратами, звичайно, за участю анестезіолога.

РОЛЬ ЕНДОСКОПІЧНОГО КЛІПУВАННЯ В ЛІКУВАННІ КРИВАВЛЯЧИХ ВИРАЗОК ШЛУНКА ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Т.М.Дзвонковський

Міська клінічна лікарня №1, м.Івано-Франківськ

Кровотечі з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту залишаються однією із складних проблем абдомінальної хірургії. Летальність від гастродуоденальних кровотеч, не дивлячись на ранню діагностику та удосконалення різних методів лікування, залишається досить високою. Впровадження нових методів ендоскопічного гемостазу дозволяє значно зменшити показники смертності за рахунок можливості як кінцевої зупинки кровотечі так і підготовки хворих до планових операцій. Одним з таких методів гемостазу являється ендоскопічне кліпування.

За період з листопада 1999 року на базі Івано-Франківської міської клінічної лікарні №1 ендоскопічне кліпування проведено у 14 хворих віком від 32 до 83 років. З них у 6 хворих мала місце кровотеча з виразки шлунка та у 8- з виразки цибулини дванадцятипалої кишки. Причому, для зупинки кровотечі, що продовжується, ендокліпування застосоване у 10 хворих, а для профілактики рецидиву кровотечі – у 4 пацієнтів.

В нашій роботі ми використовували ротаційний кліпатор НХ –5LR –1(“Olympus”). При кровотечах із щільних тканин застосовували кліпси MD –850, а з м'яких тканин –НХ-600-090L. У4 хворих з кривавлячою (Forrest 1A – 1B) виразкою шлунка ендокліпування було кінцевим етапом зупинки кровотечі, а у 2 – етапом підготовки до планового оперативного втручання. Як правило, на одне джерело кровотечі накладали від 2 до 5 кліпс. При кровотечах (Forrest 1B, 1X, 2A) з виразок цибулини дванадцятипалої кишки у 5 хворих накладання 2-3 кліпс привело до кінцевої зупинки шлунково – кишкової кровотечі. Ще у 2 пацієнтів вдалося кінцево зупинити кровотечу з допомогою методу кліпування тільки після попередньої, часткової діатермокоагуляції, т.я. активне поступлення крові та перистальтика не давали змоги локалізувати місце для накладання кліпс. Лише в одного пацієнта ендокліпування було етапом підготовки до планової операції, оскільки виразка цибулини дванадцятипалої кишки була великих розмірів та пенетрувала в головку підшлункової залози.

При виразках нижньої та задньої стінки цибулини дванадцятипалої кишки нами використовувався дистальний ковпачок, що дало змогу краще локалізувати джерело кровотечі і працювати кліпатором в більш безпечних умовах.

Таким чином, застосування ротаційного кліпатора, особливо у хворих з високим операційним ризиком, являється ефективним, надійним і у більшості випадків кінцевим методом лікування кривавлячих виразок шлунка та дванадцятипалої кишки.

**ОПТИМІЗАЦІЯ ЕНДОСКОПІЧНОГО ЛІКУВАННЯ КРОВОТОЧИВОЇ ДУОДЕНАЛЬНОЇ
ВИРАЗКИ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ
ЗА УМОВ НЕСТІЙКОГО ГЕМОСТАЗУ**

О.І. Іващук.

**Кафедра загальної хірургії Буковинської державної медичної академії,
м. Чернівці.**

Кровотеча із хронічної виразки дванадцятипалої кишки у хворих похилого та старечого віку залишається вельми актуальною проблемою сучасної хірургії та ендоскопії.

Це пояснюється високою летальністю, наявністю у переважної кількості хворих важкої супутньої патології, низькою ефективністю ендоскопічних методів гемостазу, високим відсотком рецидиву кровотечі тощо. В той-же час, вимушена операція при рецидиві кровотечі різко зменшує шанси хворого на життя.

З метою зменшення кількості рецидиву кровотечі з хронічної дуоденальної виразки у хворих похилого та старечого віку нами було розроблено дуоденальний зонд власної конструкції.

Дуоденальний зонд уявляє собою: довжиною до 2,5 м, шириною 2,0 мм, з просвітом усередині (внутрішній канал). Виготовлений з матеріалу – пластикату медичного (ПМ 1-42; ТУ 6-05-1533-85) На кінцівці зонду у окремому сліпому відділенні, довжиною до 5 см, знаходиться металевий порошок (виготовлений із корозостійкої сталі; ГОСТ 18143-72). Перед даним відділенням внутрішній канал сполучається із зовнішнім середовищем за допомогою кількох отворів (до 6) до 0,5 мм в діаметрі, які розташовані по всьому периметру зонду. На зовні зонду на відстані 5, 10, 15 см від краю існують мітки синього кольору. На відстані 5 см (кордон між відділенням із сталевим порошком і відділенням з отворами) одна мітка, на 10 см (кордон між відділенням із отворами і дистальним кінцем) дві мітки, на 15 см (5 см від відділення з отворами) три мітки. Для полегшення введення зонду через ендоскоп використовували направляючу сталеву струну.

Методика використання власного зонду для тривалого підведення лікарських препаратів у дванадцятипалу кишку полягала у наступному. В зонд вводили направляючу струну (мандрен). При ендоскопії через інструментальний канал ендоскопу зонд заводився у дванадцятипалу кишку таким чином, щоб відділення з металевим порошком знаходилось в після цибулинному відділі. Тоді відділення з отворами для підведення лікарських препаратів буде перебувати в цибулинному відділі. До передньої черевної стінки в місці проекції дванадцятипалої кишки (праве підребер'я) підводився потужний постійний магніт (який підв'язувався за допомогою простирадла, або гумового еластичного поясу) для додаткової фіксації зонду. Ендоскоп виводився з одно часовим залишенням зонду в просвіті дванадцятипалої кишки. Після виведення ендоскопу настає черга направляючої струни (мандрену), яка повільно витягується із зонду. Зонд фіксується у кута роту

липким пластиром. Для контролю місця розташування зонду, на етапі розробки методики, використовували рентгенологічний контроль.

Методика підведення лікарських препаратів полягала у наступному: кожних 6 годин підводили до 30 мл амінокапронової кислоти. Попередньо у дванадцятипалу кишку вводимо до 20 мл повітря для її розширення. Цей прийом дозволяє незначно розправити дванадцятипалу кишку і в подальшому, при введенні через зонд, амінокапронова кислота омиває всі стінки сфери дванадцятипалої кишки. Підведення амінокапронової кислоти проводили на протязі до 3-х діб.

Лікуванню були піддані 17 хворих із підведенням амінокапронової кислоти (основна група) і 21 хворий, яким не використовували підведення лікарських препаратів (контрольна група). Обі групи були однорідні по віковому аспекту, локалізації та розміру виразок, терміну з моменту початку кровотечі, наявності ендоскопічних ознак нестійкого гемостазу.

Із 17 хворих рецидив кровотечі відмічено у 1 хворого (5,9%) із наявністю гіпертонічної хвороби та гіпертонічними кризами. Рецидив кровотечі був зупинений консервативними заходами. В той час, в контрольній групі із 21 хворого рецидив кровотечі був у 4 хворих (19%). У 2 хворих рецидив кровотечі був зупинений консервативними заходами, а 2 хворих були взяті на операційний стіл. Із 2 прооперованих хворих 1 помер на 4 добу від прогресуючої серцево-судинної недостатності.

Таким чином, попередньо отримані результати свідчать - використання власного дуоденального зонду, з метою підведення лікарських препаратів до виразки дванадцятипалої кишки з явищами ендоскопічно нестійкої картини гемостазу у хворих похилого та старечого віку, дозволяє зменшити рецидив кровотечі на 13,1%. Технічна простота дуоденального зонду, методики його підведення, відсутність побічних негативних сторін дозволяють рекомендувати його для широкого впровадження у хірургічні стаціонари всіх рівнів.

ОПТИМІЗАЦІЯ СКЛЕРОТЕРАПІЇ ВАРИКОЗНОГО РОЗШИРЕННЯ ВЕН СТРАВОХОДУ У ХВОРИХ З ПОРТАЛЬНИМ ЦИРОЗОМ ПЕЧІНКИ

В. Й. Кімакович

Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького

Кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу супроводжуються найвищою летальністю серед усіх кровотеч з верхніх відділів травного тракту. Тому їх зупинка і профілактика за допомогою ендоскопа, у т. ч. шляхом склеротерапії є дуже актуальною. До проблем склеротерапії, які вимагають подальших досліджень, належать: вибір препарату, який забезпечує максимальну ефективність з мінімальною кількістю ускладнень; оптимальний режим склеротерапії (періодичність процедур, кількість склерозованих вен за одну процедуру); з'ясування доцільності профілактичної

склеротерапії ще до першої кровотечі; оптимальне поєднання склеротерапії і медикаментозного лікування.

МЕТА РОБОТИ: вивчити ефективність різних схем склеротерапії варикозного розширення вен стравоходу.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ: Всього проліковано 106 пацієнтів з варикозним розширенням вен стравоходу II-III ст., з них 12 (11,3%) профілактично, решта — в “холодний” період після кровотечі. Функціональний стан печінки у 72 хв. відповідав класу А за Child-Pugh, у 34 — класу В. Для склеротерапії застосовували Тромбовар — у 61 хв., Варикоцид — у 19 хв. і Етосклерол (2% розчин полідоканолу) — у 26 хв., препарати вводили паравазально. Терапію проводили за двома схемами: 1. 1 раз в місяць, всього 5—6 сеансів (72 хв.); 2. щодня протягом 10—14 днів (34 хв.). За один сеанс обколювали від 5 до 10 варикозних вен. Сімдесят один пацієнт одночасно зі склеротерапією отримувал пропранолол з метою зниження портального тиску.

РЕЗУЛЬТАТИ: Протягом року після лікування за I схемою рецидиви кровотечі спостерігали у 18 хв. (25,7%), за II схемою — у 3 хв. (8,3%) ($p < 0,05$, odds ratio=0,26). Після застосування Етосклеролу рецидив кровотечі виник в 3 хв. (11,5%), Тромбовару — 13 хв. (21%), Варикоциду — в 5 хв. (26,3%). На фоні медикаментозного зниження портального тиску після склеротерапії виникло 6 (8,5%) кровотеч, без такого лікування — 15 (42,9%) ($p < 0,01$, odds ratio=8,1).

При паравазальному введенні препаратів кровотеча виникла у 4 хворих, її було зупинено консервативними заходами (інтравазальне введення склерозанта + медикаментозна терапія). У 3 хворих, яким було проведено 10—20 сеансів склеротерапії розвинувся субкомпенсований стеноз внаслідок розростання сполучної тканини (рубців).

ВИСНОВКИ:

Найкращі результати досягнуто при застосуванні Етосклеролу на фоні терапії бета-адреноблокаторами.

Запропонована нами схема склеротерапії (щоденно протягом 10—14 днів) має переваги перед стандартною за частотою рецидивів кровотеч

Профілактична склеротерапія у хворих, у яких кровотеч ще не було, але є ризик їх виникнення, безпечна і ефективна.

СЕЛЕКТИВНІ БЛОКАТОРИ ШЛУНКОВОЇ СЕКРЕЦІЇ І ПЕРЕБІГ ПЕПТИЧНИХ ВИРАЗОК, УСКЛАДНЕНИХ КРОВОТЕЧЕЮ

В.Й. Кімакович, І.М. Тумак, С.Л. Рачкевич, Ю.Д. Білик, М.Є. Артюшенко,

І.Ю. Палфій, І.М. Копистянський

Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького,

Львівська міська клінічна лікарня швидкої допомоги

Широке застосування сучасних селективних блокаторів шлункової секреції (БШС) різко збільшило ефективність медикаментозної терапії виразкової хвороби і звузило покази до хірургічного лікування, в т.ч. при виразкових кровотечах. Проте без тривалого підтримуючого лікування БШС не впливають на частоту віддалених рецидивів виразок, їх ускладнень кровотечею і перфорацією. Дискутабельним залишається питання ефективності антисекреторної терапії у запобіганні рецидивним кровотечам, що могло би стати альтернативою превентивним операціям.

Мета: 1) оцінка можливого патоморфозу субпопуляції хворих з кривавлячими виразками під впливом БШС; 2) вивчення досвіду застосування БШС у комплексі лікування пептичних виразок, ускладнених кровотечею.

Матеріал і методи: Проспективно вивчено 1118 випадків пептичних виразок, ускладнених кровотечею, що поступили у Львівський міський центр лікування шлунково-кишкових кровотеч протягом 1996-98 рр., і ретроспективно - 402, лікованих протягом 1987-88 рр. Селективні блокатори шлункової секреції (БШС) - H_2 -блокатори, омепразол, гастроцепін у 1987-88 рр. практично ще не застосовувалися, а у 1996-98 рр. їх уже отримували майже усі хворі. БШС призначались відразу після поступлення, залежно від важкості стану хворого - у таблетованій чи ін'єкційній формі.

Результати та обговорення: Враховуючи, що вивчення проводилося у спеціалізованому центрі, де концентрувалися всі ШКК, результати можна вважати такими, які віддзеркалюють епідеміологічну ситуацію. При порівнянні вибірок хворих не виявлено жодних статистично значущих відмінностей щодо віку, статі, наявності і тривалості виразкового анамнезу, локалізації і розмірів виразок у ці два періоди. Ці характеристики проаналізовано окремо у хворих, які вже мали до даної госпіталізації виразковий анамнез і періодично лікувалися консервативно: до 1987-88 рр. неселективними холінолітиками та антацидами, а у 90 рр. - із застосуванням БШС. І в цьому випадку таких відмінностей не зауважено. Виняток становлять ознаки виразкової кровотечі за Forrest - у другий період зменшилася кількість Forrest 1 з 9,3% до 3,8%, Forrest 3 з 55,6% до 44,7%, натомість збільшилася - Forrest 2 з 32,5% до 50,2%. Суттєво рідше став траплятися виразковий стеноз воротаря або цибулини 12-палої кишки (2,2% проти 7,4%). Менша частота стенозів може зумовлюватися сприятливішим перебігом рубцювання виразки під впливом БШС. Наразі ми не можемо пояснити зміну співвідношення хворих різних підгруп за Forrest.

При лікуванні БШС частота рецидивів кровотечі була суттєво меншою: 5,2% проти 18,2% ($p < 0,05$). Зниження частоти рецидивів відбулося незалежно від локалізації та розмірів виразки і груп за Forrest, важкості і тривалості кровотечі, давності анамнезу і віку хворого. Не була значущою і відмінність частоти рецидивів після прийому різних БШС (омепразол, фамотидин, ранітидин).

У хворих, які отримували БШС, пізніше 4 доби виникло 39,1% усіх рецидивів кровотечі, тоді як без їх вживання - лише 12,8%. Це може бути обґрунтуванням застосування антисекреторної терапії як неoad'ювантною у хворих з високим ризиком рецидиву кровотечі з метою виграшу часу для передопераційної підготовки.

Врахування протирецидивного ефекту БШС дозволило нам обмежити покази до превентивних оперативних втручань насамперед у хворих з важкою супутньою патологією, і зменшити кількість ургентних, з приводу рецидиву кровотечі. Це мало позитивний вплив на післяопераційну і загальну летальність. Її вдалося знизити з 11% у 1987 р. до 0,8% у 1998 р. при зниженні хірургічної активності з 52,9% до 10,5%.

Ендоскопічний гемостаз за допомогою апарату "Вісар" виконано у 18 хворих, успішним він був у 16. Враховуючи невелику кількість хворих з триваючою на момент госпіталізації кровотечею, зростає роль ендоскопічної терапії у поєднанні з медикаментозною як засобу запобігання рецидивам кровотечі.

При контрольній ФГДС через 4 тижні від початку лікування у 223 хворих рубець виявлено у 68,2%, а фрагментовану виразку на стадії рубцювання — у 24,25%. Для поліпшення віддалених результатів після паліативних операцій та чисто консервативного лікування вважаємо за доцільне проводити підтримуючу терапію БШС і ерадикацію *H. pylori*, але наші власні віддалені результати ще не вивчені.

Висновки:

1. Терапія БШС не впливає на природний перебіг виразкової хвороби. Зменшення кількості хворих з кровотечами на фоні стенозу воротаря або цибулини 12-палої кишки зумовлено, вірогідно, сприятливішим характером рубцювання виразки.

2. Рання і повноцінна терапія БШС у хворих з виразковими кровотечами забезпечує загоєння більшості виразок і зменшує необхідність у планових операціях. Показом до таких втручань залишається рецидивування виразки, незважаючи на неодноразову терапію БШС у минулому, наявність виразок великого розміру, без позитивної динаміки під впливом терапії протягом 2-3 тижнів за відсутності серйозних протипоказів до операції.

3. Терапія БШС знижує ризик рецидиву кровотечі, що зменшує необхідність у ранніх вимушених втручаннях, та допомагає виграти час для підготовки до операції.

4. Для поліпшення віддалених результатів паліативних операцій доцільна ад'ювантна терапія БШС у поєднанні з ерадикацією *H. pylori*.

МЕТОДЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ЯЗВЕННЫМ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ.

П.Г. Кондратенко, А.А. Стукало, Ю.Ф. Липко, Е.Е. Раденко, А.Г. Стрюковский

Донецкий государственный медицинский университет

С целью эндоскопического гемостаза (ЭГ) и профилактики рецидива кровотечения (РК), у 3029 больных острыми язвенными гастродуоденальными кровотечениями применены инъекционные методы, различные способы коагуляции и их комбинации. Язвенные дефекты локализовались в желудке у 788(26%) пациентов, в двенадцатиперстной кишке (ДПК) у 1999(66%), сочетано в желудке и ДПК у 121(4%) и в области гастроэнтероанастомоза у 121(4%) больных.

Всем пациентам при поступлении производилась экстренная эзофагогастродуоденоскопия с целью диагностики, ЭГ и профилактики РК. Этапные контрольно-лечебные эндоскопические исследования проводили каждые 6-12 часов до исчезновения признаков ненадежного гемостаза.

При поступлении у 230(7,6%) больных кровотечение продолжалось. Непосредственный ЭГ достигнут у 209(91%) пациентов. С остановившимся к моменту поступления кровотечением госпитализировано 2799(92,4%) больных.

Изолировано перивазальные и периульцерозные инъекции применили 1256 (41,5%) больным.

У 217 (7,2%) пациентов инъецировали 70% этанол. Эффективность ЭГ составила 87,5% (21из24 больных). Профилактика РК проведена 214 пациентам. РК возник у 49 (22,9%) больных. В процессе динамического эндоскопического наблюдения у 165(76%) пациентов этой группы отмечено образование эрозий, и даже некроза слизистой оболочки, что побудило нас отказаться от данного метода ЭГ и профилактики РК.

Масляный раствор «аевита» инъецировали 274(9,05%) больным. С целью ЭГ- 33 пациентам; эффективность- 90,9% (30). С целью профилактики- 271 больному. РК отмечен у 38(14%) пациентов. У 81(29,6%) пациента, оперированных в отсроченном и плановом порядке на 14-25 сутки после проведения инъекций «аевита» обнаруживались субсерозные олеомы и олеогранулёмы, что привело к максимально сдержанному отношению к этой методике в дальнейшем.

У 765(25,3%) пациентов применили гемостатическую смесь (ГС), включающую прокоагулянты, сосудосуживающие препараты, ингибиторы протеаз. Эффективность ЭГ составила 92,8% (90 из 97больных). РК возник у 97(12,8%) из 758 пациентов, получавших инъекции ГС с целью профилактики.

Коагуляционные методики изолировано применены 904(29,8%) больным. Эффективность ЭГ-85,3% (29 из 34 пациентов). Профилактика РК различными способами коагуляции проведена 899 больным. Диатермокоагуляция-303(33,5%), гидродиатермокоагуляция-65(29,3%), термокаутеризация -232(25,7%), лазерная фотокоагуляция-104(11,5%). РК возник у 143(15,9%) пациентов.

Комбинация инъекций ГС и коагуляционных способов применена 869(28,7%) пациентам. ЭГ оказался эффективным у 97,6% (41 из 42 больных). РК возник у 59(6,8%) из 868 пациентов

ЭГ дополняли последующим нанесением на источник кровотечения 70% этанола и пленкообразующего препарата (лифузоль, статизоль, гастрозоль). С целью повышения эффективности и надёжности ЭГ, всем больным обязательно проводили гемостатическую и противоязвенную терапию.

ВЫВОДЫ: Эффективность ЭГ при использовании инъекций ГС составила 92,8%, при коагуляции–85,3%, при комбинации инъекций с различными видами коагуляции –97,6%.

Надежность гемостаза при применении инъекций ГС составила 87,2%, коагуляции- 84,1%, комбинации инъекций с коагуляцией- 93,2%.

Предложенный алгоритм проведения ЭГ и профилактики РК состоит из перивазальных и,- или периульцерозных инъекций ГС, с последующей коагуляцией сгустка крови, сосуда или дна язвенного дефекта. При наличии в дне язвы мелкого темного тромбированного сосуда, считаем достаточным применение перивазальных или периульцерозных инъекций ГС. Обработка 70% этанолом и нанесение пленкообразующего препарата обычно завершает эндоскопические гемостатические мероприятия.

ЗНАЧЕНИЕ ЭНДСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ЛЕЧЕНИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Н.Н.Милица, В.И.Давыдов, В.Ф.Тимченко

Каф.хирургии 1, Запорожского государственного института усовершенствования врачей

Внедрение в практику способов местного гемостатического воздействия на источники гастродуоденального кровотечения в последние годы получило широкое распространение.

В клинике хирургии 1 за период с 1997 по 1999 гг с различными формами гастродуоденальных кровотечений находилось 368 больных. Мужчин было 228 (62%), женщин 140 (38%). Возраст больных колебался от 15 до 92 лет. Преобладали лица пожилого и старческого возраста 125 (34%) с выраженной сопутствующей патологией.

Кровопотери легкой степени диагностированы у 203 (58%), средней степени тяжести у 117 (29%) и тяжелой у 48 (13%) больных. Продолжающееся кровотечение имело место в 66 (1,8%) случаях, остановившиеся - установлено у 502 (82%) больных. При продолжающемся профузном кровотечении определить источник не представилось возможным у 7 (1,9%) больных. В трех случаях (0,8%) экстренная фиброэзофагогастродуоденоскопия выполнялась на операционном столе, когда массивное кровотечение требовало экстренной операции.

Источником кровотечения у 132 больных (36%) явилась язвенная болезнь 12 перстной кишки, у 44 (12%) - язвенная болезнь желудка; эрозивные гастродуодениты у 107 (29%) больных; варикознорасширенные вены пищевода - у 33 (9%); рак желудка - у 22 (6%), синдром Меллори-Вейса - в 15 (4%) случаях. Кровотечения из зоны анастомоза и острых язв в раннем послеоперационном периоде отмечены у 7 (1,9%) больных.

Диагностический характер исследование носило у 155 (42%) больных. Лечебные воздействия на источник кровотечения были предприняты у 213 (58%) пациентов.

Показанием для эндоскопического гемостаза явились: 1) продолжающееся калиллярное кровотечение; 2) остановившееся кровотечение, когда морфологические признаки (тромбированные сосуды, геморрагические напеты, фиксированные сгустки, варикозные узлы вен пищевода) указывали на, риск рецидива кровотечения.

Использовались различные методы эндоскопического гемостаза: моноактивная гидродиатермокоагуляция, инъекции варикоцида (тромбовара). При продолжающемся кровотечении применялась криоапликация «Хладоном-12», кровотечение останавливалось и на этом фоне выполнялась электрокоагуляция.

Экстренную операцию выполняли больным с продолжающимся профузным кровотечением, с рецидивом кровотечения в клинике, а также с кровотечением, когда консервативные мероприятия, включая эндоскопические методы, оказались не эффективными.

Система эндоскопического гемостаза, разработанная и внедренная в клинике, позволила выполнять неотложные эндоскопические исследования в первые часы с момента поступления больных в стационар, что существенно повысило диагностическую ценность исследования, дало возможность установить характер кровотечения, провести временный гемостаз с адекватной интенсивной терапией нарушений, вызванных кровопотерей.

Внедрение активной дифференцированной тактики привело к сокращению числа оперативных вмешательств по экстренным показаниям от 10% до 6% (22 человека), тем самым к увеличению числа операций в плановом порядке (156 - 39%) и снижению послеоперационной летальности с 10,2 до 6,7%.

**Принципы оказания медицинской помощи больным с
желудочно-кишечными кровотечениями**

**В.И. Никишаев, П.Д. Фомин, Н.И.Тутченко, С.Г.Головин,
К.В.Кузнецов, Н.П.Слизюк, А.С.Бодрягов, В.Н.Бобокал.**

**Киевская городская клиническая больница скорой медицинской помощи
Киевский городской центр по оказанию помощи больным**

с желудочно-кишечными кровотечениями

Несмотря на имеющиеся эффективные методы консервативного лечения язвенной болезни, частота ее осложнений не имеет тенденции к снижению. Результаты лечения больных с желудочно-кишечными кровотечениями (ЖКК), несмотря на имеющийся прогресс в лечении их, остаются неудовлетворительными. Это побуждает к поиску новых подходов в лечении больных с ЖКК.

Создание в г.Киеве в 1981 году первого в СССР центра по оказанию помощи больным с желудочно-кишечными кровотечениями и концентрация пациентов в одной клинике способствовало всестороннему изучению проблемы, усовершенствованию, разработке и внедрению новых диагностических и лечебных мероприятий. Все это позволило значительно снизить общую и послеоперационную летальность в клинике и соответственно в регионе. С 1982 по 1999 годы в центре находилось на лечении 17680 больных. Данные разработки были применены и развиты в Киевской городской клинической больнице скорой медицинской помощи, где был создан в 1988 году второй центр по лечению больных с ЖКК в г.Киеве. За 10-лет поступило в больницу 5466 больных с острыми кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, из которых с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки было 3711 (67,9%) пациентов.

Предметом живых дискуссий при обсуждении хирургических аспектов лечения язвенных кровотечений является определение показаний, сроков выполнения и метода оперативного вмешательства. Открытым вопросом в выборе лечебной тактики является оценка риска рецидива кровотечения, который практически единогласно считают одной из важнейших детерминант неблагоприятного результата лечения больных. Как показали наши наблюдения, выполнение операций на высоте первого рецидива язвенного кровотечения увеличивает послеоперационную летальность в 2 раза. При выполнении операций на высоте 2 – 3-го рецидива кровотечения летальность увеличивается в 4-8 раз.

Трудности выбора и определение рациональных сроков проведения оперативного вмешательства при язвенном кровотечении объясняется отсутствием объективных критериев оценки надежности гемостаза в язве и риска возобновления кровотечения. Решение этих вопросов возможно при широком применении экстренной диагностической и лечебной эндоскопии, которая позволяет верифицировать источник кровотечения, выполнить эндоскопический гемостаз, охарактеризовать его морфологические особенности, оценить надежность гемостаза, прогнозировать угрозу рецидива кровотечения, а также выполнить эндоскопический контроль гемостаза в язве.

Из 3711 пациентов с ЖКК из язв желудка и двенадцатиперстной кишки сразу же при поступлении (в течение 1-2 часов) 98,1% было выполнено экстренное эндоскопическое исследование, позволяющее верифицировать источник кровотечения, его локализацию, размеры и тяжесть деструкции.

При неустойчивой гемодинамике, шоке обследование производилось в противошоковой палате или в отделении интенсивной терапии. При устойчивой гемодинамике больной на каталке подавался в эндоскопическое отделение для проведения обследования. Если кровотечение продолжалось, и невозможно было выявить его источник из-за большого количества крови в желудке, проводилось промывание желудка. При отсутствии данных о продолжающемся кровотечении (в желудке - кофейная гуща, пища) и невозможности выявить его источник - повторное исследование проводилось через 4 часа.

В своей работе мы пользуемся модифицированной нами классификацией активности кровотечения Forrest J.A.H. Продолжающееся кровотечение было выявлено у 11,8% пациентов (IA – 4,5%; IB – 3,3%; Ix – 4%). Стигмат отмечалась у 34,5% пациентов (IIA-12,3%; IIB – 18,4%; IIC – 3,8%). III группа выявлена у 53,7% больных. При выявлении стигмат – обязательным являлось водная ирригация дна язвы, для более точного определения признаков недавнего кровотечения. При продолжающемся кровотечении (I группа) и наличии признаков недавнего кровотечения (стигматы - II группа) обязательно предпринимались эндоскопические вмешательства (гидроэлектрокоагуляция, комбинация инъекционной терапии с коагуляцией, эндоклипирование и др) направленные на остановку кровотечения и на профилактику его рецидива. За последние 5 лет выполнено 1881 эндоскопическое пособие при кровотечении. После эндоскопии определяли дальнейшую тактику лечения больных:

- больные с продолжающимся кровотечением - подлежали экстренному оперативному вмешательству по жизненным показаниям;
- больные с остановленным активным кровотечением (FIA) - индивидуально по отношению к каждому пациенту принимали решение о выборе способа лечения (ранней отсроченной операции в зависимости от отягощающих факторов в плане прогноза риска рецидива кровотечения или консервативному лечению и мониторингу);
- больные с остановленным кровотечением, при активном просачивании, из-под сгустка, наличии стигмат и отсутствии признаков недавнего кровотечения - подлежали консервативному лечению и мониторингу.

Больные, которым был показан мониторинг, делились на три группы. Первая - с высоким риском рецидива ЖКК (FIA и FIx), вторая - со средним риском (FIB, FIIA, FIIB), третья – с низким (FIIC и FIИ). Повторные эндоскопические осмотры в этих группах проводились соответственно через 2-4, 4-6, 12-24 часа соответственно. На повторных осмотрах осуществлялся контроль гемостаза, проводились лечебные процедуры, направленные на профилактику рецидива кровотечения,

в некоторых случаях уточнялся диагноз.

Основными целями эндоскопического мониторинга являлись:

- контроль эффективности проведенного эндоскопического гемостаза;
- раннее выявление рецидива кровотечения (до появления клинических признаков);
- активное неоднократное использование методов эндоскопического гемостаза для профилактики рецидива кровотечения и остановки кровотечения у больных с сомнительным прогнозом оперативного лечения и наркоза;
- окончательная верификация источника кровотечения в трудных диагностических случаях.

Проведенный анализ показал, что за период 1988-1993гг из 1829 больных язвенной болезнью оперировано 614 (33,6%) с послеоперационной летальностью 5,7%, общая летальность составила 4,9%, среди неоперированных – 4,5%; а период применения эндоскопического мониторинга (1994-1999гг) характеризуется следующими показателями: поступило 1882, оперировано 627 (33,3%), послеоперационная летальность - 4,5%, общая летальность - 4,1% , среди неоперированных - 3,9%. При этом количество экстренных операций (на высоте кровотечения и в раннем отсроченном периоде) снизилось с 35,3% до 15,5%, на высоте кровотечения – менее 4%.

Таким образом, концентрация больных в специализированных отделениях с круглосуточным режимом работы, наличие высококвалифицированных специалистов, аппаратуры, применение современных эндоскопических методик гемостаза, активный мониторинг - позволяют уменьшить хирургическую активность при язвенных кровотечениях и снизить количество экстренных операций, что ведет к снижению летальности у больных с кровоточащими гастродуоденальными язвами.

Эндоскопия как малоинвазивный метод при кровотечениях

из варикозно расширенных вен пищевода и желудка.

В.И.Никишаев, Н.И.Тутченко, П.Д.Фомин, С.Г.Головин.

Киевская городская клиническая больница скорой медицинской помощи.

Введение. В последние годы наблюдается тенденция к увеличению числа больных циррозом печени. Наиболее опасным осложнением синдрома портальной гипертензии при циррозе печени является кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (КВРВПЖ), ле-

тальность при котором достигает 28-84% (5). По данным литературы общепринятые способы консервативной терапии, включая постановку баллонных обтураторов типа Sengstaken-Blakemore, малоэффективны (3), а существующие методики операций характеризуются высокой (до 70%) летальностью (4) и отсутствием положительного влияния на продолжительность жизни больных. В связи с этим важное значение приобретают малоинвазивные вмешательства, в т.ч. эндоскопическая склеротерапия (ЭС) (1,5), а также эндоскопические способы механической остановки кровотечений (2,3).

Цель исследования. Определить оптимальную эндоскопическую тактику при лечении КВРВПЖ.

Материалы и методы. Эндоскопические методы гемостаза были применены у 119 больных с КВРВПЖ в возрасте $53 \pm 6,2$ лет (102 мужчины и 17 женщин). Нами были использованы три различные методики склеротерапии, эндоскопическое клипирование и лигирование.

В 1-ой группе мы осуществляли инъекции склерозанта интравенозно с целью облитерации варикса (35 больных- 29,4%). Во 2-ой группе инъекции склерозанта выполнялись паравазально для создания сдавливающей рубцовой муфты вокруг расширенной вены (11 пациентов- 9,2%). В 3-ей группе мы использовали комбинацию интра- и паравазальных введений склерозанта, что позволили достичь двух терапевтических целей одновременно (48 пациентов- 40,3%). Интравенозно мы вводили от 4 до 10 мл 3% раствора тромбовара, паравазально - 35% раствор этанола, приготовленный ex tempore из равных частей 70% раствора этанола и 1% раствора новокаина. Эндоскопическая склеротерапия проводилась одновременно на всех венозных стволах. В 4-ой группе больных (14- 11,8%) мы применили эндоскопическое клипирование источника кровотечения, в 5-ой группе (11- 9,2%) использовано эндоскопическое лигирование кровоточащей вены.

Различий по полу, возрасту, и активности кровотечения в данных группах пациентов не было. Лечебная эндоскопия была выполнена у 73 больных (61,3%) с активным кровотечением и у 46 (38,7%) в раннем отсроченном периоде (12-18 часов с момента поступления). Методы эндоско-

пического клипирования и лигирования мы применяли только в случаях продолжающегося кровотечения. ЭС нами проводилась один раз в 3-4 дня.

Результаты. Гемостатический эффект был достигнут нами у всех пациентов, как с активным кровотечением, так и в раннем отсроченном периоде. Рецидив кровотечения наблюдался у 6 пациентов в 1-й группе (17,1%), у 4 – во 2-ой (36,4%), у 5 – в 3-ей (10,4%), у 2 – в 4-ой (14,3%), у 3 – в 5-ой (27,3%). Проведение повторных сеансов склеротерапии позволило достичь гемостаза у 11 (55%) из этих 20 больных.

Однако, несмотря на комплексную гемостатическую терапию летальный исход наступил в 6 случаях в 1-ой группе (17,1%), 2 – во 2-ой (18,2%), 7 – в 3-ей (14,6%), 1 – в 4-ой (7,1%), 2 – в 5-ой (18,2%). Общая летальность составила 15,1%.

Выводы.

- 1 ЭС, эндоклипирование и эндолигирование весьма эффективны при лечении КВРВПЖ.
2. Сравнительный анализ показывает преимущество в эффективности комбинированной интра- и паравазальной склеротерапии.

Литература

1. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Доманский Б.В. (1993) Хирургия печени и желчевыводящих путей. Київ.: Здоров'я. 512 с.
2. Herpworth C.C., Burnham W.R., Swain C. P. (1999). Development and application of endoloops for the treatment of bleeding esophageal varices. *Gastrointest Endosc*, 50(5): 677-683
3. Moloney M., Wilkinson M. (2000). Early administration of somatostatin and efficacy of sclerotherapy in acute oesophageal variceal bleeds: the European Acute Bleeding Oesophageal Variceal Episodes (ABOVE) randomised trial *Gastrointest Endosc*, 51 (3): 372-373
4. Pamela M. Hartigan, Roger L. Gebhard, Peter b. Gregory (1997) Sclerotherapy for actively bleeding esophageal varices in male alcoholics with cirrhosis. *Gastrointest. Endosc.* 46: 1-7.

5. Rossle M., Deibert P., Haag K. et al. (1997) Randomized trial of transjugular-intrahepatic-portosystemic shunt versus endoscopy plus propranolol for prevention of variceal bleeding. Lancet.349. 9058.: 1043-1049.

ПРИНЦИПИ НАДАННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ГОСТРИМИ ВИРАЗКОВИМИ КРОВОТЕЧАМИ НА БАЗІ ОБЛАСНІ ЛІКАРНІ

Поліщук В.Т., Строцький К.П., Рудковська Н.Г., Сорока А.Н., Борщівський В.М.

Житомирська обласна клінічна лікарня ім. О.Ф.Горбачевського

МЕТА. Визначити роль централізованої спеціалізованої допомоги на базі обласної лікарні хворим з гострими гастродуоденальними кровотечами виразкового генезу.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ. Аналізовано результати лікування 989 хворих із гострими шлунково – кишковими кровотечами виразкового генезу за період роботи центру з 1992 по 1999 роки. Оперовано 345 (34,9%) пацієнтів. Післяопераційна летальність 8,2%. Загальна летальність склала 4,3%. Всім хворим в першу годину знаходження в стаціонарі та в динаміці виконувалась ФЕГДС. У 832 хворих (84,1%) на момент огляду вже не спостерігалось триваючої кровотечі в просвіт ШКТ. Потреба в ендоскопічному гемостазі (монополярна діатермокоагуляція) виникла у 137 хворих (13,9%). Ефективним він був у 95 хворих (69,3%). Неefективність гемостазу в основному була пов'язана з наявністю крупної кривавлячої судини в кальозній виразці. Надійність ендоскопічного гемостазу перевіряли в динаміці. В фазах триваючої кровотечі та нестійкого гемостазу оперовано 154 (43,5%) хворих. В першій групі оперовано 37 (13,7%) хворих, померло 11 (29,7%). В другій – 117 хворих (33,9%), померло 11 (9,4%). У 191 хворих (55,4%) з ендоскопічними ознаками стабільного гемостазу виконані ранні планові операції (на 12-14 добу). У цій групі летальність склала 1,6% (3 хворих). З 1995 року тактика центру спрямована на максимальне використання органозберігаючих операцій. З 1995 по 1999 роки оперовано 71 хворий з виразкою шлунка, 149 з виразками пілородуоденальної зони. При шлунковій локалізації виразки у 51 (71,8%) хворого виконана резекція шлунка за Більрот-I, в тому числі зі збереженням воротара – 35 операцій (68,6%). У 19 (26,8%) пацієнтів застосоване клиноподібне висічення виразки (хворі похилого віку, з серцево-легеневою недостатністю на фоні важкої крововтрати). При виразках пілородуоденальної зони застосовували органозберігаючі втручання (ваготомія + висічення виразки + пілоро– чи дуоденопластика) – 103 випадків (69,1%). Але при гігантських пенетруючих дуоденальних виразках вдавались також до резекції шлунка (28 випадків – 18,8%). При локалізації виразки по верхньому контуру цибулини, з пенетрацією в голівку підшлункової залози проводилась екстрадуоденізація виразки. Щодо способу ваготомії, то перевага надавалась селективній проксимальній ваготомії, з пі-

лоро– або дуоденопластиком. Її виконано у 60 хворих (40,3%) з пілородуоденальною локалізацією виразки. З 1999 року до комплексного лікування хворих вже в першу добу знаходження в стаціонарі, на фоні ін'єкційного введення H₂-блокаторів II або III покоління, підключали одну з схем потрійної ірадикації *Helicobacter pylori*. Це дозволило знизити хірургічну активність з 37,4% в 1992-1998рр. до 24,2% в 1999р. та до 16,9% в перші 5 місяців 2000р.

РЕЗУЛЬТАТИ. Екстрена ендоскопія мала вирішальне значення в тактиці ведення хворих з ГШКК. Ендоскопічна зупинка кровотечі надала можливість відстрочити оперативне втручання а, інколи, обійтись і без нього, що в поєднанні з застосуванням комплексної терапії дозволило знизити хірургічну активність та летальність. У 84,1% хворих під час невідкладної фіброгастродуоденоскопії з кратера виразки вже не спостерігається продовження кровотечі. В районах області ендоскопічний гемостаз розцінюється як тимчасовий (оскільки відсутня можливість динамічного ендоскопічного контролю) і дає можливість підготувати хворого до оперативного втручання.

ВИСНОВКИ: тільки при концентрації хворих в спеціалізованому центрі, консультативній роботі спеціалістів центру в районах області (виїзна бригада складається з хірурга, ендоскопіста, анестезіолога) можна досягти покращення результатів в лікуванні шлунково – кишкових кровотеч виразкового генезу.

Ендоскопічне лікування кровотеч з варикозно розширених вен стравоходу на фоні медикаментозної корекції портального тиску у хворих на цироз печінки

Русин В. І., Русин А. В., Болдижар О. О., Переста Ю. Ю., Стойка В. І.

Кафедра госпітальної хірургії УжДУ

На сьогоднішній день фармакотерапія є єдиним лікувальним методом, який може бути використаний негайно для лікування і контролю за кровотечами і не вимагає дорогостоячого обладнання, досвідченого ендоскопіста та хірурга.

Крім того, фармакотерапія може розпочинатися вдома, в амбулаторії, при транспортуванні хворого, вона забезпечує негайний контроль за кровотечею в стаціонарі, чим попереджує подальше погіршення стану пацієнта перед остаточним лікуванням. І хоча ендоскопічна склеротерапія (ЕС) і лігування судин є більш радикальними методами лікування кровотеч з варикозно розширених вен (ВРВ) стравоходу [1, 2]. Комбінація фармакотерапії та ЕС повинна сприяти більш ефективній зупинці і профілактиці рецидивів повторних кровотеч.

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням знаходились 77 хворих на цироз печінки (ЦП) з явищами кровотеч з ВРВ стравоходу. Згідно класифікації Чайлда-Туркота, в стадії компенсації було 4 хворих, субкомпенсації – 58 та декомпенсації 15 хворих. Кровотеча легкого ступеня спостерігалась у 33 хворих, середнього ступеня – у 39, важкого ступеня у 8 хворих.

Медикаментозна корекція портопечінкового кровотоку забезпечувалася 1 % розчином нітрогліцерину в дозі 0,43 мг/кг/добу від 15 до 30 крапель на хвилину (1,5 мг/год) у 50 хворих. У решти – 27 пацієнтів – під впливом анаприліну (обзидану) в дозі 2,85 мг/кг/добу відповідно (0,25 % - 1,0 або 0,1 % - 5,0). Одночасно на фоні медикаментозної корекції портопечінкового кровообігу, корекції об'єму крововтрати виконували екстренну діагностичну ендоскопію з ЕС.

Під час ЕС вводили 5-15 мг (максимально 25 мл) 0,5 % розчину полідеканолу або 5-15 мл 3 % розчину тромбовара інтравазально, паравазально, комбіновано (17, 40, 20), від кута шлунка на 7-10 см вище стравохідно-шлункового переходу по 1 мл на ін'єкцію.

У період проведення та до ЕС поряд з інфузійною та гемостатичною терапією призначали Н₂-блокатори, антацидні препарати. У випадку триваючої кровотечі виконувалась повторна ЕС.

Контроль центральної та портопечінкової гемодинаміки визначали за допомогою поліаналізатора ПА-5-02 Харків та ультразвукового апарату "SIM -5000" (Італія).

Обговорення отриманих результатів.

Вивчаючи вплив нітрогліцерину на центральну і портальну гемодинаміку, встановлено, що нітрогліцерин позитивно впливає на скорочувальну здатність міокарда у хворих на ЦП, покращуючи систоло-діастолічні показники і знижуючи при цьому портальний тиск на 28,2%, об'ємну швидкість ворітного кровоплину на 15%, зі збільшенням числа серцевих скорочень на 21,8 % і зниженням середньоартеріального і венозного тисків відповідно на 4,2% і 20%.

Вивчаючи показники центральної гемодинаміки під впливом анаприліну, встановлено, що сповільнення частоти серцевих скорочень на 25% веде до зниження потреби міокарда у кисні, оскільки подовжується час діастоли (наповнення) на 18,3 – 62,9%, що сприяє подовженості перфузії коронарних артерій. Серцевий викид зменшується на 24,4 – 31,4%, при зменшенні портального тиску на 29,8 % і зменшенням об'ємної швидкості у ворітній вені тільки на 7,7 %. У групі 35 хворих з I ступенем кровотечі після одномоментної ЕС ВРВ стравоходу кровотеча була зупинена у всіх пацієнтів. У групі 39 хворих з II ступенем кровотечі ЕС ВРВ стравоходу призвела до зупинки кровотечі у 31 пацієнта. У чотирьох хворих спостерігався рецидив кровотечі, яка після триразових сеансів ЕС у 3 хворих була зупинена. Один пацієнт помер від триваючої кровотечі. Трьом хворим через загрозу життю триваючою кровотечею виконана операція перев'язування лівої шлункової вени та артерії з лігуванням селезінкової артерії, одному хворому успішно виконана операція Hasab-Paquet.

У групі 8 хворих з III ступенем кровотечі ЕС сприяла зупинці кровотечі у всіх хворих, але двоє хворих померли при явищах наростаючої печінкової недостатності.

Таким чином, здійснення ЕС ВРВ стравоходу на фоні медикаментозної корекції портального тиску і центральної гемодинаміки 1% розчином нітрогліцерину та 0,25% розчином анаприліну

у 84 % випадків сприяє зупинці кровотечі у хворих на ЦП.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ.

Рыжий Л.М., Илькин А.В., Назарук О.К., И.В.Гомоляко,

Киев

Вопросам остановки и лечения гастродуоденальных кровотечений посвящено большое количество исследований. Однако, следует отметить, что удовлетворительных результатов при применении отдельных методик добиться сложно. В связи с этим весьма актуальны поиски новых, комплексных, доступных для применения методик остановки, лечения и профилактики кровотечений в ургентной хирургии.

С целью изучения эффективности остановки кровотечения эндоскопическим путем применена методика комбинированного воздействия на источник кровотечения в желудке и двенадцатиперстной кишке с использованием электрохирургического аппарата "Эрботом", 10 % раствора нитрата серебра, гелий-неоновой лазерной установки, 3 % раствора аминокaproновой кислоты, высокомолекулярного медицинского клея МК-6. Облучение гелий - неоновым лазером мощностью 25 мВт проводилось в течение 3-5 мин. При локализации язвы в желудке облучение проводилось только после гистологического исследования. Электрокоагуляция осуществлялась в течение 3-8 сек на один участок слизистой в режиме "коагуляция - 5 ед.". Нанесение клеевой повязки производилось через катетер, заведенный в инструментальный канал эндоскопа. Все манипуляции выполнялись на фоне премедикации или с анестезиологическим обеспечением. Для визуального контроля использовалась эндоскопическая видеосистема "PENTAX".

Под наблюдением в клинике находилось 58 пациентов с кровотечением из язвы двенадцатиперстной кишки (31), с кровотечением из язвы желудка (14), с кровотечением из опухоли желудка (7), с синдромом Маллори-Вейсса (6).

Сочетание используемых у конкретного больного манипуляций определялось интенсивностью и видом кровотечения. Для стандартизации подходов к остановке кровотечения использована эндоскопическая классификация желудочно-кишечных кровотечений Forrest J.A.H.: 1. Кровотечение активное: 1 А - струйное; 1 В - капиллярное; 1 С - из-под тромба, сгустка. 2. Кровотечение остановившееся: 2А - тромбированный сосуд; 2.В - фиксированный сгусток; 2.С - мелкие тромбированные сосуды. 3. Кровотечение полностью остановившееся: 3А - язвенный дефект под слоем фибрина; 3.В - язвенный дефект без фибрина. 4. Источник кровотечения не выявлен.

Кровотечение первой категории (1А) было диагностировано у 9 пациентов. Наиболее целесообразным у этой группы больных является использование комбинированной методики с применением электрокоагуляции краев и дна язвенного дефекта с последующим орошением 10 % раствором нитрата серебра, нанесением клеевой повязки и облучением гелий-неоновым лазером.

При кровотечениях категории 1.В (15 пациентов) применялась электрокоагуляция только дна язвы с орошением 3 % раствором аминокaproновой кислоты и облучение лазером. В случаях необходимости наносилась клеевая повязка.

При кровотечениях категории 1.С (7 пациентов) производилось удаление сгустка и в зависимости от активности кровотечения (1А или 1.В) применялось комплексное лечение, изложенное выше.

При кровотечениях категории 2. (у 14 пациентов) при наличии большого тромба, полностью закрывающего язву, применялось облучение лазером с последующим динамическим наблюдением. Если тромб находился на дне кратерообразной язвы - целесообразно нанесение клеевой повязки и облучение лазером.

При кровотечениях категории 3. (у 12 пациентов) производилось только облучение лазером. Источник кровотечения не удалось обнаружить (категория 4) у одного пациента.

Черта 3-5 часов после эндоскопической остановки кровотечения в обязательном порядке проводилось контрольное эндоскопическое исследование с облучением язвенного дефекта лазером и взятием биопсийного материала с края язвы желудка в случаях желудочного кровотечения. Кроме того, во всех без исключения случаях биопсийный материал брали из антрального отдела желудка для гистологического и цитологического (бактериоскопического) исследования для выявления *Helicobacter pylori*. В качестве альтернативного метода диагностики *Helicobacter pylori* использовался уреазный экспресс-тест с применением Де-Нол теста фирмы Yamanouchi.

Дальнейшее эндоскопическое наблюдение в сочетании с лазерным облучением и другими описанными выше манипуляциями было обусловлено результатами исследований, течением заболевания и исходной эндоскопической картиной.

В результате применения вышеизложенных методик эндоскопической остановки кровотечений в первые сутки после госпитализации ни один пациент не был прооперирован. В дальнейшем 5 больных были прооперированы в плановом порядке. У остальных пациентов на фоне консервативного лечения с применением блокаторов протонной помпы, препаратов висмута, антибиотиков, метронидазола и эндоскопического облучения лазером сроки госпитализации составили 10-12 дней.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВА НЕЯЗВЕННОГО ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ.

А.А. Стукало, А.Г. Стрюковский, Е.Е. Раденко, Ю.Ф. Липко

Донецкий государственный медицинский университет

Проведен анализ лечения 2238 больных с неязвенными эзофагогастроуденальными кровотечениями (НЭГДК), госпитализированных в клинику с 1989 по 1999 годы. Источником кровотечения у 861 больного (38,5%) явились острые язвы и эрозии слизистой оболочки, у 580 (25,9%) пациентов - синдром Маллори-Вэйса, у 443 (19,8%) - варикозные вены пищевода и желудка. Причиной геморрагии у 233 (10,4%) больных были злокачественные опухоли, у 63 (2,8%) - полипы верхних отделов пищеварительного канала и у 58 (2,6%) пациентов - редкие причины кровотечения (дивертикулы, ожоги слизистой оболочки, сосудистые свищи, заболевания крови, сосудов и др.).

С целью эндоскопической профилактики рецидива НЭГДК применяли различные виды коагуляции, инъекции гемостатической смеси (норадреналин, этамзилат, адроксон, контрикал, новокаин), местную обработку 96% спиртом, пленкообразующими, масляными препаратами.

Для профилактики рецидива кровотечения (РК) из острых изъязвлений слизистой оболочки 567 больным (65,9%) с наличием сгустков или тромбированных сосудов применялось подслизистое введение гемостатической смеси (ГС) с последующей гидродиатермокоагуляцией или термокаутеризацией. У 294 пациентов (34,1%) с остановившимся кровотечением и наличием темного геморрагического или покрытого фибрином дна дефекта слизистой оболочки ограничивались введением ГС. Завершали эндоскопические мероприятия нанесением пленкообразующего препарата. РК возник у 23 больных (2,7%).

При наличии сгустков и тромбированных сосудов в области кардиоэзофагеальных разрывов слизистой оболочки 303 больным (52,2%) производились инъекции ГС в края разрыва с последующей диатермокоагуляцией сгустков или тромбированных сосудов. У 195 пациентов (33,6%) с геморрагическим налетом в дне дефекта применялись инъекции ГС с последующей обработкой 96% спиртом. С налетом фибрина в дне разрыва слизистой оболочки поступили 82 больных (14,1%), им проводилась обработка дефекта спиртом и масляными препаратами. РК отмечен у 14 больных (2,4%).

При синдроме портальной гипертензии, осложненном кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка у 127 больных (28,7%) применялась эндоскопическая склеротерапия, как метод остановки и профилактики РК. Использовали 70% спирт или 40% раствор глюкозы. Сеансы склеротерапии проводили каждые три дня и сочетали их с постановкой зонда Блэкмора. РК возник у 26 пациентов (20,5%).

С целью профилактики РК 233 больным с кровоточащими опухолями верхних отделов пищеварительного канала при диффузном кровотечении выполняли криодиатермокоагуляцию, при наличии сгустков или тромбированных сосудов - лазерную фотокоагуляцию. Все виды коагуляции дополняли инъекцией ГС и аппликацией пленкообразующего препарата. РК диагностирован у 8 (3,4%) пациентов.

У 63 больных с кровотечением из полипов пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки после инъекции ГС под основание полипа, методом окончательного гемостаза и профилактики РК явилась эндоскопическая полипэктомия, произведенная при поступлении или в ближайшие сутки. РК в этой группе больных не было.

ВЫВОДЫ: Наличие сгустков крови, тромбированных сосудов, геморрагического налёта в области источника кровотечения являются признаками ненадежного гемостаза и служат показанием к применению эндоскопических методов профилактики РК. Предложенный алгоритм применения эндоскопических методов профилактики рецидива неязвенного эзофагогастродуоденального кровотечения в зависимости от состояния источника геморрагии позволяет добиться надёжного гемостаза у абсолютного большинства больных.

Застосування ендоскопічних засобів гемостазу при синдромі Меллорі-Вейсса.

В.М.Тихоненко, О.В.Ігнатов, О.А.Ананко, Є.М.Шепетько, О.І.Ліссов, С.М.Козлов.

Кафедра факультетської хірургії №2, Національний медичний університет, м.Київ.

Вступ. Синдром Меллорі-Вейсса (СМВ) являє собою різновид шлунково-кишкової кровотечі, причиною якого є розриви слизової оболонки езофагокардіального переходу. Головним завданням в лікуванні СМВ є вплив на джерело кровотечі - розрив слизової з метою зупинки кровотечі або попередження її рецидиву. Розповсюдження фіброволоконної оптики, вдосконалення ендоскопічної техніки дали змогу для виконання безпосереднього впливу на розриви слизової оболонки. Саме широке застосування різноманітних засобів [1-5] ендоскопічного гемостазу дозволило значно знизити частість рецидивних кровотеч та летальність серед хворих із СМВ. В свою чергу, різноманітність методик, що використовуються для зупинки кровотечі при СМВ примушує хірургів детально вивчати їх переваги та недоліки, зважено підходити до застосування різних методів гемостазу в залежності від ендоскопічної картини та стану хворого. Так, застосування діатермокоагуляції [2] дозволяє зупинити досить інтенсивні кровотечі, але пов'язане із реальним ризиком перфорації стінки органу, пошкодження розташованих поруч анатомічних утворень. Крім цього, коагулят, що виникає під час маніпуляції, досить часто фіксується до електроду, що призводить до відриву утвореного тромбу. Застосування клейових гемостатиків [4] малоефективне під час профузних кровотеч, під впливом шлункового соку створена плівка досить швидко змивається-

ся. В свою чергу такі методики, як лазерна фотокоагуляція [5], ін'єкційне введення препаратів [1] потребують висококваліфікованих фахівців та відповідного обладнання, що значно обмежує їх застосування.

Мета дослідження. Вивчити ефективність та, в залежності від цього, показання для виконання ендоскопічних маніпуляцій при синдромі Меллорі-Вейсса. Оцінити рівень ефективності різних методик ендоскопічного гемостазу при СМВ.

Матеріали і методи. За період з 1982 по 1999 роки в Центрі по наданню невідкладної допомоги хворим з гострими шлунково-кишковими кровотечами м.Києва лікувалося 1115 хворих на СМВ. Досить багатий клінічний досвід дозволив розробити певний алгоритм лікувально-діагностичних мір, головну роль в якому відіграє ургентна фіброгастродуоденоскопія із наступним здійсненням, за показаннями, ендоскопічного гемостазу. В залежності від ступеню гемостазу (відповідно класифікації Forrest) в розриві хворі були розподілені на такі групи:

- Розрив з кровотечею, що триває.
- Розрив із нестабільним гемостазом (в ділянці тріщини - згорток, коричневий наліт, тромбована судина).
- Розрив із стабільним гемостазом (вкритий фібрином).

Результати дослідження. Хворі, віднесені до 3-ї групи (357 (32,3%) пацієнтів) не потребували будь-якого впливу на розрив, адже в таких випадках ризик розвитку рецидивної кровотечі практично відсутній. Ризик рецидивної кровотечі зростає у групі 2 (501 (45,7%) хворих), що обумовлює обов'язкове здійснення в них ендоскопічного гемостазу. У цієї категорії хворих для профілактики рецидиву кровотечі достатнім був однократний вплив на джерело кровотечі за однією з методик, що застосовуються в клініці (діатермокоагуляція, аплікація клейових гемостатиків (ліфузол, статизоль), препаратів, гемостатична дія яких заснована на моментальній коагуляції білків крові ("капрофер", "феракріл"). У хворих, віднесених до 1-ї групи (кровотеча з розриву триває-257(22,1%) застосування тільки однієї методики не завжди гарантувало від виникнення рецидивної кровотечі (застосування діатермокоагуляції супроводжувалося 10,6% рецидивів, аплікація ліфузолу або капроферу-6,1% та 3,5% випадків відповідно), тому в таких випадках виправданим вважали комбінований вплив на джерело кровотечі. Так, діатермокоагуляція з наступною аплікацією ліфузолу (57 хворих) дозволили знизити кількість рецидивів до 2,7%, а використання "капроферу" з наступною аплікацією ліфузолу (27 хворих) взагалі гарантувало від рецидивів в подальшому.

Висновки. Адекватна оцінка ендоскопічної картини розриву слизової та вірний вибір засобу ендоскопічного гемостазу дають можливість запобігти рецидиву кровотечі в подальшому та

відмовитися від поєднаного з високим ризиком та патогенетично необґрунтованого оперативного втручання.

Перелік використаної літератури

1. Беличенко И.А., Станулис А.И., Зайцева Е.П. Эндоскопическая остановка гастродуоденальных кровотечений с помощью инъекции гемостатической смеси // Хирургия.- 1984.- № 3.- С. 120 - 122.
2. Курыгин А.А., Баранчук В.Н., Малышев В.Г. Лечение синдрома Мэллори-Вейса эндоскопической диатермокоагуляцией // Хирургия.-1991.- № 9.- С.63-66.
3. Курыгин А.А., Гринев М.В., Скрыбин О.Н. Применение гемостатического препарата "капрофер" в неотложной хирургии // Вестник хирургии.- 1995.- Т. 154.- № 1.- С.76
4. Мамедов Н.З. Совершенствование способа остановки кровотечений желудочно -кишечного тракта путем клеевой инфильтрации : Автореферат дис... канд.мед.наук.-Азерб. мединститут, Баку.- 1988.- С.23 -24.
5. George F. Gowen, H. Stefan Stoldt, Francis E. Rosato Five Risk Factors Identify Patients With Gastroesophageal Intussusception. //Arch.Surg.-1999.-Vol.134.-P.1394-1397

РАЗМЫШЛЕНИЯ О ПОДХОДАХ К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРЫХ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА.

Учваткин В.Г., Филин А.В., Мяукина Л.М., Zubовский Ю.Ю., Каримова Ф.Р.,

Кропачева В.Н., Линеv С.А.

Ленинградская областная клиническая больница, г. Санкт-Петербург, Россия.

На протяжении всей истории неотложной хирургии проблема острых желудочно-кишечных кровотечений (ОЖКК) из верхних отделов пищеварительного тракта продолжает оставаться наиболее сложной, сопровождающейся высокой смертностью. В Ленинградской области летальность за последние пять лет колеблется от 10,5% до 12,3%. Многочисленные причины неблагоприятных исходов можно объединить в три группы:

1. Сам больной, его физическое состояние и социальное положение.
2. Локализация, характер и состояние патологического процесса.
3. Уровень оказания медицинской помощи на всех этапах лечения этой категории больных.

Известно, что в настоящее время большинство хирургов при язвенных кровотечениях придерживаются так называемой активно-выжидательной тактики. С появлением фиброволоконной оп-

тики появилась реальная возможность объективной ранней диагностики состояния верхних отделов ЖКТ, созданы фармакологические средства и специальные инструменты для местного воздействия на источник кровотечения, постоянно совершенствуются методы консервативного и оперативного лечения. Однако это пока существенно не повлияло на результаты лечения. Нужны опыт и серьезные организационные меры.

Представляем результаты диагностики и лечения 205 больных с острым кровотечением из верхних отделов ЖКТ, находившихся на лечении в нашей клинике. Все больные с ОЖКК поступали в реанимационное отделение и экстренная ФЭГДС выполнялась в ближайшие часы. Источник кровотечения при первичном осмотре был установлен у 96, 1% больных.

Все виды кровотечений были разделены на две группы (по Е.Н.Луцевичу и В.И.Стручкову): 1) Язвенные кровотечения (хроническая язва желудка - 19, двенадцатиперстной кишки - 28; острая язва желудка - 22, в т.ч. 5 пациентов с синдромом Dieulafoy, двенадцатиперстной кишки - 44, язва желудочно-кишечного анастомоза - 8. 2) Неязвенные кровотечения (синдром Mallory-Weiss- 6, эрозивно-геморрагические эзофагогастро-дуодениты - 37, рак желудка - 7, варикозное расширение вен пищевода - II, прочие - 23).

В 105 случаях (51,2%) ввиду продолжающегося кровотечения или высокого риска его рецидива (1А, 1В, НА, 11В по J.Forrest) были выполнены экстренные эндоскопические вмешательства с окончательной остановкой кровотечений. Применяли электрокоагуляционные, аппликационные, инъекционные способы гемостаза, клипирование и лигирование, а также комбинации этих способов. В связи с высоким риском кровотечения из хронических язв желудка (5) и луковицы двенадцатиперстной кишки (3), больным с опухолями (7), лимфомами (2) выполнены хирургические вмешательства.

Таким образом, опыт остановки гастродуоденальных кровотечений с использованием всех видов эндоскопического гемостаза дает основание считать их не только целесообразными, но и необходимыми при лечении ОЖКК, даже если они не всегда приводят к стойкой остановке кровотечения. Достижение даже временного гемостатического эффекта давало хирургу время, необходимое для значительного восстановления резервов больного и возможность выполнения оперативного вмешательства в более благоприятных условиях.

Опыт применения одного из новых инструментов для эндоскопической остановки кровотечений - ротационного клипатора («Olympus») показал его высокую эффективность и надежность, что позволило считать использование данного метода весьма перспективным и в большинстве случаев - окончательным, особенно у больных с высоким риском оперативного вмешательства. По своей сути он идентичен прошиванию кровеносного сосуда при гастро- или дуоденотомии.

Анализ всего сказанного свидетельствует о том, что как нигде каждый больной с острым кровоте-

чением из желудочно-кишечного тракта требует к себе индивидуального и вдумчивого подхода.

Эндоскопия в остановке и профилактике рецидивов острых желудочно-кишечных кровотечений.

**А.В. Филин, Л.М. Мяукина, Ю.Ю.Зубовский, Каримова Ф.Р., Кропачева В.Н., Линев С.А.
Ленинградская областная клиническая больница, г. Санкт-Петербург, Россия.**

Острые желудочно-кишечные кровотечения (ОЖКК) продолжают оставаться одной из важнейших проблем неотложной хирургии. Лечебная тактика с учетом совершенствования современных возможностей медицины требует постоянной корректировки. В последние годы отмечен рост частоты осложнений язвенной болезни на фоне тяжелого социально-экономического положения страны, психоэмоционального состояния населения и, нередко, невозможности проведения адекватного консервативного и профилактического лечения. Летальность, даже при активном внедрении современной гемостатической терапии, эндоскопической диагностики и лечения, активной хирургической тактики, остается высокой. Поэтому не снижается актуальность проблемы кровотечений и продолжается активный поиск новых эффективных методов.

У больных с ОЖКК на фоне комплексной гемостатической терапии выполняли диагностические эндоскопические исследования. При наличии локализованного источника кровотечения предпринимали попытки выполнения эндоскопического гемостаза различными методами: аппликациями кровоостанавливающих препаратов, инъекция склерозантов и вазоконстрикторов, электрокоагуляция. Особое внимание уделяли больным с высоким риском хирургического и анестезиологического вмешательства (преклонный возраст, тяжелые сопутствующие заболевания в стадии декомпенсации, ранний послеоперационный период, септические состояния и др.). У таких пациентов добивались выполнение гемостаза более настойчиво, а при развитии рецидивов кровотечения считали оправданными повторные лечебные эндоскопические вмешательства.

С июня 1997 г. года для остановки ОЖКК из верхних отделов ЖКТ применяли метод эндоскопического клипирования (клипатор НХ-5LR-1, Olympus). Метод применен у 62 пациентов в возрасте от 14 до 81 года с ОЖКК: 1 пациент с опухолью тела желудка; при синдроме Меллори-Вейсса -6; у 1- кровотечение из килы желудка в раннем послеоперационном периоде; язвенные кровотечения у 54 больных (острая язва пищевода - 2; острые язвы желудка -14 (в том числе 4 - синдром Dieulafoy), острые язвы луковицы - 13, хронические язвы желудка - 10; хронические язвы луковицы - 12; хронические язвы желудочно-кишечного соустья - 3). Интенсивность язвенных кровотечений оценивали по J.Forrest. У анализируемой группы пациентов наблюдали: 1А - 8, 1В -

19, ПА - 14, 11В - 13. При кровотечениях из острых язв, а также при синдроме Меллори-Вейсса, предпочтительным считали использование клипс с изгибом дистального кончика под прямым углом (MD-59), бранши клипс широко раскрывали непосредственно перед источником кровотечения, «сшивая» края дефекта при фиксации.

Непростую задачу представляет собой остановка кровотечения из хронических язв различных локализаций, так как плотные, неподвижные края и дно язв не способствуют свободному, глубокому внедрению клипс и сведению бранш в зоне фиксации (ситуация подобна забору материала для морфологического исследования, когда бранши щипцов скользят по поверхности, не захватывая тканей в глубине). Гемостаз при кровотечениях из хронических язв желудка и 12-перстной кишки выполняли клипсами с изгибом дистального кончика под острым углом (МН-850), при этом расстояние между браншами умышленно уменьшали и несколькими обратнопоступательными движениями внедряли в ткани. Одной из особенностей применения данной методики является необходимость фиксации эндоскопа у края зазубника для сохранения передаваемого усилия.

В отдельных случаях применяли дистальный колпачок (МН-595), что создавало возможность хорошей визуализации источника кровотечения и благоприятных условий для работы инструментами. Благодаря ротационному механизму, клипсы устанавливали и фиксировали в оптимальном для использования положении.

У 23 больных остановку кровотечения выполняли в комбинации с инъекционным способом, у 31- окончательный гемостаз достигнут только с использованием эндоклипс. В 3 случаях (2 - гемофилия и 1 - синдром Меллори-Вейсса) в связи с неполным гемостазом возникла необходимость в дополнительном накладывании клипс (при контрольном исследовании). Метод эндоскопического клипирования на фоне комплексной гемостатической терапии стал окончательным способом остановки ОЖКК у 44 (81,5%) больных. После выполнения временной остановки кровотечения 2 больных с хроническими язвами луковицы ДПК, 4 с хронической язвой желудка и 1 с опухолью желудка оперированы в связи с высоким риском рецидива кровотечения. Плановые операции выполнены в 3 случаях - больным с хронической язвой желудка. Смерть 5 пациентов не была связана с кровотечением и наступила от осложненного течения тяжелой основной патологии.

Метод эндоклипирования, как правило, не требует эндоскопического контроля за гемостазом, чем выгодно отличается от других способов. Наш опыт остановки гастродуоденальных кровотечений с использованием ротационного клипатора показал его высокую эффективность и надежность, что позволяет считать применение данного метода весьма перспективным, особенно у больных с высоким операционным риском.

Таким образом, использование современных возможностей эндоскопии и применение адекватных, для конкретной клинической ситуации, методов гемостаза позволяет расширить выбор средств воздействия на источник кровотечения и повысить надежность этого воздействия.

**Клініко-ендоскопічні особливості гострокровоточивих рецидивних виразок
після органозберігаючих операцій**

Фомін П.Д., Нікішаєв В.І., Іванчов П.В.

**Київський міський центр по наданню допомоги хворим з
шлунково-кишковими кровотечами**

За період з 1982 по 1999 роки у Київському міському центрі шлунково-кишкових кровотеч знаходилося на лікуванні 17680 хворих, з них 9000 з виразковими кровотечами, серед яких 236 пацієнтів з гострокровоточивими рецидивними виразками після різних видів ваготомій, що виконувалися в багатьох лікувальних закладах. Незважаючи на значний прогрес фармакотерапії, хворі не застраховані від виникнення рецидиву виразки та розвитку ускладнень, частота яких коливається від 25 до 75 %. Найбільш частим та небезпечним ускладненням рецидивних виразок є кровотеча, частота якої становить 25-30%. Актуальність даної проблеми пов'язана з труднощами діагностики та своєчасного виявлення хворих з рецидивними виразками, оскільки дана патологія протікає здебільшого асимптомно, або має стерту клінічну картину. Гастродуоденальна кровотеча, як ускладнення рецидивної виразки була першим клінічним проявом у 115 (48,7 %) хворих. При детальному аналізі скарг хворих з асимптомним протіканням рецидивних виразок ми не виявили будь-яких симптомів, дозволяючих запідозрити наявність захворювання. Всі вони вважали себе практично здоровими і в повному обсязі виконували свою професійну діяльність. Виявлення рецидивних виразок при ендоскопічному обстеженні було для них несподіванкою.

Основними клінічними проявами у 121 (51,3 %) були:

- а) больовий синдром різного ступеня вираженості (75);
- б) симптомокомплекс стенозу виходу із шлунку (26);
- в) стійкий больовий синдром, що характеризував пенетрацію (20).

Особливістю больового синдрому було те, що він не був настільки інтенсивним, як це буває при хронічній виразковій хворобі, а швидше носив характер шлункового дискомфорту, що мав сезонну залежність здебільшого в весняно-осінній період. Більшої інтенсивності больовий синдром мав місце у хворих з наявністю гігантських пенетруючих рецидивних виразок пілородуоденальної зони. В цій групі у 6 пацієнтів відмічено клінічні симптоми “голодного болю” і болю в нічний час, та у 4-х пацієнтів відмічена резистентність больового синдрому до проведення противиразкової те-

рапії. Симптомокомплекс стенозу виходу із шлунку не відрізнявся від клініки виразкового стенозу.

При співставленні особливостей клінічного прояву рецидивних виразок від виду ваготомії статистично достовірної різниці не встановлено.

Однак, при аналізі впливу дренуючих шлунок операцій на клінічні прояви рецидивних виразок статистично достовірним виявилось, що частіше вони були після гастродуоденостомії по Джабулею, ніж після пілоропластик за Фіннеєм, Гейніке-Мікулічем, Джадом.

Як було зазначено вище шлунково-кишкова кровотеча була першим клінічним проявом рецидивної виразки у 115 (48,7 %) хворих. У групі хворих, що мали клінічні прояви 121 (51,3 %) шлунково-кишкова кровотеча протікала на фоні одного з клінічних варіантів перебігу рецидивної виразки. У 20 пацієнтів відмічено наявність в анамнезі 2-4 кровотеч. Помірна ступінь тяжкості геморагії була – у 179 (75,8 %), середня – у 25 (10,6 %) і важка – у 32 (13,6 %) хворих. При співставленні ступеня тяжкості виразкових кровотеч у хворих з рецидивними виразками та пацієнтів з хронічними кальозними виразками, які лікувалися в центрі шлунково-кишкових кровотеч було статистично встановлено, що при рецидивних виразках в 2,3 рази переважають помірна та середнього ступеня тяжкості кровотечі, на відміну від хронічних виразок, де здебільшого мають місце геморагії середнього та важкого ступеня тяжкості.

Ведуча роль у діагностиці рецидивних виразок та їх ускладнень належить ендоскопічному обстеженню, що дозволяє підвищити рівень виявлення до 100%.

Таким чином, аналізуючи отримані дані, скарги, які пред'являють хворі в момент діагностики, носять різнобічний характер, клінічна картина стерта, а в 48,7 % перебіг рецидивних виразок є асимптомним. Маніфестними клінічними проявами рецидивних виразок є ніщо інше як симптоми ускладнень, таких, як шлунково-кишкова кровотеча, стеноз, пенетрація. Варіабельність клінічної картини рецидиву виразки після ваготомії ще раз вказує на те, що вона не може бути використана в якості визначального діагностичного критерію і диктує необхідність регулярного комплексного обстеження хворих з використанням об'єктивних методів досліджень, ведуча роль серед яких відводиться фіброгастродуоденоскопії. У зв'язку з цим всім хворим після виконання ваготомії, з метою своєчасного виявлення рецидиву виразки, рекомендуємо проводити ендоскопічне обстеження через один, три, шість та дванадцять місяців після оперативного лікування з послідуочим контрольним ендоскопічним обстеженням один раз на рік, та щорічне проведення тесту Холандера. У разі виявлення рецидиву виразки проводиться комплексна консервативна противиразкова терапія, що дає змогу запобігти розвитку ускладнень.

Література:

1. Алиев М.А., Кашкин К.А., Абикулов К.А. Диагностика и лечение рецидивных язв после ваготомии // Хирургия. — 1998. — №5. — С.10-13.
2. Зайцев Г.О., Григорян В.В. и др. Комплексная рентгенэндоскопическая оценка отдаленных результатов органосохраняющих операций с ваготомией при язвенной болезни // Врачеб. дело. — 1996. — №1-2. — С.115-118.
3. Завгородний Л.Г., Ксенофонтов С.С. Особенности клинических проявлений послеоперационных рецидивных гастродуоденальных язв // Матер. республ. науч.-практ. конф. “Хирургическое лечение рецидивирующих гастродуоденальных язв и их осложнений” 24-25ноября/ Киев: Здоров`я, 1995. — С.46-47.
4. Зайцев В.Т., Милица Н.М. Особенности течения послеоперационных рецидивных язв, осложненных кровотечением // Матер. республ. науч.-практ. конф. “Хирургическое лечение рецидивирующих гастродуоденальных язв и их осложнений” 24-25ноября/ Киев: Здоров`я, 1995. — С.50-51.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ КРИОВОЗДЕЙСТВИЕ У БОЛЬНЫХ ДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВАМИ, АССОЦИИРОВАННЫМИ С HELICOBACTER PYLORI

Е.Д. Хворостов, О.Е. Писанный, С.В. Сушков, В.С. Шевченко

Методика эндоскопического криовоздействия на язвенный субстрат разработана и широко используется с 1980 года. За это время более 4 тыс. больным дуоденальными язвами в комплексе лечения использовалось низкотемпературное воздействие с целью стимуляции регенерации и сокращения сроков рубцевания язвы.

Открытие микробного фактора язвообразования - *Helicobacter pylori* (HP) заинтересовало и позволило нам с 1990 года применить криовоздействие у больных хеликобактерными дуоденальными язвами с целью эрадикации этого микроорганизма. Низкотемпературная эндоскопическая обработка слизистой антрального отдела желудка и зоны язвы проведена 481 больному. В процессе исследования метод оптимизирован и использован как в группе оперированных больных (до- и интраоперационно), так и у больных, которым проводилось консервативное лечение (троекратно, через 3-5 дней). В качестве хладагента выбран хладон-12. Криовоздействие осуществлялось через фиброгастродуоденоскоп с помощью КЭК-1 в течение 7 ± 2 секунд. Расстояние между форсункой и слизистой оболочкой было не менее 0,2 - 0,5 см. Температура на выходе составила -30 ± 4 °С. Время экспозиции позволило достичь на поверхности слизистой оболочки температуры $-7,7 \pm 2,3$ °С. Непосредственный положительный эффект получили у 99,5% больных, при средних сроках заживления дуоденальной язвы $13,0 \pm 0,5$ дней.

Н. pylori выявлен у 87 % больных дуоденальными язвами. Согласно требованиям Сиднейской классификации гастритов (Sydney, 1990; Houston, 1994), достоверность результатов гистологической и микроскопической диагностики обеспечивается исследованием четырех образцов слизистой оболочки антрального отдела и тела желудка, а также преульцерозной зоны: зоны дуоденита, окружающей дуоденальную язву. Из самого язвенного субстрата биопсию не брали, считая, что НР самопроизвольно элиминируется из участков некротизированной слизистой оболочки, лишенных необходимых для его фиксации рецепторов адгезии - атрибута апикальных поверхностей клеток, претерпевших метаплазию желудочного типа клеток эпителия луковицы двенадцатиперстной кишки.

Эффективность применения низкотемпературного воздействия на пилорический хеликобактер в комплексе лечения больных дуоденальными язвами оценивалась нами на основании объективных данных лабораторно-инструментального обследования больных и жалобах пациентов по классификации Visik.

Отдаленные результаты криолечения язв двенадцатиперстной кишки, прослеженные на протяжении 10 лет показали, что частота рецидивов после проведенного лечения составляет на первом году - 14,9 %, пятом - 1,9 %, десятом - 0,5 - 0,6 %. НР у больных с рецидивом заболевания обнаружен в 83 % наблюдений.

Таким образом, проведенные исследования подтверждают факт участия *Helicobacter pylori* в ульцерогенезе дуоденальных язв, что требует выполнения индивидуализированной диагностической и лечебной программы. Использование низких температур в комплексе консервативного лечения больных с хроническими дуоденальными язвами у больных с ассоциированным с хеликобактериозом желудка является высокоэффективным методом. Включение в арсенал комплексного лечения эндоскопического низкотемпературного воздействия на слизистую оболочку периульцерозной зоны и антрального отдела желудка позволило значительно сократить сроки заживления язвенного субстрата, снизить процент рецидивов и уменьшить сроки реабилитации.