

СОВРЕМЕННЫЕ СРЕДСТВА И ТЕХНОЛОГИИ МЕСТНОГО ГЕМОСТАЗА

И.С. Жаворонок, Г.Г. Кондратенко, В.А. Стахивевич, В.Н. Гапанович

Белорусский государственный медицинский университет

Гастродуоденальные кровотечения (ГДК) до настоящего времени остаются сложной и до конца не решенной хирургической проблемой. С широким внедрением лечебной эндоскопии в клиническую практику существенно улучшились показатели хирургического лечения таких больных, но все же летальность при язвенных ГДК на протяжении ряда лет остается довольно высокой и составляет 5–14% [4,6]. При продолжающемся кровотечении она достигает 19–32% [2], а при рецидивах кровотечений возрастает до 30–45% [1,3,8]. Современный лечебный комплекс при язвенных ГДК в большинстве случаев предусматривает проведение местного эндоскопического гемостаза, который включает различного рода воздействия на источник кровотечения. Однако ни один из используемых сегодня методов эндоскопической остановки кровотечения не позволяет добиться первичного гемостаза в 100% случаев, кроме того после их применения с различной частотой возникают рецидивы кровотечения и даже осложнения.

Цель исследования: оценить результаты эндоскопического гемостаза применяемого в современной клинической практике.

Материалы и методы. Для оценки эффективности применявшихся при гастродуоденальных кровотечениях методов эндоскопического гемостаза были проанализированы результаты ФГДС, проведенных за период с января 2011г. по декабрь 2011г на базе УЗ «10-я ГКБ г. Минска». Изучен опыт эндоскопического пособия 570 больным с кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (исключая пациентов с кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода).

Результаты и их обсуждение. Мужчин было 412 (72,3%), женщин 158 (27,7%). По возрастному составу пациенты были разделены на 4 группы следующим образом: группа от 17 до 39 лет — 150 (26,3%), 40–59 — 224 (39,3%), 60–79 — 151 (26,5%), старше 80 — 45 (7,9%) больных. Зависимость поступления пациентов с ГДК от сезона представлено на следующей диаграмме:

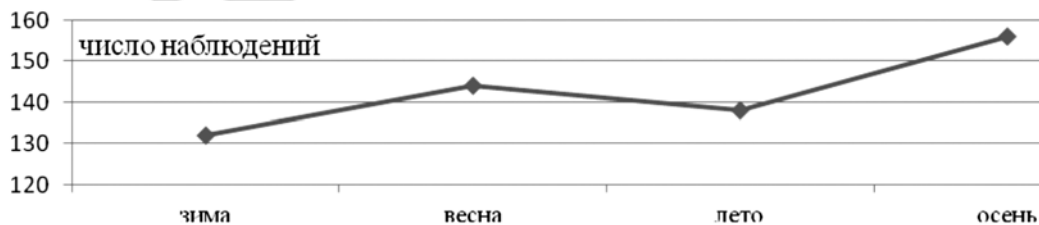


Рисунок 1. Зависимость поступления пациентов с ГДК от сезона

Из диаграммы следует, что самый большой пик поступления больных с ГДК приходился на осенний период. Меньше всего необходимость в проведении ФГДС по поводу ГДК возникла в зимние месяцы.

Время поступления в стационар с момента возникновения кровотечения до поступления в стационар было следующим: до 6 часов — 150 (26,3%), 7–24 часа — 190 (33,3%), более 24 часа —

207 (35,7%), у 23 пациентов (4,7%) ГДК развилось во время лечения в стационаре по поводу различной патологии.

Нами проанализированы результаты эндоскопии верхних отделов пищеварительного тракта 474 пациентов, которым выполнялся первичный эндоскопический гемостаз. Из них 190 (40%) пациентов было экстренно направлено в эндоскопический кабинет в момент поступления непосредственно из приемного отделения, остальные 284 (60%) исследований выполнялись после поступления пациентов в стационар. У большинства из них (293 — 61,8%) выполнялась контрольная ФГДС. Этиология ГДК, источник кровотечения и состояние гемостаза по классификации Forrest при первичной эндоскопии представлены в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных с ГДК по этиологии, источнику кровотечения и состоянию гемостаза по классификации Forrest при первичной эндоскопии

Этиология и источник кровотечения	F1a	F1b	FIIa	FIIb	всего	Показатели стат. дост-ти
Синдром Делафуа	1 (20%)	0	1 (20%)	3 (60%)	5	p>0,05
Синдром Мелори–Вейса	29 (29,3%)	22 (22,2%)	7 (7,1%)	40 (40,4%)	98	p>0,05
Рак желудка	1 (20%)	1 (20%)	1 (20%)	2 (40%)	5	p>0,05
Эрозивно-язвенный эзофагит	5 (22,7%)	10 (45,5%)	5 (22,7%)	3 (13,6%)	23	p>0,05
Язва ГЭА	9 (34,6%)	5 (19,2%)	7 (27%)	5 (19,2%)	26	p>0,05
Язва желудка острая	11 (33,3%)	4 (12,2%)	8 (24,2%)	10 (30,3%)	33	p>0,05
Язва желудка хроническая	21 (23,1%)	15 (16,5%)	27 (29,7%)	28 (30,8%)	91	p<0,05
Язва ДПК острая	2 (28,6%)	1 (14,3%)	1 (14,3%)	3 (42,8%)	7	p>0,05
Язва ДПК хроническая	45 (24,2%)	32 (17,2%)	43 (23,1%)	66 (35,5%)	186	p<0,05
Итого:	124	90	100	160	474	p<0,05

Примечание: p рассчитано для сравнения групп пациентов с продолжающимся (F1a + F1b) и состоявшимся (FIIa + FIIb) кровотечением.

В подавляющем большинстве наблюдений ГДК имели язвенную этиологию — 343 пациента (72,4%). ГДК неязвенной этиологии наблюдались в 131 случае (27,6%). Наиболее часто источником кровотечения являлись хронические язвы ДПК — 186 (54,2%), вторым по частоте источником кровотечения были хронические язвы желудка — 91 (26,6%), третьим — острые язвы желудка — 33 (9,6%), далее — язвы ГЭА 26 (7,6%) и реже всего источником кровотечения являлись острые язвы ДПК — 7 (2%). Этиология неязвенных ГДК была следующей: синдром Меллори–Вейса встречался наиболее часто — 98 пациентов (74,8%), эрозивно-язвенный эзофагит — 23 (17,6%), рак желудка 5 (1%) и синдром Делафуа 5 случаев (3,8%).

По классификации Forrest наиболее часто наблюдались кровотечения FIIb — у 160 (33,7%), F1a у 124 пациентов (26,2%), FIIa — у 100 (21,1%), затем F1b — у 90 (19%).

Для остановки кровотечения применялось 4 вида эндоскопического гемостаза. В подавляющем большинстве случаев использовался инъекционный гемостаз — в 453 (95,6%) случаях, клипирование — 16 (3,4%), орошение источника кровотечения раствором аминокaproновой кислоты — 1 (0,2%) и комбинированный механический (клипирование) в сочетании с инъекционными методами — 4 (0,8%). Среди средств для инъекционного эндоскопического гемостаза наиболее часто использовалась комбинация спирт + адреналин — 241 (53,2%) случаев, этоксисклерол 0,3–0,5% — 168 (37,1%), спирт + адреналин + этоксисклерол — 17 (3,8%), этоксисклерол + адреналин — 19 (4,2%), физиологический раствор + адреналин — 4 (0,9%), спирт — 4 (0,9%).

Первичный гемостаз независимо от его вида и источника кровотечения достигнут в 99,8% случаев. Однако в различные промежутки времени наблюдались рецидивы кровотечений, всего их

было 68 (14,3%). Наиболее часто рецидив кровотечения наблюдался при хронической язве ДПК с локализацией на передней стенке — 21 наблюдение (30,9%) и на задней стенке — 15 (22,1%). При хронической язве нижней трети тела желудка частота рецидивов составила 13,2% (9 случаев), средней трети тела желудка — 11,8% (8 случаев), при синдроме Меллори–Вейса — 10,3% (7 пациентов). Наименьшая частота рецидивов наблюдалась у пациентов с язвой гастроэнтероанастомоза — 4,4% (3 случая), эрозивно-язвенным эзофагитом 2,9% (2), острой язвой средней трети тела желудка — 2,9% (2), хронической язвой верхней трети тела желудка — 2,9% (2), раком желудка — 1 (1,5%), острой язвой ДПК с локализацией на передней стенке — 1 (1,5%), острой язвой нижней трети тела желудка — 1 (1,5%).

Чаще всего рецидив кровотечения развивался в первые сутки от момента первичного гемостаза — 31 случай (45,6%), на вторые сутки — 24 (35,3%), на третьи — 5 (7,3%), более 3 суток — 6 случаев (8,8%).

Частота рецидивов ГДК зависела от вида кровотечения. По нашим данным наиболее часто рецидивы наблюдались при кровотечении Forrest Ia — 25 рецидивов (36,8%), далее. С меньшей частотой рецидивы возникли при Forrest IIb кровотечениями — 17 (25%), IIb — 14 (20,6%) и IIa — 12 (17,6%). Эффективность различных методов первичного и профилактического гемостаза при ГДК представлена в таблице 2.

Таблица 2

Эффективность различных методов первичного и профилактического местного гемостаза при ГДК

Вид местного гемостаза	Состояние гемостаза						Итого по видам гемостаза		
	продолжающееся кровотечение			нестабильный гемостаз					
	N	R	%	N	R	%	N	R	%
Обкальвание спиртом с адреналином	109	16	14,7	128	13	10,2	237	29	12,2
Обкальвание этоксисклеролом	68	15	22,1	100	11	11	168	26	15,5
Обкальвание этоксисклеролом с адреналином	16	6	37,5	7	1	14,3	23	7	30,4
Обкальвание адреналином	2	0	0	2	1	50	4	1	25,0
Обкальвание спиртом	1	1	100	3	2	66,7	4	3	75,0
Обкальвание спиртом с адреналином и этоксисклеролом	12	1	8,3	5	0	0	17	1	5,9
Клипирование	4	0	0	12	1	8,3	16	1	6,3
Клипирование + обкальвание адреналином / этоксисклеролом	2	0	0	2	0	0	4	0	0,0
Орошение ЭАКК	0	0		1	0	0	1	0	0,0
Всего	214	39	18,2	260	29	11,2	474	68	14,3

Примечание: N — число случаев; R — число рецидивов; % — процент эффективности

После эндоскопического гемостаза оперировано 30 (6,3%) пациентов. В связи с рецидивом кровотечения или его угрозой 18. Остальные 12 оперированы в отсроченном порядке. Резекция желудка по Бильрот I выполнена 6 пациентам (20%), по Бильрот II — 5 (16,7%), иссечение язвы с дуодено или гастропластикой — 17 (56,7%), другие операции — 2 (6,6%).

Новые более эффективные средства для эндоскопического гемостаза продолжают разрабатываться. Созданные в последние годы белорусскими учеными препараты для нанесения на кровоточащую поверхность (Гамастат) по данным доклинических исследований имеют высокую степень гемостатической эффективности. При применении капрофера рецидив кровотечения после

первичного гемостаза отмечен лишь в 9,8 — 13,5% случаев. При применении феракрила первичный гемостаз достигается в 90 — 98% случаев [5,7].

Выводы.

1. Превалирующее число гастродуоденальных кровотечений развивается у пациентов в осенний период. В большинстве случаев они госпитализируются до 24 часов от начала кровотечения.

2. Язвенная этиология гастродуоденальных кровотечений наблюдалась в подавляющем большинстве случаев (72,4%). По классификации Forrest превалировали кровотечения FIIb (160 случаев) и FIa (124 случая).

3. Эффективность эндоскопического гемостаза напрямую зависит от метода и свойств применяемого, клинической ситуации и прогноза рецидива кровотечения, препарата, обоснованного подбора его в зависимости от характеристик источника кровотечения

4. Существует необходимость совершенствования средств и методов эндоскопического гемостаза, о чем свидетельствует большая частота рецидивов гастродуоденальных кровотечений после первичного гемостаза.

MODERN AGENTS AND TECHNOLOGIES OF THE LOCAL HEMOSTASIS

I.S. Zhavoronok, G.G. Kondratenko, V.A. Stahievich, V. N. Gapanovich

For an assessment of efficiency of methods of an endoscopic hemostasis applied at gastroduodenal bleedings results of the EGDs which have been carried out from January 2011 r till December 2011 r were analysed. Distribution of patients on an etiology of gastroduodenal bleedings, a bleeding point and a hemostasis condition on Forrest classification is studied at primary endoscopy. The assessment of efficiency of various methods of primary and preventive hemostasis is carried out at GDK.

Литература.

1. Вербицкий В.Г. Желудочно-кишечные кровотечения язвенной этиологии (патогенез, диагностика, лечение): Автореф. дис. д-ра. мед. наук 14.00.27. / Санкт-Петербургская ВМедА. - СПб, 1999. – 48 с.
2. Климович В.В. Хирургическая тактика при кровотечениях из хронических язв желудка: Дисс. д-ра мед. наук: 14.00.27./ Бел. мед. акад. постдипломного образ. - Минск, 2001. – 278 с.
3. Луцевич Э.В.. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений. От хирургии к терапии? // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - М. : Медиа Сфера, 2008. - N1. - С. 4-8
4. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д., Кузеев Е.А. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений // Хирургия. - 2000. - № 3. - С. 21-25.
5. Стахивич В. А. Совершенствование эндоскопического гемостаза при гастродуоденальных кровотечениях / В. А. Стахивич // Белорусский медицинский журнал. 2004. - N 2 . - С. 97-99
6. Станулис А.И., Кузеев Р.Е., Гольдберг А.П., Митрофанов М.А. Хирургическое лечение гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии // Хирургия. - 2001. - № 3. - С. 4-7.
7. О.А. Чуманевич, В.Н. Бордаков, В.Н. Гапанович, В.А. Стельмах, И.П. Реуцкий Эндоскопический гемостаз при гастродуоденальных кровотечениях Журнал «Медицинские новости» №8 т.1, 2006
8. Swain C.P. Laser therapy for gastrointestinal bleeding // Gastrointest. Endosc. Clin. N. Am. – 1997. - Vol. 7, № 4. - P. 611-39.