

**Мармыш Г.Г., Дубровщик О.И., Довнар И.С., Жибер В.М.,
Романова Е.О.**

МЕТОДЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА В ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОГО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЦЕНТРА

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
УЗ «Городская клиническая больница № 4 г.Гродно»,
г. Гродно, Республика Беларусь*

Введение. Проблема язвенных гастродуоденальных кровотечений (ГДК) остается одной из самых значимых и актуальных в ургентной хирургии. Оснащение поликлинического звена и стационаров современным эндоскопическим оборудованием, расширение арсенала противоязвенных медикаментозных средств улучшило диагностические возможности по выявлению эрозивно-язвенных поражений желудка и 12-перстной кишки, повысило эффективность противоязвенной терапии, однако существенно не повлияло на частоту геморрагических осложнений и уровень летальности, которая составляет при кровотечениях 10-15%, а при рецидиве геморрагии достигает 20-45%.

Анализ причин летальных исходов в группах пациентов с язвенными ГДК показывает, что одним из перспективных направлений улучшения результатов среди данного контингента пациентов является совершенствование способов эндоскопического гемостаза и профилактика рецидива активных геморрагий.

Причины неудовлетворительных результатов кроются в отсутствии четких показаний в выборе метода эндоскопического гемостаза в каждом конкретном случае, которые должны зависеть от локализации язвы, вида и степени интенсивности кровотечения, тяжести состояния пациента. Клиницисты единодушны в том, что улучшение результатов неоперативного лечения язвенных ГДК в полной мере зависит от решения важнейшей проблемы – стабильности гемостаза.

Цель исследования. Оценить и сравнить эффективность методов эндоскопического гемостаза у пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями (ГДК) в условиях специализированного городского центра ГДК.

Материал и методы. За период с 2017 г. по 2020 г. в городской специализированный центр ГДК, функционирующий на базе хирургического отделения № 1 УЗ «Городская клиническая больница № 4 г.Гродно» поступило по экстренным показаниям 1475 пациентов с острыми гастродуоденальными кровотечениями, из них 1221 (82,8%) – с язвенными ГДК и 254 (17,2%) – неязвенного генеза. У 720 (58,9%) пациентов с

гастродуоденальными кровоточащими язвами процесс локализовался в 12-перстной кишке (12ПК), у 501 (41,1%) – в желудке.

Диагностика ГДК основывались на клинических данных, результатах эндоскопического и лабораторных исследований.

Результаты и обсуждение. При поступлении в стационар всем пациентам назначалось комплексное консервативное лечение согласно клиническим протоколам, включающее гемостатическую, антисекреторную, инфузионную и антихеликобактерную терапию. Лечебная тактика определялась, прежде всего, результатами экстренного эндоскопического исследования, объемом кровопотери и степенью тяжести состояния пациентов. При этом с целью уменьшения риска рецидива кровотечения пациентам парентерально вводили ингибиторы протонной помпы (омепразол) в дозировке 80-120мг в сутки. Наличие у пациентов признаков кровопотери тяжелой степени служило основанием для проведения интенсивной терапии в условиях реанимационного отделения. Экстренная ФГДС выполнена у 1221 пациента. Продолжающееся кровотечение установлено у 794 (65%) пациентов (Forest 1a, 1b). Эффективный эндоскопический гемостаз осуществлен у 783 (98,6%) данных пациентов. У 11 (1,4%) человек с высокой интенсивностью кровотечения эндогемостаз был безуспешен и они были прооперированы. Выполнены следующие оперативные вмешательства: резекция желудка по Гофмейстеру-Финстереру (2), клиновидная резекция желудка (3), иссечение кровоточащей язвы с дуоденопластикой по Джаду (2), пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу (2) в сочетании с ваготомией, прошивание кровоточащего сосуда в дне пенетрирующей язвы задней стенки 12-перстной кишки с пилоропластикой по Финнею и стволовой ваготомией (2). Умер один пациент.

Эндоклипирование в комбинации с инъекционным гемостазом выполнено у 358 (45,7%) пациентов с продолжающимся кровотечением. Эта методика наиболее часто используется в нашей клинике при кровоточащих сосудах более 2 мм в диаметре. Однако этот эффективный метод имеет свои недостатки из-за ограничения сгибания аппарата, что снижает возможность использования клипс при геморрагии из язв кардиального отдела, малой кривизны желудка, задней стенки луковицы 12ПК.

Клипирование в моноварианте проведено у 191 (24,4%), инъекционный гемостаз в сочетании с монополярной коагуляцией у 95 (12,1%), аргоноплазменная коагуляция и инъекционный гемостаз – у 139 (17,8%).

Недостатком аргоноплазменной коагуляции является низкая эффективность данного метода при попытке коагуляции кровоточащих сосудов диаметром более 2 мм.

Основными факторами, существенно повышающими риск развития рецидива кровотечения явились большой размер язвы (>2см в диаметре), пожилой возраст пациентов, локализация язвы на задней стенке 12ПК и ее пенетрация в поджелудочную железу, язвы кардиального и субкардиального отделов желудка.

Выводы.

1. Анализ результатов лечения пациентов в городском центре ГДК показал, что эндоскопический гемостаз на современном этапе эффективен в 98,6% случаев.
2. Рецидив язвенного кровотечения развился у 15% пациентов, при этом в 60,5% случаев он возник после ранее выполненного инъекционного гемостаза с монополярной коагуляцией.