

Возможности эндоскопического гемостаза у больных с гастродуodenальными кровотечениями

М.П. Королев, Л.Е. Федотов, М.В. Антипова

Кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии Санкт-Петербургской Государственной педиатрической академии, Мариинская больница, Санкт-Петербург, Россия

Проблема гастродуоденальных кровотечений до настоящего времени остается одной из самых актуальных. Основными причинами кровотечений по прежнему остаются: язвенная болезнь, синдром Меллори-Вейсса, варикозное расширение вен пищевода при синдроме портальной гипертензии, острые язвы желудка и луковицы ДПК различной этиологии, синдром Дьелафуа и др. Пациенты с данной патологией составляют 1 – 2 % от общего числа госпитализированных и требуют экстренной квалифицированной медицинской помощи. На первом месте в структуре гастродуоденальных кровотечений до настоящего времени стоит язвенная болезнь желудка и ДПК. В последние годы достигнуты безусловные положительные результаты при консервативной терапии язвенной болезни. Многие язвенные дефекты удается зарубцевать с помощью многочисленных консервативных методов лечения. Значительно снизился процент экстренных хирургических вмешательств, проводимых пациентам с гастродуоденальными кровотечениями. Кроме того, в современных условиях у врачей появилась реальная возможность воздействовать на источник кровотечения с помощью альтернативных методик лечения, не прибегая к хирургической коррекции. В настоящее время с успехом применяются обработка источников кровотечения лекарственными препаратами (орашение или обкалывание), физические методы (неконтактная лазерная фотокоагуляция, аргоноплазменная коагуляция). И, несмотря на это, летальность при гастродуоденальных кровотечениях сохраняется в пределах от 6 до 15% по данным различных авторов.

По нашему мнению, одним из наиболее эффективных и доступных методов, является механический способ остановки кровотечения – эндоскопическое наложение кровоостанавливающих клипсов. В понятие «доступные» в современных условиях мы вкладываем, прежде всего, достаточную простоту технического выполнения манипуляции с одной стороны и относительно небольшую стоимость расходных материа-

лов – с другой, при сохранении высокой эффективности данного метода. Использование клипирования возможно как у пациентов с хроническими источниками кровотечения (чаще всего это язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки), так и при острых причинах гастродуоденальных кровотечений (синдром Меллори – Вейсса, синдром Дьелафуа, острые язвы желудка и т.д.). Как при хронических дефектах, так и в случаях с острыми дефектами, данная методика может выступать в качестве окончательного способа остановки кровотечения.

Методика выполнения эндоскопического наложения кровоостанавливающих клипсов используется на кафедре общей хирургии с курсом эндоскопии с 2001 года. Определение показаний к наложению кровоостанавливающих клипсов зависит от ряда важных факторов. К таким факторам, прежде всего, относится состояние пациента, степень кровопотери, время, прошедшее от начала кровотечения, а также возможно ли технически выполнить данную манипуляцию. Решение о применении данной методики принимается совместно ответственным дежурным хирургом и врачом-эндоскопистом, который и будет выполнять данную манипуляцию. Если речь идет о тяжелом кровотечении из хронической язвы в желудке или луковице ДПК необходимо учитывать локализацию данного дефекта. Это позволяет определить сосудистый бассейн, из которого отмечено кровотечение, скорость кровопотери и соотнести это с возможностями эндоскопической остановки кровотечения. Ответственный дежурный хирург в данном случае не должен оказывать давления на врача-эндоскописта, настаивая на обязательном выполнении клипирования. В противном случае отрицательный результат приводит к дискредитации хорошего метода.

Манипуляция производится в операционной в условиях интубационного наркоза. Привлечение анестезиологической службы является обязательным условием, так как, во-первых, все субъективные реакции

больного на проведение методики должны быть исключены, а во-вторых, если в ходе проведения манипуляции не удается достичь надежного гемостаза – это будет являться показанием к хирургической коррекции, которая должна быть выполнено незамедлительно.

Положение больного на левом боку, как при обычной диагностической эндоскопии. В качестве эндоскопического прибора для проведения клипирования мы в последние годы используем видеоскоп V 70 фирмы Олимпс. Высокое качество изображения данного прибора позволяет не только более четко визуализировать источники кровотечения, но и значительно облегчает работу персонала во время выполнения самой манипуляции. Клипирующее устройство представляет собой манипулятор, состоящий из рукоятки, рабочей части и дистального конца, на который непосредственно фиксируется кровоостанавливающая клипса (рис.1), для доставки ее к источнику кровотечения (рис. 2).

В подобном положении клипатор проводится по биопсийному каналу и доставляет клипсу к источнику кровотечения. После этого клипса выводится в просвет органа (рис. 3).

Однако для того, чтобы образовалось жесткое соединение между клипатором и клипсой, необходимо рукояткой клипатора подтянуть клипсу до полного её раскрытия (рис. 4).

Рукоятка клипатора оснащена поворотным механизмом, который позволяет вращать клипсу, изменяя расположение её бранш, относительно источника кровотечения (рис. 5).

Важно отметить, что сами кровоостанавливающие клипсы разделяются по строению своей дистальной части. Для остановки кровотечений из различных источников имеет значение угол изгиба дистального бранши 90 или 135 градусов. В зависимости от этого осуществляется фиксация клипсы на хронический или острый источник кровотечения.

Клипсы HX – 600 – 090 L применяются у пациентов, имеющих дефекты значительной площади и глубины. Клипсы HX-600-135 используются для остановки кровотечений из острых дефектов с мягкими подвижны-

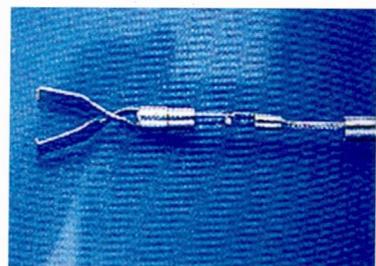


Рис. 1. Фиксация клипсы к дистальной части клипатора



Рис. 2. Клипса зафиксирована и введена в дистальный отрезок рабочей части.

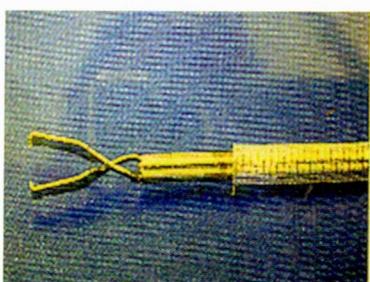


Рис. 3. Клипса выведена в просвет органа.

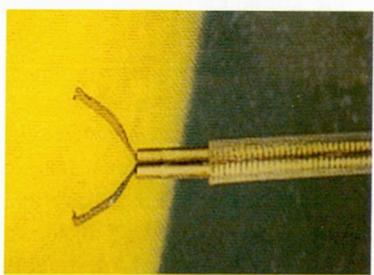


Рис. 4. Клипса «раскрыта» и готова к работе.

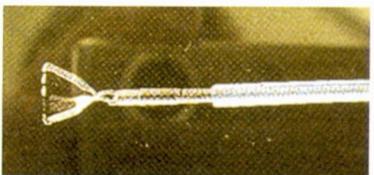
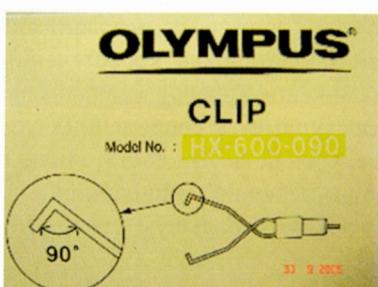
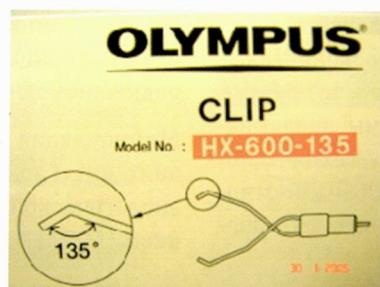
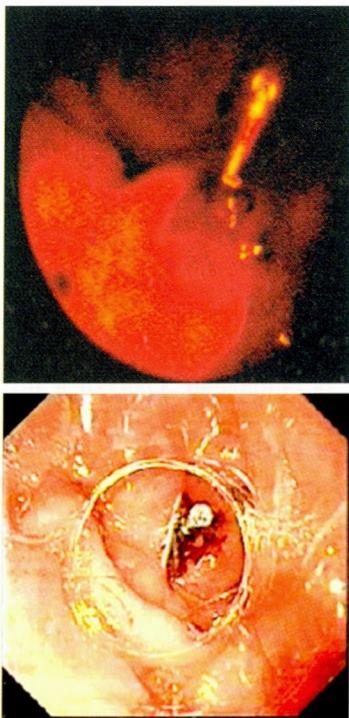


Рис. 5. Вращение клипсы по оси.





Эндофото. Клипсы в области кровоточащих дефектов.

ми краями. Клипсы НХ – 600 – 090М предназначены для хронических дефектов с ригидными краями.

В случаях, когда речь идет о дефектах округлой формы, размерами более 1 см, а также сосуде, определяющимся в области дна наложение клипс, происходит непосредственно в область сосуда. Количество клипсов варьирует от 1 до 5 штук (эндофото 1,2).

Если дефект имеет щелевидную форму и размер его по ширине не превышает 0,7 см, появляется возможность сведения краев дефекта с помощью клипс, т.е. наложение так называемого эндоскопического шва. Выполнение подобной манипуляции возможно прежде всего при наличии острых дефектов, поскольку края дефекта оказываются более мягкими. После того как наложение клипсов закончено, мы рекомендуем для лучшей их фиксации к слизистой обработать проксимальные концы клипсов диатермокоагуляцией. Кроме хорошей фиксации клипсов к слизистой, в условиях коагуляции происходит образование ожогового струпа в области сосуда, что, в свою очередь, усиливает тромбообразование в области кровоточащего сосуда. В отдельных случаях для усиления гемостатического эффекта мы дополнительно вводим с помощью инъектора в область дефекта раствор адреналина в разведении 1:10 с физиологическим раствором. После окончания манипуляции необходимо убедиться в отсутствии поступления крови в просвет органа из источника кровотечения. После этого исследование можно считать законченным.

Больные в послеоперационном периоде получают специфическую терапию, в зависимости от того, ка-

кой источник кровотечения был выявлен у данного пациента. Повторное эндоскопическое исследование до выписки пациента производим только при подозрении на рецидив кровотечения. Плановое исследование выполняем амбулаторно через 1 месяц после выписки больного из стационара.

Кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии Педиатрической медицинской Академии обладает опытом лечения 61 больного с применением методики эндоскопического клипирования. Распределение больных по полу и возрасту представлены в таблице 1.

Возраст пол	16–21	22–45	46–59	60–74	75–90
Муж	–	19	9	4	1
Жен	2	6	12	4	4
Итого	2	25	21	8	5

Наибольшее количество больных (46 человек) приходится на молодой и средний возраст, преобладают мужчины – 28 больных.

В 25 случаях (39,4 %) источником кровотечения были хронические язвы луковицы двенадцатиперстной кишки. У 6 больных (10,8%) хронические язвы локализовались в желудке. Острые язвы желудка в качестве источника кровотечения, встретились нам у 15 пациентов (25,5%), острые язвы луковицы двенадцатиперстной кишки – у 2 больных (3,2%). Синдром Меллори – Вейсса отмечен также у 2 человек (3,2%). У 10 больных источником кровотечения был синдром Дьелафуа (16,3 %), у одного больного – пептическая язва гастро-энтероанастомоза (1,6%).

В луковице двенадцатиперстной кишки дефекты локализовались в основном на передней стенке (16 больных). Большинство дефектов желудка локализовалась на задней стенке (15 пациентов).

Диагностические находки при выполнении эндоскопического исследования распределились следующим образом:

- В просвете желудка и двенадцатиперстной кишки отсутствовали следы крови, а в дне язвы определялся тромбированный сосуд – 28 больных.
- В просвете желудка и двенадцатиперстной кишки определялась кровь, а в дне язвы тромбированный сосуд – 11 человек.
- В просвете желудка крови нет, дно язвы под гемосидерином – 9 пациентов.
- Струйное артериальное кровотечение – 2 больных.
- В желудке крови нет, язва под сгустком – 8 больных.

- В желудке темная и алая кровь, язва под сгустком, отмечается подтекание крови – 3 больных.

В качестве лечебной тактики у этих пациентов был применен метод клипирования в сочетании с другими методами эндоскопического гемостаза. Данные о больных представлены в таблице 2.

Методика эндоскопического гемостаза	Количество больных
Эндоскопическое клипирование	11
Эндоскопическое клипирование в сочетании с коагуляцией по проксимальным концам клипс	9
Клипирование + коагуляция + обкалывание дефекта раствором адреналина	31
Клипирование + орашение капрофером	2
Клипирование + обкалывание адреналином	8

Как следует из таблицы, у всех пациентов применялись комбинированные методы эндоскопического гемостаза, основой которых был метод эндоскопического клипирования. Стремление дополнить клипирование другими методиками диктовалось в основном наличием у данной группы больных хронических дефектов, что не всегда позволяло исследователю быть полностью уверенным в эффективности выполненного гемостаза. Эндоскопическое клипирование «в чистом виде» выполнено 11 пациентам. Отсутствие дополнительных методик было обусловлено у 7 человек наличием острых язв с достаточно мягкими краями и, как следствие этого, хорошей фиксацией клипс, а у 4 больных – точным расположением клипсы в области сосуда. В остальных группах пациентов дополнение клипирования только обкалыванием или коагуляцией определялось исследователями по ходу манипуляции. Для достижения гемостаза во время манипуляции количество клипс колебалось от 1 до 7 штук.

У 57 из 61 пациента нам удалось добиться надежного гемостаза. На фоне выполненных эндоскопических методик больным были назначены курсы консервативной терапии и пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение. У 3 больных в ближайшие сутки возник рецидив кровотечения, что потребовало повторного клипирования кровоточащих дефектов с положительным результатом. В одном случае рецидив кровотечения возник на 8 сутки. При эндоскопическом исследовании вы-

явлено прогрессирование язвенного дефекта, несмотря на проводимую терапию. В данном случае нам пришлось прибегнуть к хирургической коррекции. У больной имелась хроническая, пенетрирующая язва задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки. На операции в дне язвенного дефекта выявлен сосуд большого диаметра, относящийся, по-видимому к бассейну панкреато-дуоденальной артерии. В данном случае клипирование, безусловно, не могло иметь положительного эффекта. Больной выполнена резекция желудка в модификации Гофмейстера-Финстерера, кровотечение остановлено. Однако в послеоперационном периоде состояние больной продолжало ухудшаться и наступил летальный исход при явлениях нарастающей сердечно-легочной недостаточности.

Таким образом, на основании нашего опыта можно сделать следующие выводы:

1. Эндоскопическое клипирование кровоточащих дефектов желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки является весьма эффективным методом эндоскопического гемостаза.
2. Применение эндоскопического клипирования возможно как при острых, так и при хронических дефектах желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки
3. При выполнении данной методики у больных с хроническими язвами необходимо дополнять клипирование диатермокоагуляцией проксимальных отрезков клипс и обкалыванием дефекта раствором адреналина.
4. При не эффективности первого сеанса эндоскопического гемостаза у больных с хроническими язвами, необходимо ставить вопрос о хирургической коррекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Асташов В. Л. Кровотечения из хронических гастродуоденальных язв: диагностика, тактика и хирургическое лечение (В. Л. Асташов, А. В. Калинин// Клинические перспективы гастроэнтэологии, гепатологии – 2002 - № 1.-С 16 –23.
2. Бондарев Г. А. Динамика ургентной хирургической патологии в курской области за 20 лет. // Здравоохранение РСФСР – 1989. - № 3. - С. 24 – 26.
3. Сотников В.Н., Дубинская Т.К., Разживина А.А. эндоскопические методы лечения кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта. Учебное пособие. М.: РМАПО.-2000. 24с.
4. Черняховская Н.Е. Современные технологии в эндоскопию-МБ-2004, С.114-126
5. Choudari CP, Elton RA, et al. failures of endoscopic therapy for bleeding peptic ulcer: an analysis of risk factors. Am J Gastroenterol 1994;89: 1968-1972
6. Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal haemorrhage in the United Kingdom / T.A. Rockall, R.F Logan, H.B. Devlin et all./// BMJ.- 1995/-Vol.311.-P. 222 –226.

7. Lieberman D. Gastrointestinal bleeding: initial management / D. Lieberman//Gastroenterol.Clin.North.Amer.-1993.-Vol.4, №4.-P723 736
8. Sabat M.et al final results of a prospective and randomized trial evaluation endoscopic hemoclip for bleeding peptic ulcer. Digestive Disease Week, New Orleans May 17-20; Gastroenterology 1998;A3304
9. G.N.J. Tytgat, Meinhard Classen ,J.D. Waye, Saburo Nakazawa. Practice of therapeutic endoscopy . WBS- 2000, P 1-11.

КОНТАКТЫ

Королев Михаил Павлович – д.м.н., профессор, зав. кафедрой общей хирургии с курсом эндоскопии СПб Государственной Педиатрической медицинской академии.
Тел. 8(812) 2757507

I МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

5-6 июня 2008 года

Москва

ГУ РНЦХ им. Академика Б.В. Петровского РАМН
ММА им. И.М.Сеченова под эгидой Российской Академии Медицинских наук
и Министерства здравоохранения и социального развития РФ

Глубокоуважаемые коллеги

Приглашаем Вас принять участие в I Международной конференции, посвященной 100-летию со дня рождения Б.В. Петровского. В программе конференции:

ТОРАКО-АБДОМИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

- Хирургия трахеи, легких, средостения
- Хирургическая гепатология и панкреатология
- Трансплантация абдоминальных органов
- Хирургия пищевода и желудка
- Колопроктология
- Эндоскопическая хирургия

Место проведения:

Центр международной торговли, г. Москва, Краснопресненская набережная, дом 12

Контакты:

119992 ГСП-2, Москва, Абрикосовский переулок дом 2.

Телефон 8 495 2469155, Факс 2468988, E-mail: surgery2008@med.ru

