

**ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ**

Обидов Иброхим

Бухарский Государственный медицинский институт

Резюме: В статье приводятся результаты выполнения фиброгастро-дуоденоскопии и эндоскопического гемостаза у 296 пациентов с язвенным кровотечением. У 292 (98,9%) больных при использовании различных методов гемостаза удалось добиться остановки кровотечения, только у 4 (1,1%) больных остановить кровотечение не удалось, что обусловило необходимость экстренного хирургического вмешательства. Рецидив кровотечения после эндоскопического гемостаза развился у 8 (2,1%) пациентов.

Ключевые слова: Эндоскопический гемостаз, гастродуоденальные язвенные кровотечения, фиброгастродуоденоскопия.

Актуальность. На протяжении многих лет диагностика и лечение язвенной болезни остается актуальной проблемой медицины. Наиболее частым осложнением язвенной болезни является желудочно-кишечное кровотечение. В последние десятилетия отмечается увеличение частоты язвенных желудочно-кишечных кровотечений, достигая 40 - 48% у пациентов старшей возрастной группы, сопровождаются высокой летальностью - от 10 до 30% [3,4,7,8,9].

Несмотря на совершенствование средств и методов лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений (ЯГДК), применение эндоскопических методов остановки кровотечения, уровень летальности остается на высоком уровне от 10-14% до 30% [11,13].

В выборе тактики лечения гастродуоденальных кровотечений главенствующая роль принадлежит эндоскопии.

В настоящее время применяют различные методы эндоскопического гемостаза, такие как инъекционные способы, электро-, термо-, лазерная фото-коагуляция, аргоноплазменная коагуляция, радиоволновая коагуляция и т.д. Наиболее часто используют обкалывание источника кровотечения раствором адреналина [2,10,14,15]. В последние годы широко применяются аргоноплазменная коагуляция, радио - волновая коагуляция с хорошими результатами эндоскопического гемостаза [2,13,14], однако не все лечебно-профилактические учреждения могут позволить себе использование этих методик гемостаза из-за их высокой стоимости.

Комбинированные способы эндоскопического гемостаза, такие как диатермокоагуляция и инфльтрационные способы гемостаза, дают лучшие результаты [9, 12].

По данным некоторых авторов, первичная остановка кровотечения при эндоскопическом гемостазе возможна в 82-94% случаев, причем у 80% больных первичный гемостаз оказался окончательным [2,6,11,13].

В настоящее время широкое распространение находит индивидуально-дифференцированная тактика, которая включает в себя определение тяжести кровотечения, раннее выполнение фиброгастро-дуоденоскопию (ФГДС) с целью определения источника кровотечения, его характера, вероятности развития рецидива, попытки остановить кровотечение, а также определение сроков и объема операции в зависимости от результатов эндоскопического гемостаза, с учетом общего состояния больного[6,12].

Материалы и методы

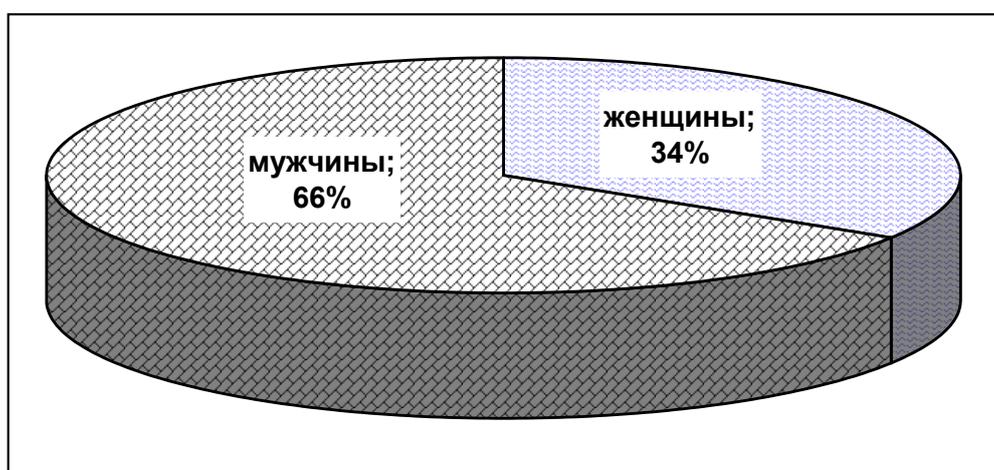
Нами проанализированы результаты экстренной эндоскопии 296 больных с желудочно-кишечными кровотечениями из язв гастродуоденальной зоны. Источником кровотечения у 189 (63,8%) была язва ДПК, у 107 (36,2%) – язва желудка.

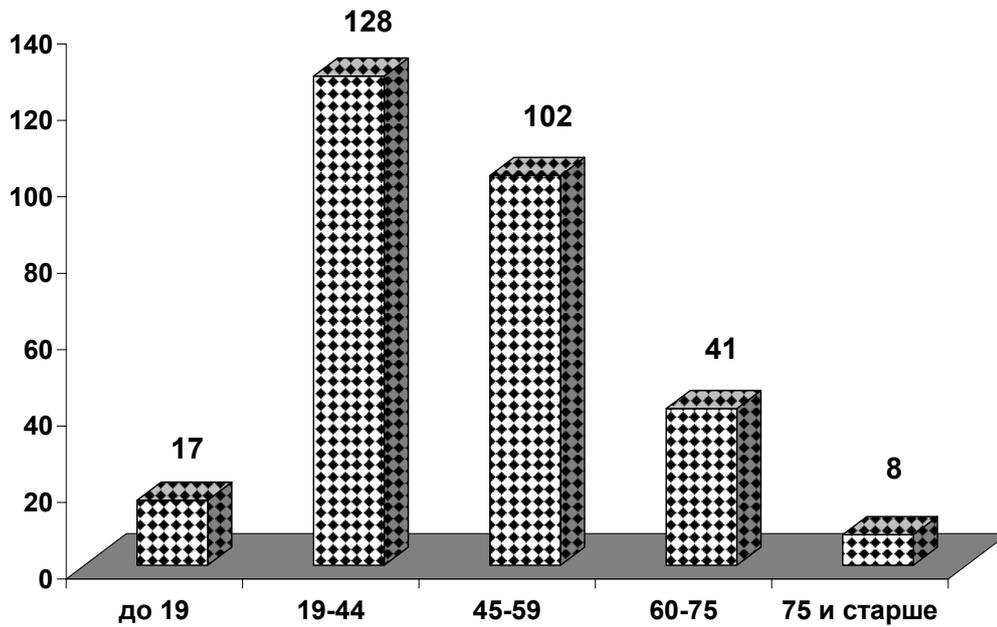
Таблица 1. Распределение больных по классификации Форреста (1987).

Степень активности кровотечения	Число больных, Абс.(%)	Оперированные экстренно
F Ia	8(2,7%)	2
F Ib	10(3,4%)	2
F IIa	165(55,7)	-
F IIb	113(38,2%)	-

Всем поступившим в стационаре выполнялась диагностическая фиброгастродуоденоскопия (ФГДС). При этом в 18 случаях было активное кровотечение (F Ia и Ib), у 278 – нестабильный гемостаз (F IIa и F IIb). Среди них мужчин 195 (65,8%). Все они находились в стационарах или поступали в приемные отделения Бухарского филиала и в субфилиалах РНЦЭМП, с периода 2009-2011гг.

Рис. 1. Распределение больных по возрасту и полу

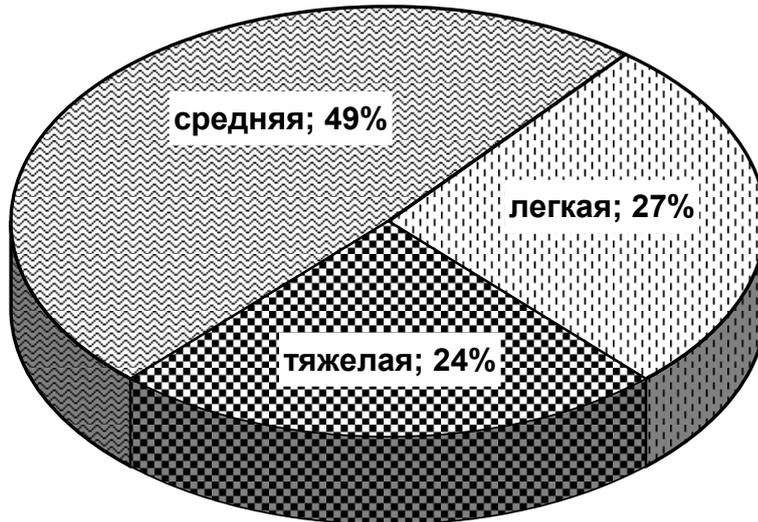




Результаты и обсуждения. Все больные, поступившие с клиникой кровотечения из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта подвергались эндоскопическому исследованию. При наличии активного кровотечения язвенной этиологии (F1a и F1b) или нестабильного гемостаза (F2a и F2b) проводился эндоскопический гемостаз.

При этом легкая степень кровопотери диагностирована у 81 (27,4%) больных, средняя степень - у 144 (48,6%), тяжелая степень - у 71 (24%), т.е. средняя и тяжелая кровопотеря составили 72,6%.

Рис.2 Распределение больных в зависимости от степени кровопотери.



В ходе лечебной эндоскопии применяли диатермокоагуляцию 268 (90,5%) больных или диатермакоагуляцию в сочетании инфильтрационным гемостазом раствором адреналина или 70% спирта 28 (9,5%) больных.

Таблица 4. Распределение больных в зависимости от методики эндоскопического гемостаза.

Эндоскопический гемостаз	Число больных	Характер гемостаза по Форресту			
		F1a	F1b	F2a	F2b
Диатермокоагуляция	268	-	-	155	113
Диатермокоагуляция и инъекцирование адреналином	28	8	10	10	-
Всего, абс.(%)	296	8(2,7%)	10(3,4%)	165(5,7%)	113(38,2%)

Имея большой опыт эндоскопической остановки кровотечения, мы считаем, что основная роль в успехе зависит от профессионального уровня врача – эндоскописта.

При всех случаях стуйного кровотечения из артериального сосуда (F1a) которая отмечалась у 8(2,7%) больных, максимально пытались остановить кровотечение эндоскопическим путем (диатермокоагуляция в сочетании с местным инъекцированием раствора адреналина). Мы считаем

что, такая тактика очень эффективна у больных находящихся в критическом состоянии, для которых риск экстренной операции на высоте кровотечения практически равен риску смерти от продолжающегося кровотечения. У 5 из 8 больных показатель гемоглобина был ниже 40 г/л, у 1- больного равен 10 г/л. У всех этих больных с повышенным операционным риском был достигнут стабильный гемостаз - 6 (75%). Рецидив кровотечения у 1(12,5%) – больного, повторный эндоскопический гемостаз и срочная операция. Двум больным выполнена экстренная оперативное вмешательство, прошивание кровоточащей язвы ДПК и стволовая ваготомия, иссечение язвы или экономную резекцию желудка при кровоточащей язве желудка.

У 8 из 10 больных поступивших с активным кровотечением FIV был достигнут надежный гемостаз. У двух больных остановить кровотечение не удалось, произведена экстренная операция.

У данной группы больных, в течении первой недели, после предварительной подготовки у 30(10,1%) больным производилась отсроченная операция по Бильроту-I и II в зависимости от показаний.

Таблица 5. Характер операций, проведенных у больных с кровоточащими язвами.

Операции	Экстренные		Отсроченные	Плановые	Всего
	на высоте кровотечения	После рецидива кровотечения			
Прошивание язвы и стволовая ваготомия	4	1	-	-	5

Резекция желуд- ка по Б I и Б II	-	-	25	5	30
--	---	---	----	---	----

Применение эндоскопического гемостаза в условиях остановившегося кровотечения (FIIa и FIIb) у 278 (94%) больных направлено на укрепление тромба и предупреждения рецидива кровотечения.

Эндоскопическую диатермокоагуляцию выполняли с соблюдением следующих правил:

1. В первую очередь коагулировать периульцерозную зону, при этом за счет сдавления окружающих тканей происходит остановка кровотечения; во вторую очередь, если необходимо, коагулируется сам сосуд.

2. Коагулировать сосуд с самого начала лечебной эндоскопии неверно, так как тромб прилипает к инструменту и отрывается от источника кровотечения, что вызывает кровотечение.

3. Наличие тромба с подтеканием из под него крови является показанием к диатермокоагуляции, однако прижигать тромб следует с его верхнего края, так как это позволит не только остановить кровотечение, но избежать перфорации желудка или двенадцатиперстной кишки.

Инфильтрационный гемостаз раствором адреналина или 70% этилового спирта выполняли при продолжающихся язвенных кровотечениях. С этой целью вводили указанные растворы периульцерозно вне вала не ближе 5-7 мм от края язвы, через инъектор с длиной (5 мм) иглой - 1 мл раствора адреналина или 70% спирта и от 10 до 80 мл изотонического раствора натрия хлорида или е-аминокапроновой кислоты.

Тактика остановки кровотечения эндоскопическим путем сочетается консервативным лечением, используя, целый комплекс препаратов, направленных на гемостаз и стабилизацию состояния больного.

Большую роль в лечении больных с гастродуоденальным кровотечением отводится современным антисекреторным препаратам [5,7]. Наряду с H₂-блокаторами (фамотидин), широко применяем блокаторы протонного насоса. В тяжелом состоянии больных, перенесших значительную кровопотерю и готовящихся к предстоящей операции, мы применяем фамотидин в дозе 80 мг х 2 раза внутривенно. При стабильном состоянии больного используем препарат в виде капсул (омепразол, лансопразол, пантопразол, париет и т.д).

Лечение геликобактерной инфекции проводили в соответствии с решением Маастрихтской конференции Европейской группы по изучению H.pylori. Его начинали со схемы первой линии: париет 20 мг 2 раза в сутки, амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки - 7 дней, кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки - 7 дней [1,5].

К настоящему моменту летальных исходов при операциях, производимых в экстренном и срочном порядке не наблюдался, что в целом является показателем успешно выбранной тактики при язвенных кровотечениях.

Список использованных источников:

1. Аруин Л.И. Материалы 6-й Сессии Российской группы по изучению H.Pylori. Омск 1997; 2-3.
2. Багненко С.Ф., Синенченко Г.И., Вербицкий В.Г., Курыгин А.А. Применение протоколов организации лечебно-диагностической помощи при язвенных гастродуоденальных кровотечениях в клинической практике. Вестн хирургии. 2007; 4: 71-75.
3. Ермолов А.С., Волков С.В., Сордиа Д.Г. Российский журнал гастроэнтерологии и гепатологии. 1996; 4: 4: 274.
4. Жерлов Г.К. Выбор хирургической тактики при гастродуоденальных язвенных кровотечениях /Г.К. Жерлов, А.П. Кошель, Н.В. Гибадулин и др // Вестник хирургии. - 2001. - Т. 160, № 2. - С. 18-21.

5. Исаков В.А. Терапия кислотозависимых заболеваний ингибиторами протонного насоса в вопросах и ответах//Consilium medicum №7, 2006, с. 2 - 5.
6. Кубышкин В.А., Шишин К.В. Эрозивно–язвенное поражение верхних отделов желудочно–кишечного тракта в раннем послеоперационном периоде // J.Cons. med /Vol.2, - 2002, р. 33 - 39.
7. Курыгин А. А., Стойко Ю. М., Багненко С. Ф. Неотложная хирургическая гастроэнтерология. Спб.: Питер, 2001. 568 с.
8. Лебедев Н.В., Климов А.Е., Войташевская Н.В. и др. Гастро-дуоденоскопия в диагностике и лечении язвенных гастро-дуоденальных кровотечений. Хирургия 2007; 3: 17-21.
9. Луцевич Э.В. Полувековой опыт лечения больных с желудочно-кишечными кровотечениями: с эндоскопией и без нее / Э.В. Луцевич, И.Н. Белов // Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии / НИИ гастроэнтерологии ТНЦ СО РАМН. - Томск, 2002. - С. 63-64.
10. Панцырев Ю. М., Галлингер Ю. И. Оперативная эндоскопия желудочно-кишечного тракта. М.: Медицина, 1984. 192с.
11. Ратнер Г.Л. Кровотоочащая язва двенадцатиперстной кишки: тактика при ненадежном гемостазе // Г.Л. Ратнер, В.К. Корытцев, С.А. Катков и др // Хирургия. - 1999. - № 6. - С. 23-24.
12. Сидоренко В.И. Оценка тяжести состояния больного с язвенным гастродуоденальным кровотечением с помощью дискриминантного анализа / В.И. Сидоренко, Т.В. Зарубина, Е.Д. Федоров и др // Хирургия. - 1998. - № 3. - С. 21-23.
13. Сотников В. Н., Дубинская Т. К., Разживина А. А. Эндоскопическая диагностика и эндоскопические методы лечения кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта: Учебное пособие. М.: РМАПО, 2000. 48 с.

14. Чернов В.Н. Хирургическая тактика при кровотечениях из острых эрозий и язв гастродуоденальной зоны / В.Н. Чернов, И.А. Мизиев, В.В. Скорляков // Хирургия. - 1999. - № 6. - С. 10-14.
15. Чернышев В.Н., Белоконев В.И., Александров И.К. В кн.: Введение в хирургию гастродуоденальных язв. Самара: СГМУ 1993; 214.
16. Abidov U. O., Obidov I. U. A Rare Case from Practice: Strangulated Perineal Hernia //Scholastic: Journal of Natural and Medical Education. – 2023. – Т. 2. – №. 5. – С. 28-32.
17. Abidov U. O., Obidov I. U. Hepaticofasciolas (Fasciolosis) as a Cause of Mechanical Jaundice in a Woman (Case Study) //Scholastic: Journal of Natural and Medical Education. – 2023. – Т. 2. – №. 5. – С. 38-41.
18. Abidov U. O., Obidov I. U. Appendicular Giant Mucinous Neoplasms (Case Report) //Scholastic: Journal of Natural and Medical Education. – 2023. – Т. 2. – №. 5. – С. 33-37.
19. Абидов У. О. и др. ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО СТЕНТИРОВАНИЯ ПРИ НЕОПЕРАБЕЛЬНЫХ ОПУХОЛЯХ БИЛИОПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ ЗОНЫ //Новый день в медицине. – 2020. – №. 4. – С. 623-625.
20. Нурбабаев А. У., Абидов У. О. Комплексное лечение больных с синдромом механической желтухи //Биология и интегративная медицина. – 2020. – №. 6 (46). – С. 96-102.
21. Abidov U. O., Khaidarov A. A. MINIMALLY INVASIVE INTERVENTIONS IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH MECHANICAL JAUNDICE //Vegueta. Anuario de la Facultad de Geografía e Historia. – 2022. – Т. 22. – С. 6.
22. Abidov U. O. Results of Treatment of Patients with Obstructive Jaundice //Scholastic: Journal of Natural and Medical Education. – 2023. – Т. 2. – №. 5. – С. 370-376.

23. Абдурахманов, М. М., Обидов, У. У., Рузиев, У. У., & Мурадов, Т. Р. (2020). Хирургическое лечение синдрома механической желтухи. Журнал теоретической и клинической медицины, 1, 59-62.
24. Haydarov, A. A., Abdurakhmanov, M. M., Abidov, U. U., Sadiev, E. S., Mirzaev, V. I., & Bakae, M. I. (2021). Endoscopic interventions and ozone therapy in the complex treatment of patients with mechanical jaundice and cholangitis with choledocholithiasis. *Journal of Natural Remedies*, 22(1 (1)), 10-16.
25. Уроков, Ш. Т., Абидов, У. У., Хайдаров, А. А., & Хаджаев, К. Ш. (2019). ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛИГИРОВАНИЯ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ. *Новый день в медицине*, (4), 316-320.
26. Utkir, A. (2024). TREATMENT OF PURULENT-INFLAMMATORY DISEASES OF THE ABDOMINAL CAVITY WITH ANTIMICROBIAL THERAPY IN A MULTIDISCIPLINARY HOSPITAL. *Web of Medicine: Journal of Medicine, Practice and Nursing*, 2(5), 81-84.
27. Abidov Utkir. (2024). PREVENTION OF ACUTE EROSIVE AND ULCERATIVE LESIONS OF THE UPPER GASTROINTESTINAL TRACT IN PATIENTS WITH EXTENSIVE THERMAL BURNS. *Web of Medicine: Journal of Medicine, Practice and Nursing*, 2(5), 85–87.
28. Utkir, A. (2024). PREVENTION OF POSTOPERATIVE LOCAL COMPLICATIONS AFTER ALLOHERNIOPLASTY IN PATIENTS WITH VENTRAL HERNIAS. *Web of Discoveries: Journal of Analysis and Inventions*, 2(5), 86-88.
29. Utkir, A. (2024). ENDOSCOPIC HEMOSTASIS FOR GASTRODUODENAL ULCERATIVE BLEEDING. *Web of Teachers: Inderscience Research*, 2(5), 149-154.

30. Utkir, A. (2024). PERFORATION OF AN ATYPICALLY POSITIONED DUODENAL ULCER IN A PATIENT WITH CONGENITAL FUNNEAL CHEST DEFORMITY. *Web of Teachers: Inderscience Research*, 2(5), 155-158.
31. Abidov, U. O. (2023). EIN SELTENER FALL AUS DER PRAXIS: STRANGULIERTE PERINEALE HERNIE. *INNOVATIVE DEVELOPMENTS AND RESEARCH IN EDUCATION*, 2(22), 73-77.
32. Oktamovich, A. U. (2023). GALLENSTEINKRANKHEIT BEI SCHWANGEREN: DIAGNOSE, KOMPLIKATIONEN UND BEHANDLUNG. *Scientific Impulse*, 2(15), 587-595.
33. Abidov, U. O. (2023). HEPATIKOFASZIOLOSE (FASZIOLOSE) ALS URSACHE FÜR MECHANISCHEN IKTERUS BEI EINER FRAU (FALLSTUDIE). *INNOVATIVE DEVELOPMENTS AND RESEARCH IN EDUCATION*, 2(22), 78-84.
34. Obidov, I. U. (2023). RIESIGE MUZINÖSE NEOPLASMEN DES APPENDIX (FALLBERICHT). *INNOVATIVE DEVELOPMENTS AND RESEARCH IN EDUCATION*, 2(22), 85-89.