ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ КОАГУЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ НЕВАРИКОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ (7-ЛЕТНИЙ ОПЫТ)

А. М. Машкин, д. м. н., профессор, заведующий кафедрой хирургии ФПК и ППС ГОУ ВПО ТюмГМА Росздрава
А. В. Ефанов, к. м. н., ассистент кафедры хирургии ФПК и ППС ГОУ ВПО ТюмГМА Росздрава
А. А. Хойрыш, к. м. н., зав. отделением эндоскопии ОАО МСЧ «Нефтяник»,
О. Г. Сивков, к. м. н., врач анестезиолог-реаниматолог ОАО МСЧ «Нефтяник»

г. Тюмень

Актуальность

Проблема лечения острых кровотечений из желудочно-кишечного тракта являлась и является одной из самых важных в ургентной хирургии (Савельев В. С., 2003). Несмотря на значительные успехи хирургии, анестезиологии и клинической эндоскопии летальность при острых желудочно-кишечных кровотечениях остается высокой. Ее уровень в настоящее время составляет 5-10%, а при рецидиве возрастает до 30-40%, и не имеет тенденции к уменьшению (Петров В. П., Ерюхин И. А., 1987; Тимен Л. Я. и соавт., 2001; Панцырев Ю. М. и соавт., 2003; Петров С. В. и соавт., 2005). Вероятными причинами являются отсутствие стандартизированного подхода и единой тактики в лечении пациентов, а также недостаточное использование современных методов эндоскопического гемостаза. Современная эндоскопия обладает широким набором способов эндоскопического гемостаза (ЭГ), различных по своей физической природе, эффективности, доступности, безопасности, стоимости и т.п. (Сотников В. Н. и соавт., 2000; Кузьмин-Крутецкий М. И. и соавт., 2001; Савельев В. С., 2003; Короткевич А. Г., 2004; Курыгин А. А., 2004; Kohler B. 1997; Freeman M. L., 1997; Amaro R. et al., 1998). Однако наиболее распространенные методы эндоскопического гемостаза – аппликационный и инъекционный, являются малоэффективными как при остановке высокоинтенсивных кровотечений, так и при профилактике рецидива (Панцырев Ю. М., Галлингер Ю. И. 1984; Коробченко А. А., 1995; Петров Ю. И. и соавт., 2005). Высокотехнологичные методы (клипирование, лигирование) достаточно дорогостоящи, трудоемки и требуют высокой квалификации эндоскописта, а потому не получили широкого распространения (Тимен Л. Я. с соавт., 2001; Панцырев Ю. М., Федоров Е. Д., 2001; Кузьмин-Крутецкий М. И., и соавт., 2001; Короткевич А. Г., 2004; Rollhauser C., Fleischer D. E., 2000).

Все это послужило причиной выбора нового метода эндоскопического гемостаза, отвечающего ряду условий: эффективного, простого, недорогого и надежного. Поэтому, на наш взгляд, представлялось актуальным и практически необходимым произвести оценку клинической эффективности применения метода аргоноплазменной коагуляции (АПК), как метода эндоскопического гемостаза при острых пищеводных и гастродуоденальных кровотечениях различной этиологии как самостоятельного метода эндоскопического гемостаза.

Результаты исследования

Нами проведен сравнительный анализ историй болезни 1304 пациентов, проходивших лечение в хирургических отделениях ЗАО МСЧ «Нефтяник» (г. Тюмень) по поводу кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта различной этиологии за период с 2000 по 2009 г. Женщин было 321 (24,6±1,3%), мужчин — 983 (75,4±1,3%). В трудоспособном возрасте находилось 939 пациентов (72,0±1,4%). По социальной структуре пациенты распределились таким образом: рабочие составили — 31,6%, служащие — 19,8%, неработающие — 18,5%, пенсионеры — 17,8%, инвалиды — 8,6%, студенты — 2,6%, руководители — 1,1%.

Все пациенты были разделены на две группы. В основную группу исследования (n=1051) вошли пациенты, которым предпринимался эндоскопический аргоноплазменный метод гемостаза. Контрольную группу (n=253) составили пациенты, проходившие с 2000 по 2002 год лечение по поводу кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта различной этиологии с использованием традиционной активной индивидуализированной тактики, в качестве эндоскопического гемостаза пациентам этой группы применялись аппликационный и инъекционный методы.

Проведенный статистический анализ не выявил достоверной разницы по полу и возрасту между пациентами обеих групп: доля мужчин в основной и контрольной группе составила 75,5±2,2

и 74,7±2,7, доля женщин 24,5 ±2,2 и 25,3±2,7 (p>0,05). Средний возраст мужчин — 46,4±0,6 и 46,2±1,1 лет (p>0,05), для женщин он составил 55,3±1,0 и 55,3±2,1 соответственно (p>0,05).

Анализ распределения пациентов по источнику кровотечения также не выявил достоверных различий между группами. И в основной, и в контрольной группе наибольшую долю занимали пациенты с кровотечениями язвенной этиологии (60,0±1,5 и 62,1±3,0; p>0,05) и с синдромом Меллори-Вейсса (22,5±1,3 и 17,0±2,4; p>0,05).

В основной группе с продолжающимся на момент эндоскопического обследования кровотечением поступило 144 пациентов (13,7±1,1% от всех поступивших), в контрольной — 28 пациентов (11,1±2,0%). Нестабильный гемостаз на момент обследования отмечен у 666 пациентов (63,4±1,5%) основной группы, и у 155 пациентов (61,2±3,1%) контрольной группы. В целом 810 пациентов основной группы (77,1±1,3%), и 183 пациента контрольной (72,3±2,8%) имели показания к экстренному или превентивному противорецидивному эндоскопическому гемостазу (p>0,05).

Таким образом, основная и контрольная группы являлись сопоставимыми по состоянию источника кровотечения при поступлении, а следовательно, по показаниям к выполнению эндоскопического гемостаза.

У 144 пациентов контрольной группы был выполнен аппликационный эндоскопический гемостаз, у 20 – инъекционный гемостаз. Таким образом, 164 пациентам контрольной группы (64,8%±8,6) был выполнен эндоскопический гемостаз. Результаты лечения пациентов контрольной группы оказались следующими: хирургическая активность составила 19,0±2,5%, частота рецидивов кровотечения – 15,9±2,3%, больничная летальность – 6,7±1,6%, послеоперационная летальность – 14,6±2,2%, средняя длительность пребывания в стационаре — 8,5±0,3 суток.

Для оценки эффективности метода АПК были изучена 1051 история болезни пациентов, поступивших в экстренном порядке в ЗАО МСЧ «Нефтяник» (г. Тюмень) с клиникой острых кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта различной этиологии за период с декабря 2002 по октябрь 2009 года.

В большинстве случаев оказалось достаточным однократного применения АПК (84,2%). У 113 (15,8%) пациентов АПК выполнялось два и более раза, показанием к этому послужили рецидив кровотечения, а также эндоскопическая картина нестабильного гемостаза при динамическом ЭГДС — контроле. Рецидив кровотечения после первичного выполнения АПК составил 5,2±0,7%. Таким образом, эффективность первичного однократного выполнения АПК составила 94,8±0,7%. При этом следует отметить, что изначально удалось добиться эндоскопического гемостаза у всех пациентов основной группы, которым выполнялась АПК.

После повторного выполнения АПК у этих пациентов эффективность ее составила уже 98,2±0,4%. Только в 1,8±0,4% АПК оказалась неэффективной при рецидиве ЖКК, эти пациенты были оперированы. Причем следует учитывать, что в нашу группу включены также высокоинтенсивные кровотечения, остановленные АПК, без комбинации с другими методами и видами эндоскопического гемостаза. Все это позволяет отнести АПК к одному из наиболее эффективных методов эндоскопического гемостаза, существующему на данный момент.

Применение метода АПК в комплексном лечении больных с острыми желудочно-кишечными и пищеводными кровотечениями неварикозной этиологии позволило снизить частоту рецидивных кровотечений у пациентов с выполненным эндоскопическим гемостазом с 15,9±2,3% в контрольной группе, до 5,2±1,5% в основной группе (t =2,7; p<0,05). Эффективность АПК при рецидивном кровотечении в основной группе достигла 75,0±2,3%, против 31,6±2,9% в контрольной группе (t=11,7; p<0,05).

В контрольной группе был оперирован 41 пациент из 253, в основной группе было оперировано 40 пациентов из 1051. Таким образом, применение аргоноплазменной коагуляции позволило снизить хирургическую активность с 19,0±2,5% в контрольной группе до 3,8±0,6% в основной (t =6,0; p< 0,001), или в 5 раз. Если говорить о хирургической активности по поводу язвенных гастродуоденальных кровотечений, то благодаря АПК она снизилась с 21,0±3,2% в контрольной группе до 5,9±1,2% в основной группе (t=5,7; p<0,001), иди в 3,6 раза. Больничная летальность в контрольной группе составила 6,7±1,6% (или 4,1±1,2%, если исключить варикозные кровотечения). В основной группе больничная летальность составила 4,8±0,7% (или 2,4±0,5%, если исключить варикозные кровотечения), (t=1,3; p>0,05). Послеоперационная летальность в контрольной группе составила 14,6±2,2% (причем, все умершие оперированы по поводу ЖКК), а в основной группе – 12,0±1,0%. Средняя длительность пребывания в стационаре пациентов контрольной группы составила 8,5±0,3 суток, из них в отделении реанимации 0,9±0,1. В основной группе эти показатели составили 7,7±0,8 и 0,6±0,1 суток соответственно, (t=6,4; p<0,001 и t=2,8; p<0,05 соответственно).

Выводы

Таким образом, применение метода АПК в комплексном лечении больных с острыми желудочно-кишечными и пищеводными кровотечениями различной этиологии позволило в 3 раза снизить частоту рецидивных кровотечений неварикозной этиологии, и в 5 раз уменьшить количество вынужденных оперативных вмешательств, что характеризует его как высокоэффективный современный метод эндоскопического гемостаза. Благодаря методу АПК удалось достоверно сократить среднюю длительность пребывания пациентов как в целом в стационаре, так и в отделении реанимации в частности.