ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА. Анализ работы за 2003-2006 гг.

Э.Э. Розин, Б.В. Снакин
ГБ № 1, г. Нижневартовск

Желудочно-кишечные кровотечения являются серьезной проблемой неотложной хирургии. Эндоскопическое исследование ЖКТ позволяет своевременно и с высокой степенью точности определить источник кровотечения, его локализацию и сориентироваться в выборе метода возможности эндоскопической остановки кровотечения.

За период с 2003 по 2006 г. МУ ГБ №1 хирургическое отделение поступило общее количество больных с желудочно-кишечными кровотечениями (ЖКК) 894, мужчин 628 (70,3%) и 266 женщин (29,7%) Возрастная категория от 19 до 78 лет. Основная масса кровотечений приходилась на возрастную группу от 25 до 48 лет. Основными критериями кровотечения являлись: а) локализация источника кровотечения; б) состоявшееся кровотечение; в) продолжающееся кровотечение, его интенсивность; г) угроза рецидива кровотечения. Кровотечение оценивалось по классификации - Forrest. Причинами ЖКК (за три года) являлись следующие заболевания и их частота: синдром Меллори-Вейса 140 (15,6%) острый эрозивно-геморрагический эзофагит 103 (11,5%), острый эрозивно-геморрагический гастрит 267 (29,8%), хроническая язвенная болезнь желудка осложненная кровотечением 55 (6,1%), хроническая язвенная болезнь ЛДПК осложненная кровотечением 251 (28,0%), варикозное расширение вен пищевода 3 ст 45 (5,0%), бластома желудка осложненная кровотечением 25 (2,7%), бластома пищевода осложненная кровотечением 8 (0,8%). Из приведенных данных видно, что основной процент причины возникновения ЖКК является эрозивно-язвенные поражения желудка и язвенные поражения ЛДПК.

Основными принципами лечебной тактики являлись: а) неотложная диагностика источника кровотечения, определение активности последнего; б) временный гемостаз, определение вероятности рецидива кровотечения и его предотвращение; в) достижение надежного гемостаза оптимальными методами и в оптимальные сроки. В 559 случаях применялись следующие методы и способы эндоскопического гемостаза как — Диатермокоагуляция 187 (33,4%), Аппликация р-ром Феракрил, спиртами 161 (28,8%), инъекционный способ 64 (11,4%), склерозирование 12 (2,1%), в 3 (0,5%) случаях проводилось легирование вен пищевода, аргоноплазменная коагуляция стали применять с 2005 г. - 65 (32,1%).

У 67 (11,9%) пациентов отмечался рецидив кровотечения, производился дополнительно смешанный способ гемостаза. Не было рецидивов кровотечения после аргоноплазменной коагуляции и легирования вен пищевода. Недостигнут эндоскопический гемостаз у 9 (1,6%). Пациенты оперированы в экстренном порядке.

На основании проведенного анализа следует сделать следующий вывод, что прослеживается ежегодная тенденция к увеличению количества пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями. Значительный процент обращений составляют пациенты с синдромом Меллори-Вейса и острыми эрозивно-геморрагическими, язвенными поражениями слизистой пищевода и желудка, осложненными кровотечением. В эту категорию входят пациенты, ведущие неправильный и даже асоциальный образ жизни, злоупотребляющие спиртными напитками. Для синдрома Меллори-Вейса характерна следующая схема заболевания: «Праздничное» застолье длящееся несколько дней и недель, переход в запой - развитие алкогольного панкреатита - неукротимая рвота - разрыв слизистой эзофаго-кардиального перехода - кровотечение.

Увеличение количества желудочно-кишечных кровотечений требует применения всё новых и новых методов эндоскопического гемостаза, что в свою очередь снижает количество хирургических вмешательств, сохранение целостности органа, сокращение пребывания пациента в стационаре.

На наш взгляд аргон плазменная коагуляция из всех методов эндоскопического гемостаза является в настоящее время наиболее эффективным способом. Нуждается в некоторой доработке, совершенствовании Считаем, что нужно шире применять неоперативные экономически наиболее выгодные, а в первую очередь эндоскопические методы и способы гемостаза.