ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

(по данным МУ ГКБ № 14, г. Екатеринбург)

С.А. Чернядьев, М.И. Прудков, Н.П. Макарова, А.А. Ушаков
Уральская ГМА, г. Екатеринбург

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) является одним из наиболее распространенных гастроэнтерологических заболеваний. По данным различных авторов этим заболеванием страдает от 4 до 12% взрослого населения [1]. Одним из наиболее частых осложнений язвенной болезни является кровотечение. Несмотря на общепризнанную эффективность современных "противоязвенных" лекарственных препаратов число больных с язвенными кровотечениями из года в год увеличивается и составляет 90-103 на 100000 взрослого населения в год [2]. Приоритетным направлением в лечении язвенной болезни, осложненной кровотечением. В настоящее время методом выбора лечения данной патологии является эндоскопический гемостаз с последующей комплексной противоязвенной терапией, что позволяет в подавляющем большинстве случаев избежать операции.

Материалы исследования:

Изучено 286 историй больных, поступивших в неотложном порядке в МУ ГКБ 14, за период с 2003 по 2006 г., с диагнозом: "Язвенная болезнь. Хроническая язва ДПК, осложненная остановившимся (продолжающимся) кровотечением". В исследование включались больные только с достоверными признаками кровотечения (клиническими и эндоскопическими).

Результаты исследования и их обсуждение:

Среди поступивших больных мужчин было 201 (70,2%), женщин 85 (29,8%). Возраст больных колебался от 16 до 82 лет, средний возраст пациентов равнялся 43,73. Старше 65 лет было 50 (17,48%) пациентов. Позднее 24 часов от момента заболевания поступило 56,5% пациентов. Средний срок пребывания в стационаре составил 8,9 3,6 дней.

Кровотечение явилось дебютом язвенной болезни ДПК у 178 (62,23%) пациентов. Язвенный анамнез более 5 лет имели 71 (24,8%) больных, из них у 31 (10,8%) пациентов он превышал 10 лет, а у 11 (3,8%) - более 20 лет. Эпизоды язвенных кровотечений в анамнезе имел 53 (18,5%) больной, т.е. каждый пятый больной. Различные виды операций по поводу язвенной болезни и ее осложнений перенесли в анамнезе 16 (7,3%) больных. Из них ушивание перфоративной язвы ДПК - в 18 (6,3%) случаях, прошивание кровоточащей язвы – 3 (1,4%).

В удовлетворительном состоянии поступило -173 (60,4%) человек, состояние как тяжелое расценено у 34(12%).

Сопутствующие заболевания диагностированы у 50,9% больных (табл. 1).

Таблица 1

Сопутствующие заболевания у больных с язвенными дуоденальными кровотечениями

Заболевание	Число больных, %
Сердечно-сосудистой системы	34,26
Дыхательной системы	9,7
Мочевыделительной системы	8,74
Ожирение	8,04
Эндокринной системы	5,94
Сопутствующие заболевания ЖКТ	5,24
Синдром Мелори-Вейса	4,9
Опорно-двигательного аппарата	2,09
Психические нарушения	0,69

Из приведенных данных видно, что наиболее распространенной является патология сердечно сосудистой системы. Патология более двух систем одновременно выявлена у 11 % больных.

Для оценки риска кровотечения и его рецидива использовалась международная классификация, предложенная Forrest (1974).

При поступлении всем 286 больным была выполнена фиброгастродуоденоскопия (ФГДС). При первичном эндоскопическом исследовании продолжающееся кровотечение было выявлено у 19 (6,6%) пациентов. После первичного ФГДС-исследования, 15,8% (3 пациента) были прооперированы. Выполнена пилоропластика по Финнею в сочетании со стволовой ваготомией.

У 16 (84,2%) выполнен эндоскопический гемостаз. У половины (8 больных) был применён метод эндоскопического гемостаза (адреналин 0,1% + новокаин 0,5%), а у остальных 8и (50%) случаях - аргоноплазменная коагуляция (установка ЕА - 140 ГК (ФОТЕК)). В данной группе больных при последующих ФГДС контроле рецидив кровотечения выявлен у двух больных

(12,5%). Один больной был прооперирован в неотложном порядке. Выполнена гастродуоденотомия, прошивание задней стенки ДПК. У второго больного выявлено самостоятельно остановившееся кровотечение. В дальнейшем кровотечения у данной группы больных не повторялись.

У 267 больных при первичном ФГДС данных за продолжающееся кровотечение найдено не было. Согласно заключению эндоскописта риск рецидива кровотечения FIIA выявлен у 39 (14,06%) пациентов, FIIB - у 57 (21,3%), FIIC - у 139 (52,05%), FIII - у 15 (5,61%) больных. Четырем (1,4%) пациентам в связи с высоким риском кровотечения с превентивной целью была выполнена аргоноплазменная коагуляция язвенного дефекта.

Все больные госпитализированы в хирургическое отделение, где получали стандартную трехкомпонентную противоязвенную терапию.

Оценка эффективности консервативной терапии и эндоскопического гемостаза осуществлялась методом повторного ФГДС-контроля, который проводился при риске рецидива кровотечения FIIA через 6 часов после первичного ФГДС исследования, при FIIB - через 12 часов, при FIIC - через 4-5 суток, при FIII - по показаниям. При наличии клинических признаков рецидива кровотечения ФГДС выполнялось в неотложном порядке.

В целом, из 267 больных, госпитализированных для консервативной терапии, при контрольном ФГДС у 27 (10,1%) больных выявлен рецидив кровотечения. У 11 (40,7%) пациентов выявлено рецидивирующее продолжающееся кровотечение. Пяти больным (45,5%) удался эндоскопический гемостаз: в 4^{x} случаях выполнена - аргоноплазменная коагуляция, в $1^{ом}$ - инъекционным методом. В дальнейшем у данной группы больных кровотечения не повторялись. В шести случаях (54,5%) - больные были оперированы: у четверых пациентов выполнена пилоропластика по Финнею в комбинации со стволовой ваготомией, а у двух пациентов - пилоропластика по Финнею и селективная проксимальная ваготомия. Из 16 (59,25%) пациентов с рецидивирующим самостоятельно остановившимся кровотечением, трем (18,75%) больным выполнена аргоноплазменная коагуляция с превентивной целью и в дальнейшем у данных пациентов кровотечение не возобновлялось. Четверо (25%) были оперированы в связи с высоким риском кровотечения и большой кровопотерей: трем больным произведена пилоропластика по Финнею в комбинации со стволовой ваготомией и одному пациенту - гастродуоденотомия, прошивание язвы задней стенки ДПК.

Локализации язвенного дефекта ДПК по данным ФГДС отражена в таблице 2.

Таблица 2

Локализация язвенного дефекта ДПК по данным ФГДС

Стенка ДПК	Количество человек	
	абс.	%
Передняя	162	56,6
Задняя	46	16,08
Верхняя	29	10,1
Нижняя	14	4,9
Контактные	35	12,2
Всего	286	100,0

Из приведенных в таблице данных видно, что язвенный дефект в 56,6% случаев локализован по передней стенке ДПК.

Из количества больных, у которых за время наблюдения был выявлен рецидив кровотечения в 79,3% (23 случая) наблюдался по передней стенке ДПК, в 13,8% (n=4) - по задней стенке и в 6,9% (два случая) - по верхней стенке. Рецидив кровотечения наблюдался в срок от 2 до 85 часов от момента поступления, средний время рецидива кровотечения составило - 28,06 часа.

В целом, оперативное лечение было произведено 14 (4,9%) больным из 286 по экстренным показаниям. Послеоперационная летальность составила 21,4% (n=3).

Общая летальность больных с кровоточащими дуоденальными язвами составила 3,5% (n=10).

По нашим данным рецидив кровотечения при хронических дуоденальных язвах наблюдался в 10,1% клинических случаев. Рецидив кровотечения возникал в основном в первые сутки (среднее время 28,06 часа) от поступления, причем в 79,3% наблюдался по передней стенке ДПК.