Результаты пятилетнего опыта применения метода эндоскопической аргоноплазменной коагуляции в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений

Машкин А.М., Ефанов А.В., Хойрыш А.А., Федосеева Н.Н.
ЗАО МСЧ «Нефтяник», г. Тюмень.

Актуальность проблемы.

Лечение пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями (ЯГДК) было и остается одной из самых актуальных и сложных проблем неотложной хирургии. В России язвенной болезнью страдает примерно 1,5% населения, а в структуре ее осложненных форм желудочно-кишечные кровотечения составляют 42-47%. Число больных с ЯГДК постоянно увеличивается и составляет 90-103 на 100000 взрослого населения в год [4, 5]. Летальность при ЯГДК составляет 5-14 %, а при рецидиве возрастает до 30-40 %, и не имеет тенденции к уменьшению [1, 5]. Эндоскопический гемостаз все чаще упоминается в литературе как альтернативный хирургическому методу лечения [2, 6, 7, 9]. В начале 90-х годов XX века в арсенале хирургов появился принципиально новый вид монополярной высокочастотной электрокоагуляции – аргоноплазменная коагуляция (АПК). В настоящее время опыт применения АПК при ЯГДК весьма небольшой, по данным как отечественной, так и зарубежной литературы [7, 8, 10, 11, 12, 13]. Авторы, в распоряжении, которых имеется данный метод с осторожностью подходят к определению показаний его применения при ЯГДК. В связи с этим существует необходимость определения роли АПК в эндоскопическом гемостазе и применения его в комплексной терапии ЯГДК.

Кроме того, в литературе очень мало публикаций, посвященных амбулаторному периоду реабилитации пациентов после ЯГДК. Это связано с тем, что лечением на стационарном и амбулаторном этапе занимаются врачи разных специальностей, перед которыми стоят разные задачи.

Материалы и методы исследования.

Нами проведен анализ результатов лечения 728 пациентов в хирургических отделениях ЗАО МСЧ «Нефтяник» (г. Тюмень) по поводу ЯГДК за период с 2000 по 2008 г. Проведено сравнение непосредственных результатов применения различных методов эндоскопического гемостаза: аппликационный и инъекционный методы у 158 пациентов (за период 2000-2002 гг.) и после внедрения в 2003 году метода эндоскопической АПК - 570 пациентов.

АПК источника кровотечения выполнялась с применением аппарата для монополярной высокочастотной аргоноплазменной электрокоагуляции «Фотек ЕА-140» производственного объединения «ФОТЕК», г. Екатеринбург, Россия. Проведен анализ 138 амбулаторных карт пациентов с ЯГДК, которые после выписки из хирургического отделения стационара ЗАО МСЧ «Нефтяник» проходили дальнейшее амбулаторное лечение у гастроэнтеролога в ГЛПУ ТО «Консультативно-диагностический центр» в городе Тюмень за период с 2005 по 2007 гг. Эти пациенты были разделены на 2 группы. В основную группу (n=104) вошли пациенты с ЯГДК, поступавшие в стадии кровотечения Forrest I-II, после применения метода АПК. Контрольную группу (n=34) составили пациенты с ЯГДК, поступавшие в стадии кровотечения Forrest III, без применения метода АПК.

Результаты исследования.

Самыми частыми источниками кровотечения явились хронические язвы двенадцатиперстной кишки и язвы желудка (81,0-86,7%). У 55 пациентов (7,6%) источником кровотечения явилась пептическая язва гастроэнтероанастомоза. Это свидетельствует о том, что резекция желудка не гарантирует от рецидива язвенной болезни и повторных кровотечений.

За последние пять лет нами отмечено достоверное увеличение доли пациентов, поступающих с продолжающимся кровотечением (FIA-FIB) - 79 пациентов (13,8%), в то время как в 2000-2002 таких пациентов было 12 (7,6%) ($t=2,5$, $p<0,05$). Также отмечено увеличение за последние годы пациентов с тяжелой кровопотерей - (68,6%) поступили с кровопотерей средней и тяжелой степени, за период 2000-2002 гг. таких пациентов было менее половины – 48,4% ($t=4,1$; $p<0,001$).

В период 2000-2002 гг., основным методом гемостаза при продолжающемся и рецидивном кровотечении, а также при высоком риске рецидива являлось хирургическое вмешательство. Эндоскопический гемостаз имел вспомогательное значение, так как аппликационный отличался ненадежностью, а инъекционный применялся редко ввиду сложности выполнения, вероятности рецидива и осложнений. В этот период оперативная активность составила 20,3±3,2%, частота рецидивов кровотечения – 12,0±2,6%, больничная летальность – 2,5±1,2%, послеоперационная летальность 3,2±1,4%.

В декабре 2002 года в ЗАО МСЧ «Нефтяник» появился метод эндоскопической АПК, который внес существенные коррективы лечения пациентов с ЯГДК. Метод АПК применили у 450 пациентов (в 78,9% случаев), в том числе у 31 пациентов (5,4%) в качестве предоперационной подготовки пациента.

В большинстве случаев оказалось достаточно однократного применения АПК 369 пациентам (82,0%). Повторно АПК выполнена в 62 (13,8%) случаях, показанием к повторному эндоскопическому гемостазу явилось рецидив кровотечения у 28 пациентов, остальным пациентам повторная АПК выполнена при эндоскопической картине нестабильного гемостаза в ходе динамического ЭГДС-контроля. Три и более раз АПК потребовалось выполнить 19 пациентам (4,2%), в том числе по поводу рецидива кровотечения у 10 пациентов.

С внедрением метода АПК нами отмечено заметное снижение количества вынужденных операций по поводу ЯГДК. С внедрением АПК хирургическая активность снизилась с 20,3% до 6,1%, или в 3,3 раза ($t=4,2$, $p<0,001$), при этом частота рецидивов после эндоскопического гемостаза уменьшилась с 12,0±2,6% до 6,7±1,0 % ($t=2,0$, $p<0,05$). Отмечено достоверное уменьшение продолжительности пребывания в хирургическом стационаре с 9,9±0,4 по 7,8±0,3 к/д ($t=4,7$, $p<0,001$) за счет сокращения количества прооперированных пациентов, снижения частоты и количества рецидивов кровотечения, что позволило выписывать пациентов на амбулаторный этап лечения в более ранние сроки.

С учетом возможностей метода АПК в отношении ЯГДК в настоящее время мы придерживаемся следующих принципов:

1. Определение способа лечения (хирургический метод, эндоскопический гемостаз, консервативное лечение) в соответствии со степенью риска рецидива кровотечения. Степень риска (в баллах) оценивается исходя из размера и локализации язвы, степени кровопотери, состоянии гемостаза при поступлении.

2. Приоритет эндоскопических методик гемостаза по отношению к оперативному лечению. Показаниями к применению эндоскопической АПК являются:

1. Продолжающееся кровотечение (FIA-FIB), в том числе при рецидиве кровотечения - с целью остановки кровотечения.

2. Состояние нестабильного гемостаза (FIIA-FIIC) - с целью превентивного противорецидивного гемостаза. Абсолютным противопоказанием к применению АПК при

ЯГДК является наличие имплантированного водителя сердечного ритма – пейс-мейкера (по причине монополярности тока при АПК). Ограничением к применению АПК является струйное кровотечение FIA при диаметре кровоточащего сосуда более 1,5 мм.

3. Одной из центральных задач в лечении ЯГДК мы считаем стойкое подавление факторов агрессии желудочной секреции. Предпочтение отдаем инъекционным формам ингибиторов протонной помпы «Лосек» (Astra Zeneca), в дозе 40 мг от двух до четырех раз в сутки.

4. Преемственность в лечении – взаимодействие хирургов и гастроэнтерологов. После устранения риска рецидива кровотечения часть пациентов подлежит стационарному долечиванию в отделении гастроэнтерологии: пациенты с впервые выявленной язвой, с осложнениями язвенной болезни в анамнезе, с язвенными дефектами больших размеров (для желудка более 1,5 см, для ДПК – больше 1,0 см), с пептическими язвами гастроэнтероанастомоза. После выписки из стационара все пациенты направлялись в ГЛПУ ТО «Консультативно-диагностический центр» к гастроэнтерологу, где продолжен комплекс лечебно-диагностических мероприятий: детализация язвенного анамнеза, диагностика инфекции Helicobacter pylori и контроль эрадикации, контроль сроков рубцевания язвенного дефекта, назначение адекватной медикаментозной терапии, оценка трудоспособности.

Проведенный нами анализ отдаленных результатов 138 амбулаторных карт пациентов с ЯГДК показал, что у 43% пациентов с язвами луковицы двенадцатиперстной кишки после эндоскопической АПК рубцевание язвы произошло к 7-му дню амбулаторного лечения, у 28% - к 14-му дню, у всех остальных пациентов - 28-му дню. У 18% пациентов с язвами желудка рубцевание язвы произошло к 7-му дню амбулаторного лечения, к 14-му дню – еще у 36 %, к 28-му дню - у 93% всех пациентов. Таким образом, эндоскопическая АПК, применяемая для остановки ЯГДК на стационарном этапе, достоверно не изменяет сроки рубцевания язв ($p>0,05$).

Компенсация анемии после кровопотери, не потребовавшей гемотрансфузии, происходила у женщин к 28-му, а у мужчин – к 35-ому дню после желудочно-кишечного кровотечения. При кровопотере, потребовавшей гемотрансфузии на стационарном этапе, сроки компенсации анемии удлинялись до 35 и 60 дней соответственно. Средняя длительность временной нетрудоспособности у пациентов основной группы с язвами луковицы ДПК составила 24,1±6,9 дня, в контрольной – 26,0±7,3 дней.

В отдаленные сроки наблюдения (30 месяцев) частота обострения язвенной болезни составила 2,9%, повторное кровотечение произошло у 1,9 % пациентов.

Выводы.

Метод эндоскопической АПК является высокоэффективным методом гемостаза при язвенных гастродуоденальных кровотечениях, и приоритетной альтернативой хирургическому вмешательству в случае продолжающегося кровотечения (Forrest IA-IB), в том числе – и при рецидивах кровотечения, и нестабильного гемостаза (Forrest IIA-IIC). Применение тактики, основанной на методе эндоскопической АПК, позволяет снизить хирургическую активность в 3,3 раза, сократить средние сроки пребывания пациента в стационаре, снизить материальные затраты на лечение. Преемственность в лечении позволяет достичь максимальной и эффективной профилактики и лечения язвенной болезни и ее осложнений. Целесообразным шагом является концентрация пациентов в условиях специализированного амбулаторного гастроэнтерологического лечебного учреждения, обладающим всем спектром необходимых клинико-диагностических и инструментальных методов обследования.

Список литературы.

1. Вербицкий В.Г. Желудочно-кишечные кровотечения язвенной этиологии: патогенез, диагностика, лечение: Руководство для врачей / В.Г. Вербицкий, С.Ф. Багненко, А.А. Курыгин. // СПб.: Политехника, 2004. – 242 с.

2. Возможности эндоскопического гемостаза в лечении гастродуоденальных язвенных кровотечений / В.К. Гостищев, М.А. Евсеев, Р.А. Меграбян, Е.А. Карелина // Сб. тезисов 9-го Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. – М., 2005. - С.95-97.

3. Кузьмин-Крутецкий М.И. Аргоноплазменная коагуляция как метод эндоскопического гемостаза / Кузьмин-Крутецкий М.И., Стяжкин Е.Н. // Сб. трудов V Российско-Японского симпозиума "Диагностическая и лечебная эндоскопия: действительность и перспективы" - Москва, 2003. - С. 8-10.

4. Неотложная хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / А.Е. Борисов, В.П. Земляной, В.П. Акимов, А.К. Рыбкин. – СПб.: Человек, 2002. – 48 с.

5. Панцырев Ю.М. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв / Ю.М. Панцырев, А.И. Михалев, Е.Д. Федоров // Хирургия. - 2003. - № 3.- С.43-49.

6. Сотников В.Н. Эндоскопическая диагностика и эндоскопические методы лечения кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта: Учебное пособие / В.Н. Сотников, Т.К. Дубинская, А.А. Разживина - М.: РМАПО, 2000. – 48 с

7. Сравнительная оценка эндоскопического гемостаза при состоявшемся язвенном кровотечении / А.Г. Короткевич, Ю.А. Антонов, Ф.И. Лобыкин, В.В. Кузнецов // Эндоскопическая хирургия. - 2004. - № 4. - С.41-44.

8. Стяжкин Е.Н. Применение аргоноплазменной коагуляции при кровотечениях из желудочно-кишечного тракта: Дис. …канд. мед. наук / Е.Н. Стяжкин. - Санкт-Петербург, 2003.- 118 с.

9. Тимен Л.Я. Эндоскопический гемостаз и возможности неоперативного лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями, осложненными геморрагическим шоком / Л.Я. Тимен, А.Г. Шерцингер, Г.И. Кутепов, и др // Клиническая консультация. – 2001. - №1. – С.10-25.

10. Эндоскопический гемостаз с использованием аргоноплазменной коагуляции при острых желудочно-кишечных кровотечениях язвенной этиологии / Ю.М. Панцырев, С.Г. Шаповальянц, Е.Д. Федоров, О.И. Юдин // Сб. тезисов 9-го Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. – М., 2005. - С.250-252.

11. Argon plasma coagulation (APC) in gastroenterology: experimental and clinical experiences / W. Johanns, W. Luis, J. Janssen et al. // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. – 1997. - V.9. - 581-587.

12. Farin G. Technology of argon plasma coagulation with particular regard to endoscopic applications / G. Farin, K.E. Grund // Endoscop. Surg. – 1994. - V.2. – P.71-77.

13. Skok P. Argon plasma coagulation versus injection sclerotherapy in peptic ulcer hemorrhage – a prospective, controlled study / P. Skok, I. Krizman, M. Skok // Hepatogastroenterology. – 2004. – V.51(55). – P.165-170.