ЭКСТРЕННАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ЭНДОСКОПИЯ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГОТРАКТА

Эйдлин З.И.

Екатеринбург, ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия» Росздрава, кафедра хирургических болезней лечебного факультета, ЦГКБ № 1

Приведены данные неотложного эндоскопического осмотра 5660 пациентов с подозрением на кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. В 96 % исследований выполнен успешный эндоскопический гемостаз.

Актуальность. Острые желудочно-кишечные кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта попрежнему остаются актуальной проблемой ургентной абдоминальной хирургии. Эндоскопический метод исследования позволяет не только выявить причину и локализацию источника кровотечения практически во всех случаях, но и провести эффективный эндоскопический гемостаз. В настоящее время у клиницистов не сформировалось единое мнение о доминировании какого-либо из указанных методов эндоскопического гемостаза. (Панфилов Б. К., 2000., Gunay K., 2001., Савельев В. С, 2003., Федоров Е. Д., 2006).

Цель. Улучшение лечения больных с использованием адекватного алгоритма и эффективных методик эндоскопического гемостаза.

Материалы и методы. С 2001-2010 гг. в нашей клинике в неотложном порядке осмотрено 5660 больных с подозрением на желудочно-кишечное кровотечение. Диагноз кровотечения не подтвердился у 185 (3,3 %) человек. Первично кровотечение из желудочно-кишечного тракта имело место в 94,6 % случаев, повторно в течение ближайших 5-7 лет у 295 (5,4 %).

Причинами кровотечения явились: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ДПК) и желудка - 2274 (41,5 %) больных, эрозивный процесс - 1360 (24,8%), синдром Маллори-Вейса - 809 (14,7 %), варикозное расширение вен пищевода в 284 (5,2 %) случаях и прочие - 748 (13,8 %). Легкая и средняя степени кровопотери наблюдались в 79,3 % случаев, тяжелая - 18,6 %, а крайне тяжелая (геморрагический шок) у 115 (2,1 %) больных. Диагностическая и лечебная эндоскопия у больных с кровотечением из верхних отделов желудочно-кишечного тракта проводилось по следующему алгоритму: после подготовки больного (сбор анамнеза, клинико-лабораторные исследования, отмывание желудка) проводилась экстренная эндоскопия (выявление источника кровотечения, его локализации, характера и активности). Затем попытка остановки кровотечения адекватными методами и оценка возможного рецидива. При успешной остановке кровотечения - ФГДС в динамике (контроль угрозы рецидива): при Forrest I (а,в) - первичный через 3 часа, затем через 6 часов, а в дальнейшем по клиническим и лабораторным показателям. При Forrest II (а,в) - первичный - 6 часов, если нет причин для более раннего контроля, в дальнейшем по клиническим и лабораторным показателям. При Forrest IIc и III - по клиническим и лабораторным показателям.

При возникновении последнего, повторный эндоскопический гемостаз. При отсутствии успеха первичного гемостаза и отрицательных результатах остановки рецидивного кровотечения - неотложное оперативное лечение. Исследование проводилось эндоскопами фирмы «OLYMPUS» (Япония) с видеосистемами и видеоэндоскопами «OLYMPUS» и «Аксиома» (Россия). Для гемостаза применялись иглы инъекторы и клипатор фирмы «OLYMPUS», а для АПК прибор «ФОТЕК ЕА-140» (Россия) с зондами- аппликаторами «ERBE» (Германия). Результаты собственных исследований. В зависимости от выявленных причин кровотечения и его характера, все пациенты разделены на 5 групп: 1 группа - язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки, 2 - эрозивный гастродуоденит, третья - синдром Маллори-Вейса, 4 группа - прочие (опухоли) и последняя - варикозное расширение вен пищевода.

В 1-й группе кровотечение по FI a - 123 чел., FI b - 1259 и FII a,b -892. Эндоскопический гемостаз проводился комбинировано, с использованием АПК, клиппирования и инфильтративно-инъекционного метода. Успешно - 2246 случаев (98,7 %). Рецидив имел место в 137 случаях. Отрицательный результат у 28 (1,3 %) больных. Во 2-й группе кровотечение по FI b -562, FII a,b - 687 и FII c у 198 больных. Успешная остановка достигнута в 100 %, применением АПК. В третьей группе кровотечение по FI a - 344 чел., FI b - 144 и FII a,Ь -321. Использование АПК и инфильтративно-инъекционного метода позволило достигнуть стойкого гемостаза у 742 пациентов (91,7 %). В 67 (8,3 %) случаях гемостаз не удался. В 4-ой группе кровотечение по FI a - у 46 чел., FI b - 242 больных. В данной группе эндоскопический гемостаз был успешным лишь в 56,6%, в остальных случаях больные оперированы в неотложном порядке. В пятой группе кровотечение по FI a - 13 чел., FI b - 229 и FII a,b - 42 пациента. Успех достигнут в 100 % применением АПК.

Выводы. Разработанный алгоритм ведения больных с кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта способствует наиболее целесообразному использованию неотложных эндоскопических манипуляций.