



Н. М. Гончарова,
П. В. Свірепо,
А. С. Гончаров

Харківський національний
медичний університет

© Колектив авторів

ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ЕНДОСКОПІЧНОГО ГЕМОСТАЗУ ПРИ ЛІКУВАННІ ВИРАЗКОВИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ КРОВОТЕЧ

Реферат. *Мета дослідження* покращення результатів лікування хворих із виразковими гастроудоденальними кровотечами, шляхом застосування методів ендоскопічного гемостазу.

Матеріали та методи дослідження. Проаналізовані результати ендоскопічного гемостазу 153 хворих, які знаходилися на лікуванні у хірургічному відділенні КНП ХОР «Обласна клінічна лікарня». Пацієнти були обстежені клініко–лабораторно та інструментально.

Результати та їх обговорення. При кровотечі Forrest 1a, b, у 16 (10,4 %) хворих при наявній судині у дні виразки застосовували її ендоскопічне кліпування. У досліджуваних пацієнтів рецидивів кровотечі не було. Діатермічна коагуляція була застосована у 42 (27,5 %) хворих. Рецидив кровотечі розвинувся у 6–ти пацієнтів. Підслизова інфільтрація була виконана у 37 (24,2 %) хворих із виразковими кровотечами. Повторні кровотечі були зафіксовані у 9–ти пацієнтів у найближчі 3 години після втручання, та у 7–ми – упродовж першої доби після ендоскопічного гемостазу. У 58 (37,9 %) хворих були застосовані комбінації ендоскопічних методів гемостазу.

Висновки. Використання сучасних засобів ендоскопічного гемостазу з подальшою адекватною фармакотерапією у більшості випадків дозволяє домогтися остаточної зупинки кровотечі. Пацієнтам з високим ризиком розвитку рецидиву кровотечі та низьким операційно-анестезіологічним ризиком після успішного ендоскопічного гемостазу показано оперативне втручання до розвитку рецидиву.

Ключові слова: виразкова хвороба, гастроудоденальна кровотеча, методи ендоскопічного гемостазу, ендоскопічне кліпування судини, діатермокоагуляція, ін'єкційний гемостаз.

Вступ

Проблема гострих виразкових гастроудоденальних кровотеч (ВГДК) залишається однією з найактуальніших у сучасній ургентній хірургії. Кількість ВГДК за останні 7 років збільшилася на 9,7–30 %, число госпіталізованих хворих із цим ускладненням – на 56 % [1, 2]. У даний час відсутня єдина думка про перевагу того чи іншого способу ендоскопічного гемостазу при ВГДК. Світова статистика свідчить, що достовірно значущою перевагою відзначається поєднання ін'єкційних і термокоагуляційних методів ендоскопічного гемостазу [2, 3]. При всьому різноманітті ендоскопічних втручань жодне з них не позбавлене недоліків і обмежень. Сумніви у перевагах будь-якого способу ендоскопічного гемостазу висловлюють багато хірургів, які вважають, що за основними показниками ефективності всі ендоскопічні методи мають рівні можливості щодо зупинки і профілактики рецидивів виразкової кровотечі, а також рівною мірою безпеки [2, 4, 5].

Мета досліджень

Покращення результатів лікування хворих із ВГДК, шляхом застосування методів ендоскопічного гемостазу.

Матеріали та методи досліджень

Проаналізовано результати ендоскопічного гемостазу 153 хворих, які знаходилися на лікуванні у хірургічному відділенні КНП ХОР «Обласна клінічна лікарня». Пацієнти були обстежені клініко–лабораторно та інструментально. Усім хворим виконувалась фіброгастроудоденоскопія (ФГДС) у перші 2 години після госпіталізації. Діагностичну ФГДС у пацієнтів із кровотечею виконували за стандартною методикою, що включала прицільне відмивання слизової шлунка від крові через канал ендоскопу і зміну положення тіла хворого в процесі дослідження, що підвищувало якість огляду. Для визначення тактики ведення хворих з кровотечами застосовувалася класифікація Forrest (Forrest J.A.H., et al., 1974). З відомих методів

ендоскопічного гемостазу, у клініці використовувалися діатермокоагуляція, ендоскопічне кліпування судини – джерела кровотечі та ін'єкційний гемостаз. З моменту діагностики ВГДК всі хворі отримували комплексну терапію, що включала в себе гемостатичні та антисекреторні препарати (блокатори протонної помпи).

Результати досліджень та їх обговорення

Під час виконання ФГДС проводили оцінку ступеня крововтрати та загального стану хворого. При легкому ступені крововтрати дослідження проводили у ендоскопічному відділенні під місцевою анестезією 10 % розчином лідокаїну, при середньому і тяжкому ступеню – у відділенні інтенсивної терапії. Промивання шлунку холодною водою здійснювали тільки при великій кількості згустків або крові у шлунку, що ускладнювало візуалізацію джерела кровотечі.

При кровотечі Forrest Ia, b, у 16 (10,4 %) хворих при наявній судині у дні виразки застосовували її ендоскопічне кліпування за допомогою кліпаторів фірми Olympus (Японія) та Pentax (Японія). Показаннями до проведення ендоскопічного гемостазу шляхом кліпування були: наявність видимої судини, що кровоточить (Forrest Ia), або судини, що не кровоточить (Forrest IIa), в дні гастродуоденальної виразки (як з повним поперековим дефектом стінки судини, так і з тангенційним пошкодженням його стінки), виразка Dieulafoy; наявність локальної ділянки, що кровоточить, у виразковому кратері (Forrest Ib). У досліджуваних хворих рецидивів кровотечі не було. Очевидно, що за ефективністю даний метод ендогемостазу можна порівняти з хірургічним накладенням шва. Основні причини неефективності енокліпування були обумовлені відсутністю чіткої візуалізації судини або уявлення про його хід, кліпування «на вдачу». У зв'язку з цим ефективність методу підвищувало застосування ендоскопічної ультрасонографії з доплерографією для більш виразною візуалізації судини, що кровоточить.

Діатермічна коагуляція була застосована у 42 (27,5 %) хворих із ВГДК. Для діатермічної коагуляції застосовувалися моно- та біполярна коагуляція джерела кровотечі током високої частоти. Принцип термічного гемостазу полягав у локальному нагріванні тканин безпосередньо у ділянці кровотечі до температури 70-100 °С. Денатурація тканинних і плазмових білків призводила до виникнення локального поверхневого некрозу тканини з формуванням тромбів у прилеглих судинах різного калібру. Не дивлячись на гемостаз, що проводився, рецидив кровотечі розвинувся у 6-ти хворих у найближ-

чі 3 години після ендоскопічного втручання. Пацієнтам були виконані «відкриті» оперативні втручання в екстреному порядку.

Ін'єкційний метод (підслизова інфільтрація 1 мл 1 % розчину адреналіну на 10 мл 3 % розчину хлориду натрію) застосовувався частіше у комбінації з іншими методами ендоскопічного гемостазу. Абсолютних протипоказань до його використання не було, відносним протипоказанням до застосування ін'єкційного методу був дифузний характер ураження слизової. Механізм інфільтраційного гемостазу полягав у зупинці кровотечі за рахунок гідравлічної компресії судин, судинного спазму, посилення місцевого тромбоутворення і склерозу у безпосередній близькості від джерела геморагії, що досягалося перифокальними ін'єкціями лікарських препаратів. Підслизова інфільтрація була виконана у 37 (24,2 %) пацієнтів із ВГДК. Повторні кровотечі були зафіксовані у 9-ти хворих у найближчі 3 години після втручання, та у 7-ми – упродовж першої доби після ендоскопічного гемостазу. Померло 2 хворих. Недоліками інфільтраційного гемостазу з метою компресії і спазму судин виразкового кратеру було зменшення тампонуєчого ефекту при розсмоктуванні інфільтрату і зникнення вазоконстрикції по мірі резорбції розчину адреналіну з можливим рецидивом кровотечі. У зв'язку з цим введення лікарського препарату по периферії виразки, що активно кровоточить (Forrest Ia – Ib), часто слугувало тільки підготовчим етапом перед основним гемостатичним впливом. Після обколювання ділянки, що кровоточить, з метою зупинки або зменшення інтенсивності кровотечі за рахунок здавлення судини, проводилося прицільне відмивання, огляд ділянки кровотечі і вибір основного методу гемостазу.

У 58 (37,9 %) пацієнтів були застосовані комбінації ендоскопічних методів гемостазу (підслизової інфільтрації та діатермокоагуляції). Підставою для використання комбінації методів було те, що введення розчинів з метою компресії тканин і вазоконстрикції надавало лише тимчасовий гемостатичний ефект, який не завжди був достатнім для стабільного тромбування судин. Крім того, багаторазове та інтенсивне застосування одного методу загрожувало розвитком ускладнень. У зв'язку з цим комбінація методів дозволяла підвищити ефективність ендогемостазу і зменшити негативний вплив кожного з застосованих методів.

Висновки

Використання сучасних засобів ендоскопічного гемостазу з подальшою адекватною фармакотерапією у більшості випадків дозволяло домогтися остаточної зупинки кровотечі. Ен-



доскопічне кліпування судин є ефективним методом лікування ВГДК, але має обмежену низку показань для застосування. Інфільтраційний гемостаз може бути використаний у якості самостійного (основного) методу гемостазу, як підготовчий етап до основного гемостатичного впливу, а також для посилення

гемостатичного ефекту у поєднанні з іншими методами ендоскопічного гемостазу. Пацієнтам з високим ризиком розвитку рецидиву кровотечі та низьким операційно-анестезіологічним ризиком після успішного ендоскопічного гемостазу показано оперативне втручання до розвитку рецидиву.

REFERENCES

1. Iwatsuka K, Gotoda T, Kono S, Suzuki S, Yagi Kuwata N, Kusano C, et al. Clinical backgrounds and outcomes of elderly Japanese patients with gastrointestinal bleeding. *Intern Med.* 2016; 55: 325–332.
2. Kichler A, Jang S. Endoscopic Hemostasis for Non-Variceal Upper Gastrointestinal Bleeding: New Frontiers. *Clin Endosc.* 2019 Sep; 52(5): 401–406.
3. Fujishiro M, Iguchi M, Kakushima N, Kato M, Sakata Y, Hoteya S, et al. Guidelines for endoscopic managements of non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Dig Endosc.* 2016; 28: 363–378.
4. Tielleman T, Bujanda D, Cryer B. Epidemiology and risk factors for upper gastrointestinal bleeding. *Gastrointest Endosc Clin N Am.* 2015;25:415–428.
5. Palmer R, Braden B. New and emerging endoscopic hemostasis techniques. *Frontline Gastroenterol.* 2015; 6: 147–152.

ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

**Н. Н. Гончарова,
П. В. Свирипов,
А. С. Гончаров**

Реферат. *Цель исследования* — улучшение результатов лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями, путем использования методов эндоскопического гемостазу.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты эндоскопического гемостазу 153 больных, находившихся на лечении в хирургическом отделении КНП ХОС «Областная клиническая больница». Пациенты были обследованы клиничко-лабораторно и инструментально.

Результаты и их обсуждение. При кровотечении Forrest 1a, b, у 16 (10,4 %) больных при наличии визуализируемого сосуда в дне язвы применяли его эндоскопическое клипирование. У исследуемых пациентов данной группы рецидивов кровотечения не было. Диатермическая коагуляция применена у 42 (27,5 %) больных. Рецидив кровотечения наблюдался у 6-ти пациентов. Подслизистая инфильтрация произведена у 37 (24,2 %) больных с язвенными кровотечениями. Повторные кровотечения были зафиксированы у 9-ти пациентов ближайшие 3 часа после вмешательства и у 7-ми в течение первых суток после эндоскопического гемостазу. У 58 (37,9 %) больных были применены комбинации эндоскопических методов гемостазу.

Выводы. Использование современных методов эндоскопического гемостазу с последующей адекватной фармакотерапией в большинстве случаев позволяет добиться окончательной остановки кровотечения. Пациентам с высоким риском рецидива кровотечения и низким операционно-анестезиологическим риском после успешного эндоскопического гемостазу показано оперативное вмешательство до развития рецидива кровотечения.

Ключевые слова: *язвенная болезнь, гастродуоденальное кровотечение, методы эндоскопического гемостазу, эндоскопическое клипирование сосудов, диатермокоагуляция, инъекционный гемостаз.*

APPLICATION OF MODERN
METHODS OF ENDOSCOPIC
HAEMOSTASIS
IN THE TREATMENT
OF GASTRODUODENAL
ULCER BLEEDING

*N. M. Honcharova,
P. V. Svirepo,
A. S. Honcharov*

Summary. *The aim of the study* is to improve the results of treatment of patients with ulcerative gastroduodenal bleeding by using the methods of endoscopic haemostasis.

Materials and research methods. The results of endoscopic haemostasis of 153 patients who were treated in the surgical department of the “Regional Clinical Hospital” were analyzed. Patients were examined clinically, laboratory and instrumental.

Results and its discussion. For Forrest 1a, b bleeding, endoscopic clipping was used in 16 (10.4 %) patients with a visualized vessel in the bottom of the ulcer. In the studied patients of this group, there were no relapses of bleeding. Diathermy coagulation was used in 42 (27.5 %) patients. Recurrent bleeding was observed in 6 patients. Submucosal infiltration was performed in 37 (24.2 %) patients with ulcerative bleeding. Repeated bleeding was recorded in 9 patients within the next 3 hours after the intervention and in 7 patients during the first days after endoscopic haemostasis. Combinations of endoscopic methods of haemostasis were used in 58 (37.9 %) patients.

Conclusions. The use of modern methods of endoscopic haemostasis followed by adequate pharmacotherapy in most cases allows achieving a final stop of bleeding. Patients with a high risk of recurrent bleeding and a low surgical and anesthetic risk after successful endoscopic haemostasis are shown surgical intervention before the development of recurrent bleeding.

Key words: *peptic ulcer, gastroduodenal bleeding, methods of endoscopic haemostasis, endoscopic clipping of vessels, diathermy coagulation, injection haemostasis.*