

**С.Ш. БАЙЖАНОВ, И.Л. МЕНЬШИКОВА, А.С. БАЙЖАНОВ, О.Г. БОЛОТОВА, Л.К. ЕРДАЛИЕВА,
Т.Б. РЫСБЕК, Д.А. МУШИНСКИЙ., Б.М. АРИПЖАНОВ**
*Больницаскоройнеотложной помощи г. Алматы,
Алматинский государственный институт усовершенствования врачей*

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Проведено лечение 49 больным с желудочно-кишечными кровотечениями эрозивно-язвенного генеза из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Они были распределены на 2 группы. Первая - эндоскопический гемостаз проводился в сочетании с внутривенным болюсным введением контролока и вторая - проводился только эндоскопический гемостаз. При сравнении результатов лечения в 1 и 2 группе, рецидив кровотечения был только во второй группе у 6 пациентов (20,7%). Таким образом, можно говорить о высокой эффективности сочетания эндоскопического гемостаза с внутривенным болюсным введением контролока.

Ключевые слова: эндоскопический гемостаз, гастродуоденальные кровотечения, ингибиторы протонной помпы

Проблема лечения острых желудочно-кишечных кровотечений уже не одно десятилетие остается актуальной. Высокий уровень летальности, колеблющийся вокруг отметки в 10%, во многом определяется увеличением общего числа больных с желудочно-кишечными кровотечениями (со значительной долей пациентов пожилого и старческого возраста), отсутствием общепринятой концепции их лечения, сохраняющимися разногласиями по поводу показаний, сроков и объема оперативного вмешательства. Анализ причин неблагоприятных исходов показывает, что одним из направлений в улучшении результатов лечения подобных больных является совершенствование методов неоперативного (эндоскопического + медикаментозного) гемостаза и прогнозирования риска рецидива кровотечения.

Нами, в отделении эндоскопии Больницы скорой неотложной помощи и на кафедре диагностической и оперативной эндоскопии АГИУВ, активно применяется эндоскопический гемостаз при кровотечениях эрозивно-язвенного генеза из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. При содействии фирмы «Никомед» нам было предоставлено 40 флаконов контролок 40мг для парентерального введения больным с желудочно-кишечными кровотечениями в дополнение к эндоскопическому гемостазу.

Таким образом, целью нашего исследования явилось определение эффективности эндоскопического гемостаза в сочетании с внутривенным болюсным введением контролока у больных с эрозивно-язвенными кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

В рамках поставленной цели были определены следующие задачи:

1. Изучить эффективность эндоскопического гемостаза у больных с эрозивно-язвенными кровотечениями без применения ингибиторы протонной помпы.
2. Определить эффективность эндоскопического гемостаза в сочетании с внутривенным введением пантопрозола.
3. Сравнить эффективность эндоскопического лечения больных без применения ингибиторы протонной помпы и с применением пантопрозола.

Материал и методы исследования.

Нами проанализированы результаты эндоскопического гемостаза всего 49 пациентов с эрозивно-язвенными кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Все пациенты были разделены на 2 группы, сопоставимые по возрасту, полу и другим признакам.

1 группа - основная, 20 пациентов, которым эндоскопический гемостаз проводился в сочетании с внутривенным болюсным введением контролока 40 мг 2 раза в сутки через 12 часов.

2 группа – контрольная, 29 пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями эрозивно-язвенного генеза, которым проводился только эндоскопический гемостаз.

В клинике нами применяются два основных способа эндоскопического гемостаза – это диатермокоагуляция и инъекционный гемостаз.

Диатермокоагуляция является наиболее универсальным, проверенным временем, и одновременно высокоэффективным способом эндоскопического гемостаза. Используются моно-, би- и мультиполярная коагуляция источника кровотечения током высокой частоты, приводящая к быстрому разогреву тканей и в конечном итоге к тромбозу кровоточащего сосуда и/или уплотнению образовавшегося тромба.

Инъекционный метод гемостаза сосудосуживающими средствами широко используется в клинической практике. Механическое сдавление сосудов раствором жидкости в сочетании с местным гемостатическим действием и спазмом мелких сосудов практически всегда приводит к временной остановке кровотечения или, по крайней мере, к уменьшению его интенсивности. Это обстоятельство в ряде случаев позволяет применять метод в качестве самостоятельного, а еще чаще в комбинации с другими методами эндоскопического гемостаза, как «скрининговый» вспомогательный метод, создающий благоприятные местные условия для применения «основного» метода. Наиболее часто с этой целью применяется 1,0 мл раствора адреналина на физиологическом растворе.

Введение препарата осуществляется с помощью эндоскопической инъекционной иглы - паравазально из 3 - 4 точек и в основание сосуда. Если из-за массивного поступления крови освободить от нее источник и точно определить локализацию кровоточащего сосуда не удается, вполне оправданно начать гемостатические воздействия в зоне наибольшего поступления «свежей» крови. Объем вводимого раствора, как правило, составляет от 5 до 20 мл.

Инъекционный метод гемостаза с применением этанола получил распространение в конце 80-х годов и хорошо зарекомендовал себя в клинической практике. Концентрация и дозировка этилового спирта зависят от природы источника

и характера кровотечения. Если во время эндоскопического исследования обнаруживается продолжающееся кровотечение, при котором не удается четко локализовать кровоточащий сосуд, то используется 25 -30% раствор этанола, который инъецируется в края разрыва слизистой оболочки, в края и дно язвы, в подслизистый слой в области расположения эрозий или в ткань опухоли в количестве 4-6 мл. Остановка кровотечения происходит как в результате склерозирующего действия, так и за счет механического сдавления сосудов введенным интрамуральным раствором. При остановившемся кровотечении, когда в дне источника четко обнаруживаются тромбированные сосуды, для уменьшения вероятности повторного возникновения кровотечения по окружности сосуда инъецируется 96,6° этанол из 3 - 4 точек общим объемом не более 4-6 мл. При повторных эндоскопических исследованиях в зависимости от местной ситуации введение склерозирующего раствора может быть осуществлено повторно

В последние годы в качестве обязательного условия, способствующего остановке кровотечения и профилактике повторного гастродуоденального кровотечения, рассматривают быстрое и мощное угнетение выработки кислоты и пепсина. Это положение появилось после того, как в исследованиях *in vitro* было показано, что кислота не только ухудшает формирование тромбов путем ингибирования агрегации тромбоцитов и стимуляции их дезагрегации, но также и ускоряет лизис тромба путем преимущественно кислотостимулированного пепсинового механизма. Таким образом, кислотность - это фактор, препятствующий тромбообразованию либо путем непосредственного взаимодействия кислоты с коагуляционным каскадом, либо дестабилизацией образующегося тромба путем активации пепсиногена. Подавление кислотообразования может улучшать антифибринолиз. Для того, чтобы остановить язвенное кровотечение, необходимо быстро поднять внутрижелудочный pH выше 4,0. Однако этого недостаточно для профилактики ранних рецидивов гастродуоденального кровотечения, которые в течение первых 2-3-х суток возникают у 20-30% больных.

В качестве ведущего фактора риска, который способствует раннему рецидиву кровотечения, наряду с такими известными стигматами как эндоскопические признаки кровотечения, наличие видимого сосуда в дне язвы, артериальное кровотечение, наличие свежего тромба является и высокий уровень кислотности. Для того, что бы под воздействием кислоты и пепсина не произошло растворения тромба, pH в желудке должен быть выше 6,0, так как только при таких условиях происходит стойкая агрегация тромбоцитов. Таким образом, быстрое достижение и сохранение уровня внутрижелудочного pH 6,0 следует рассматривать как абсолютно необходимое условие как для остановки язвенного кровотечения, так и для профилактики его раннего рецидива.

Понятно, что быстрого снижения кислотной продукции можно достичь только в том случае, если антисекреторный препарат будет применен парентерально. К таковым относится пантопразол - препарат, имеющий более лучший профиль безопасности, чем все другие ингибиторы протонной помпы. Единичная в/в доза пантопразола обеспечивает быструю (в течение 1 часа) дозо-зависимую ингибицию кислотной продукции: при введении 40 мг - кислотная продукция уменьшается на 86%, 60 мг - на 98%, 80 мг - на 99%, причем уменьшается не только кислотная продукция, но и объем желудочной секреции. После внутривенного введения стандартной дозы пантопразола в 80 мг через 12 часов степень снижения кислотности составляет 95%, а через 24 часа - 79%. Для профилактики повторного гастродуоденального кровотечения после его первичной остановки необходимо поддерживать ахлогидрию, для чего требуются повторные инъекции или постоянная медленная инфузия пантопразола. С этой целью проводят его постоянное в/в ведение в средней дозе 8 мг/час.

При анализе лечения больных основной и контрольной групп, нами получены следующие результаты:

В основной группе стабильный эндоскопический гемостаз был достигнут у всех 20 пациентов. Рецидивов кровотечения не отмечалось. При контрольном динамическом эндоскопическом исследовании через 6 часов после эндоскопических мероприятий у 16 пациентов отмечалось нахождение фибрина в дне язвенного дефекта (Forrest III), у 4 - мелкие тромбированные сосуды в дне язвы (Forrest IIc).

В контрольной группе, несмотря на проводимый гемостаз рецидив кровотечения развился у 4 (13,8%) больных в ближайшие 3 часа после эндоскопического вмешательства, у 2 больных (6,9%) в течение первых суток после гемостаза. Эти 6 (20,7%) пациентов были оперированы в экстренном порядке по поводу рецидива кровотечения. При контрольном эндоскопическом исследовании остальных пациентов через 6 часов - у 3 (10,3%) отмечалось наличие в дне язвы тромба (Forrest IIb), у 5 (17,2%) - Forrest IIc, у 15 (51,8%) - Forrest III.

Таким образом, при сравнении результатов лечения в 1 и 2 группе, несмотря на небольшой клинический материал и отсутствие обработанных статистических данных, можно говорить о высокой эффективности сочетания эндоскопического гемостаза с внутривенным болюсным введением контролола.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ивашкин В.Т. Патогенез гастропатии, обусловленной приемом нестероидных противовоспалительных препаратов. //Рос. журн. Гастроэнтерологов и гепатологов. - 1999. - 1. -1114 с.
- 2 Киценко Е.А. Тактика ведения и медикаментозная терапия больных с портальной гипертензией. //Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. - 1999. - 5. -1418 с.
- 3 Jensen DM. New developments in the diagnosis and treatment of severe upper gastrointestinal bleeding Current topics in gastroenterology and hepatology (Ed. G.N.J.Tytgat, M. van Blankenstein). Stuttgart, New York: 1990. - 422 p.
- 4 Levine JS, Klor H.-U., Oehler G. Gastroenterologische Differentialdiagnostik. Stuttgart, New York: 1999.
- 5 Swain CP. Upper gastrointestinal haemorrhage Recent advances in gastroenterology (Ed. R.E.Pounder). Edinburgh London Madrid Melbourne New York, Tokyo: 1992. - 9. - 13550.
- 6 Wagner PK. Gastroduodenal bleeding. Symptoms and signs, diagnosis, therapy. Hoechst Medication Update. Frankfurt am Main. - 1988.
- 7 Walt RP. Upper gastrointestinal bleeding Recent advances in gastroenterology (Ed.R.E.Pounder). Edinburgh London Melbourne New York: 1999. - 8. - 10116.

**С.Ш. БАЙЖАНОВ, И.Л. МЕНЬШИКОВА, А.С. БАЙЖАНОВ, О.Г. БОЛОТОВА, Л.К. ЕРДАЛИЕВА,
Т.Б. РЫСБЕК, Д.А. МУШИНСКИЙ., АРИПЖАНОВ Б.М**
АСҚАЗАН ІШЕК ЖОЛДАРЫНЫҢ ЖОҒАРҒЫ БӨЛІМДЕРІНДЕГІ ЭРОЗИЯЛЫҚ – ЖАРАЛАРДАН
ЭНДОСКОПИЯЛЫҚ ҚАН ТОҚТАТУ

Түйін: Асқазан ішек жолдарының жоғарғы бөлімдерінің эрозивті-жараларынан қанталауы кезіндегі 49 науқасқа көрсетілген емдік шаралар нәтижесі. Жобаны жүргізу барысында науқастар екі топқа бөлінген. Бірінші топ: котролок дәрілік затын көк тамырға жіберу арқылы бақыланғандар. Екінші топқа тек эндоскопиялық қан тоқтату әдістері жүргізілген.Топтарды салыстырғанда екінші топтың науқастарында қайта қанталау көрсеткіші 20,7% құрайды. Сондықтан эндоскопиялық қан тоқтату және котролок препаратын көк тамырға жіберуді бірге қолдану өте тиімді.

**S.SH. BAIZHANOV, I.D. MENSHIKOVA, O.G. BOLOTOVA, A.S. BAIZHANOV, L.K. ERDALIEVA,
T.B. RYSBEK, D.A. MUSHINSKIY, B.M. ARIPZANOV**
ENDOSCOPIC HEMOSTASIS IN EROSIVE AND ULCEROUS AFFECTION OF UPPER SECTIONS
OF THE GASTROINTESTINAL TRACT

Resume: Treatment of 49 patients with gastrointestinal bleeding erosive and ulcerative genesis of the upper gastrointestinal tract. They were divided into 2 groups. First - endoscopic hemostasis was performed in combination with intravenous bolus controloc and the second - only endoscopic hemostasis. When comparing the results of treatment in group 1 and 2, recurrence of bleeding was only the second group of 6 patients (20.7%). Thus, we can talk about high performance combination of endoscopic hemostasis with intravenous bolus controloc.