



Г. Ю. Бука, Д. А. Кононенко,  
В. К. Глазунов, А. Э. Брикман

Луганский государственный  
медицинский университет

© Коллектив авторов

## ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

**Резюме.** Изучена эффективность применения инъекционно-го способа эндоскопического гемостаза у 60 больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями язвенной этиологии. Эффективность эндоскопического гемостаза составила от 67,8 до 84,5 % в зависимости от вводимого вещества. Применение инъекционного гемостаза позволило уменьшить количество операций на высоте ОЖКК с 26,5 до 19,96%; снизить частоту ранних рецидивных кровотечений с 6,5 до 3,1 %.

**Ключевые слова:** язвенная болезнь, эндоскопический гемостаз, кровотечение.

### Актуальность темы

Язвенная болезнь и ее рецидивы после оперативного лечения остаются актуальной проблемой хирургии в связи с их распространенностью и значительной частотой развития осложнений.

Хроническая язва осложняется острым желудочно-кишечным кровотечением (ОЖКК) в 5—15 % случаев [5, 6, 7, 9]. По единодушному мнению авторов, ОЖКК признаны наиболее частым осложнением рецидивных послеоперационных гастродуоденальных язв (РПГДЯ) — в 25—55,3 % случаев [3, 6, 7, 8, 9], в 58,4 % — кровотечение является их первым симптомом [8]. В структуре язвенных кровотечений пациенты с РПГДЯ составляют 4,6 %, среди них больным ранее были выполнены различные органосохраняющие операции в 65,1 % случаев, резекции желудка — в 34,9 % случаев [4, 8].

Общая летальность при язвенных гастродуоденальных кровотечениях составляет 5—14 %, послеоперационная летальность сохраняется на уровне 10,0—16,5 % [2, 9, 10, 13].

Наихудшие результаты оперативного лечения язвенной болезни отмечают при операциях на высоте продолжающегося и раннего рецидивного кровотечения, летальность при которых достигает 15—40 % [10, 12]. Уменьшение количества этих операций является реальным путем улучшения результатов хирургического лечения язвенной болезни, осложненной ОЖКК.

Современное лечение ОЖКК включает в себя эндоскопический гемостаз, комплексное, патогенетически обоснованное консервативное лечение и оперативное лечение по показаниям [10, 13].

Внедрение эндоскопического гемостаза значительно сократило частоту рецидивов кровотечения и потребность в неотложном хирургическом вмешательстве, что привело к снижению показателя летальности на 40—60 % [1, 8, 11, 13].

Среди различных методов эндоскопического гемостаза — инъекционный метод, при котором в подслизистый слой, рядом с источником кровотечения при помощи зонда-инъектора вводятся

различные гемостатические вещества, может считаться способом выбора, поскольку он позволяет остановить кровотечение до 60—90 % случаев, является достаточно простым в выполнении, не требует применения сложной аппаратуры [1, 13], что способствует его широкому применению.

При эндоскопическом гемостазе лечебный эффект достигается за счет комбинации механического сдавливания кровоточащего сосуда и фармакологического воздействия вводимого препарата.

Для инъекций используются различные препараты: адреналин, норадреналин, этамзилат натрия, аминокaproновая кислота, натрий хлорид. Большинство из них имеет такие недостатки: невысокая эффективность, большое количество вводимого раствора (а следовательно, длительность проведения гемостаза), местные осложнения в виде некроза слизистой оболочки. Изучение возможности применения различных препаратов, используемых для инъекционного гемостаза, продолжается.

**Цель работы:** изучить эффективность применения инъекционного способа эндоскопического гемостаза с использованием различных препаратов в комплексе лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений.

### Материалы и методы

Проведено комплексное обследование 60 больных с язвенными ОЖКК, которые были госпитализированы в хирургическое отделение 4-й городской больницы г. Луганска (городской центр по лечению больных с ОЖКК). У 30 больных причиной кровотечения была дуоденальная язва; у 16 — рецидивная дуоденальная язва после раннее перенесенных органосохраняющих операций (ОСО), у 14 — язва гастроэнтероанастомоза (ГЭА).

Клиническая характеристика больных: мужчин было 51 (85 %), женщин — 9 (15 %), средний возраст — 48 лет. Различная сопутствующая патология выявлена у 51 % больных. По локализации язвенного дефекта в ДПК преобладали язвы, рас-



положенные на передней и задней стенках, что в общей сложности составило 40 (66,7%) случаев. Размеры язвенного дефекта варьировали от 0,5 до 2 см. У 45 (75%) больных размер язвенного дефекта не превышал 1 см, а у 25% пациентов язвенный дефект составил 1 см и более.

При лечении больных с язвенными ОЖКК использовалась индивидуально-активная тактика хирургического лечения, предложенная Н. Н. Велигоцким и др. [9], которая базировалась на характеристике кровотечения (его объема, тяжести, интенсивности, длительности кровопотери), локализации и визуальной оценке язвенного субстрата, возраста больного, наличия и степени выраженности сопутствующей патологии, оценке степени операционного риска, прогноза возобновления кровотечения.

В соответствии с индивидуально-активной тактикой в срочном порядке оперировались больные с продолжающимся рецидивным кровотечением (при невозможности проведения или неэффективности эндоскопического гемостаза), перфорацией на его фоне. Предпочтение отдавали органосохраняющим и органосzczędящим оперативным вмешательствам, при этом обязательным являлось удаление патологического очага (иссечение, экстерриторизация язвы).

Больным с продолжающимся кровотечением, неустойчивым гемостазом, высоким риском возобновления кровотечения проводилась эндоскопическая остановка либо профилактика рецидива кровотечения, для этого использовался комбинированный метод эндоскопического гемостаза — инъекционный.

При успешном гемостазе проводился динамический ЭГДС-контроль, при сохраняющейся угрозе рецидива кровотечения больные оперировались по отсроченным показаниям в течении 1—2 суток.

Показанием к выполнению эндоскопического гемостаза у 27 больных с язвенной болезнью, в том числе с РПГДЯ, осложненными ОЖКК, было продолжающееся кровотечение, у 33 больных — неустойчивый гемостаз.

В качестве вводимого вещества у 28 больных использовали: адреналин, этамзилат натрия, физиологический раствор натрия хлорида. У 32 больных как основное действующее вещество использовали современный антифибринолитик — транексамовую кислоту в дозе 5,0 мл, растворенную в 15,0 мл физиологического раствора натрия хлорида (декларационный патент Украины № 44232, от 25.09.2009. Бюл. № 18, 2009).

Транексамовая кислота — современный гемостатик из группы антифибринолитиков, который ингибирует переход плазминогена в плазмин, стабилизирует фибриновый сгусток. По антифибринолитической активности транексамовая кислота в 8—10 раз эффективнее аминакапроновой кислоты [14]. Обычно транексамовая кислота вводится

внутривенное и per os, однако при язвенных кровотечениях это признано неэффективным, других путей введения транексамовой кислоты в доступной литературе не найдено.

Эндоскопический гемостаз считали эффективным при отсутствии визуального эндоскопического подтверждения продолжающегося кровотечения в течение 3—5 минут.

В случае неэффективности эндоскопического гемостаза в течение 20—40 минут больному выполнялось экстренное оперативное вмешательство при любой степени кровопотери.

При эффективности эндоскопического гемостаза во всех случаях назначали комплексную терапию, корригирующую постгеморрагические нарушения, и патогенетическое лечение язвенной болезни с обязательным выполнением контрольной ЭГДС через 4—6 часов.

В комплексе патогенетической терапии использовали ингибиторы протонной помпы: пантопразол (контролок), эзомепразол (нексиум), в первые 3 суток применяли инъекционные формы, после чего — таблетированные; антихеликобактерную терапию (предпочтение отдавали комплексным антихеликобактерным препаратам); препараты, улучшающие трофику желудка, — ребамипид (мукоген).

Эндоскопическую профилактику рецидива кровотечения проводили при остановившемся кровотечении, неустойчивом гемостазе. Критериями прекращения эндоскопической профилактики рецидива кровотечения были формирование плотного тромба в дне язвы, очищение источника кровотечения от геморрагического налета.

При сохраняющейся угрозе рецидива кровотечения больные оперировались по отсроченным показаниям в течение 1—2 суток.

#### Результаты исследования и их обсуждение

Анализ результатов использования инъекционного способа эндоскопического гемостаза показал, что в целом он был эффективен у 50 (83,3%) больных.

Применение стандартных методик с использованием адреналина, этамзилата, физиологического раствора натрия хлорида было эффективно у 19 (67,8%) больных. Применение раствора транексамовой кислоты у 32 больных было эффективным у 27 (84,3%). Осложнений при выполнении эндоскопического гемостаза не было.

К преимуществам предложенного способа инъекционного гемостаза можно отнести высокую эффективность, быстроту проведения (вводится до 20,0 мл раствора), отсутствие осложнений и побочного действия.

Необходимо отметить, что результаты применения эндоскопического гемостаза зависели от причин возникновения язв. Так, при язвах трофического характера, в основном при РПГДЯ после резекций желудка, эндоскопический гемостаз

был максимально эффективен, тогда как при язвах пептического характера и РПГДЯ, осложненных ОЖКК после ОСО, результаты применения инъекционного гемостаза оказались значительно хуже.

Полученные результаты можно объяснить самым морфологическим субстратом РПГДЯ — язвы трофического характера эндоскопически определяются как неглубокие, поверхностные, без четких границ, с мягкими краями, тогда как пептические язвы глубокие имеют округлую форму, с выраженным воспалительным процессом в слизистой оболочке вокруг нее, что значительно затрудняло проведение инъекционного гемостаза и снижало его эффективность.

Таким образом, предложенный способ позволяет провести надежный эндоскопический гемостаз, предотвратить развитие рецидива кровотечения, уменьшить объем раствора, который

вводится, и сократить время выполнения гемостаза, избежать развития осложнений. Применение инъекционного гемостаза позволило уменьшить количество операций на высоте ОЖКК с 26,5 до 19,96%, снизить частоту РРК — с 6,5 до 3,1%.

### Выводы

1. Эндоскопический гемостаз в сочетании с адекватной патогенетической терапией позволяет успешно проводить лечение больных с язвенной болезнью, осложненной ОЖКК; уменьшить количество операций на высоте продолжающегося (рецидивного кровотечения); снизить частоту развития ранних рецидивных кровотечений.

2. Хорошо себя зарекомендовал инъекционный способ эндоскопического гемостаза, при котором в качестве вводимого вещества использовался раствор транексамовой кислоты. Эффективность гемостаза составила 84,3%.

### ЛИТЕРАТУРА

1. *Алекберзаде А.В.* Эндоскопический гемостаз у больных с кровоточащей пептической язвой / А.В. Алекберзаде, Е.М. Липницкий // Хирургия. — 2004. — №6. — С. 63—66.
2. *Бачев И.И.* Повторные операции по поводу рецидивов язв после хирургического лечения язвенной болезни / И.И. Бачев // Хирургия. — 1990. — №2. — С. 66—69.
3. *Верхолаз І.Л.* Причини виникнення, діагностика та лікування рецидивних та пептичних виразок після селективної проксимальної ваготомії: автореф. дис... на здобуття наук. ступ. канд. мед. наук: спец. — 14.01.03 «Хірургія» / І.Л. Верхолаз. — Дніпропетровськ, 2003. — 19 с.
4. *Ганжий В.В.* Реконструктивна хирургия оперированного желудка с рецидивными язвами, осложненным острым желудочно-кишечным кровотечением / В.В. Ганжий // Клін. хірургія. — 2004. — №4—5. — С. 8—9.
5. *Гнатів В.В.* Поступлення кисню до тканин та клітинне дихання у хворих при різних класах кровотворат виразкового генезу / В.В. Гнатів // Шпитальна хірургія. — 2004. — №1. — С. 41—44.
6. *Джафаров Ч.М.* Прогнозирование развития осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: эндоскопические аспекты / Ч.М. Джафаров, Р.А. Мамедов // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. — 2004. — №3. — С. 96—97.
7. *Диагностика* предрецидивного синдрома при кровоточащей язве желудка и двенадцатиперстной кишки / Ю.Г. Шапкин, С.Н. Потахин, А.В. Беликов [и др.] // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. — 2004. — №1. — С. 43—46.
8. *Индивидуально-активная* хирургическая тактика при острых гастродуоденальных кровотечениях язвенного генеза / Н.Н. Велигоцкий, В.Т. Зайцев, А.И. Дерман, В.А. Бойко // Хирургия. — 1989. — №8. — С. 88—91.
9. *Іванчов П.В.* Хірургічна тактика при гострокровоточивих рецидивних виразках після органозберігаючих операцій та резекцій шлунка пептичних виразках: автореф. дис. на здобуття наук. ступ. канд. мед. наук: спец. — 14.01.03 «Хірургія» / П.В. Іванчов. — Київ, 2000. — 20 с.
10. *Кондратенко П.Г.* Гастроинтестинальная эндоскопия / П.Г. Кондратенко, А.А. Стукало, Е.Е. Раденко. — Донецк: Новый світ, 2007. — 374 с.
11. *Милиця М.М.* Діагностика та лікування ускладнених післяопераційних рецидивних виразок шлунка та 12-палої кишки: автореф. дис. на здобуття наук. ступ. д-ра мед. наук: спец. 14.01.03. «Хірургія» / М.М. Милиця. — Харків, 1996. — 41 с.
12. *Проблема* виконання реконструктивних втручань після операцій з приводу виразкової хвороби шлунка / В.І. Мамчич, В.А. Шуляренко, М.О. Йосипенко, О.В. Шуляренко // Клін. хірургія. — 2005. — №4—5. — С. 17—18.
13. *Реконструктивні* операції з приводу рецидивних постваготомних та пострезекційних пептичних виразок, ускладнених гострою кровотечею / П.Д. Фомін, П.В. Іванчов, О.В. Заплавський, Ю.І. Шульженко // Клін. хірургія. — 2005. — №4—5. — С. 39.
14. *Selinger C.P.* Gastric antral vascular ectasia (GAVE): an update on clinical presentation, pathophysiology and treatment / C. P. Selinger, Y. S. Ang // Digestion. — 2008. — Vol. 77(2). — P. 131—137.



ЕНДОСКОПІЧНИЙ  
ГЕМОСТАЗ У КОМПЛЕКСІ  
ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКОВИХ  
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ  
КРОВОТЕЧ

*Г. Ю. Бука, Д. О. Кононенко,  
В. К. Глазунов, А. Е. Брікман*

**Резюме.** Вивчено ефективність застосування ін'єкційного способу ендоскопічного гемостазу у 60 хворих із гострими шлунково-кишковими кровотечами виразкової етіології. Ефективність ендоскопічного гемостазу становила від 67,8 до 84,5 % залежно від речовини, що вводиться. Застосування ін'єкційного гемостазу дозволило зменшити кількість операцій на висоті ГШКК від 26,5 до 19,96 %, знизити частоту ранніх рецидивних кровотеч від 6,5 до 3,1 %.

**Ключові слова:** виразкова хвороба, ендоскопічний гемостаз, кровотеча.

ENDOSCOPIC HEMOSTASIS IN  
THE COMPLEX TREATMENT  
OF GASTRODUODENAL  
ULCER BLEEDING

*G. Yu. Buka, D. A. Kononenko,  
V. K. Glazunov, A. E. Brickman*

**Summary.** The efficacy of using injectable method of endoscopic hemostasis in 60 patients with acute gastrointestinal hemorrhages of peptic etiology was studied. The effectiveness of endoscopic hemostasis ranged from 67,8 to 84,5 % depending on the injected substance. The use of injectable hemostasis has reduced the number of operations at the height of AGIB from 26,5 to 19,96 %, reduced the incidence of early recurrent bleeding from 6,5 to 3,1 %.

**Key words:** peptic ulcer, endoscopic hemostasis, bleeding.