



И.Г. Новоскольцева,
И.В. Иоффе

Луганский государственный
медицинский университет

© Коллектив авторов

ВЫБОР МЕТОДА ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Резюме. В статье представлены результаты лечения 52 пациентов с острыми гастродуоденальными кровотечениями на фоне терминальной хронической почечной недостаточности. Все исследуемые пациенты были распределены на 2 группы. В исследуемую группу вошли 27 пациентов, у которых для остановки кровотечения применялся инъекционный эндоскопический гемостаз. В контрольную группу вошли 25 пациентов с гастродуоденальным кровотечением на фоне хронической почечной недостаточности у которых для остановки кровотечения использовалась диатермокоагуляция. Эндоскопический инъекционный гемостаз является методом выбора, так как его проведение, в отличие от электрокоагуляции, имеет малый процент рецидивов кровотечений.

Ключевые слова: хроническая почечная недостаточность, острые язвы, гастродуоденальное кровотечение.

Введение

У пациентов с хронической почечной недостаточностью гастродуоденальные язвы выявляются в 3,5-7,4 % случаев. По данным различных авторов, эндоскопические изменения в гастродуоденальной зоне выявляются у 49-63 % пациентов, получающих диализную терапию [1-5]. У данной категории пациентов гастродуоденальные кровотечения встречаются в 86-91 % случаев, при этом летальность достигает 11-14 % [1, 2, 6-8].

Наиболее распространенным эндоскопическим методом остановки гастродуоденальных кровотечений у больных с ХПН являются диатермокоагуляция, в основе действия которой лежит принцип термической коагуляции тканей. Однако при диатермокоагуляции существует вероятность перфорации стенки желудка и двенадцатиперстной кишки, усиление или рецидив кровотечения [1, 3]. Успешность эндоскопических способов остановки гастродуоденальных кровотечений у больных с ХПН составляет от 71,1 до 95,6 %, частота рецидивов кровотечений после данного метода варьирует от 15 до 25 % [1, 3, 6-8]. В литературе нет данных о возможности дифференцированного подхода в отношении выбора методики эндоскопического гемостаза у больных с хронической почечной недостаточностью, как и собственно сравнительных результатов эндоскопического лечения, что также определяет необходимость исследований в данной области.

Цель работы — улучшить результаты лечения кровоточащих язв желудка и двенадца-

типерстной кишки у больных с хронической почечной недостаточностью.

Материалы и методы исследования

Исследование основано на результатах лечения 52 пациентов с острыми гастродуоденальными кровотечениями на фоне терминальной хронической почечной недостаточности, находившихся на лечении в период 2007-2011 г. в отделениях урологии, нефрологии и гемодиализа ЛОКБ. Все исследуемые пациенты были распределены на 2 группы. В исследуемую группу вошли 27 пациентов, у которых для остановки кровотечения применялся инъекционный эндоскопический гемостаз (11 мужчин и 16 женщин, средний возраст 47,4 года). В контрольную группу вошли 25 пациентов с гастродуоденальным кровотечением на фоне хронической почечной недостаточности, у которых для остановки кровотечения использовалась диатермокоагуляция (11 мужчин и 14 женщин, средний возраст 44,4 года). Длительность заместительной терапии программным гемодиализом составила 45,2 месяцев в группе контроля и 51,7 в исследуемой группе.

Показаниями для выполнения местного эндоскопического гемостаза считали наличие у больного продолжающегося (первичный гемостаз) или нестабильно остановившегося кровотечения с угрозой развития его рецидива (профилактический гемостаз). Для эндоскопической остановки кровотечения из язв желудка и двенадцатиперстной кишки методом диатермокоагуляции нами использованы электрохирургический блок «Сургистат»,



производства компании Валлейлаб, зонд для электрокоагуляции, модель МА-397 фирмы OLYMPUS. Эндоскопический инъекционный гемостаз производили обкалыванием кровоточащих язв, эрозий раствором транексамовой кислоты 10 % (препарат «тугина») и раствором адреналина 0,1 %. Инъекцируемые препараты вводили в мышечный слой органа, для создания инфильтрата нужного напряжения, тампонирующего сосуд. При продолжающемся струйном кровотечении из дна язвы, диаметр которой превышал 0,5 см, уколы производились в паравазальные ткани с одной или более точек. Если размер язвы был менее 0,5 см, укол проводился также в края язвы. При струйном кровотечении из края язвы независимо от ее размеров укол производился в край язвы рядом с сосудом в одну точку и более. При продолжающемся кровотечении из-под сгустка укол проводили под сгусток в место предполагаемой локализации сосуда. Если имело место продолжающееся капильное кровотечение из язвы, то вначале поверхность язвы отмывали струей воды, после обнаружения точки кровотечения выполняли аналогичные действия. При нестабильно остановившемся кровотечении, если на дне язвы обнаружен тромбированный сосуд, а размеры ее превышают 0,5 см, инъекции проводились вокруг сосуда в 3–5 точек вокруг. Если сосуд находится по краю язвы, укол производили в край, в 2–4 точки, с введением 2–3 мл указанных препаратов.

Эндоскопический гемостаз дополнялся медикаментозной терапией: гемостатические средства общего действия: тугина 10 % 10 мл внутривенно 3 раза в сутки. В состав лечения при гиперацидном состоянии входило также назначение препарата контролок 80 мг однократно, затем по 40 мг 1 раз сутки в течение дней, а затем по 20 мг в таблетированной форме 2 раза в день в течение 2 недель, с включением антихеликобактерной терапии.

Повторную эндоскопию выполняли через 3–4 ч после первичного гемостаза. Через 24–30 часов проводилось контрольное ФГДС. Хирургическому лечению подлежали пациенты с продолжающимися, неостанавливаемыми консервативными и эндоскопическими мерами кровотечениями, рецидивирующими геморрагиями и с угрозой повторного кровотечения. Объем хирургической операции определяли индивидуально с учётом интенсивности кровопотери, тяжести основного и сопутствующего заболеваний, выраженности метаболических нарушений, эндогенной интоксикации.

У больных исследуемой группы, согласно критериям оценки (J. Forest, 1989) по данным эндоскопического исследования, интенсивность кровотечения распределялась следующим образом: FIA эндоскопическая

картина кровотечения отмечалась у 5 пациентов (18,5 %), кровотечение с интенсивностью FIB было у 10 пациентов (37,0 %). Степень гемостаза FIIA, FIIB, FIIC отмечалась соответственно у 3 (11,1 %), 6 (22,2 %) и 3 (11,1 %) пациентов в исследуемой группе. У пациентов контрольной группы FIA эндоскопическая картина кровотечения отмечалась у 4 пациентов (16,0 %), кровотечение с интенсивностью FIB наблюдалось у 11 пациентов (44,0 %). Степень гемостаза FIIA, FIIB, FIIC отмечалась соответственно у 5 (20,0 %), 3 (12,0 %) и 2 (8,0 %) больных. Для сравнения эффективности использованных методов эндоскопического гемостаза нами рассматривались следующие критерии: количество рецидивов при различной интенсивности кровотечений (J. Forest, 1989).

Результаты исследования и их обсуждение

При сопоставлении эффективности методик эндогемостаза у больных с продолжающимся кровотечением выявлено, что применение коагуляции оказалось безуспешным у одного пациента (при FIA) контрольной группы. При проведении инфильтрации периульцерозной зоны кровотечения не было остановлено тоже у одного пациента исследуемой группы (при FIA). У 1 из 10 пациентов при FIB проведенный инъекционный гемостаз оказался неэффективен. При FIB методом коагуляции достигнут стойкий гемостаз. Рецидив гастроуденального кровотечения имел место у 7 пациентов из 52 (13,4 % – от количества пациентов с осуществленным эндоскопическим гемостазом). При использовании электрокоагуляции рецидив кровотечения возникал в 6 (24 %) случаях; после проведения инъекционного гемостаза в одном (3,7 %) случае (табл. 1).

Таблица 1

Эффективность эндоскопического гемостаза

Интенсивность кровотечений (J. Forest, 1989)	Гемостаз не достигнут				Рецидив			
	Коагуляционный гемостаз n=25		Инъекционный гемостаз n=27		Коагуляционный гемостаз n=25		Инъекционный гемостаз n=27	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
FIA	1	4,0	1	3,7	2	8,0	-	-
FIB	-		1		1	4,0	1	3,7
FIIA	-		-		2	8,0	-	-
FIIB	-		-		1	4,0	-	-

Электрокоагуляция и инъекционный гемостаз оказались одинаково эффективными методами гемостаза при продолжающемся кровотечении, однако при использовании электрокоагуляции отмечается большее число рецидивов как в случае гемостаза при F I так и F II, в сравнении с методом инъекционного гемостаза.

**Выводы**

В случае развития гастродуоденальных кровотечений у больных с хронической почечной недостаточностью эндоскопический инъекци-

онный гемостаз является методом выбора, так как его проведение, в отличие от электрокоагуляции, имеет малый процент рецидивов кровотечений.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Войташевская Н.В.* Сравнительная оценка методов эндоскопического гемостаза при язвенных кровотечениях / Н.В. Войташевская: сб. тезисов 9-го Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. – М., 2005. – 120 с.
2. *Королев М.П.* Эндоскопия в диагностике и лечении гастродуоденальных кровотечений / М.П. Королев // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 1999. – № 3. – С. 16–20.
3. *Михеева Ю.С.* Изменения гемостаза при хронической почечной недостаточности на стадии программного гемодиализа / Ю.С. Михеева, А.Ш. Румянцев, А.М. Есян // Нефрология. – 2003. – Т. 7, № 1. – С. 72 – 75.
4. *Романов Г.А.* Эндоскопическая диагностика и остановка кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта у больных с острой и хронической почечной недостаточностью / Г.А. Романов // Сов. мед. – 1981. – № 3. – С. 90 – 94.
5. *Румянцев В.Б.* Желудочно-кишечные кровотечения при урологических заболеваниях / В.Б. Румянцев // Урология. – 2002. – № 6. – С. 15 – 18.
6. *Ala-Kaila K.* Upper gastrointestinal findings in chronic renal failure / K. Ala-Kaila // Scand. J. Gastroenterol. – 1987. – V. 22, N 3. – P. 372 – 376.
7. *Chachati A.E.* Effect of hemodialysis on upper gastrointestinal tract pathology in patients with chronic renal failure / A.E. Chachati // Nephrol. Dial. Transplant. – 1987. – V. 1, N 4. – P. 233 – 237.
8. *Tsai C. J.* Investigation of upper gastrointestinal hemorrhage in chronic renal failure / C. J. Tsai // Clin. Gastroenterol. – 1996. – Vol. 22. – P. 2 – 5.

**ВИБІР МЕТОДУ
ЕНДОСКОПІЧНОГО
ГЕМОСТАЗА У ХВОРИХ З
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИМИ
КРОВОТЕЧАМИ НА ТЛІ
ХРОНІЧНОЇ НИРКОВОЇ
НЕДОСТАТНОСТІ**

*I.G. Новоскольцева,
I.V. Йоффе*

Резюме. У статті представлені результати лікування 52 пацієнтів з гострими гастродуоденальними кровотечами на тлі термінальної хронічної ниркової недостатності. Всі досліджувані пацієнти були розподілені на 2 групи. До досліджуваної групи увійшли 27 пацієнтів, у яких для зупинки кровотечі застосовувався ін'єкційний ендоскопічний гемостаз. До контрольної групи увійшли 25 пацієнтів з гастродуоденальною кровотечею на тлі хронічної ниркової недостатності, у яких для зупинки кровотечі використовувалася діатермокоагуляція. Ендоскопічний ін'єкційний гемостаз є методом вибору, оскільки його проведення, на відміну від електрокоагуляції, має малий відсоток рецидивів кровотеч.

Ключові слова: *хронічна ниркова недостатність, гострі виразки, гастродуоденальна кровотеча.*

**CHOICE OF METHOD OF
ENDOSKOPICHESKOGO
GEMOSTAZA FOR PATIENTS
WITH THE GASTRO-
DUODENAL BLEEDING ON
A BACKGROUND CHRONIC
KIDNEY INSUFFICIENCY.**

*I.G. Novoskol'ceva,
I.V. Ioffe*

Summary. The results of treatment of 52 patients are presented in the article with the sharp gastro-duodenal bleeding on a background terminal chronic kidney insufficiency. All probed patients were up-diffused on 2 groups. In the 27 patients at which for the stop of bleeding injection endoskopicheskij gemostaz was used entered in the probed group. In a control group 25 patients entered with the gastro-duodenal bleeding on a background chronic kidney insufficiency at which for the stop of bleeding a diathermocoagulation was used. Endoskopicheskij injection gemostaz is the method of choice, because his leadthrough, unlike electro-coagulation, has a small percent of relapses of bleeding.

Key words: *chronic kidney insufficiency, sharp ulcers, gastro-duodenal bleeding.*