

Одним из наиболее универсальных и эффективных методов эндоскопической остановки кровотечения является моно- и биполярная диатермокоагуляция, которую мы завершили нанесением на скоагулированную зону клевого покрытия.

В ряде случаев, когда при осмотре удавалось четко визуализировать кровоточащий сосуд, для достижения гемостаза, прибегали к его клипированию путем механической компрессии арозированного сосуда танталовыми скобками с последующей аппликацией язвенного дефекта разработанной композицией фибринового клея.

Результаты

Наш опыт использования аналога фибринового клея с целью эндоскопической остановки и профилактики рецидива гастроуденальных кровотечений включает 54 наблюдения у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в возрасте от 32 до 69 лет, у которых причиной госпитализации являлось манифестирующее кровотечение. Во всех случаях пациентам при поступлении проводилась инфузионно-трансфузионная коррекция кровопотери и возникающих циркуляторных расстройств гемостаза в сочетании с назначением общепринятых схем противоязвенного медикаментозного лечения.

В течение 1 часа от момента поступления всем больным выполнялась экстренная эзофагогастроуденоскопия, в ходе которой осуществлялась выявление источника кровотечения, определялась активность кровотечения по классификации Fossett (1994) и реализовывался тот или иной метод эндостомостаза [14].

Активное кровотечение (F1a, F1b) было отмечено у 12 больных. Состоявшееся кровотечение (F1a, F1b) наблюдали у 42 пациента, причем у 15 из них было отмечено наличие в дне язвы тромбированного сосуда. Пациенты с характеристиками F1c и F1d в данное исследование не включались.

Для выполнения экстренной эзофагогастроуденоскопии использовались гибкие фиброволоконные или видео-эндоскопы фирмы "Olympus". С целью достижения надежного гемостаза особое внимание уделяли созданию оптимального доступа к источнику кровотечения путем прищипывания зоны кровотечения большим количеством сильно охлажденной воды с добавлением в нее 5% раствора нитрата серебра и аминокпроновой кислоты.

Процедура инъецирования зоны кровоточащего язвенного дефекта слизистой оболочки осуществлялась через инструментальный канал эндоскопа с помощью инжектора с выдвижной иглой, по которой выполнялась инфльтрация периульцерной зоны 20-30 мл 10% гипертонического раствора с 1% раствором адреналина и 70% этилового спирта.

Биполярная и монополярная диатермокоагуляция выполнялась при помощи электрохирургического блока и инжектора Olympus. Клипирование кровоточащих сосудов язвы выполнялось при помощи клипатора Olympus.

Обсуждение

У всех 54 больных экстренная эзофагогастроуденоскопия завершалась нанесением на поверхность язвенного дефекта клеевой композиции фибринового клея. После проведения эндоскопического локального гемостаза инъекционным способом подобная клеевая аппликация была выполнена 20 пациентам. Кровотечение, остановленное с использованием моно- и биполярной коагуляции и клеевым покрытием зоны язвы имело место у 15 больных. У 5 пациентов эндоскопический гемостаз заключался в клипировании кровоточащих сосудов язвенного дефекта с последующим нанесением фибринового клея. В 11 наблюдениях клеевая композиция была нанесена непосредственно на поверхность язвенного дефекта сразу же после обнаружения источника кровотечения. После нанесения клеевой фибриновой композиции на поверхности язвенного дефекта образовывалась желеобразная пленка, которая прочно прилегалась к ткани по всей площади аппликации. Для лучшей визуализации фибриновой пленки в ее состав добавлялся раствор метиленовой синьки. После завершения любого из методов эндоскопического гемостаза всем больным назначали антисекреторную терапию ингибиторами протонной помпы, в частности, внутривенное введение досола по 80 мг 2 раза в сутки, а также антихеликобактерную терапию: амоксицилин, кларитромицин.

В 47 случаев удалось с первой попытки остановить желудочно-кишечное кровотечение. При выполнении диатермокоагуляции в трех случаях было отмечено возобновление кровотечения за счет эффекта "отрыва" коагулированного тромба, что потребовало применения дополнительного инъецирования зоны язвенного дефекта. В 4 случаях инъецированный метод эндоскопического гемостаза не дал должного результата и была дополнительно произведена биполярная диатермокоагуляция кровоточащего сосуда. Эффективность первичного эндоскопического гемостаза представлена в таблице 1.

С целью более надежной профилактики рецидива кровотечения всем 52 больным в течение первых 24 часов после первичной эндоскопии и локального гемостаза проводили программное эндоскопическое исследование с дополнительной аппликацией зоны язвенного дефекта фибриновым клеем у 21 пациента.

ЭФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ОКТРЕОТИДУ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАГОСТРЕННЯ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ ПІСЛЯ ЕРХПГ

Крилова О.О., Аксьонов І.Г., Кошарний В.Ф.

Інститут гастроентерології АМН України, МСЧ №6, Дніпропетровськ

Summary

52 patients were executed ERCP and made two groups: an octreotide group (N=25) and a control group (N=27). The end point was the development of acute pancreatitis. The overall incidence of acute pancreatitis was 13.5%; this included 4% (1/25) in the octreotide group and 22.2% (6/27) in the control group (p<0.05). No side effects were found. The results indicate that octreotide can prevent post-ERCP pancreatitis.

Key words: ERCP, post-ERCP pancreatitis, prophylaxis.

Вступ

З початку використання ендоскопічної ретроградної панкреатохолангіографії (ЕРХПГ) в клінічній практиці, панкреатит став найбільш частим ускладненням цієї процедури [11]. В різних проспективних дослідженнях частота пост-ЕРХПГ панкреатиту (ПЕП) складає від 1 до 14% [1,8]. Дослідниками вивчені фактори ризику ПЕП, які включають дисфункцію сфінктеру Одді (СО), попередній ПЕП, багаторазові канюльовані та повторні контрастування панкреатичної протоки, ендоскопічну папілоскопію (ЕПС), діагностичну сфінктеротомію [2,13,14,19]. Хоча пусковий патофізіологічний механізм гострого панкреатиту залишається до кінця нев'ясяним, в експерименті на тваринах було продемонстровано, що стимуляція екзокринної панкреатичної секреції веде до подальшого погіршення перебігу гострого панкреатиту (ГП) [1,6,12].

Соматостатин — природний пептид, який виявлено у великій кількості в гастроінтестинальному тракту, в тому числі і в підшлунковій залозі (ПЗ), в якій він діє на екзокрин-

Таблица 1. Первичная эндоскопическая картина, виды и эффективность эндоскопического гемостаза у больных с острыми гастроуденальными кровотечениями

Эндоскопическая картина по Форресту / количество больных	Количество, виды эндоскопического гемостаза и их эффективность	Вид		
		устойчивый	неустойчивый	
I A	5	3 — клипирование	3	-
		2 — коагуляция	1	1
I B	7	2 — клипирование	2	-
		4 — коагуляция	3	1
		1 — обкалывание	1	-
II A	20	6 — коагуляция	5	1
		8 — обкалывание	6	2
		6 — орошение+аппликация	6	-
II B	22	3 — коагуляция	3	-
		14 — обкалывание	14	2
		5 — орошение+аппликация	5	-
Всего	54	54 (100%)	47 (87%)	7 (13%)

При динамическом эндоскопическом исследовании, проведенном у 48 больных через 48-72 часа после осуществленного локального гемостаза, признаков отторжения или десрукции нанесенной фибриновой пленки отмечено не было. При этом, образовывавшаяся пленка надежно закрывала источник кровотечения и тромб в зоне язвенного дефекта. Из 54 больных с эффективно выполненным эндоскопическим гемостазом при первичной манипуляции рецидив кровотечения за время пребывания в стационаре возник у 3 больных, что потребовало выполнения им в экстренном порядке оперативного вмешательства.

Заключение

Все вышесказанное позволяет считать, что использование эндоскопических методов остановки гастроуденальных кровотечений позволяет значительно снизить количество операций, выполняемых в крайне неблагоприятных условиях для пациента и представляющих реальную угрозу для жизни. Наряду с этим, применение эндоскопического гемостаза с профилактическим использованием гемостатических и регенерационных свойств фибринового клея является эффективным способом, который предотвращает не только рецидив кровотечения, но и позволяет избежать оперативного вмешательства как метода излечения от язвенной болезни.

Література

- Булгаков Г.А., Дивилин В.Я., Страдымов А.А. (2002) Хирургическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у лиц пожилого и старческого возраста. Хирургия. 11: 24-26
- Гостишев В.К., Евсеев М.А. (2002) Рецидивы язвенных гастроуденальных кровотечений. Хирургия. 7: 32-36
- Гостишев В., Евсеев М.А. (2005) Острые гастроуденальные язвенные кровотечения. (Москва). "Анта-Эко". 349 с.
- Лобанков В.М. (2006) Язвенная болезнь в постсоветских странах новые тенденции и проблемы. Вестник хирургической гастроэнтерологии. 1: 41-46
- Мартов Ю.Б., Аничкин В.В., Подольский С.Г., Фролов Л.А. (2001) Хирургия язвенной болезни. (Москва). "Медицинская литература". 256 с.
- Стручков В.И., Луцевич Э.В., Белов И.Н., Стручков Ю.В. (1976) Желудочно-кишечные кровотечения и фиброскопия. (Москва). "Медицина". 272 с.
- Харченко В.П., Синев Ю.В., Бакулев Н.В. (2003) Сравнительная оценка физических методов эндоскопического гемостаза при остановке язвенных гастроуденальных кровотечений. Эндоскопическая хирургия. 4: 32-35
- Хороших Т.В. (2005) Фибриновый клей в неотложной хирургии. Автореф. дис. докт. мед. наук. (Москва). 32 с.
- Чернов В.Н., Музиев И.А., Скорняков В.В. (1999) Хирургическая тактика при кровотечениях из острых язв и эрозий гастроуденальной зоны. Хирургия. 6: 10-12
- Blasco C., Petersen R., Cristallo C. (1996) Value of emergency therapeutic endoscopy in nonvariceal hemorrhage. Acta Gastroenterol. Lationam. 26: 4: 215-220
- Blocksom J.M., Tokioka S., Sugawa C. (2004) Current therapy for nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Surg. Endosc. 18: 186-192
- Lee S.L., Yao T. (1998) Long term follow-up of 2529 patients with gastric and duodenal ulcer survival rate and causes of death. Amer. J. Gastroenterol. 9: 7: 381-384
- Mittal V., Fingerhut A., Borie F. (2000) Surgical treatment of complicated duodenal ulcers. World J. Surg. 24: 299-306
- Mondarini A., Barletti C., Rossa J. (1998) Nonvariceal gastrointestinal bleeding and Forrest classification. Endoscopy. 30: 6: 508-512
- Nikopoloutou V.N., Thomopoulos J.J., Arvanti V.A. (2005) Acute upper gastrointestinal bleeding in operated stomach: outcome of 105 cases. World J. Gastroenterol. 11: 29: 4570-4573
- Welch J.P., Hammond J.J., Nissen C.W. (1992) Management of benign gastric ulcers. Amer. Surgery. 58: 300-304

ну функцію, знижуючи секрецію травних ферментів, та опосередковано інгібує продукцію та секрецію холецистокініну [6]. Октреотид — синтетичний аналог соматостатину, який має подібний спектр дії, але вигідно відзначається від нього значно більшою тривалістю дії. Октреотид є можливим інгібітором секреції панкреатичних ферментів [9].

В декількох дослідженнях вивчалась ефективність застосування октреотиду для попередження розвитку панкреатиту після ЕРХПГ, однак отримані протирічні результати [3,11,17,18]. В рандомізованому, плацебоконтрольованому, мультицентровому дослідженні Zhao-Shen Li et al. доведена ефективність застосування октреотиду в запобіганні розвитку ПЕП та гіперамілаземії у 414 пацієнтів, які отримували октреотид за схемою — 0,3 мг в 500 мл 0,9% NaCl вводили в/в, починаючи за 1 годину перед ЕРХПГ і продовж 6 годин після дослідження; потім 0,1 мг октреотиду вводили п/ш через 6 та 12 год. після закінчення в/в вливання [16].

Мета дослідження — оцінити ефективність профілактичного застосування октраїду для запобігання розвитку ПЕП і гіперамілаземії.

Матеріали та методи

Досліджувалися 52 пацієнти, яким проводилися діагностична та лікувальна ЕРХПГ. Критеріями вclusions були: вік старше 18 років, відсутність тяжкої білярної інфекції, алергії на контраст, протипоказань до застосування октраїду. Октраїд — синтетичний октапептид, який є похідним природного гормона соматостатина. При необхідності хворим застосовувалися антибіотики, анальгетики, спазмолітики, седативні препарати.

