

Ендоскопічні та лапароскопічні втручання в лікуванні хворих похилого та старечого віку з кровоточивою виразкою дванадцятипалої кишки

Ю.В.ГРУБНИК, І.В.МОСКОВЧЕНКО, В.А.ФОМЕНКО, В.Ю.ГРУБНИК

Одеський державний медичний університет, Одеський міський центр шлунково-кишкових кровотеч на базі МКЛ № 11

ENDOSCOPIC AND LAPAROSCOPIC OPERATIONS IN TREATMENT OF OLD PATIENTS WITH BLEEDING COMPLICATED BY DUODENUM ULCERS

YU.V. HRUBNYK, I.V. MOSKOVCHENKO, V.A. FOMENKO, V.YU. HRUBNYK

Odessa State Medical University, Odessa City Centre of Gastrointestinal Bleedings on the basis of CCH № 11

Пропонується аналіз лікування 8033 хворих з гострими гастроудоденальними кровотечами протягом 10 років функціонування Одеського центру лікування хворих з шлунково-кишковими кровотечами. Надається аналіз ефективності лапароскопічного гемостазу у 980 хворих похилого та старечого віку. Досліджуються принципово нові методи ендоскопічного гемостазу у 38 хворих з гострими виразковими гастроудоденальними кровотечами.

We analyzed treatment of 8033 patients with acute gastroduodenal bleedings during 10 years. We cured 980 old patients with gastroduodenal bleedings. We performed 647 endoscopic local hemostasis which was effective in 85 %. The most effective method of local endoscopic hemostasis was laser photocoagulation with injection of fibrin glue. We introduced into clinical practice a new method of endoscopic and laparoscopic operation for hemostasis in 38 patients with acute gastroduodenal bleedings.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Незважаючи на широке використання блокаторів протонної помпи та антигелікобактерної терапії захворюваність на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки (ДПК) не зменшується, а кількість хворих з ускладненнями виразкової хвороби навіть зростає [1, 4]. Найтяжчим та грізним ускладненням виразкової хвороби ДПК є кровотеча. Летальність при даній патології залишається високою і коливається в останні роки в межах 7-9 % [2,3,5]. З кожним роком виявляють збільшення частоти виникнення даної патології не тільки в Україні, але і в решті країн, до 50-174 випадків на 10 тисяч населення в рік [3,5,6]. Кількість пацієнтів з явищами виразкової кровотечі зросла в Україні з 196,2 до 246,7 на 10 тисяч населення та продовжує зростати [2]. Щорічно проходять лікування в стаціонарах з приводу шлунково-кишкової кровотечі більш ніж 50 тисяч хворих [2,3].

Метою дослідження є вивчення ефективності комплексного підходу до лікування гастроудоденальної виразки, ускладненої кровотечею, з використанням сучасних методів ендоскопічного локального гемостазу та нових малоінвазивних оперативних втручань.

Матеріали і методи. За десять років в Одеському центрі шлунково-кишкових кровотеч лікувалося 8033 хворих з гострими шлунково-кишковими кровотечами. Із кровотечами виразкової етіології було 4539 хворих (56,5%). Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки верифікована у 3722 хворих (82%), з них жінок було 1277 (34,3%), чоловіків - 2445 (65,7%). Кровотечі легкого ступеня з втратою до 700 мл об'єму циркулюючої крові спостерігалися у 30% хворих, кровотеча середнього ступеня з втратою від 700 до 1500 мл об'єму циркулюючої крові - у 38% хворих, кровотеча

важкого ступеня з втратою понад 1500 мл об'єму циркулюючої крові була в 32% випадків.

Джерелом кровотечі в ділянці дванадцятипалої кишки найчастіше були виразки по медіальній поверхні і задній стінці цибулини. Часто виразки задньої стінки були з пенетрацією в підшлункову залозу. Нерідко при гастродуоденофіброскопії (ГДФС) виявлялися виразки дванадцятипалої кишки з вираженою рубцевою деформацією і стенозом різного ступеня важкості, що значно ускладнювало ендоскопічне дослідження та маніпуляції.

Для застосування нових методів ендоскопічної зупинки кровотечі нами було відібрано 980 хворих похилого та старечого віку з виразковими шлунково-кишковими кровотечами та тяжкими супутніми захворюваннями, що робило використання хірургічного втручання дуже ризикованим. Ми використовували наступні методи гемостазу: лазерна фотокоагуляція з використанням АІГ-лазера з довжиною хвилі 1,06 мкм була проведена у 637 хворих (65%). Ми використовували лазерну установку "Радуга-1". Для зупинки кровотечі використовували робочий режим в межах 40-60 Ват з відстані 1,5-2 см до джерела кровотечі. Для фотокоагуляції виразки використовували енергію 350-400 Дж. Останнім часом ми поєднували лазерну фотокоагуляцію з введенням фібринового клею "Tissucol" (Австрія) способом обколювання дефекту виразки за допомогою ендоскопічної голки. Дана методика застосована нами у 221 хворого. Ендоскопічну гідроелектрокоагуляцію активної кровотечі ми використовували у 215 хворих (22%). Цю маніпуляцію проводили за допомогою спеціального ендоскопічного зонда СД з одночасною подачею води. Даний метод дозволяє досягти коагуляції зони кровотечі і уникнути прилипання коагульованої тканини до електрода. У 59 хворих (6%) застосовували склерозування зони кровотечі ендоскопічним введенням 1% етоксистеролу. У 44 хворих (4,5%) зону кровотечі обколювали фібриновим клеєм. У 18 хворих (1,8%) для зупинки кровотечі використовували ендоскопічні кліпси фірми "Olympus" за запропонованою фірмою методикою. У 7 хворих (0,7%) в ділянці зони кровотечі наносили плівкоутворюючий засіб "Статізол".

Всім хворим цієї групи на 2-3-5-7 доби проводилося контрольне ендоскопічне досліджен-

ня із застосуванням різних методів локального гемостазу з метою профілактики рецидиву кровотечі.

За останні 5 років нами розроблені і впроваджені методи поєднаного ендоскопічного і лапароскопічного гемостазу при великих кальозних виразках шлунка і ДПК, що кровоточать. Ці методи використані у 38 хворих, які поступили в клініку з виразками шлунка (22 хворих) і дванадцятипалої кишки (16 хворих), що активно кровоточать. За даними ургентної фіброгастродуоденоскопії була діагностована активна кровотеча за класифікаціями Forrest IA та IB. Чоловіків було 28, жінок - 10. Вік пацієнтів коливався від 53 до 87 років.

У 24 з 38 хворих нами проведено лапароскопічне прошивання виразки дванадцятипалої кишки, що кровоточить. Методика цього втручання полягала в наступному. Пацієнту одночасно виконували лапароскопію і ендоскопічне обстеження шлунка і дванадцятипалої кишки. Після виявлення виразки при виконанні ендоскопії кінець ендоскопа розташовували безпосередньо над виразкою і освітлювали її дно. Завдяки просвічуванню через стінку шлунка або дванадцятипалої кишки через лапароскоп точно визначали проекцію дефекту виразки з боку черевної порожнини. При цьому можна візуалізувати ерозовану судину, що приходить до виразки. Після цього в черевну порожнину вводили голку з атравматичним шовним матеріалом достатньо великого розміру (PDS, Vicryl 1, 0, 1-0). За допомогою голкотримача під контролем лапароскопа і ендоскопа прошивали виразку з судинами, що кровоточать. Вузли зав'язували екстракорпорально. До лінії швів для її зміцнення підв'язували ділянку сальника. При локалізації виразки по великій кривизні шлунка, або по його задній стінці додатково здійснювали лапароскопічну мобілізацію шлунково-ободової зв'язки.

У 14 хворих використана оригінальна методика - нами була розроблена спеціальна ендоскопічна голка, в яку втягалася монофіламентна нитка PDS 2-0, Vicryl 2-0, або капрон 3-0. Ця голка вводилася через біопсійний канал ендоскопа та під контролем зору проводилася через стінку шлунка або дванадцятипалої кишки назовні. Під контролем лапароскопа проводилося захоплення кінців

нитки, вставленої в спеціальні вушка ендоскопічної голки. Кінці ниток виводилися назовні. Вузли зав'язувалися інтракорпорально. Подібна маніпуляція повторювалася для більш надійного прошивання виразки і лігування судин, що кровоточать. Після цього ендоскоп і лапароскопічні інструменти видалялися. Хворому призначалася консервативна противиразкова та гемостатична терапія з ерадикацією гелікобактерної інфекції.

Тривалість ендоскопічної операції склала від 10 до 25 хв. Рецидивної кровотечі ми не спостерігали в жодному випадку. Ускладнень, пов'язаних з прошиванням шлункової або дуоденальної стінки, таких як неспроможність швів з перитонітом або кровотеч, ми не спостерігали. Летальних випадків не було.

Результати досліджень та їх обговорення.

Аналізуючи отримані результати, слід зазначити, що найефективнішим методом локального гемостазу виявилася лазерна фотокоагуляція в поєднанні з обколюванням зони кровотечі фібриновим клеєм "Tissucol". Рецидив кровотечі спостерігали лише в 7 випадках, в яких був проведений повторний ендоскопічний локальний гемостаз. Використання однієї лише лазерної фотокоагуляції дає рецидив кровотечі у 15-16 % випадків, залежно від розмірів дефекту виразки і калібру судини, що кровоточить. Ізольоване введення фібринового клею

також не є таким же ефективним методом як в поєднанні з лазерною фотокоагуляцією. Метод гідроелектрокоагуляції часто дає рецидиви, пов'язані з глибоким пошкодженням гастроуденальної стінки з подальшим її некрозом і можливою перфорацією. Ендоскопічне введення склерозуючих препаратів шляхом обколювання виразки приводить до глибокого некрозу тканин і подальшого рецидиву кровотечі. Використання кліпсів - досить складна ендоскопічна маніпуляція і не завжди ефективна, зважаючи на часті фіброзні зміни тканин в зоні дефекту виразки, що не дозволяє надійно встановити кліпси на судину, що кровоточить. Повторний динамічний ендоскопічний гемостаз на другу-п'яту добу дозволяє уникнути рецидиву кровотечі. Лапароскопічні оперативні втручання переносяться хворими достатньо легко, порівняно з традиційним лапаротомним доступом.

Висновок. Таким чином, застосовуючи сучасні методи локального гемостазу на фоні ерадикації *Helicobacter pylori* і вживання блокаторів протонної помпи з подальшим використанням ендоскопічних та лапароскопічних малоінвазивних методик, можна надати допомогу хворим з кровоточивою виразковою хворобою дванадцятипалої кишки на більш якісному рівні, що значно знижує ризик рецидиву кровотечі та знижує відсоток летальних випадків.

ЛІТЕРАТУРА

1. Беляев А.В. Прогнозирование тяжести течения раннего послеоперационного периода у больных, оперированных по поводу желудочно-кишечного кровотечения // Клиническая хирургия. - 1997. - №5-6 - С.52-54.
2. Диагностика и лечение острого кровотечения в просвете пищеварительного тракта / В.Ф.Саенко, П.Г.Кондратенко, Ю.С.Семенюк и др. -Ровно, 1997. - 384 с.
3. Диагностическая и лечебная фиброгастроуденоскопия при острых желудочно-кишечных кровотечениях / Фомин П.Д., Шепетько Е.Н., Заплавский А.В. и др. //Актуальні проблеми невідкладної хірургії органів черевної порожнини та уrogenітального тракту. Респ. наук.-практ.конф. - Київ, 1996. - С.32-33.
4. Cllshieri A., Buess G., Perissat S. Operative Manual of Endoscopic Surgery // Springer-Verlag. - 1994, Vol. 1. - 347 p.
5. Mfrtin S.G. et aut. Helicobacter pylori and recurrent ulceration after highly selective vagotomy // Gastroenterol. Hepatol. - 1995. - Vol. 7, № 3. - P. 207-209.