

ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЙ МЕТОДОМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ КОАГУЛЯЦИИ

Стяжкина С.Н.¹, Алтапов А.В.², Ахтямзянов Т.Р.³, Галиев И.А.⁴

¹Стяжкина Светлана Николаевна – доктор медицинских наук, профессор,
кафедра факультетской хирургии;

²Алтапов Александр Викторович - студент;

³Ахтямзянов Тимур Рамилевич - студент;

⁴Галиев Ильдар Айдарович - студент,
лечебный факультет,

Ижевская государственная медицинская академия,
г. Ижевск

В настоящее время отмечается высокий темп развития и широкое внедрение в клиническую практику методов малоинвазивной хирургии с применением гибкой эндоскопии. Развитие современной гибкой эндоскопической техники сделало возможным не только проводить непосредственный осмотр всех полых органов брюшной полости, включая тонкую кишку и желчевыводящие протоки, но и выполнять ряд диагностических и лечебных манипуляций, направленных на выявление и коррекцию патологических изменений. Проблема кровотечений из желудочно-кишечного тракта сохраняет свою актуальность и по сей день. Больные с данной патологией в настоящее время составляют пятую часть от всех поступающих в хирургическое отделение. Эндоскопическое исследование позволяет не только установить источник кровотечения более чем у 95% больных, но и выполнить ряд манипуляций, направленных как на остановку кровотечения, так и на профилактику рецидивов кровотечения [1, 4, 5, 7]. В лечении гастродуоденальных кровотечений сегодня все большее значение получает эндоскопический гемостаз, являясь альтернативой хирургическому и обладая рядом преимуществ по сравнению с последним. Арсенал традиционных методов эндоскопического гемостаза (ЭГ), таких как орошение гемостатическими препаратами, инъекцирование, электро-коагуляция, в последнее время дополнился аргонотермической коагуляцией, физические характеристики которого обладают рядом уникальных качеств [2, 3, 8, 9]. Эффективная и надежная коагуляция благодаря выраженному эффекту десикации, а отсутствие карбонизации обеспечивает более быстрое заживление раны. 77 Бесконтактность способа, возможность аппликации в прямом и радиальном направлениях, а также с «поворотом за угол». Глубина коагуляции контролируема и ограничена (0,1-3 мм). Отсутствие дыма обеспечивает улучшение обзора. Мобильность и легкость обслуживания, сравнительно низкий уровень затрат на приобретение и эксплуатацию АПК-оборудования. Для оценки эффективности данного вида гемостаза, были проанализированы результаты методов гемостаза больных с гастродуоденальными кровотечениями с различной этиологией за 2014-2015 года 1-РКБ г. Ижевск. Наиболее часто встречаемым был желудочно-пищеводный разрывно- геморрагический синдром (синдром Меллори-Вейсса) – 20 случаев из 70 (28,5%). Далее по убыванию стали хроническая язва двенадцатиперстной кишки – 17 случаев (24,3%), хроническая язва желудка – 11 случаев (15,7%), острая язва желудка – 11 случаев (15,7%), желудочно-кишечное кровотечение неуточненной этиологии – 6 случаев (8,5%), острая язва двенадцатиперстной кишки – 4 случая (5,7%), другие уточненные болезни пищевода – 1 случай (1,4%). Язва желудка и 12-перстной кишки явилась более чем в половине случаев причиной массивных желудочно-кишечных кровотечений и обращений в стационар – 8 случаев (53%). По нашим данным, около 1/2 пациентов поступило с тяжелой степенью кровопотери, при этом 3/4 – с эндоскопической картиной нестабильного гемостаза FI – FII (по классификации J.F. Forrest), что явилось показанием к эндоскопическому гемостазу. Соотношение методов гемостаза при желудочно-кишечных кровотечениях в целом распределилось следующим образом: только медикаментозное лечение применялось в 54,2% (38 случаев), АПК использовалась в 45,7% (32 случая). Однократного применения АПК оказалось достаточным в 81,4% (57 случаев). Повторно АПК выполнена в 18,6% (13 случаев) при эндоскопической картине нестабильного гемостаза при ФГДС-контроле. Потребность в столь частом применении АПК возникла в связи с нестабильным гемостазом на фоне тяжелой сопутствующей патологии (заболевания печени, атеросклероза). Рецидив кровотечения после АПК произошел у 3 больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями (4,3%). Ни один пациент кровотечением из язвы желудка и 12 п.к. за период 2014-2015 года прооперирован не был. Подводя итог, можно сделать вывод, что эндоскопическая аргонотермическая коагуляция (АПК) является высокоэффективным методом гемостаза при желудочно-кишечных кровотечениях. Метод позволяет в подавляющем большинстве случаев добиваться окончательной остановки кровотечения. Применение АПК позволяет избежать или значительно снизить количество вынужденных операций.

Список литературы

1. *Алекберзаде А.В., Липницкий М.И.* Эндоскопический гемостаз у больных с кровоточащей пептической язвой // Хирургия, 2007. № 6. С. 63–66.
2. *Ефанов А.В.* Эффективность эндоскопической аргонно-плазменной коагуляции в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Тюмень, 2008. С. 4–8. 78 с.
3. *Машкин А.А., Хойрыш А.А., Ефанов А.В., Федосеева Н.Н.* Применение эндоскопической аргонно-плазменной коагуляции в лечении больных с острыми желудочно-кишечными и пищеводными кровотечениями различной этиологии: Пособие для врачей. Тюмень, 2008. С. 7–11.
4. *Мидленко В.И., Белоногов Н.И., Смолькина А.В.* Лечебно-диагностическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях // Хирургия, 2009. № 10. С. 64–67.
5. *Панцырев Ю.М., Михалёв А.И., Фёдоров Е.Д., Кузеев Е.А.* Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений // Хирургия, 2000. № 3. С. 21–27.
6. *Рыбачков В.В., Дряженков И.Г.* Осложненные гастродуоденальные язвы // Хирургия, 2008. № 3. С. 27–29.
7. *Aabakken L.* Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding // Endoscopy, 2008. Vol. 37. № 3. P. 195–200.
8. *Skok P., Krisman I., Skok M.* Argon plasma coagulation versus injection sclerotherapy in peptic ulcer hemorrhage. A prospective controlled study // Hepatogastroenterology, 2004. Vol. 51. P. 165–170.
9. *Watson J.P., Bennet M.K., Griffi S.M.* The tissue effect of argon plasma coagulation on esophageal and gastric mucosae // Gastrointest. Endosc., 2000. Vol. 52. P. 342–345.