

549.Эндоскопическая тактика при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Власов А.Ф.(1) Абдуллина Г.А.(1),
Хисамутдинова Р.И.(2), Филиппов И.В.(2)

Уфа

1.ФГОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства Здравоохранения Российской Федерации Институт дополнительного профессионального образования кафедра скорой помощи и медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузио

Актуальность: Острые кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта являются одной из актуальных проблем современной хирургии. Это связано с высокой частотой, рецидивированием, иногда трудностью диагностики, высокой летальностью и затратами на лечение данной группы больных. На показатели летальности влияет отсутствие общепринятой концепции лечения, сохраняющиеся разногласия по поводу показаний, сроков и объема оперативного вмешательства. По данным Багненко С.Ф. (2009), основной проблемой при использовании эндоскопического гемостаза является высокая частота рецидивов кровотечения – до 20–30%. Поэтому проблема прогнозирования рецидивов кровотечений и выбора метода надежного гемостаза остается актуальной. Материалы и методы: За период 2014-2016гг. в эндоскопическом отделении МУ ГКБ №18 г. Уфы осмотрено (ФГДС) 208 пациентов, поступивших с желудочно-кишечным кровотечением (ЖКК), из них мужчин было 160 (76%), женщин – 48 (37%). Чаще всего кровотечения возникают у лиц в возрасте 40-60 лет и старше 70 лет. По нашим данным основными источниками кровотечения были: язвы 12-перстной кишки (37%), синдром Маллори-Вейса (26%) и язвы желудка (25%). Наиболее редкими причинами кровотечения оказались: хроническая язва нижней трети пищевода - 0,96%, химический ожог пищевода – 0,48% и рак желудка – 0,96%. Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и пептических язв анатомозов (после резекции желудка по Бильрот-I, Бильрот-II) установлено у 9 (4,33%) и 7 (3,37%) человек соответственно, преимущественно у лиц мужского пола. Нами при активном кровотечении из желудка и 12-перстной кишки у 36 (53%) пациентов проводился гемостаз орошением источника кровотечения 96% раствором этилового спирта, у

21(31%) - обкалыванием язвенного дефекта 0,01% раствором адреналина, у 11(16%) - термокоагуляцией. Из данной группы больных после проведенного гемостаза у 6 пациентов (3-9%) отмечался рецидив кровотечения, больные были взяты на операцию. При продолжающемся кровотечении из нижней трети пищевода (синдром Маллори-Вейса, язва пищевода) проводилось обкалывание дефекта слизистой 0,01% раствором адреналина в 73% случаев, орошением 96% раствором этилового спирта – в 27% случаев. Эффективность составила 90% и 93% соответственно. Выводы: Кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта остается острой проблемой экстренной хирургии. Наиболее частой причиной кровотечений являются язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки, синдром Маллори-Вейса, кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и злокачественных опухолей. Эндоскопический метод диагностики кровотечений является на сегодня ведущим. Из эндоскопических способов лечения наиболее часто используются комбинированные методы гемостаза, такие как: диатермокоагуляция, инъекции сосудосуживающих средств, орошение этанолом. По нашим данным применение указанных методов позволило достичь безрецидивного гемостаза в 91-97% случаев при язвенных кровотечениях и в 90-93% случаев при наличии источника кровотечения в пищеводе. Но в ряде случаев эндоскопический гемостаз не может быть альтернативой или заменой открытой хирургии, а выполняет роль дополнительного метода диагностики кровотечений и их прогнозирования.