

5. Крамарь О. Г., Савченко Т. Н. // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. — 2010. — № 2 (34). — С. 3—7.

6. Уголовный Кодекс Российской Федерации (по состоянию на 12.09.2011 г.) — М.: СПАРК, 2012. — 426 с.

Контактная информация

Джуваляков Павел Георгиевич — к. м. н., доцент, начальник бюро судебно-медицинской экспертизы органа управления здравоохранением Астраханской области, e-mail: fred3@astranet.ru

УДК 616.33-002.44-005.1-072.1-08

АЛГОРИТМ ПРОГРАММНОГО ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ИНЪЕКЦИОННОГО ГЕМОСТАЗА В ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

А. В. Быков, Е. О. Захарова, А. Ю. Николаев, А. Ю. Орешкин

*Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра хирургических болезней и нейрохирургии факультета усовершенствования врачей*

Программный эндоскопический инъекционный гемостаз у 170 пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями был успешен в 107 (91 %) случаях из 118 у больных с дуоденальной и у 43 (83 %) из 52 с желудочной язвой. При снижении оперативной активности с 33 до 4%, в результате, общая летальность снижена с 10 до 3 %.

Ключевые слова: язвенная болезнь, кровотечение, эндоскопия, лечение.

THE TACTICS OF PROGRAMMED ENDOSCOPIC INJECTION HEMOSTASIS IN THE MANAGEMENT OF ULCERATIVE GASTRODUODENAL BLEEDING

A. V. Bykov, O. E. Zakharova, A. Y. Nikolaev, A. Y. Oreshkin

Programmed endoscopic injection hemostasis in 170 patients with ulcerative gastroduodenal bleeding was successful in 107 (91 %) of 118 cases in patients with duodenal ulcer and in 43 (83 %) of 52 cases of gastric ulcer. Due to a decrease of operative activity from 33 to 4 %, the total mortality was reduced from 10 to 3 %

Key words: ulcer, gastroduodenal bleeding, endoscopy, management.

В настоящее время комбинация эндоскопического гемостаза и интенсивной противоязвенной терапии у больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями (ЯГДК) все чаще выступает альтернативой традиционному хирургическому лечению [6, 8]. Современные методы лечебно-диагностической (диагностической) эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) позволяют добиться остановки продолжающегося кровотечения в 79,9—97 % случаев [9, 10].

В странах Европы и Америки принят термин «*peritculser*», объединяющий все эрозивные и язвенные дефекты слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки [7]. Международным Консенсусом 2010 [7] принята консервативная тактика эндоскопического гемостаза с использованием ингибиторов протонной помпы в качестве исключительных базовых антисекреторных препаратов.

Отечественная хирургическая школа не рассматривает острые симптоматические язвы как стадию язвенной болезни [1, 2]. Это отражено в классификации гастродуоденальных язв Пименова С. И. (2000), дополненной Гостищевым В. К. и Евсеевым М. А. (2005) [3]. Отсюда различия в подходе к лечению гастродуоденальных кровотечений (ГДК). Если для острых язв эндоскопический гемостаз считается предпочтительным, то при язвенной болезни, осложненной кровотечением, эндогемостаз в большинстве случаев является времен-

ной мерой, позволяющей приготовить пациента к оперативному вмешательству, а в случае рецидивного кровотечения не рассматривается вовсе [5].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Предложить клинически эффективный алгоритм программного эндоскопического гемостаза как метод окончательной остановки язвенных гастродуоденальных кровотечений.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

За 2007—2010 г. в хирургическую клинику ФУВ ВолгГМУ поступили 474 пациента с диагнозом острого ГДК: 368 (65 %) мужчин и 166 (35 %) женщин, в возрасте от 3 до 90 лет. В 322 (68 %) наблюдениях ГДК было основным диагнозом. В 32 % наблюдениях ГДК осложнило течение иной, конкурирующей, клинически значимой, в том числе угрожающей жизни, патологии. Чаще всего, в 26 % наблюдений, ГДК осложняло течение ишемической болезни сердца (ИБС) с острым коронарным синдромом и нарушениями ритма и гипертонической болезни (10 %). Пациенты с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, составили 124 (26 %) наблюдения, с язвенной болезнью желудка — 62 (13 %) (рис. 1).

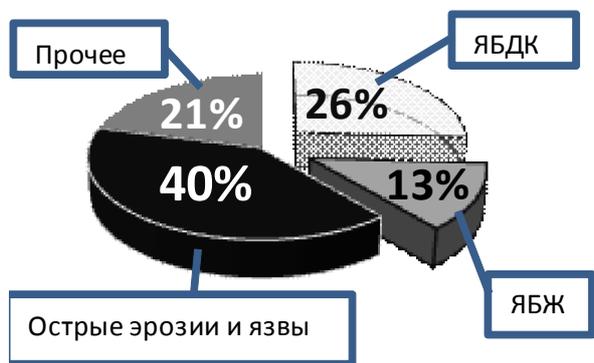


Рис. 1. Локализация источника кровотечения

Всем пациентам при поступлении после минимально необходимой подготовки выполнялась диалептическая ЭГДС. Источник кровотечения оценивался по Forrest J. A. N. и выполнялся первичный эндоскопический гемостаз инъекционным методом.

Мы применяли эндовазальное или паравазальное введение 2—4 мл спиртового 1,5%-го раствора этоксисклерола, с равным успехом (или в дополнение) паравазальное введение от 30 до 60 мл 0,01%-го раствора адреналина (официальный 0,1%-й раствор разводился физиологическим раствором в отношении 1:10), а также дополнительно субмукозно вводился физиологический раствор в объеме до 40 мл. Манипуляции выполнялись эндоскопами «Pentax» серий 29V и 29W; «Olympus GiFE» (Япония) с торцевым расположением

оптики и рабочим каналом 2,8 мм. Использовался инъе­ктор отечественного производства ТМТ «Ворсма».

По результатам клинических и эндоскопических данных выполнялась оценка тяжести кровотечения и вероятности его рецидива по шкале Rockall T. A. После чего хирургом, эндоскопистом и, при необходимости, реаниматологом определялась дальнейшая индивидуальная тактика ведения пациента: оперативная, консервативная или программный эндоскопический гемостаз.

Программный эндоскопический гемостаз (ПЭГ), по нашему определению, — это ряд последовательных, планируемых лечебно-диагностических эзофагогастро­дуоденоскопий, выполняющихся через определенные временные промежутки с целью визуального контроля источника кровотечения и лечебных манипуляций, направленных на достижение устойчивого гемостаза.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Взяв за основу известную методику [4] инъекционного эндоскопического гемостаза с применением растворов адреналина гидрохлорида и этоксисклерола (полидоканола), а также поставив задачу динамического наблюдения за источником кровотечения до достижения устойчивого гемостаза, мы, накапливая опыт, определили минимальный и максимальный объем вводимых растворов, оптимальные временные интервалы между лечебно-диагностическими вмешательствами в зависимости от местной картины (рис. 2).



Рис. 2. Схема алгоритма программного эндоскопического гемостаза

Представленный алгоритм ПЭГ регламентирует последовательность и характер действий эндоскописта, а также привлеченных для реализации данной тактической схемы специалистов: хирурга и реаниматолога. Основные положения алгоритма выглядят следующим образом:

1. Первичная ЭГДС должна выполняться в максимально короткие от поступления в стационар сроки.

2. Если на первичной ЭГДС источник кровотечения не визуализируется ввиду массивности геморрагии, и невозможно по этой причине адекватно подготовить больного к осмотру, значит ситуация выходит из компетенции эндоскописта.

3. Если визуализируется струйное кровотечение в ходу и источник классифицирован как Forrest Ia, выполняется попытка эндоскопического гемостаза (в нашем случае — инъекционного), при неудаче которого ситуация выходит из компетенции эндоскописта. При остановке кровотечения пациент помещается в отделение реанимации, где назначаются ингибиторы протонной помпы по интенсивной схеме (80 мг внутривенно, болюсно, затем капельно 8 мг/час в течение 72 ч), гемостатическая и заместительная терапия. Через временной интервал не более 6 часов пациенту выполняется лечебно-диагностическая ЭГДС с потенцированием гемостаза, то есть он ведется по схеме ПЭГ. Программный гемостаз выполняется далее через временные промежутки от 6 до 24 часов, в зависимости от местной картины, до достижения устойчивого гемостаза (Forrest III).

4. Если изначально визуализирован источник с диффузным инициальным капиллярным кровотечением в ходу (Forrest Ib), пациент ведется по алгоритму ПЭГ. Первый контроль назначается через 6—8 ч, поскольку в данном случае на лидирующее место по важности выходит использование во всей полноте медикаментозного выключения кислотного повреждающего фактора. Временной интервал в таких случаях тем короче, чем больше баллов получил пациент при первичной клинико-эндоскопической оценке по шкале Rockall.

5. При оценке источника кровотечения как Forrest IIac видимым сосудом в дне дефекта пациент ведется по схеме ПЭГ до оценки Forrest III. При этом желательна комбинация эндовазального введения склерозанта и паравазальной инфльтрации (или инфльтрации уже на первичном осмотре). Это позволяет несколько удлинить интервал между программными вмешательствами — с 6 до 8 часов и снизить вероятность рецидива. Отсутствие визуализации сосуда на втором осмотре не отменяет потенцирования гемостаза. Только отсутствие сосуда в дне язвы на последующих осмотрах дает повод отказаться от эндоскопических манипуляций и ограничиться медикаментозным лечением. Неустойчивый гемостаз в виде свежего, рыхлого сгустка в дне язвы требует потенцирования, путем создания мощного инфiltrата вокруг сгустка. Только после этого сгусток смывается со дна дефекта, но не срывается механически, поскольку в данном случае важен гемостаз, а

не вопрос о том, является ли сгусток сосудистым тромбом. В процессе контрольного осмотра, через 6—8 ч возможно механическое снятие сгустка.

6. Если же сгусток организованный и плоский (Forrest IIb), выполняется потенцирование гемостаза с назначением контроля через 12—24 ч, в зависимости от первичной оценки по шкале Rockall.

7. При констатации состоявшегося кровотечения (Forrest IIc) и оценке по шкале Rockall от 6 баллов и выше выполняется превентивный эндоскопический гемостаз с назначением контроля по клиническим показаниям. Исключение делается для пациентов с язвами IV типа по Джонсону — они контролируются через 24 ч.

Следует особо подчеркнуть, что программа ПЭГ осуществима при безусловной возможности проведения адекватной антисекреторной терапии. В противном случае эндогемостаз следует рассматривать как временную меру при подготовке к операции.

Рецидив ЯГДК, исходяно на классифицированного как Forrest Ia, не ведется по схеме ПЭГ.

Из 124 пациентов с хронической язвой двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, ПЭГ потребовался в 118 наблюдениях и в 107 (91 %) явился окончательным. В случае с язвенной болезнью желудка, из 62 наблюдений ПЭГ потребовался в 52, и в 43 (83 %) стал окончательным (рис. 3). 11 (9 %) больным с хронической язвой двенадцатиперстной кишки и 9 (17 %) больным с хронической язвой желудка после первичной неудачной попытки эндоскопического гемостаза или на контрольном осмотре через 2—6 ч выставлены показания к экстренному оперативному лечению.

После первичного эндогемостаза в 24 % случаев (36 больных) на контрольном осмотре продолжения ПЭГ не потребовалось. Остальным 114 пациентам потребовалось проведение программной эндоскопической гемостаза до достижения устойчивого. Количество программных эндоскопических вмешательств колебалось от 2 до 5, составив в среднем 3,2 вмешательства.

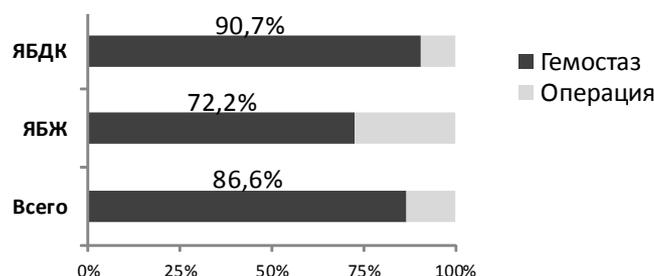


Рис. 3. Эффективность ПЭГ

Внедрение тактики ПЭГ позволило снизить долю оперированных больных с 33 до 4 % без ухудшения непосредственных результатов лечения. Общую летальность у пациентов с ЯГДК удалось снизить с 10 до 3 %.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Для окончательной остановки кровотечений из хронических язв желудка и двенадцатиперстной киш-

ки возможно применение программного эндоскопического гемостаза.

2. Эффективность ПЭГ определяется возможностью многократных диапневтических ЭГДС по разработанному алгоритму в обязательном сочетании с активной антисекреторной терапией.

3. Внедрение ПЭГ позволит сузить показания к экстренным хирургическим вмешательствам для окончательной остановки язвенных кровотечений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бокерия Л. А., Ярустовский М. Б., Шипова Е. А. Острые гастродуоденальные кровотечения в сердечно-сосудистой хирургии. — М., 2004. — С. 3, 7.

2. Гельфанд Б. Р., Мартынов А. Н., Гурьянов В. А. и др. // Хирургия Consilium medicum. — 2003. — Прил. 2. — С. 16—20.

3. Лебедев Н. В., Климов А. Е. Язвенные гастродуоденальные кровотечения. — М.: БИНОМ, 2010. — С. 10—13.

4. Оганесян С. С., Апоян В. Т., Чалтыкян Г. В. и др. // Энд. хирургия. — 2002. — № 1. — С. 9—15.

5. Тверитнева Л. Ф., Ермолов А. С., Утешев И. С. и др. // Хирургия. — 2003. — № 12. — С. 44—48.

6. Adamsen S., Norgaard B., Bendix J., et al. // A Nationwide Prospective Study Gastrointestinal Endoscopy. — 2006. — Vol. 63, Issue 5. — P. AB147.

7. Ann. Intern. Med. — 2010. — Vol. 152. — P. 101—113; www.annals.org.

8. Gevers A.- V., De Goede E., Simoens M., et al. // Gastrointest. endosc. — 2002. — Vol. 15, № 7. — P. 55, № 4. — P. 466—469.

9. Nahon S., Nouel O., Hagege H., et al. // Clin. gastroenterol. hepatol. — 2008. — Vol. 6 (8). — P. 886—892.

10. Theocharis G. J., Arvaniti V., Assimakopoulos S. F., et al. // World J. Gastroenterol. — 2008. — Vol. 14(25) — P. 4017—4053.

Контактная информация

Орешкин Андрей Юлианович — к. м. н., ассистент кафедры хирургических болезней и нейрохирургии ФУВ, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: andrejorshkin@yandex.ru

УДК 616-006.66. 089. 197.6: 611.637

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И РАДИКАЛЬНАЯ ПРОСТАТЭКТОМИЯ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ

И. В. Чернышев, А. А. Жернов, И. И. Абдуллин, Д. В. Алтунин, К. К. Каллаев

Научно-исследовательский институт урологии, Москва

На основании опыта применения фотодинамической диагностики с применением фотосенсибилизатора «Аласенс» во время выполнения открытой позадилоной и лапароскопической радикальной простатэктомии получены и проанализированы клинические результаты исследования. Метод фотодинамической диагностики дает возможность интраоперационно детектировать пораженные опухолью участки ложа предстательной железы и простаты с последующей их резекцией. Методика является перспективным методом снижения частоты положительного хирургического края.

Ключевые слова: рак предстательной железы, фотодинамическая диагностика, аласенс, положительный хирургический край.

PHOTODYNAMIC DIAGNOSTICS AND RADICAL PROSTATECTOMY: NEW POSSIBILITIES

I. V. Chernyshev, A. A. Zhernov, I. I. Abdullin, D. V. Altunin, K. K. Kallaev

We performed photodynamic diagnosis using a photosensitizer «Alasens» during open retropubic and laparoscopic radical prostatectomy and analyzed the clinical results of the study. The method of photodynamic diagnosis makes it possible to detect areas of the tumor bed of the prostate during the surgery with subsequent resection. The technique is a promising method for reducing the incidence of positive surgical margins.

Key words: prostate cancer, positive surgical margin, photodynamic diagnosis, alasense.

Критерием оценки эффективности радикальной простатэктомии (РПЭ) является онкоспецифическая выживаемость. Одним из главных факторов, влияющим на выживаемость, служит наличие остаточной опухоли, о чем свидетельствует положительный хирургический край (ПХК). По данным разных авторов, его частота после выполнения РПЭ составляет от 6 до 79 % [2, 4,

6, 7, 9]. Вероятность 5-летней безрецидивной выживаемости при ПХК составляет 6—86 % и 47—94,6 % при отрицательном статусе хирургического края [5, 8, 10].

В связи с этим актуальным является разработка метода интраоперационной диагностики остаточной опухоли ткани. К такому методу может быть отнесена фотодинамическая диагностика (ФД) [3].