

Эндоскопический гемостаз кровоточащих гигантских язв желудка и 12 перстной кишки у лиц пожилого и старческого возраста.

Жаров С.В., Романенков С.Н., Лысак С.И., Логинов Е.В.

Нефтеюганская городская больница, Нефтеюганск, ХМАО.

Цель исследования: оценить возможности эндоскопических методов в диагностике и лечении кровоточащих гигантских язв желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) у лиц пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы: Проведен анализ историй болезни 36 больных пожилого и старческого возраста с гигантскими язвами желудка и ДПК, осложненных кровотечением, находившихся на лечении в отделении хирургии. Возраст больных от 60 до 89 лет. Средний возраст составил $65,3 \pm 3,1$ лет. Мужчин 19 (52,8%), женщин – 17 (47,2%). Язвы желудка диагностированы в 19 (52,8%) случаях; ДПК - в 17 (47,2%).

Результаты и их обсуждение: Всем больным при поступлении проводилась экстренная фиброгастродуоденоскопия, определялся источник кровотечения, при продолжающемся кровотечении проводилась его эндоскопическая остановка и оценка риска рецидива кровотечения. В соответствии с классификацией Forrest, больные разделены на 3 группы: 1 - больные с активным кровотечением. (F1a,b); 2- больные с признаками недавнего кровотечения F2a,b,c; 3 - больные с эндоскопическими признаками стабильного гемостаза. 1 группа: 8 (22,2%) пациентов. Всем больным этой группы выполнялся эндоскопический гемостаз (ЭГ). В зависимости от источника кровотечения, его интенсивности выбирался тот или иной способ ЭГ: аппликационный гемостаз, инфильтрационный гемостаз, электрокоагуляция, аргоноплазменная коагуляция (АПК).

2 группа: 18 больных (50%). У больных этой группы, с высоким риском развития кровотечения F2a,b, так же выполнялся ЭГ.

3 группа: 10 (27,8%) больных, которым ЭГ был проведен с целью профилактики рецидива кровотечения.

В 1 группе результаты проведения гемостаза были следующими: у 3 пациентов достигнут устойчивый гемостаз; у 2 пациентов диагностировано активное кровотечение, попытки гемостаза безуспешны, у 3 пациентов после эндоскопического гемостаза, возник рецидив кровотечения. В этой группе оперированы 5 больных (не остановленное кровотечение и рецидив кровотечения после эндоскопического гемостаза) у 4 больных выполнена резекция желудка по Бильрот-2 (Б-2), у 1 – иссечение язвы, пилоропластика, СПВ. Умерла 1 больная после резекции желудка на высоте кровотечения.

Во 2 группе: у 12 пациентов после проведения ЭГ достигнут стабильный гемостаз F3, у 4 пациентов возник рецидив кровотечения, больные оперированы - выполнены гастрэктомия, субтотальная резекция желудка по Б-2, гастродуоденотомия, прошивание кровоточащей язвы с пилоропластикой, иссечение язв желудка; у 2 больных ЭГ выполнялся неоднократно, при контрольных гастроскопиях сохранялись признаки нестабильного гемостаза: 1 больной оперирован – выполнена резекция желудка по Б-2, больной умер; у другого – достигнут стабильный гемостаз после 3 ЭГ (АПК язвы).

Таким образом, в 72,2% наблюдений ЭГ при гигантских язвах желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненных кровотечением, оказался эффективен. У 2 пациентов операции выполнены в экстренном порядке в виду неэффективности ЭГ. В 22,2% случаев ЭГ не явился окончательным, но дал возможность провести адекватную предоперационную подготовку. Летальность составила 5,6%.