Эндоскопическая хирургия
2021, т. 27, №3, с. 45-47
https://doi.org/10.17116/endoskop20212703145

Endoscopic Surgery =
Endoskopicheskaya khirurgiya 2021, vol. 27, no 3, pp. 45-47
https://doi.org/10.17116/endoskop20212703145

Комбинированный способ гемостаза при кровотечении из язвы луковицы двенадцатиперстной кишки

© В.К. КОРЫТЦЕВ[1], С.С. СКУПЧЕНКО[2], А.М. КРАСНОСЛОБОДЦЕВ[2]

[1]ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, Самара Россия;
[2]ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова», Самара Россия

Резюме

В статье обсуждается лечение пациентов с язвенными дуоденальными кровотечениями. Приводится клиническое наблюдение лечения пациента с продолжающимся кровотечением из язвы двенадцатиперстной кишки путем применения вначале метода временной механической остановки кровотечения, а затем аргоноплазменной коагуляции язвенного дефекта.

Ключевые слова: *язвенное дуоденальное кровотечение, комбинированный гемостаз.*

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:
Корытцев В.К. — https://orcid.org/0000-0002-4324-3892
Скупченко С.С. — https://orcid.org/0000-0001-6668-7544
Краснослободцев А.М. — https://orcid.org/0000-0002-6350-5423
Автор, ответственный за переписку: Скупченко С.С. — e-mail: s-skupchenko@bk.ru

КАК ЦИТИРОВАТЬ:
Корытцев В.К., Скупченко С.С., Краснослободцев А.М. Комбинированный способ гемостаза при кровотечении из язвы луковицы двенадцатиперстной кишки. *Эндоскопическая хирургия.* 2021;27(3):45–47. https://doi.org/10.17116/endoskop20212703145

Combined method of hemostasis in case of bleeding from duodenal bulb ulcer

© V.K. KORYTSEV[1], S.S. SKUPCHENKO[2], A.M. KRASNOSLOBODTSEV[2]

[1]Samara State Medical University, Samara, Russia;
[2]N.I. Pirogov Samara Municipal Clinical Hospital No. 1, Samara, Russia

Abstract

The article discusses the treatment of patients with ulcerative duodenal bleeding. A clinical observation of the treatment of a patient with ongoing bleeding from a duodenal ulcer by initial applying the method of temporary mechanical stopping of bleeding, and then argon-plasma coagulation of the ulcer.

Keywords: *ulcer duodenal bleeding, combined hemostasis*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:
Korytsev V.K. — https://orcid.org/0000-0002-4324-3892
Skupchenko S.S. — https://orcid.org/0000-0001-6668-7544
Krasnoslobodtsev A.M. — https://orcid.org/0000-0002-6350-5423
Corresponding author: Skupchenko S.S. — e-mail: s-skupchenko@bk.ru

TO CITE THIS ARTICLE:
Korytsev VK, Skupchenko SS, Krasnoslobodtsev AM. Combined method of hemostasis in case of bleeding from duodenal bulb ulcer. *Endoscopic Surgery = Endoskopicheskaya khirurgiya.* 2021;27(3):45–47. (In Russ.). https://doi.org/10.17116/endoskop20212703145

Лечение пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями остается сложной проблемой современной медицины [1]. Внедрение в клиническую практику ингибиторов протонного насоса и различных методов эндоскопического гемостаза позволило улучшить результаты лечения больных этой категории [2, 3]. При этом у ряда пациентов старшего возраста с тяжелой сопутствующей патологией эндоскопический гемостаз является методом выбора при язвенном гастродуоденальном кровотечении. В клинической практике возникают ситуации, когда стандартные методы эндоскопического гемостаза не удается



Луковица двенадцатиперстной кишки, обтурированная желудочной манжетой зонда Блекмора.

The duodenal bulb is obturated with a gastric cuff of Blackmore tube.

применить по тем или иным причинам. И это требует применения нестандартных решений. Иллюстрируем данное положение клиническим примером.

Клиническое наблюдение. Больная *У.*, 88 лет поступила 21.02.20 в Самарскую городскую клиническую больницу №1 им. Н.И. Пирогова с жалобами на слабость, головокружение, одышку, лихорадку, рвоту «кофейной гущей», мелену. Лихорадка в течение недели. Общее состояние тяжелое. В легких ослабленное в нижних отделах дыхание, слева — сухие хрипы и крепитация. $SatO_2$ 97%, пульс 103 уд/мин, АД 120/50 мм рт.ст. При поступлении гемоглобин 108 г/л; эритроциты $3{,}29 \cdot 10^{12}$/л; лейкоциты $6{,}3 \cdot 10^9$/л; тромбоциты $145 \cdot 10^9$/л. Группа А(II) Rh (+). МНО 1,38; ПТИ 60%; АЧТВ 32,4 с.; протромбиновое время 15,3 с; фибриноген 3,52 г/л; глюкоза 7,2 ммоль/л; билирубин 23,2 мкмоль/л; белок 52,3 г/л; мочевина 7,9 ммоль/л; креатинин 64,3 мкмоль/л. Данные фиброгастродуоденоскопии (ФГДС): луковица двенадцатиперстной кишки (ДПК) заполнена рыхлым тромбом, дефект слизистой оболочки не визуализируется, подтекания крови нет. Отмыть сгусток технически невозможно. Выставлен диагноз: обострение язвенной болезни ДПК, осложненной кровотечением. Кровопотеря средней степени тяжести. F2b. Внебольничная пневмония слева. ИБС. Перенесенный инфаркт миокарда неизвестной давности. Хроническая сердечная недостаточность 2а—2б степени. ГБ 3-й степени, риск 4. Сахарный диабет 2-го типа, инсулинопотребный.

Больная получала стандартное консервативное лечение по поводу язвенного дуоденального кровотечения. Через 7 ч выполнена контрольная ФГДС, при которой выявили поступление алой крови из луковицы ДПК, которая была заполнена рыхлыми сгустками. Отмыть сгусток и установить источник кровотечения не удалось. Больной предложено оперативное лечение, от которого она отказалась. С учетом отсутствия видимого источника кровотечения решено применить обтурацию луковицы ДПК с целью остановки продолжающегося кровотечения. В качестве обтуратора использовали зонд Блекмора **(рисунок)**. Желудочный баллон зонда Блекмора раздут в луковице ДПК, тампонада луковицы ДПК, подтекание крови прекратилось.

Продолжено консервативное лечение. Состояние пациентки оставалось стабильным. Было перелито 1150 мл свежезамороженной плазмы и 760 мл эритроцитной взвеси; 22.02.20 гемоглобин 100 г/л; эритроциты $3{,}21 \cdot 10^{12}$/л; лейкоциты $6{,}5 \cdot 10^9$/л; тромбоциты $198 \cdot 10^9$/л.

Через 36 ч после установки зонда Блекмора выполнена третья ФГДС, при которой подтекания крови не было, зонд Блекмора удален, на задней стенке луковицы ДПК диагностирован дефект слизистой оболочки диаметром 1,5 см, в центре плотный темный тромб. Кровотечение F2b. Выполнена аргоноплазменная коагуляция краев и дна язвенного дефекта, сформирован коагуляционный струп.

Данные обследования от 24.02.20: гемоглобин 95 г/л; эритроциты $3{,}03 \cdot 10^{12}$/л; лейкоциты $8{,}0 \cdot 10^9$/л; тромбоциты $146 \cdot 10^9$/л. Дальнейшее лечение пациентки проходило без особенностей. При контрольной ФГДС 06.03.20 на задневерхней стенке луковицы ДПК выявлен дефект слизистой оболочки диаметром 0,4 см с краевой эпителизацией.

Выписана из хирургического стационара 06.03.20 в стабильном состоянии.

Обсуждение

Посредством предлагаемого способа гемостаза удалось остановить продолжающееся дуоденальное кровотечение и при повторном исследовании визуализировать источник кровотечения и применить эндоскопический гемостаз. Способ гемостаза с помощью тампонирования луковицы ДПК может быть использован как метод временной остановки кровотечения из луковицы ДПК при невозможности применить метод эндоскопической остановки продолжающегося кровотечения или с целью остановки продолжающегося кровотечения на время короткой предоперационной подготовки. Недостатками зонда Блекмора в такой ситуации являются блокирование оттока содержимого из желудка на уровне луковицы ДПК и трудности при заведении зонда в луковицу ДПК. Для устранения этих недостатков был разработан «зонд для остановки кровотечения из дуоденальной язвы» (патент РФ на изобретение 2218948). Этот зонд отличается от зонда Блекмора отсутствием пищеводной манжеты, наличием отверстий в зонде дистальнее желудочной манжеты (для дренирования содержимого желудка через тампонированную луковицу ДПК) и приспособлением, облегчающим заведение зонда в луковицу ДПК (петля из нити проксимальнее манжеты).

Заключение

Продемонстрирован случай комбинированного способа гемостаза из луковицы двенадцатиперстной кишки с использованием зонда обтуратора для остановки продолжающегося язвенного дуоденального кровотечения. Для определения реальной эффективности и безопасности метода целесообразны дальнейшие исследования.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
The authors declare no conflicts of interest.

ЛИТЕРАТУРА/LITERATURE

1. Гостищев В.К., Евсеев М.А. *Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии*. Руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2008.
Gostishchev VK, Evseev MA. *Gastroduodenal bleeding of ulcerative etiology.* A guide for physicians. M.: GEOTAR-Media; 2008. (In Russ.).
2. Евсеев М.А. *Антисекреторные препараты в неотложной хирургической гастроэнтерологии.* Гл. 3. Антисекреторная терапия при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях. М.: КВАН; 2009.
Evseev MA. *Antisecretory drugs in emergency surgical gastroenterology.* Chapter 3 Antisecretory therapy for acute gastroduodenal ulcerative bleeding. M.: KVAN; 2009. (In Russ.).
3. Cipolletta L, Bianco MA, Marmo R. Endoclips versus heater probe in preventing early recurrent bleeding from peptic ulcer: a prospective and randomized trial. *Gastrointes Endosc.* 2001;53:147-151. https://doi.org/10.1067/mge.2001.111386

Поступила 21.12.2020
Received 21.12.2020
Принята к печати 17.01.2021
Accepted 17.01.2021

Комментарий

Безусловно, вызывает интерес описываемый авторами нестандартный подход к эндоскопическому гемостазу. Правда, в названии статьи не отражена суть методики гемостаза, а зря. Следует отметить несколько важных моментов по тактике. В описываемом клиническом наблюдении при первом эндоскопическом исследовании не установлен источник кровотечения. Сам факт, что дефект слизистой оболочки не определяется, имеется рыхлый сгусток, закрывающий вероятную язву, а также кровотечение, стратифицированное авторами как Forest2B, служит показанием к продолжению эндоскопического вмешательства с целью установления источника кровотечения и обязательной эндоскопической профилактике(!) рецидива кровотечения. Необходимо опираться на клинические рекомендации Российского общества хирургов (РОХ), утвержденные на согласительной конференции 2014 г. в Воронеже (клинические рекомендации на сайте РОХ).

Весьма оригинальное использование баллонного зонда Блекмора является интересным решением для этого клинического наблюдения, хотя авторы, принимая такое решение, могли рассчитывать на успех лишь в случае неартериального кровотечения. В случае артериального кровотечения эффективность подобного гемостаза сомнительна и риск рецидива высок. Вызывает сомнение целесообразность такого длительного применения баллона в луковице — 36 ч. Раздутый баллон может привести к выраженным трофическим нарушениям в слизистой оболочке луковицы двенадцатиперстной кишки. Контролировать эффективность гемостаза с помощью зонда Блекмора практически невозможно.

Затруднительно рекомендовать описанную авторами методику гемостаза для применения в широкой практике, хотя создание специального баллона — соответствующего размеру луковицы двенадцатиперстной кишки, а также дополнительные технические усовершенствования — петля для заведения через привратник с помощью цапки, вероятно, позволят приблизить данную методику к непосредственному применению в практике. Хотя мы все должны понимать, что временный гемостаз баллоном требует незамедлительного применения эффективных методов эндоскопического гемостаза и профилактики рецидива кровотечения.

Считаю необходимым при язвенном кровотечении следовать рекомендациям, разработанным коллективом экспертов (Воронеж, 2014) и утвержденных на съезде хирургов.

Заместитель главного внештатного
эндоскописта МЗ РФ
проф. Юрий Геннадьевич Старков