

УДК 616-005.1



В. Г. Гуцулюк¹, О. В. Осипенко¹, Б. Н. Гатайло¹, А. С. Дюжев^{1, 2}

¹ Одесская областная клиническая больница

² Одесский национальный медицинский университет

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ИНЪЕКЦИОННОГО ИНФИЛЬТРАЦИОННОГО ГЕМОСТАЗА С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТОВ ТРАНЕКСАМОВОЙ И АМИНОКАПРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Цель работы — сравнить эффективность эндоскопического инъекционного инфильтрационного гемостаза с применением препаратов транексамовой и аминокaproновой кислоты при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта разной этиологии.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 76 больных с кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта разной этиологии, находившихся на лечении в Одесской областной клинической больнице в период с 2014 по 2016 г.

Результаты и обсуждение. В целом у 48 (76 %) больных с кровотечением F1b, F2a и F2b удалось достичь надежного окончательного гемостаза: в группе, в которой использовали препарат транексамовой кислоты, — у 76,9 %, в группе, в которой использовали препарат аминокaproновой кислоты, — у 46,15 %. У 6 (23,10 %) пациентов первой группы и у 22 (53,85 %) — второй после проведения манипуляции возникли сомнения в надежности гемостаза из-за наличия признаков рецидива кровотечения. В связи с этим данные больные были прооперированы.

Выводы. Подавления фибринолиза как составляющей гипокоагуляционного синдрома, развивающегося при желудочно-кишечных кровотечениях в большинстве случаев у пациентов, которым проводили эндоскопический инъекционный инфильтрационный гемостаз, можно добиться, используя препарат транексамовой кислоты.

Ключевые слова: эндоскопический инъекционный инфильтрационный гемостаз, транексамовая кислота, аминокaproновая кислота.

Кровотечения в просвет желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) — одна из самых сложных и актуальных проблем в желудочной хирургии, что связано с высокой летальностью, послеоперационными осложнениями и затратами на лечение [1, 2].

Уровень смертности в развитых странах составляет от 5 до 15 %, а летальность при рецидиве кровотечения — 10—30 % [3, 4]. Общая летальность после экстренных операций по поводу желудочно-кишечных кровотечений — 10—15 % [2].

Существует большое количество способов эндоскопического гемостаза: электрокоагуляция

кровооточающего сосуда, клипирование его, введение подслизистых инъекций, наложение эндолигатур, применение тепловых зондов, аргоноплазменная коагуляция и т. д. [3, 5]. При всем разнообразии методов наиболее доступным и менее безопасным является инъекционный гемостаз [5], но данные об эффективности использования разных гемостатических препаратов отсутствуют. Нет четких указаний и обоснований, когда и при каком источнике кровотечения, при какой его локализации и степени интенсивности кровотечения должны применяться эндоскопические методы гемо-

Дюжев Александр Сергійович, лікар-хірург вищої категорії, к. мед. н., асистент кафедри хірургії № 1
E-mail: dyuzhev@rambler.ru

© В. Г. Гуцулюк, О. В. Осипенко, Б. Н. Гатайло, О. С. Дюжев, 2016

стаза, когда должна быть показана экстренная хирургическая операция. Изложенное обуславливает актуальность изучения эффективности гемостатических препаратов при использовании инъекционного эндоскопического гемостаза у больных с острыми кровотечениями из верхних отделов ЖКТ.

Цель работы — сравнить эффективность эндоскопического инъекционного инфильтрационного гемостаза с применением препаратов транексамовой и аминокaproновой кислоты при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта разной этиологии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ результатов лечения 76 больных с кровотечениями из верхних отделов ЖКТ разной этиологии, находившихся на лечении в Одесской областной клинической больнице в период с 2014 по 2016 г.

У 76 пациентов исследовали эффективность инъекционного гемостаза с использованием препарата транексамовой и аминокaproновой кислоты. Все больные госпитализированы в ургентном порядке. Возраст пациентов составлял от 25 до 72 лет. Среди больных преобладали мужчины (62 (81 %)). У больных первой группы (39 (51 %)) для инъекционного гемостаза использовали препарат транексамовой кислоты («Тугина»), у пациентов второй группы (37 (49 %)) — раствор аминокaproновой кислоты в разведении с раствором NaCl 0,9 % в соотношении 1 : 1. Количество вводимого раствора составляло от 8 до 10 мл. По возрастным и этиологическим критериям группы были репрезентативны.

Кровотечения из гастродуоденальных язв имели место у 36 (48 %) больных, кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода при декомпенсированной портальной гипертензии — у 14 (22 %), кровотечение при синдроме Маллори — Вейсса — у 6 (9 %), эрозивные кровотечения на фоне длительного приема антикоагулянтов и нестероидных противовоспалительных препаратов — у 10 (14 %).

У 2 (1 %) пациентов были кровотечения, связанные с сосудистыми мальформациями желудка, еще у 2 (1 %) — распадающийся рак желудка.

В структуре кровотечений из гастродуоденальных язв наибольшее количество эпизодов было обусловлено острыми язвами. Кровотечения при острой язве желудка незначительно преобладали над кровотечениями дуоденальной локализации. Для определения хирургической тактики лечения пациентов использовали общепринятую классификацию кровотечений по Forrest [2]:

- при кровотечении F1a выполняли неотложное хирургическое вмешательство;
- при кровотечении F1b выполняли временный эндоскопический гемостаз, окончательный

гемостаз оценивали через 48 ч с программируемыми эндоскопическими исследованиями каждые 4 ч в течение первых 24 ч. При рецидивирующих кровотечениях и неэффективности эндоскопического гемостаза осуществляли оперативное вмешательство хирургическим путем;

- при кровотечении F2a в случае отсутствия признаков активного кровотечения, если по данным эндоскопии сохранялась угроза повторного кровотечения — прибегали к инъекционному гемостазу. Но данная тактика исключается при отсутствии хирурга, владеющего техникой эндоскопического гемостаза, либо при отсутствии необходимого инструментария;
- при кровотечении F2b проводили эндоскопический гемостаз в сочетании с консервативной медикаментозной терапией;
- при кровотечении F2c эндоскопический гемостаз не показан, данной группе больных проводили консервативную терапию.

Эффективность эндоскопического гемостаза оценивали по остановке кровотечения, надежность — по риску рецидива кровотечения после гемостаза, безопасность — по отсутствию хирургических осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

У 22 (30 %) пациентов с F1b выполнили инъекционный инфильтрационный эндоскопический гемостаз. У этих больных фиброгастродуоденоскопический контроль проводили каждые 4 ч и при необходимости повторяли эндоскопический гемостаз подслизистой инъекцией. У 4 (36,4 %) больных первой группы и у 8 (72,8 %) — второй возникли сомнения в надежности эндоскопического гемостаза из-за наличия признаков продолжающегося кровотечения, что было показанием к экстренной операции и окончательному гемостазу. У 7 (63,6 %) больных первой группы с F1b и у 3 (27,3 %) — второй группы с F1b оперативного вмешательства удалось избежать.

У 43 (57 %) пациентов диагностировано кровотечение F2a (у 21 — первой группы и у 22 — второй). У 16 пациентов (у 2 (9,52 %) — первой группы и у 14 (63,64 %) — второй) возникли сомнения в надежности эндоскопического гемостаза, о чем свидетельствовали сгустки крови на язве при повторной фиброгастродуоденоскопии, наличие жидкости типа «кофейной гущи», что было показанием к оперативному вмешательству и окончательному гемостазу. У 19 (90,48 %) больных с F2a первой группы и у 8 (36,64 %) — второй оперативные вмешательства не проводили.

У всех пациентов с F2b в обеих группах рецидива кровотечения не отмечено.

У 1 больного из второй группы с F2b возник эпизод рецидива кровотечения на фоне гипертонического криза, что не учитывалось нами при оценке результатов. Этому пациенту был выпол-

Т а б л и ц а
Эффективность эндоскопического гемостаза (n = 76)

Показатель	Первая группа (n = 39)		Вторая группа (n = 37)	
	Окончательный гемостаз	Сомнительный гемостаз	Окончательный гемостаз	Сомнительный гемостаз
Уровень кровотечения				
F1b (n = 22)	7 (63,64 %)	4 (36,36 %)	3 (27,27 %)	8 (72,73 %)
F2a (n = 43)	19 (90,48 %)	2 (9,52 %)	8 (36,36 %)	14 (63,64 %)
F2b (n = 11)	7 (100 %)	0	4 (100 %)	0
Количество больных, %	76,90	23,10	46,15	53,85

нен эндоскопический гемостаз способом эндоскопического клипирования культи кровоточащего сосуда. На фоне управляемой гипотонии удалось избежать оперативного вмешательства. Рецидивов кровотечения у больных с F2b независимо от вида используемого инъекционного препарата не наблюдали.

В целом у 48 (76 %) больных с кровотечением F1b, F2a и F2b удалось достичь надежного окончательного гемостаза: в первой группе — у 76,9 %, во второй — у 46,15 %. У 6 (23,10 %) пациентов первой группы и у 22 (53,85 %) — второй после проведения манипуляции возникли сомнения в надежности гемостаза из-за наличия признаков рецидива кровотечения. В связи с этим данные больные были прооперированы.

Инъекционный эндоскопический гемостаз с использованием транексамовой и аминокaproновой кислоты при кровотечении уровней F2a—F2b является эффективным и надежным, особенно в первой группе. Менее надежным оказался инъекционный гемостаз у больных с F1b (таблица).

Эффективность эндоскопического инъекционного гемостаза с использованием транексамовой кислоты у пациентов при кровотечении уровней F1b и F2a оказалась на 50 % выше по сравнению с группой пациентов, у которой использовали аминокaproновую кислоту.

Конфликта интересов нет.

Участие авторов: концепция и дизайн исследования — В. Г., О. О., Б. Г., А. Д.; сбор и обработка материала — В. Г., О. О., Б. Г.; написание текста — В. Г., А. Д.; редактирование — А. Д.

ВЫВОДЫ

Эндоскопический гемостаз можно использовать как альтернативу оперативным вмешательствам при кровотечениях уровней F1b, F2a, F2b.

При наличии необходимой аппаратуры и специалиста эндоскопический инъекционный гемостаз при кровотечении уровней F1b, F2a может быть стандартом в лечении кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Эндоскопическая оценка интенсивности кровотечения по Forrest позволяет разработать четкую последовательность действий, объективные показания к эндоскопическому гемостазу, хирургической операции, что значительно улучшает результаты эндоскопического и хирургического лечения больных с кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Подавления фибринолиза как звена гипокоагуляционного синдрома развивающегося при желудочно-кишечных кровотечениях в большинстве случаев у пациентов, которым проводили эндоскопический инъекционный инфильтрационный гемостаз, можно добиться, используя препарат транексамовой кислоты.

Транексамовая кислота («Тугина») может дополнить арсенал используемых препаратов и стать неотъемлемой частью эндоскопического инъекционного инфильтрационного гемостаза, особенно при кровотечениях F1b и F2a.

Литература

- Братусь В. Д. Новые тенденции в лечении больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями // Укр. журн. малоінвазивної ендоскопічної хір. — 2001. — № 1. — С. 56.
- Шалимов А. А., Полупан В. Н. Операции на желудке и двенадцатиперстной кишке. — М.: Медицина, 2002.
- Фомин П. Д., Никишаев В. И. Кровотечения из верхних отделов

- желудочно-кишечного тракта: причины, факторы риска, диагностика, лечение // Здоров'я України. — 2010. — № 5. — С. 8—11.
- Chung I. K., Kim E. J., Lee M. S. et al. Endoscopic factors predisposing to rebleeding following endoscopic haemostasis in bleeding peptic ulcers // Endoscopy. — 2001. — Vol. 33. — P. 969—975.
- Thomopoulos K. C., Mitropoulos J. A., Katsakoulis E. C. et al. Factors associated with failure of endoscopic injection haemostasis in bleeding peptic ulcers // Gastroenterol. — 2001. — Vol. 36 (6). — P. 664—668.

В. Г. Гуцулюк¹, О. В. Осипенко¹, Б. Н. Гатайло¹, О. С. Дюжев^{1,2}

¹ Одеська обласна клінічна лікарня

² Одеський національний медичний університет

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЕНДОСКОПІЧНОГО ІН'ЕКЦІЙНОГО ІНФІЛЬТРАЦІЙНОГО ГЕМОСТАЗУ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ПРЕПАРАТІВ ТРАНЕКСАМОВОЇ ТА АМІНОКАПРОНОВОЇ КИСЛОТИ ПРИ КРОВОТЕЧАХ З ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Мета роботи — порівняти ефективність ендоскопічного ін'екційного інфільтраційного гемостазу із застосуванням препаратів транексамової та амінокапронової кислоти при кровотечах з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту різної етіології.

Матеріали і методи. Проведено аналіз результатів лікування 76 хворих з кровотечами із верхніх відділів шлунково-кишкового тракту різної етіології, котрі перебували в Одеській обласній клінічній лікарні у період з 2014 до 2016 р.

Результати та обговорення. В цілому у 48 (76 %) хворих з кровотечами F1b, F2a і F2b вдалося досягнути надійного остаточного гемостазу: у групі, в якій використовували транексамову кислоту, — у 76,9 % пацієнтів, у групі, в якій використовували амінокапронову кислоту, — у 46,15 %. У 6 (23,10 %) пацієнтів першої групи та у 22 (53,85 %) — другої після проведення маніпуляцій виникли сумніви в надійності гемостазу через наявність ознак рецидиву кровотечі. У зв'язку з цим хворих було прооперовано.

Висновки. Пригнічення фібринолізу як складової гіпокоагуляційного синдрому, який розвивається при шлунково-кишкових кровотечах, у більшості випадків у пацієнтів, котрим виконували ендоскопічний ін'екційний інфільтраційний гемостаз, можна досягти за рахунок використання препарату транексамової кислоти.

Ключові слова: ендоскопічний ін'екційний інфільтраційний гемостаз, транексамова кислота, амінокапронова кислота.

V. G. Gutsuluk¹, O. V. Osipenko¹, B. N. Gataylo¹, O. S. Dyuzhev^{1,2}

¹ Odesa Regional Clinical Hospital

² Odesa National Medical University

ENDOSCOPIC HEMOSTASIS WITH TRANEXAMIC AND AMINICAPRONIC ACIDS INJECTION. THE COMPARATIVE EFFECTIVENESS FOR UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING

The aim — to compare the endoscopic hemostasis effectiveness with tranexamic and aminicaproinic acids injection for upper gastrointestinal bleeding of different etiology.

Materials and methods. The treatment results of 76 patients treated in hospital from 2014 to 2016 for different types of upper gastrointestinal bleeding have been analyzed.

Results and discussion. Successful hemostasis has been achieved in 48 patients (76 %) with Forrest 1b, Forrest 2a, and Forrest 2b bleeding degree: the use of tranexamic acid in group resulted in 76.9 %, aminicaproinic acid — in 46.1 % of patients. In 6 (23.1 %) patients from group I, and in 22 (53.8 %) patients from group II hemostasis was uncertain because of re-bleeding signs and they have been further operated.

Conclusions. The fibrinolysis inhibition as a part of gastrointestinal bleeding hypocoagulation syndrome, in majority of cases could be successfully achieved by the use endoscopic hemostasis with tranexamic acid injection.

Key words: endoscopic injection hemostasis, tranexamic acid, aminicaproinic acid.