РАЗДЕЛ III. МЕДИЦИНА

Амарантов Д.Г., Оревков Е.Б., Спиридонова Е.В., Алиева Э.С., Павлова В.Н.,
Стринкевич А.В.

**Применение различных методов эндоскопического гемостаза при кровотечениях
вследствие артериовенозных мальформаций желудочно-кишечного тракта**

*ФГБОУ ВО ПГМУ им. ак. Е.А.Вагнера Минздрава России
(Россия, Пермь)*

doi: 10.18411/lj-02-2021-27

ids: lj-02-2021-27

Аннотация

Цель. Улучшить результаты диагностики и лечения поражения Дъелафуа путем выявления нюансов его клинического течения и анализа применения разных видов эндоскопического гемостаза у пациентов с данным синдромом.

Методы и материалы. Выполнен анализ 21 истории болезни пациентов с поражением Дъелафуа.

Результаты. 66,6% больных с поражением Дъелафуа были мужчинами, 61,9% пациентов находились в возрастной категории 40-59 лет. При поступлении всем пациентам выполнили фиброэзофагогастродуоденоскопию в сочетании с последующим эндоскопическим гемостазом. Рецидив кровотечения произошел у 4 пациентов после орошения спиртом и клипирования. При комбинации орошения спиртом с аргонплазменной коагуляцией рецидивов не наблюдали.

Заключение. Самым эффективным методом эндоскопического гемостаза при поражении Дъелафуа показало себя сочетание орошения спиртом с аргонплазменной коагуляцией.

Ключевые слова: синдром Дъелафуа, кровотечения, фиброэзофагогастродуоденоскопия.

Abstract

Goal. Improve the results of diagnosis and treatment of Dieulafoy lesion by identifying the nuances of its clinical course and analyzing the use of different types of endoscopic hemostasis in patients with this syndrome.

Methods and materials. The analysis of 21 case histories of patients with Dieulafoy lesion was performed.

Results. 66.6% of patients with Dieulafoy lesion were men, 61.9% of patients were in the age category of 40-59 years. Upon admission, all patients underwent fibroesophagogastroduodenoscopy in combination with subsequent endoscopic hemostasis. Recurrent bleeding occurred in 4 patients after alcohol irrigation and clipping. With the combination of irrigation with alcohol with argon plasma coagulation recurrence was not observed.

Conclusion. The most effective method of endoscopic hemostasis in lesions Dieulafoy showed a combination of irrigation with alcohol with argon plasma coagulation.

Keywords: syndrome Dieulafoy, bleeding, fibroesophagogastroduodenoscopy.

Желудочно-кишечные кровотечения являются одной из главных проблем и причин летальности в экстренной хирургии [1, 2]. Среди причин кровотечений существует ряд редких и опасных заболеваний [3]. К ним относится поражение Дъелафуа - мальформация, которая характеризуется аномальным развитием сосудов подслизистого слоя без воспаления, при разрыве которых возникает обильное кровотечение [1, 3, 4].

Лечение поражения Дъелафуа остается нерешенной до конца задачей в силу малоэффективности консервативного лечения, так как сосуды подслизистого слоя неподвижны по отношению к мышцам желудка и не спазмируются [3].

В настоящее время эндоскопические методики являются основополагающими в лечении самых разных хирургических заболеваний [5]. При лечении поражения Дъелафуа используются эндоскопическое клипирование, инъекционный гемостаз и термический гемостаз [1, 2, 6].

Совершенствование диагностики и лечения является одной из главных целей при лечении любой патологии [7, 8]. В виду редкой встречаемости синдрома Дъелафуа (до 1% всех гастро-дуоденальных кровотечений), и как следствие недостающего опыта работы, нет единогласного мнения в выборе тактики лечения [1, 3, 6].

Цель работы: Улучшить результаты диагностики и лечения поражения Дъелафуа путем выявления нюансов его клинического течения и анализа применения разных видов эндоскопического гемостаза у пациентов с данным синдромом.

Материалы и методы: выполнен анализ 21 истории болезни пациентов с поражением Дъелафуа, находившихся на лечении в отделении хирургии ГКБ им. М.А.Тверье города Перми. Исследованы особенности клинического течения и лабораторных данных, результаты фиброэзофагогастродуоденоскопии (ФЭГДС), эндоскопического и оперативного методов лечения и их итоговые результаты.

Результаты: Среди пациентов с поражением Дъелафуа большинством являлись мужчины – их было 14 (66,6%). В то же время женщин было всего 7 человек (33,4%). Основная часть больных были трудоспособного возраста. Большинство больных было в возрасте 40-59 лет – 13 (61,9%) человек. В возрастной группе 60-79 лет больных было 5 (23,8%). Двое (9,5%) больных были в группе 20-39 лет и 1 (4,8%) больной был в группе старше 80 лет. В среднем, возраст мужчин с поражением Дъелафуа составил $52,8 \pm 11,9$ года, а женщин $53,2 \pm 11,7$ года.

Обычно, источник кровотечения при поражении Дъелафуа локализуется на задней стенке по малой кривизне желудка, в 6 см от гастроэзофагеального перехода [1, 2, 4, 6, 9]. В нашем исследовании у всех больных поражения локализовались так же на задней стенке кардиального отдела желудка.

У исследуемых встречалась кровопотеря только средней и тяжелой степени тяжести, 5 (23,8%) и 16 (76,2%) пациентов соответственно (по А.И. Горбашко (1982)). Всем больным потребовалось проведение гемотрансфузии.

При ФЭГДС у больных были обнаружены три эндоскопических варианта поражения Дъелафуа по N.M. Du с соавторами (1995) [4].

У 16 (76,2%) больных была эндоскопическая картина 1 типа, представленная артериальным кровотечением из небольшого (менее 3 мм) дефекта не измененной, выступающей в виде полипа слизистой оболочки.

У 2 (9,5%) пациентов выявили эндоскопическую картину 2 типа. Был обнаружен тромбированный сосуд без активного кровотечения выступающий из поверхностного дефекта неизмененной слизистой оболочки.

У 3 (14,3%) пациентов обнаружили эндоскопическую картину 3 типа. У них был найден фиксированный сгусток в небольшом поверхностном дефекте неизмененной слизистой оболочки диаметром до 3 мм.

При выполнении ФЭГДС всем больным был проведен успешный гемостаз. Использовали инъекционный гемостаз, аргонплазменную коагуляцию, клипирование сосудов и орошение спиртом.

Орошение спиртом было применено у 1 (4,8%) больного с третьим типом эндоскопической картины поражения Дъелафуа. Однако у данного больного в дальнейшем был установлен рецидив кровотечения.

У 2 (9,5%) пациентов был использован инъекционный гемостаз, при этом в 1 (4,8%) случае был рецидив кровотечения.

Клипирование сосуда было выполнено у 3 (14,3%) пациентов. У двух (9,5%) из них на 2-е сутки произошел рецидив кровотечения.

15 (71,4%) пациентам был выполнен гемостаз с изначальным орошением спиртом места кровотечения или сгустка (что приводило к снижению темпа или прекращению кровотечения) и последующей обработкой дефекта слизистой оболочки и не измененной слизистой вокруг дефекта аргонплазменной коагуляцией. Рецидивов кровотечения у этой группы не было.

В результате рецидивы кровотечения возникли только у 4 пациентов.

Все больные с рецидивом кровотечения были прооперированы. Из 2-х больных с рецидивом после клипирования одному пациенту была выполнена клиновидная резекция желудка, а другому - гастротомия с прошиванием кровоточащего сосуда. У больного, с гемостазом орошением спиртом была выполнена гастротомия с прошиванием сосуда. А в случае рецидива после инъекционного гемостаза выполнили трубчатую резекцию желудка.

После резекций при гистологическом исследовании в обоих случаях был подтвержден диагноз синдрома Дъелафуа.

Все пациенты были выписаны с выздоровлением. Среднее количество койко-дней у пациентов после успешного эндоскопического лечения составляло 6 дней, после рецидива и выполнения операции - 12,6 дней.

В дальнейшем, в период от 1 года до 8 лет после выписки рецидивов кровотечения у этих пациентов не было.

Выводы:

1. Среди пациентов с поражением Дъелафуа преобладают мужчины трудоспособного возраста.
2. Кровопотеря при поражении Дъелафуа чаще всего тяжелой степени, реже средней степени тяжести.
3. Самым эффективным методом эндоскопического лечения поражения Дъелафуа является комбинация орошения спиртом и аргонплазменной коагуляции.
4. Сочетание аргонплазменной коагуляции и орошения спиртом следует использовать и в тех случаях, когда отсутствует продолжающееся кровотечение.

1. Богданович А.В., Шиленок В.Н., Зельдин Э.Я. Структура и тактика лечения кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта // Вестник Витебского государственного медицинского университета. - 2016. - Т. 15. - №3. - С. 40-46.
2. Короткевич А.Г., Антонов Ю.А., Серебренникова Е.В., Леонтьев А.С., Кузнецов В.В. Оценка инфильтрационного эндоскопического гемостаза при неварикозных желудочно-кишечных кровотечениях // Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь. - 2012. - №3. - С. 16-20.
3. Земляной В.П., Сигуа Б.В., Гуржий Д.В., Мелендин И.А., Берест Д.Г., Винничук С.А. Хирургическая тактика при синдроме Дъелафуа редкой локализации // Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь. - 2018. - Т. 7. - №1. - С. 65-67.
4. Baxter M., Aly E.H. Dieulafoys lesion: current trends in diagnosis and management // Ann R Coll Surg Engl. - 2010 - Oct;92(7):548-54. doi: 10.1308/003588410X12699663905311. Review.
5. Баландина И.А., Амарантов Д.Г., Нагаев А.С., Бриток В.А. Торакоскопическое лечение базальных эмпием плевры // Врач-аспирант. - 2013. - Т.59. - №4.1. - С. 134-139.
6. Schilling D., Jüngling B., Adamek H.E., Benz C., Riemann J.F. The endoscopic diagnosis and therapy as well as the long-term course of Dieulafoy ulcer hemorrhage // Dtsch. Med. Wochenschr. – 1999. - Apr 9;124(14). – P. 419-23. German.
7. Амарантов Д.Г., Баландина И.А., Нагаев А.С., Бриток В.А. Тактические ошибки, возникающие при выполнении торакоскопии у больных с тотальной эмпиемой плевры // Эндоскопическая хирургия. - 2014. - Т. 20. - № 1. - С. 22.
8. Федорова Н.А., Амарантов Д.Г. Анатомические характеристики лапаротомии при тонкокишечной непроходимости // Журнал анатомии и гистопатологии. - 2015. - Т.4. - № 3. - С. 123.
9. P'iatykor H.I., Kravets' O.V., Moskalenko R.A., Bratushka V.O. Experience of diagnostics and medical treatment of the Dieulafoys disease // Lik. Sprava. - 2014 Jul-Aug;(7-8). P. 85-8. Ukrainian.