© Коллектив авторов, 2021

УДК-617-089

DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2021.16105>

ISSN – 2073-8137

УСПЕШНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЭНДОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ РЕЦИДИВНОМ ЯЗВЕННОМ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ У ПАЦИЕНТА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

А. Е. Демко^{1, 2}, В. Г. Вербицкий^{1, 2}, Г. И. Синенченко^{1, 2}, А. В. Осипов^{1, 2}, М. И. Сафоев¹,
А. О. Парфёнов^{1, 2}, А. В. Косачев^{1, 2}, В. А. Косачев²

¹ Научно-исследовательский институт скорой помощи им. И. И. Джанелидзе,
Санкт-Петербург, Российская Федерация

² Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург,
Российская Федерация

SUCCESSFUL USE OF COMBINED ENDOLAPAROSCOPIC HEMOSTASIS IN RECURRENT ULCERATIVE GASTRODUODENAL BLEEDING IN AN ELDERLY PATIENT (CLINICAL OBSERVATION)

Demko A. E.^{1, 2}, Verbitsky V. G.^{1, 2}, Sinenchenko G. I.^{1, 2}, Osipov A. V.^{1, 2}, Safoev M. I.¹,
Parfenov A. O.^{1, 2}, Kosachev A. V.^{1, 2}, Kosachev V. A.²

¹ I. I. Janelidze Research Institute of Emergency Care, Saint Petersburg, Russian Federation

² S. M. Kirov Military Medical Academy, Saint Petersburg, Russian Federation

Представлен клинический случай успешного лечения пожилого пациента с тяжелым рецидивным язвенным гастродуоденальным кровотечением с применением комбинированного (эндоскопического и лапароскопического) метода гемостаза. Использование эндовидеохирургических технологий позволило выполнить остановку кровотечения у больного в критическом состоянии и подготовить его к плановому оперативному вмешательству по поводу хронической язвы желудка. Данное клиническое наблюдение демонстрирует, что применение малоинвазивных хирургических методов является альтернативой открытым паллиативным вмешательствам при неэффективности консервативного лечения язвенного кровотечения у пациентов с высоким риском операции и неблагоприятного исхода.

Ключевые слова: гастродуоденальное кровотечение, язвенная болезнь, язва желудка, комбинированный гемостаз

The article presents a clinical case of successful treatment of an elderly patient with recurrent ulcerative gastroduodenal bleeding severe using a combined (endoscopic and laparoscopic) hemostasis. The use of endovideosurgical technologies made it possible to stop bleeding and prepare the patient for planned surgical treatment for peptic gastric ulcer. This clinical case proves that the use of minimally invasive surgical methods of treatment is an alternative to traditional palliative interventions in ineffective conservative treatment of ulcerative bleeding (using endoscopic hemostasis) in patients with high risk of surgery and adverse outcome.

Keywords: gastroduodenal bleeding, peptic ulcer, gastric ulcer, combined hemostasis

Для цитирования: Демко А. Е., Вербицкий В. Г., Синенченко Г. И., Осипов А. В., Сафоев М. И., Парфёнов А. О., Косачев А. В., Косачев В. А. УСПЕШНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЭНДОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ РЕЦИДИВНОМ ЯЗВЕННОМ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ У ПАЦИЕНТА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ). *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2021;16(4):430-432. DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2021.16105>

For citation: Demko A. E., Verbitsky V. G., Sinenchenko G. I., Osipov A. V., Safoev M. I., Parfenov A. O., Kosachev A. V., Kosachev V. A. SUCCESSFUL USE OF COMBINED ENDOLAPAROSCOPIC HEMOSTASIS IN RECURRENT ULCERATIVE GASTRODUODENAL BLEEDING IN AN ELDERLY PATIENT (CLINICAL OBSERVATION). *Medical News of North Caucasus*. 2021;16(4):430-432. DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2021.16105> (In Russ.)

АД – артериальное давление
КТ – компьютерная томография

ФГДС – фиброгастродуоденоскопия
ЯГДК – язвенное гастродуоденальное кровотечение

Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений (ЯГДК) остается актуальной проблемой неотложной хирургии. По данным отдела организации скорой помощи НИИ СП им. И. И. Джанелидзе, общая летальность при ЯГДК в Санкт-Петербурге в 2016 году составляла 5 %, а послеоперационная – 8,5 % [1]. В настоящее время эндоскопический гемостаз является «золотым стандартом» в лечении пациентов с ЯГДК. В ряде случаев при неэффективности лечебной эндоскопии у пациентов с тяжелой соматической патологией эндоваскулярные методы гемостаза могут оказаться единственным вариантом лечения [2]. Однако данный вид остановки (профилактики) рецидива ЯГДК является операторозависимым и должен выполняться теоретически и практически хорошо подготовленной группой специалистов, требует наличия оборудования и расходных материалов, которыми оснащены не все лечебные учреждения [3]. В связи с этим применение комбинированного гемостаза при каллезных язвах желудка, осложненных рецидивным кровотечением, с использованием эндоскопа для визуализации источника кровотечения и лапароскопического прошивания кровоточащего сосуда, по нашему мнению, может являться более доступным для большинства хирургов и не менее эффективным. Использование данной методики целесообразно, в первую очередь, в группе пациентов с высокой коморбидностью. Ряд исследователей предлагает выполнение эндолапароскопической остановки ЯГДК в виде эндоскопического гемостаза с последующим гастросцентезом и прошиванием язвенного дефекта со стороны слизистой оболочки желудка при помощи лапароскопических манипуляторов [4]. В статье представлен клинический случай успешной остановки рецидивного кровотечения из хронической язвы желудка с применением эндолапароскопического способа гемостаза, при котором одновременно выполнялись гастроскопия и лапароскопия и осуществлялось прошивание кровоточащего сосуда со стороны серозной оболочки желудка через все слои.

Клинический случай

Больной П., 71 год, поступил в НИИ СП им. И. И. Джанелидзе с жалобами на слабость, кратковременную потерю сознания накануне, жидкий черный стул. Из анамнеза: длительное время страдает ишемической болезнью сердца, атеросклеротическим кардиосклерозом, гипертонической болезнью 3-й стадии, 4-й степени, церебро-васкулярной болезнью. В 2013 году перенес острое нарушение мозгового кровообращения (индекс коморбидности по Charlson – 7).

При поступлении состояние пациента тяжелое, в связи с чем госпитализирован в отделение хирургической реанимации. По назогастральному зонду поступала лизированная кровь. В общем анализе крови: эритроциты – $2,83 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 80 г/л. По данным ФГДС, на передней стенке, в средней трети тела желудка обнаружена хроническая каллезная язва, размерами 2,5х2,0 см, с периульцерозным инфильтратом, по верхнему краю язвенного дефекта определялся сосуд со струйным кровотечением (Forrest 1A). Выполнен комбинированный эндоскопический гемостаз с применением инъекционной методики (0,001 % раствора адреналина) и диатермокоагуляции. В отделении реанимации пациенту проводилась противоязвенная терапия в виде постоянной инфузии ингибиторов протонной помпы, гемотрансфузия одной дозы эритроцитарной взвеси.

На 2-е сутки после лечебной эндоскопии у больного развилась клиника рецидива кровотечения. Для коррекции устойчивой гипотензии потребовалось назначение вазопрессорной поддержки. В общем анализе крови выявлялась анемия: эритроциты – $2,63 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 42 г/л. По данным ФГДС, отмечены признаки рецидива кровотечения из язвы тела желудка (Forrest 1A). Попытка комбинированного эндоскопического гемостаза оказалась безуспешной.

Учитывая возраст пациента, высокую коморбидность, неконтролируемую артериальную гипотензию, прогрессивное ухудшение состояния больного, принято решение о выполнении комбинированной эндолапароскопической операции. Под эндотрахеальным наркозом выполнена лапароскопия. В петлях тонкой кишки до илеоцекального угла визуализировалась лизированная кровь. В области передней стенки в средней трети тела желудка ближе к малой кривизне обнаружен инфильтрат размерами 4,0х3,0 см. Одновременно эндоскопически со стороны слизистой оболочки желудка и лапароскопически были определены границы язвенного дефекта и источник кровотечения. Произведено прошивание инфильтрата через все слои желудка со стороны серозной оболочки непрерывным двухрядным швом с эндоскопическим контролем вколов и захватыванием язвенного дефекта и кровоточащего сосуда (первый ряд нитью V-lock 3,0, наружный – плетеным рассасывающимся материалом 3,0). Эндоскопически подтверждено полное прошивание язвенного дефекта, достигнут гемостаз. Выполнена биопсия.

В послеоперационном периоде пациент получал противоязвенную терапию согласно Национальным клиническим рекомендациям по лечению язвенных гастродуоденальных кровотечений (2014). Проводилась гемотрансфузионная терапия (2 дозы эритроцитарной взвеси). На 10-е сутки состояние пациента удовлетворительное, признаков рецидива кровотечения не отмечено. В общем анализе крови: эритроциты – $3,45 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 121 г/л. По данным гистологического исследования, патоморфологическая картина соответствовала хронической язве желудка без признаков малигнизации.

В связи с инфильтративно-язвенным поражением малой кривизны тела желудка и онкологической настороженностью выполнено комплексное обследование. По данным фиброколоноскопии отмечены дивертикулез толстой кишки, эпителиальная неоплазия (полип) ректосигмоидного отдела толстой кишки (тип 0-Isp.). По результатам гистологического исследования определялся фрагмент тубулярной аденомы ректосигмоидного отдела толстой кишки с неоплазией низкой степени (low grade adenoma). По результатам КТ органов грудной и брюшной полости острых патологических изменений в органах грудной и брюшной полости не выявлено.

Через 21 день после оперативного вмешательства на фоне проводимой противоязвенной терапии больному выполнена контрольная ФГДС. На передней стенке в средней трети тела желудка определялся участок инфильтрации 4,0х3,0 см с язвенным дефектом размерами 3,0х1,4 см без признаков рубцевания. Учитывая неэффективность консервативной терапии, паллиативный характер ранее перенесенной операции, рецидивирующее кровотечение из язвы желудка, принято решение о радикальном оперативном вмешательстве. Пациенту выполнена лапаротомия, резекция 2/3 желудка по Ру. Послеоперационный период протекал без осложнений. Рана зажила первичным натяжением. Больной выписан из стационара на 12-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии.

Заключение. Комбинированный эндолапароскопический гемостаз является малоинвазивной методикой, которая позволяет хирургу оперировать при прямой визуализации источника кровотечения со

стороны слизистой и серозной оболочек, выполнить эффективный гемостаз и избежать высокотравматичного традиционного оперативного вмешательства при рецидиве ЯГДК. Методика является рациональной альтернативой паллиативным оперативным вмешательствам при ЯГДК, особенно в группе воз-

растных и соматически тяжелых пациентов. Оценка места и роли эндолапароскопического гемостаза в неотложной хирургии гастродуоденальных кровотечений требует дальнейших исследований.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература/References

1. Синенченко Г. И., Вербицкий В. Г., Демко А. Е., Парфёнов А. О., Секеев А. Н. [и др.]. Хирургическая тактика лечения язвенной болезни желудка, осложненной кровотечением. *Вестник Российской военно-медицинской академии*. 2018;4(64):56-60. [Sinchenko G. I., Verbitsky V. G., Demko A. E., Parfenov A. O., Sekeev A. N. [et al.]. Surgical tactics of treatment of gastric ulcer complicated by bleeding. *Vestnik Rossyskoy voyenno-meditsinskoy akademii*. – *Bulletin of the Russian Military Medical Academy*. 2018;4(64):56-60. (In Russ.)].
2. Mirsadraee S., Tirukonda P., Nicholson A., Everett S. M., McPherson S. J. Embolization for non-variceal upper gastrointestinal tract haemorrhage: a systematic review. *Clin. Radiol*. 2011;66:500-509. <https://doi.org/10.1016/j.crad.2010.11.016>
3. Парфёнов А. О., Синенченко Г. И., Вербицкий В. Г., Демко А. Е., Киселев М. А. [и др.]. Транскатетерная артериальная эмболизация при гастродуоденальных кровотечениях: показания, результаты и осложнения (обзор литературы). *Скорая медицинская помощь*. 2018;19(2):69-76. [Parfenov A.O., Sinchenko G. I., Verbitsky V. G. Demko A. E., Kiselev M. A. [et al.]. Transcatheter arterial embolization in gastroduodenal bleeding: indications, results and complications (literature review). *Skoraya meditsinskaya pomoshch*. – *Ambulance*. 2018;19(2):69-76. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.24884/2072-6716-2018-19-2-69-76>
4. Сажин В. П. Способ эндолапароскопической остановки кровотечения при язвенной болезни желудка (варианты). Патент на изобретение № 2264178; заявка № 2004110322/14 от 05.04.2004 [Sazhin V. P. The way endolaparoscopic stop bleeding with gastric ulcer (options). Patent for invention No. 2264178; application number 200410322/14 dated 04/05/2004 (In Russ.)].

Сведения об авторах:

Демко Андрей Евгеньевич, доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургии усовершенствования врачей – 2; заместитель главного врача по хирургии, руководитель отдела гепатохирургии; тел.: 88123844662; e-mail: demko@emergency.spb.ru; <https://orcid.org/0000-0002-5606-288X>

Вербицкий Владимир Георгиевич, доктор медицинских наук, профессор кафедры; ведущий научный сотрудник; тел.: 89632446118; e-mail: verbitsky1961@mail.ru

Синенченко Георгий Иванович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой; руководитель отдела неотложной хирургии; тел.: 88123844670

Осипов Алексей Владимирович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры военно-морской хирургии; ведущий научный сотрудник отдела гепатохирургии; тел.: 89219338603; e-mail: osipov@emergency.spb.ru; <https://orcid.org/0000-0003-1533-6343>

Сафоев Муса Искандарович, кандидат медицинских наук, заведующий эндоскопическим отделением; тел.: 88123844652

Парфёнов Антон Олегович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургии усовершенствования врачей – 2; врач-хирург; тел.: 89215768205; e-mail: parfenov_anton@mail.ru

Косачев Алексей Викторович, старший преподаватель кафедры; врач-хирург; тел.: 89818627904; e-mail: avkos1@mail.ru

Косачев Виктор Алексеевич, студент; тел.: 89818627906; e-mail: kosachev.1995@inbox.ru