I РОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «НЕОТЛОЖНАЯ ЭНДОСКОПИЯ»

Конец года был насыщен событиями в различных сферах нашей жизни. Декабрь — традиционный месяц подведения итогов. Не был он исключением и для врачей столицы. Среди заметных событий — I Российский конгресс «Неотложная эндоскопия», состоявшийся 6–7 декабря.

В работе Конгресса приняли участие более 600 специалистов из 72 регионов России. Впервые при этом научный форум врачей-эндоскопистов был освещен в выпуске новостей российского телеканала.

Основной задачей Конгресса было сопоставление тактических подходов к решению одних и тех же задач в лечебных учреждениях различных регионов. Это определило и форму его проведения. Альтернативой «скучным» докладам стала интерактивная дискуссия, динамичный тон которой был задан открывшими Конгресс директором НИИ СП им. Н.В. Склифосовского М.Ш. Хубутия и начальником отдела Департамента специализированной медицинской помощи Минздрава России Е.В. Каракулиной.

Первое пленарное заседание было посвящено одной из самых актуальных проблем неотложной хирургии — желудочно-кишечным кровотечениям как язвенного, так и неязвенного генеза, частота которых за последние 7 лет увеличилась на 9,7–30%.

Благодаря активному применению методов эндоскопического гемостаза летальность среди этих пациентов удалось снизить на 3,3–15%.

В интерактивной дискуссии по язвенным кровотечениям приняли участие *Дмитрий Юрьевич Бояринов*, к.м.н., ассистент кафедры общей хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова Санкт-Петербурга; *Сергей Владимирович Капралов*, д.м.н., доцент кафедры общей хирургии Саратовского медицинского университета; *Сергей Валерьевич Фавстов*, врач высшей категории, заведующий эндоскопическим отделением городской больницы им. Н.А. Семашко г. Ярославля; *Алексей Григорьевич Короткевич*, профессор кафедры хирургии, урологии и эндоскопии ГИУВ г. Новокузнецка, *Александр Викторович Алимов*, к.м.н., заведующий отделением эндоскопии клинической больницы № 1 г. Смоленска; *Равиль Борисович Сагитов*, к.м.н., заведующий отделением эндоскопии больницы скорой медицинской помощи г. Уфы; профессор *Владимир Леонидович Полуэктов*, проректор по учебной работе и заведующий кафедрой хирургических болезней с курсом урологии Омской государственной медицинской академии; *Екатерина Александровна Матвеева*, сотрудница хирургического отделения областной клинической больницы г. Минска и *Юрий Сергеевич Тетерин*, научный сотрудник отделения неотложных эндоскопических исследований НИИ СП им. Н.В. Склифосовского г. Москвы.

Все участники дискуссии аргументированно изложили эндоскопическую тактику, принятую в учреждениях, которые они представляли, по всем четырем обсуждаемым вопросам.

Первый вопрос касался подготовки к эндоскопическому исследованию у пациентов с желудочно-кишечным кровотечением: надо ли промывать желудок через зонд перед эзофагогастродуоденоскопией (ЭГДС) и какой должна быть анестезия.

Выяснилось, что отношение к промыванию желудка перед эндоскопическим исследованием у выступающих было неоднозначным.

Мнение А.Г. Короткевича о том, что промывать желудок следует только тогда, когда источник кровотечения локализовать сразу не удается, разделили А.В. Алимов, Р.Б. Сагитов, В.Л. Полуэктов и Ю.С. Тетерин. Свою позицию они аргументировали тем, что, во-первых, при промывании кровотечение может усилиться, в том числе и за счет активизации перистальтики и рвотных позывов у пациента, во-вторых, полностью желудок отмыть от крови никогда не удается, а в-третьих, это приводит к потере времени, в результате чего пациент продолжает терять кровь, в-четвертых, если кровоточат варикознорасширенные вены пищевода, проведение по пищеводу зонда и промывание желудка усилит кровотечение из вен, что может быть опасно для жизни. В то же время у большинства больных без промывания желудка удается выявить источник кровотечения и выполнить эндоскопический гемостаз либо, обнаружив кровоточащие вены пищевода или желудка, быстро поставить зонд Блэкмора.

Хирургические школы, которые представляли Д.Ю. Бояринов, С.В. Капралов и С.В. Фавстов, придерживаются традиционной точки зрения на подготовку к экстренной ЭГДС при желудочно-кишечном кровотечении: предварительное отмывание желудка обязательно, поскольку снижает риск пропустить конкурирующий источник кровотечения и повышает эффективность первой ЭГДС. Правда, авторы подчеркнули, что если желудок промывает сам врач-эндоскопист, то эффективность этой процедуры повышается. Лучший результат обеспечивает промывание желудка не через назогастральный тонкий зонд, а через орогастральный толстой зонд.

По поводу анестезии мнение участников дискуссии было единодушным: пациентам со среднетяжелым и тяжелым кровотечением ЭГДС следует выполнять в условиях отделения реанимации под общей анестезией.

Второй вопрос дискуссии, посвященной язвенным гастродуоденальным кровотечениям, был наиболее объемным. Он дополнительно включал в себя четыре вопроса, касающихся непосредственно эндоскопической тактики при гемостазе. При имеющемся сегодня в арсенале врача-эндоскописта широком спектре методик выбрать оптимальную непросто. Клипирование кровоточащего сосуда — наиболее близкий хирургическому шву метод. Можно сказать, что настоящая внутрипросветная хирургия — ушивание кровоточащего сосуда.

В.Л. Полуэктов, А.В. Алимов и Д.Ю. Бояринов считают, что самый надежный монометод гемостаза — клипирование кровоточащего сосуда (сл. 1).

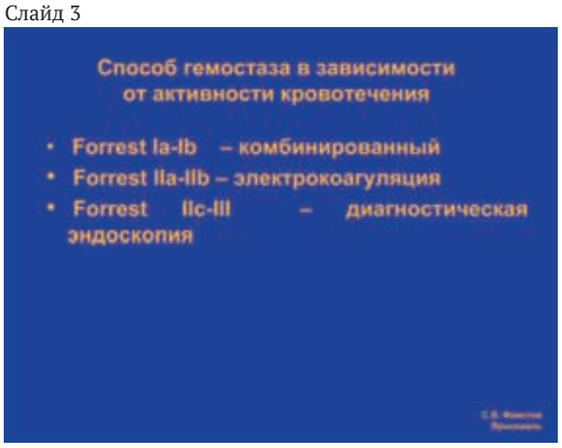
Слайд 1

С.В. Капралов и Р.Б. Сагитов к клипированию добавляют термокоагуляционные методы (аргоноплазменную коагуляцию, лазерную фотокоагуляцию, электрокоагуляцию) (сл. 2).

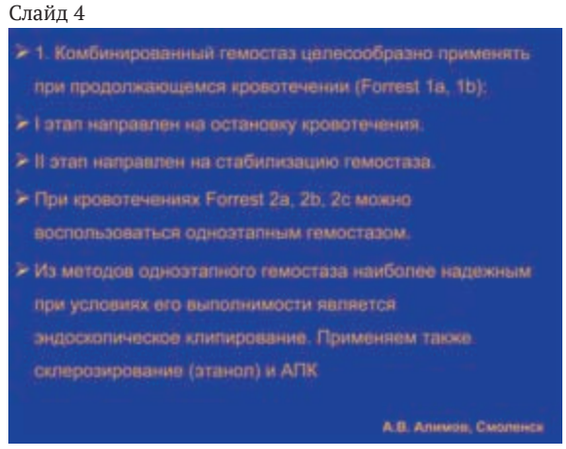
Слайд 2

С.В. Фавстов и А.В. Алимов придерживаются мнения о дифференцированном подходе к гемостазу в зависимости от характеристики источника кровотечения: при продолжающемся кровотечении необходим комбинированный гемостаз, а при остановившемся допустимо применять монометод. С.В. Капралов подчеркивает значение морфологии язвы при выборе метода гемостаза (сл. 3–5).

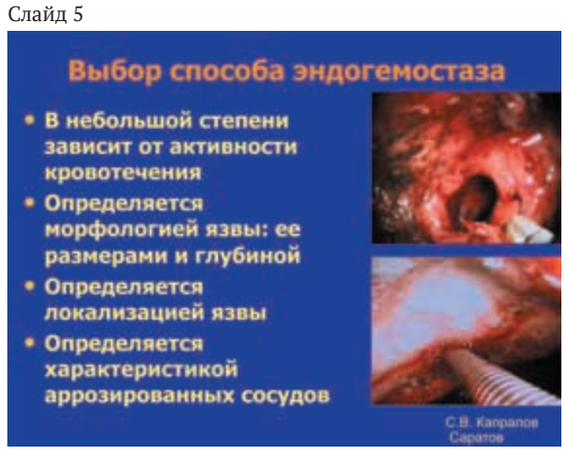
Слайд 3



Слайд 4

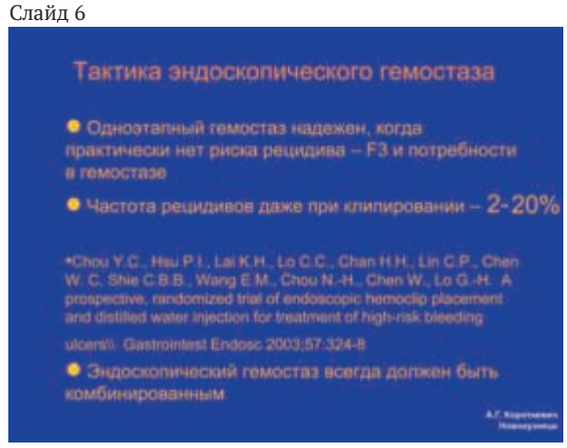


Слайд 5

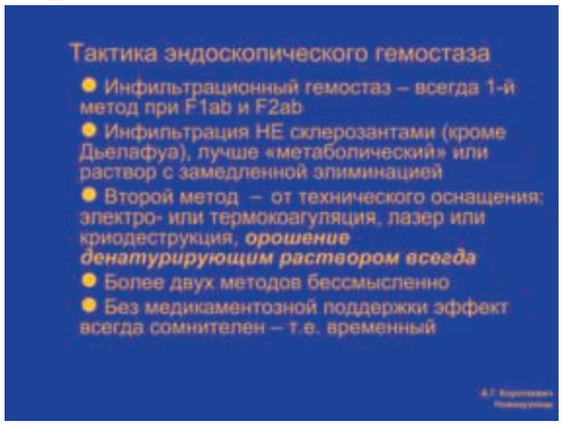


А.Г. Короткевич и Ю.С. Тетерин утверждают, что гемостаз всегда должен быть комбинированным вне зависимости от интенсивности кровотечения по классификации *Forrest* (сл. 6–9).

Слайд 6

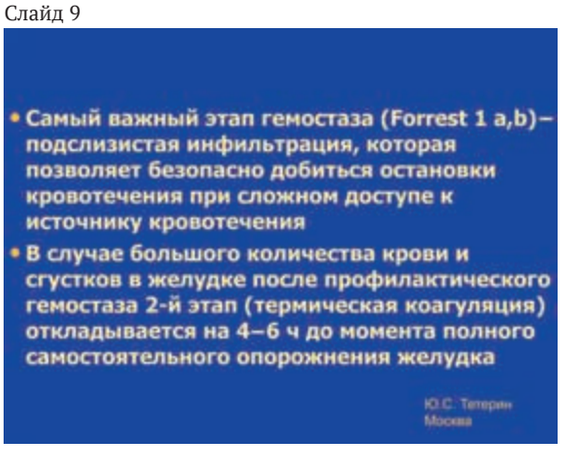


Слайд 7



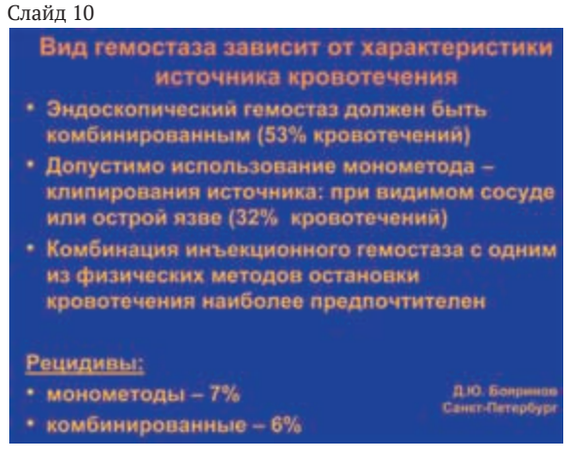
Слайд 8

Слайд 9

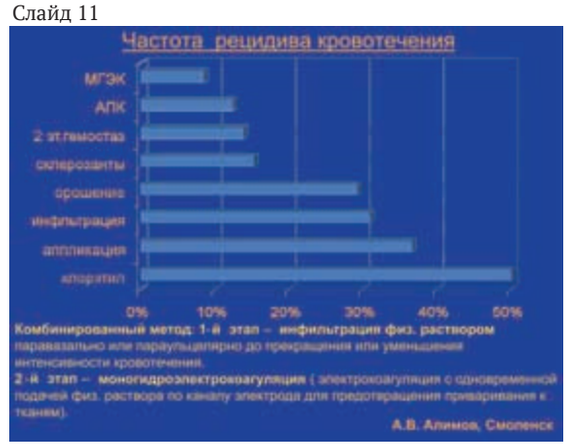


Все специалисты были единодушны в одном: комбинированный гемостаз — сегодня самый эффективный метод, обеспечивающий наиболее низкий риск рецидива кровотечения (сл. 10, 11).

Слайд 10



Слайд 11



При общем позитивном опыте комбинированного гемостаза каждый из участников дискуссии привез на конгресс авторские разработки, которые впечатлили как председателей заседания, так и участников.

С.В. Капралов поделился опытом применения лазерной фотокоагуляции после инъекции в края и дно язвы аутокрови (сл. 12).

Слайд 12

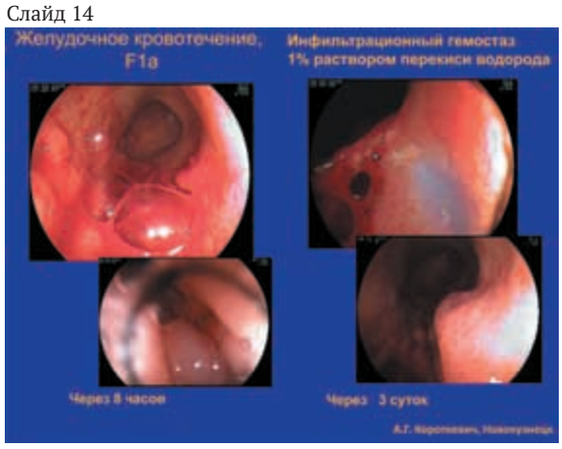
Р.Б. Сагитов и его коллеги для подслизистой инфильтрации применяют 40% раствор глюкозы, после чего осуществляют электрокоагуляцию. Высокоосмолярный раствор сохраняет периульцерозный инфильтрат длительное время, что несомненно снижает риск рецидива кровотечения. Однако при этом есть риск нарушения трофики периульцерозных тканей, что сопровож-

дается увеличением язвенного дефекта в размерах (Васильева, РНЦХ) (сл. 13).

Слайд 13

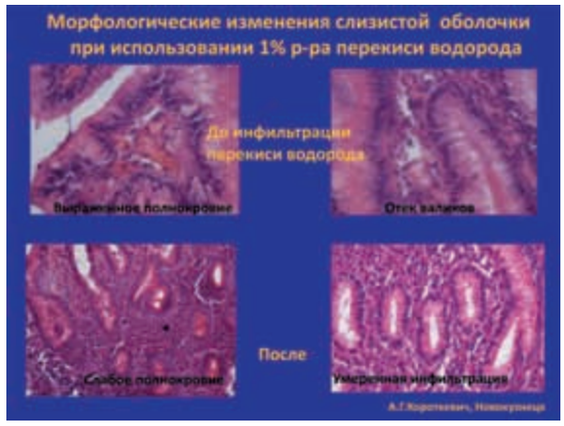
А.Г. Короткевич продемонстрировал результаты научного изучения гемостатического воздействия 1% раствора перекиси водорода, введенного паравазально и параульцерозно при кровоточащей язве (сл. 14–16). Преимуществом применения 1% раствора перекиси водорода, по мнению автора, является длительное сохранение подслизистого инфильтрационного вала и трофическое воздействие атомарного кислорода на периульцерозные ткани, стимулирующее репаративный процесс.

Слайд 14



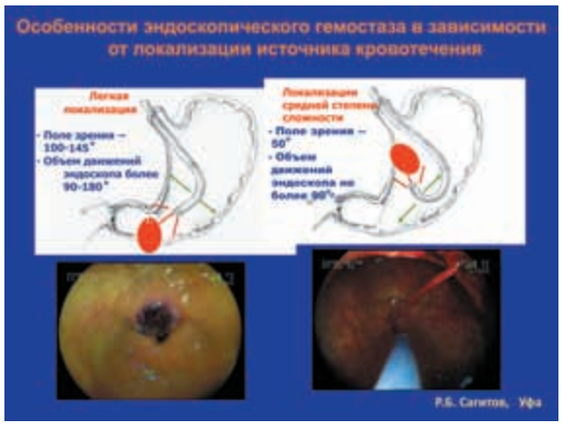
Слайд 15

Слайд 16

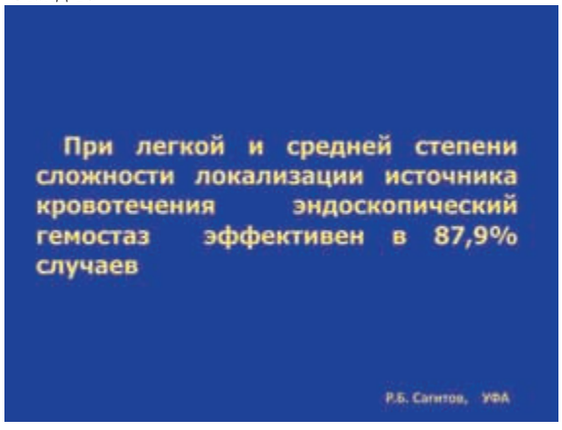


Р.Б. Сагитов связал эффективность эндоскопического гемостаза с локализацией источника кровотечения. Так называемая трудная локализация источника кровотечения не позволяет по техническим причинам целенаправленно и в должной степени воздействовать на него через эндоскоп, а значит, результативность такого воздействия снижается, а риск рецидива значительно повышается. Обобщения автора основаны на многолетнем опыте, а все статистические показатели скрупулезно выверены. Конечно, этот подход был воспринят на «ура» каждым эндоскопистом, кто сталкивался с трудной локализацией источника кровотечения (сл. 17–19).

Слайд 17



Слайд 18

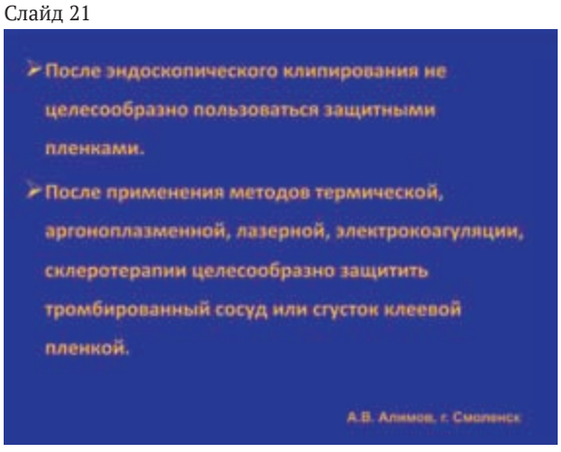


Слайд 19

Ю.С. Тетерин изложил модификацию комбинированного гемостаза, которую в последние годы применяют в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского. Она заключается в дополнительном укрывании коагулированного сосуда клеевой пленкой (сл. 20). Целесообразность применения клеевых композиций отметил и А.В. Алимов (сл. 21).

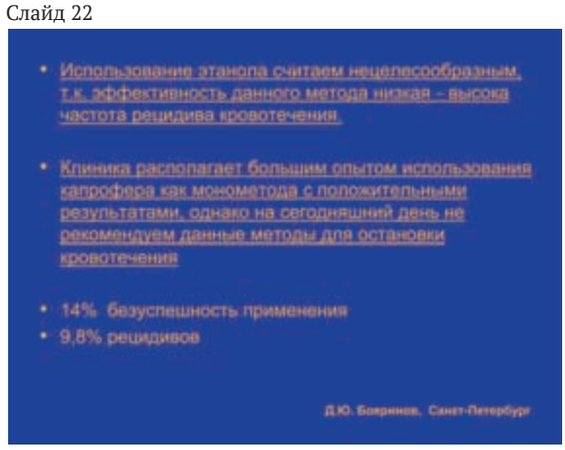
Слайд 20

Слайд 21



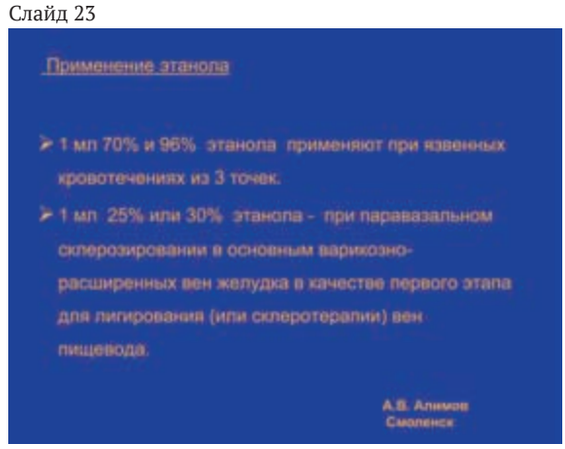
Еще одним важным вопросом, который обсуждался участниками дискуссии в разделе методов гемостаза, было применение этанола. Принципиальных разногласий здесь не было. Тенденции последних лет сводятся к ограничению применения этанола из-за развития вторичных очагов некроза с последующим рецидивом кровотечения (сл. 22).

Слайд 22



Однако на сегодня отказаться от него полностью вряд ли возможно, учитывая доступность и экономичность этого вещества для больниц любого уровня. А.В. Алимов сообщил о применении 70 и 96% этанола в количестве 1 мл как самостоятельного метода гемостаза у 23% пациентов (сл. 23). А.Г. Короткевич видит место этанола только в качестве коагулирующего (денатурирующего) аппликационного средства, которым целесообразно завершать любой метод гемостаза (сл. 7).

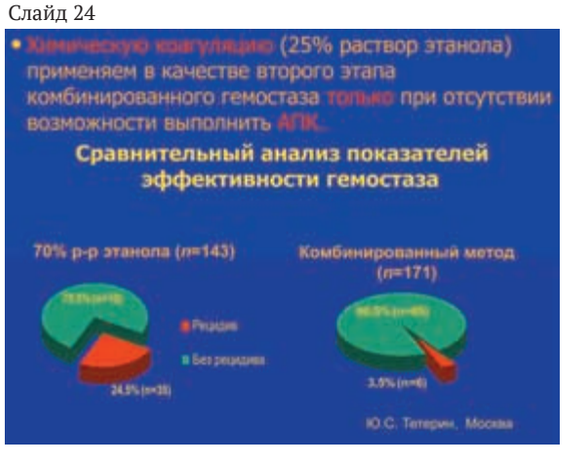
Слайд 23



В НИИ СП им. Н.В. Склифосовского применяют этанол ограниченно в виде 25% раствора в объеме 1,0–1,5 мл в качестве средства химической коагуляции (второй этап гемостаза) в случае невозможности осуществить аргоноплазменную коагуляцию. Такой подход соответствует и международным рекомендациям по лечению неязвенных желудочно-кишечных кровотечений (пересмотр 2010 г.). Сравнительный анализ применения 70 и 96% этанола как монометода гемостаза и комбинированного воздействия на источник кровотечения показал статистически достоверное преобладание частоты рецидивов кровотечения при использовании этанола (сл. 24).

Краеугольным вопросом для всех участников конгресса был вопрос о показаниях к хирургическому лечению пациента с язвенным гастродуоденальным кровотечением. Когда врачу-эндоскописту следует отказаться от дальнейших попыток эндоскопического гемостаза и передать пациента хирургу? Можно ли надежно выявить эту грань? Конечно, нет. Она весьма условна. И, несомненно, эндоскопическая тактика

Слайд 24

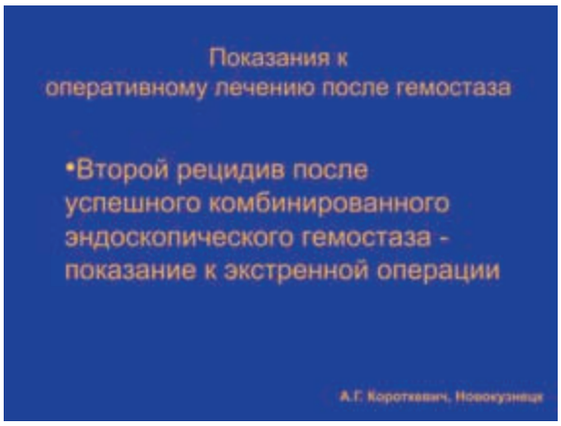


относится к общехирургической. Так какие же критерии для оперативного лечения были предложены участниками дискуссии?

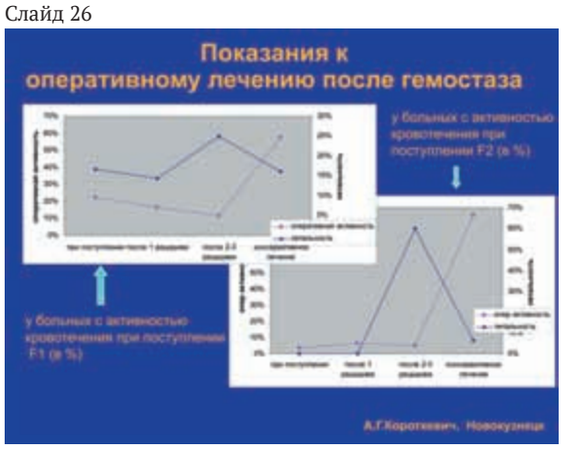
В целом можно выделить две принципиальные позиции. Первая — при повторном рецидиве кровотечения попытки эндоскопического гемостаза следует повторять, поскольку послеоперационная летальность среди этих больных достаточно высока.

Такой точки зрения придерживаются клиники, которые представляли А.Г. Короткевич, С.В. Фавстов, С.В. Капралов и Ю.С. Тетерин (сл. 25—30).

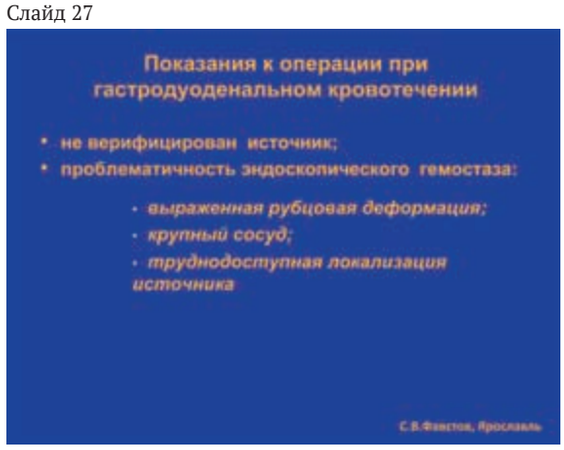
Слайд 25



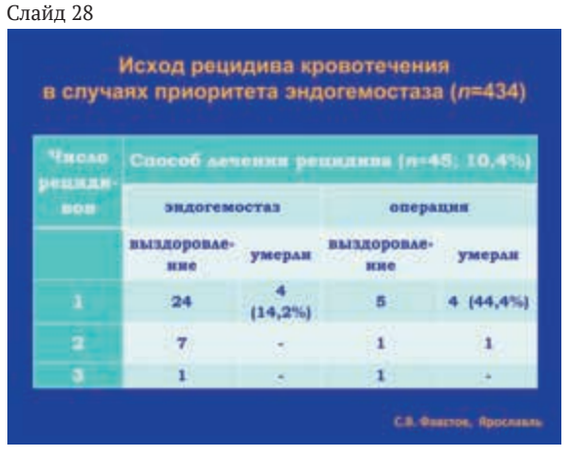
Слайд 26



Слайд 27



Слайд 28

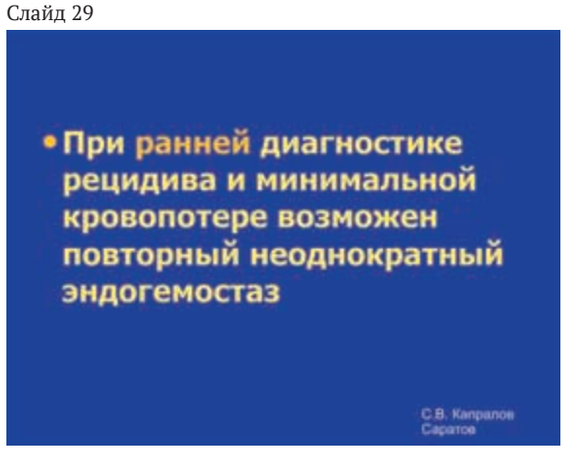


Исход рецидива кровотечения в случаях приоритета эндогемостаза (n=434)

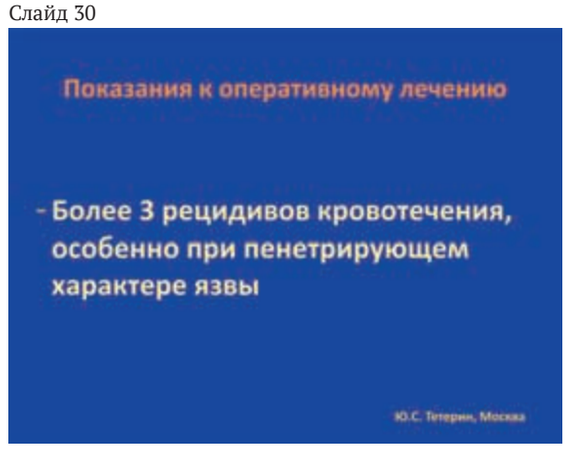
Число рецидивов	Способ лечения рецидива (n=45; 10,4%)			
	эндогемостаз		операция	
	выздоровление	умерли	выздоровление	умерли
1	24	4 (14,2%)	5	4 (44,4%)
2	7	-	1	1
3	1	-	1	-

С.В. Фавстов, Ярославль

Слайд 29

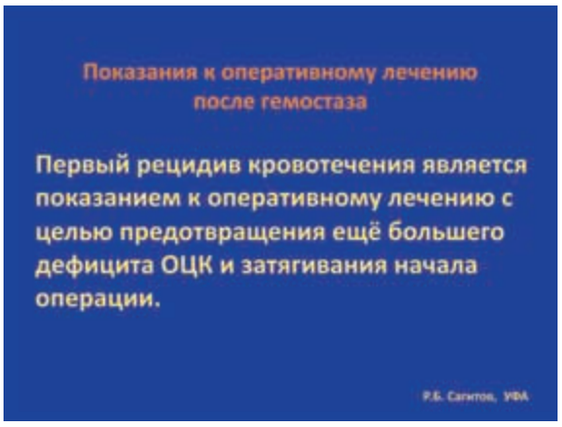


Слайд 30

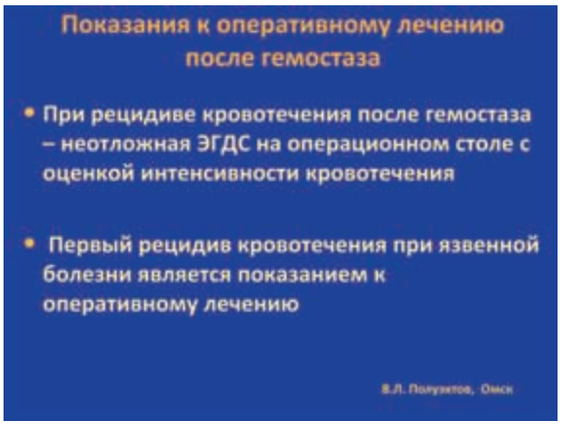


В.Л. Полуэктов и Р.Б. Сагитов считают, что рецидив кровотечения после гемостаза показанием к оперативному лечению (сл. 31, 32).

Слайд 31

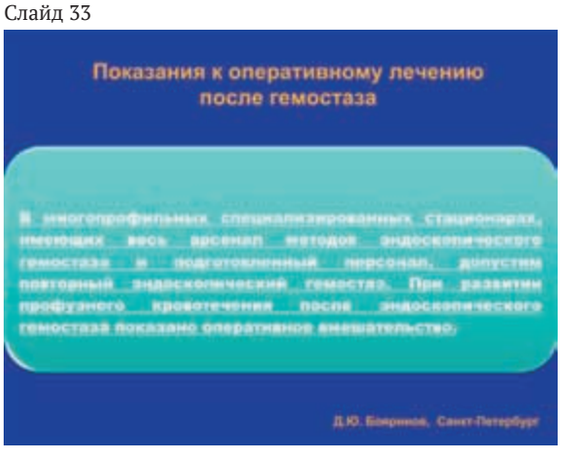


Слайд 32



Ю.Д. Бояринов подчеркнул, что повторный гемостаз допустим только в специализированном стационаре и продемонстрировал диаграмму роста оперативной активности в клинике (сл. 33, 34).

Слайд 33



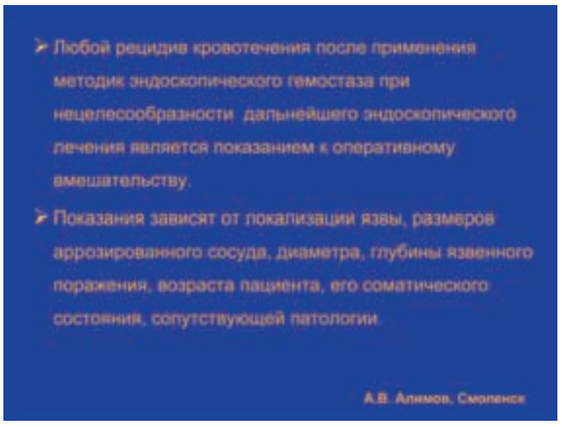
Слайд 34

С.В. Капралов предлагает для определения устойчивости гемостаза применять медикаментозный адреналиновый тест (сл. 35).

Слайд 35

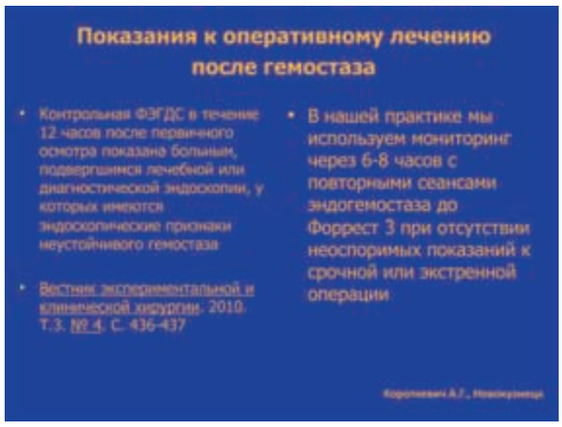
А.В. Алимов считает, что показания к оперативному лечению определяются конкретно для каждого пациента (сл. 36).

Слайд 36



Важным компонентом успешного эндоскопического лечения язвенного гастродуоденального кровотечения является мониторинг после гемостаза. Необходимость его подчеркивалась всеми участниками дискуссии (сл. 37).

Слайд 37

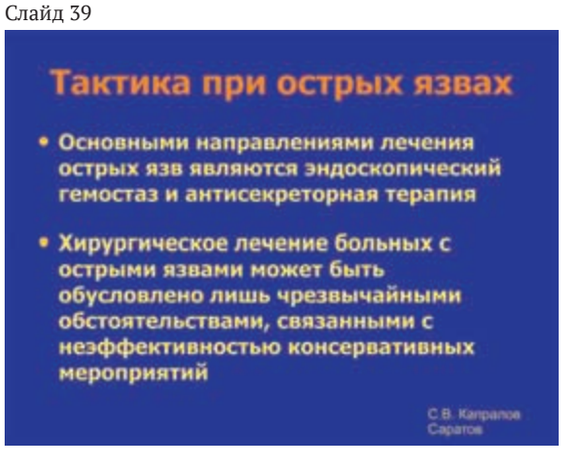


Еще одним аспектом обсуждения язвенных гастродуоденальных кровотечений была лечебная тактика при стрессовых язвах, развившихся в стационаре у пострадавших с тяжелыми травмами, острой нейрохирургической и сердечно-сосудистой патологией.

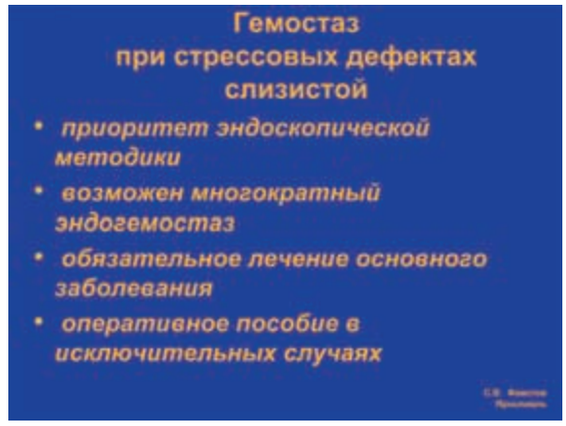
Здесь все специалисты были единодушны: эндоскопический гемостаз у таких пациентов на фоне эффективной антисекреторной терапии должен составлять основу лечения, оперативные вмешательства выполняли только в крайних случаях (сл. 38–40).

Слайд 38

Слайд 39



Слайд 40



Обсуждались факторы патогенеза стрессовых язв, значительно повышающие риск рецидива кровотечения и послеоперационную летальность у этой группы больных (сл. 41, 42).

Слайд 41

Слайд 42

Эффективность комбинированного гемостаза при кровотечащих язвах, n=129 (январь 2011-октябрь 2012 года)

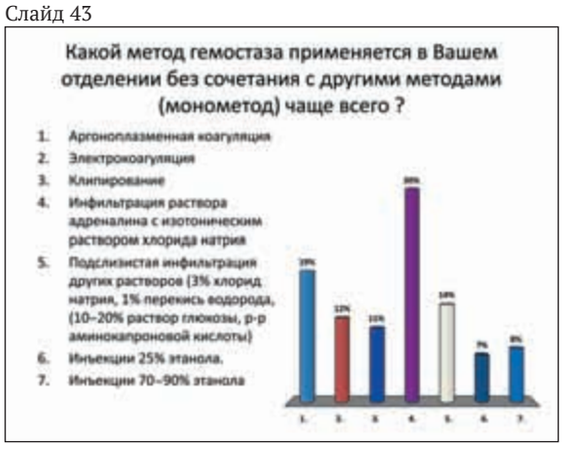
Группа больных / Параметр	Стрессовые язвы (n=59)	Язвенные кровотечения при поступлении (n=70)
Рецидив кровотечения	18 (30,5%)	7 (10 %)
Оперированы	2 (3,4 %)	1 (1,4%)
Смерть	3 (5,1%)	-

Ю.С. Татарин
Москва

Результаты интерактивного голосования участников дискуссии показали, что чаще всего в стационарах (30%) в качестве единственного метода гемостаза применяют раствор адреналина, несмотря на «Международные клинические рекомендации по ведению пациентов с неварикозными кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (*Ann. Intern. Med.* 2010; 152:101–113), где не рекомендуется применять раствор адреналина в качестве самостоятельного метода (сл. 43). Второе по частоте

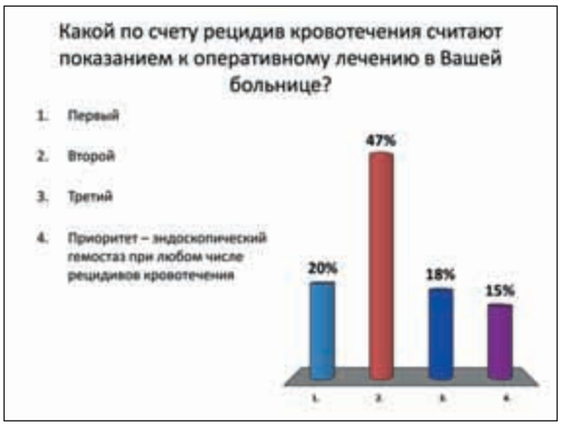
место принадлежит аргоноплазменной коагуляции, третье — инфильтрации различными растворами. Клипирование применяют в качестве самостоятельного метода гемостаза только в 11% клиник. И вряд ли только с технической оснащенностью связаны ограничения применения этого метода. Ведь, как правило, стационары, имеющие аргоноплазменный коагулятор, оснащены и клипаторами.

Слайд 43



Голосование показало, что второй рецидив кровотечения почти в половине стационаров является показанием к хирургическому лечению (сл. 44), а в каждой пятой клинике экстренную операцию выполняют уже после первого рецидива кровотечения. Такая хирургическая тактика у пациентов с гастродуоденальными язвенными кровотечениями больше соответствует понятию «активная». Насколько она адекватна, сказать без корреляции этих данных с показателями летальности не представляется возможным.

Слайд 44



НЕЯЗВЕННЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Эта тема вызвала большой интерес участников конгресса.

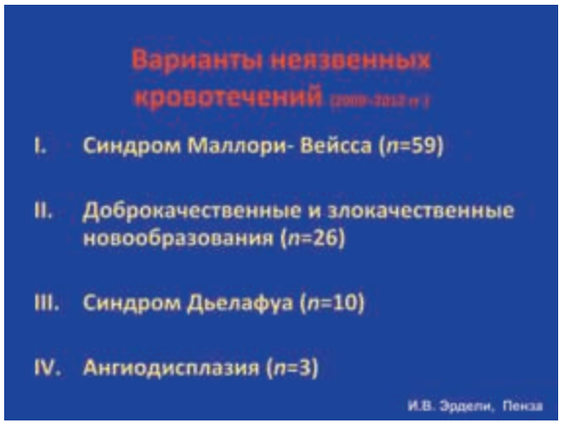
Модераторами секционного заседания были *Алексей Игоревич Иванов*, сотрудник эндоскопического центра РКОД МЗ РФ, к.м.н., доцент кафедры эндоскопии, эндоскопической и общей хирургии КГМА, Казань, врач-эндоскопист высшей категории; *Владимир Евгеньевич Андреев*, заведующий эндоскопическим отделением ГКБ № 2, Астана, Казахстан, врач высшей категории; *Алексей Дмитриевич Ковалевский,* к.м.н., заведующий отделением эндоскопии ГКБ № 14, доцент кафедры хирургических болезней ФПК и ПП УГМА, Екатеринбург; *Александр Анатольевич Бондаренко*, заведующий эндоскопическим отделением ГКБ СМП № 1, Воронеж; *Евгений Евгеньевич Раденко*, к.м.н., доцент кафедры хирургии и эндоскопии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, Украина; *Игорь Владимирович Эрдели*, заведующий отделением эндоскопии областного диагностического центра Пензы, главный эндоскопист Пензенской области; *Татьяна Павловна Пинчук*, д.м.н., заведующая отделением эндоскопии НИИ СП им. Н.В. Склифосовского.

Самой частой причиной неязвенных гастродуоденальных кровотечений является неполный разрыв стенки гастроэзофагеального перехода — синдром Маллори–Вейсса. Частота этой патологии в структуре желудочно-кишечных кровотечений колеблется от 5 до 17%. Оперативные вмешательства выполняют у 6–12% пациентов. Второе место по частоте среди госпитализироанных с неязвенными и неварикозными гастродуоденальными кровотечениями занимают пациенты с кровоточащими опухолями, как доброкачественными, так и злокачественными (сл. 45–47).

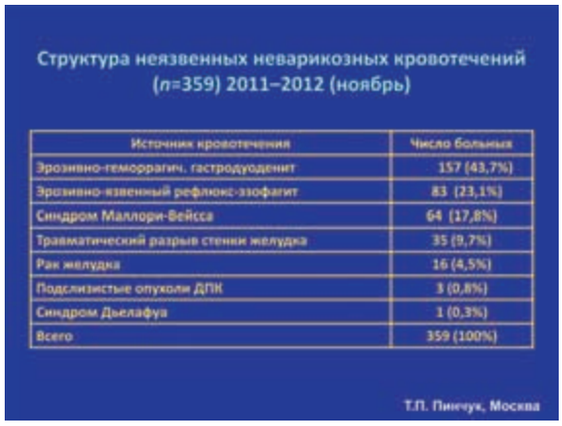
Слайд 45

Патология	Литература	Клиника, 2005	Клиника, 2011
Пептическая язва	23–74%	55%	✓34%
Острые эрозии и язвы	6–34%	12%	✓19%
Синдром Маллори-Вейсса	4–13%	11%	11%
Опухоли	6–15%	9%	8%
Портальная гипертензия	4–6,5%	9%	✓22%
Прочие	2–5%	2%	3%
Причина не установлена	0,5–8,1	2%	2%

Слайд 46



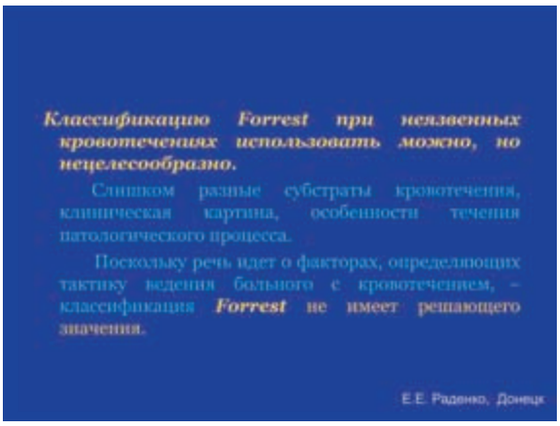
Слайд 47



Источник кровотечения	Число больных
Эрозивно-геморрагич. гастродуоденит	157 (43,7%)
Эрозивно-язвенный рефлюкс-эзофагит	83 (23,1%)
Синдром Маллори-Вейсса	64 (17,8%)
Травматический разрыв стенки желудка	35 (9,7%)
Рак желудка	16 (4,5%)
Подслизистые опухоли ДПК	3 (0,8%)
Синдром Дьелафуа	1 (0,3%)
Всего	359 (100%)

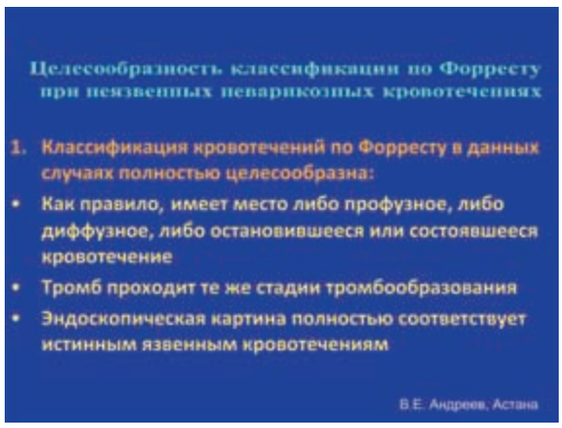
Наиболее острым был вопрос о целесообразности применения классификации *Forrest* у пациентов с неязвенными неварикозными кровотечениями. Среди выступавших против высказались Е.Е. Раденко (Донецк), А.Д. Ковалевский (Екатеринбург) и А.И. Иванов (Казань). Основным аргументом стала особенность патологического субстрата у данных больных (сл. 48).

Слайд 48

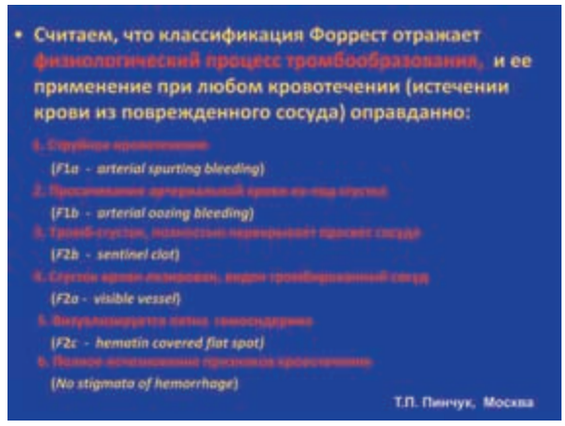


Сторонники использования классификации *Forrest* при неязвенных неварикозных кровотечениях апеллировали к соответствию этой классификации физиологическому процессу тромбообразования, что наблюдается при повреждении любого сосуда вне зависимости от характера патологического процесса (сл. 49, 50).

Слайд 49

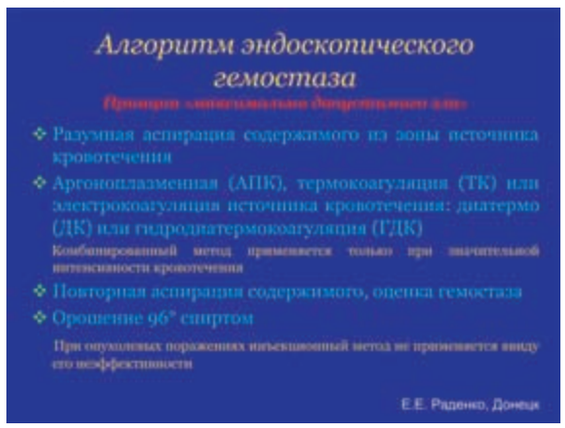


Слайд 50

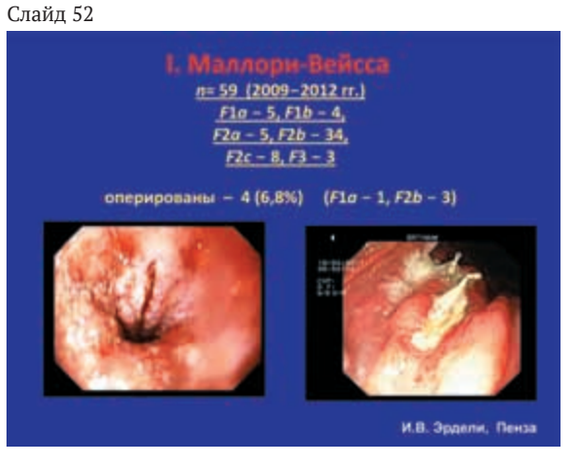


Применение таких же принципов эндоскопического гемостаза для неязвенных кровотечений, как и для язвенных, позволяет избежать у этих пациентов оперативного лечения (сл. 51–57).

Слайд 51

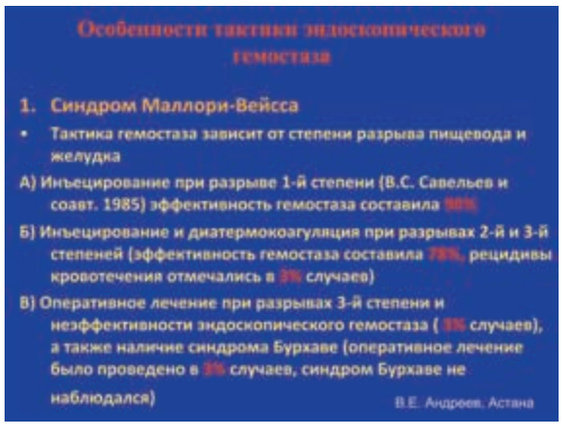


Слайд 52

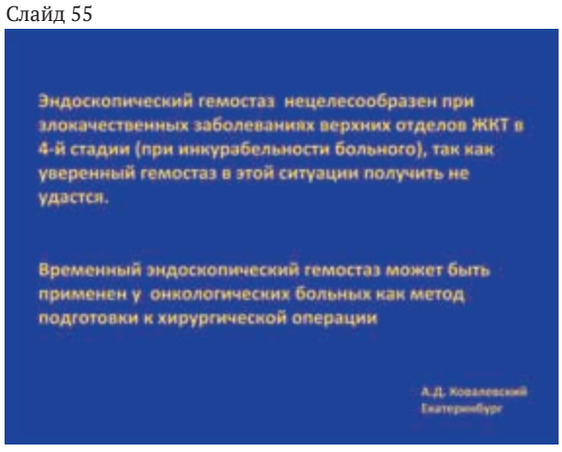


Слайд 53

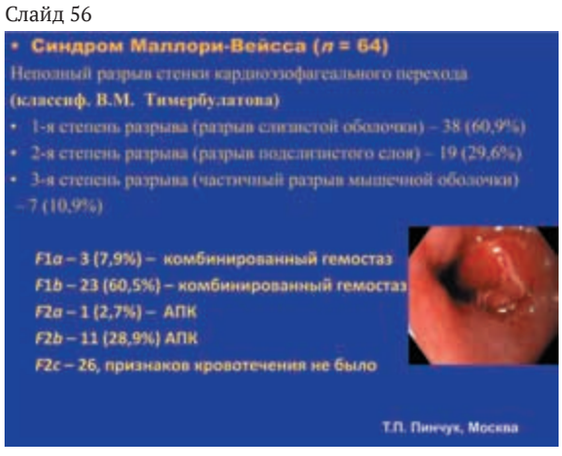
Слайд 54



Слайд 55



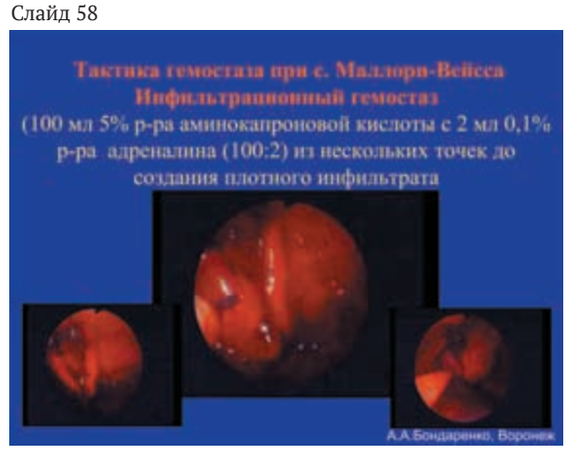
Слайд 56



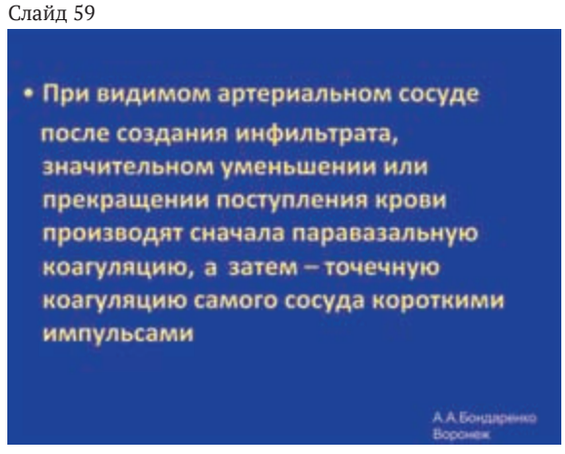
Слайд 57

Однако и на этом секционном заседании были представлены новые разработки. Так, А.А. Бондаренко из Воронежа представил результаты применения гелевого сорбента в качестве завершающего этапа гемостаза и в качестве самостоятельного метода. Устройство для распыления сорбента и сам порошок — авторское изобретение (сл. 58–61).

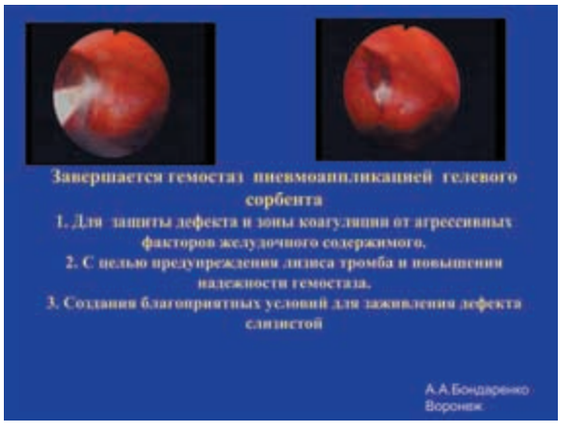
Слайд 58



Слайд 59



Слайд 60.



Слайд 61.

Следует отметить, что в последние годы причиной кровотечения у пациентов, поступающих с отравлениями психотропными препаратами или прижигающими жидкостями, все чаще становятся травматические повреждения желудка и пищевода зондом. У таких больных из-за снижения мышечного тонуса органа вследствие воздействия токсичного вещества, а также из-за глубины повреждения стенки, крайне опасно применять методы термической или химической коагуляции. Как правило, инфильтрационный гемостаз нейтральным раствором оказывается достаточно эффективным. Пищеводно-желудочные кровотечения вследствие повреждения стенки органа на фоне комплексного медикаментозного патогенетического лечения как отравления, так и кровотечения, редко осложняются рецидивом последнего (сл. 62).

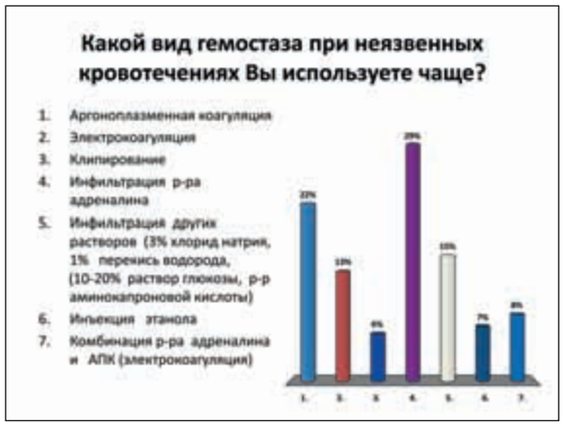
Слайд 62.

Интерактивное голосование, завершившее дискуссию по неязвенным желудочно-кишечным кровотечениям, показало, что соотношение клиник, применяющих классификацию *Forrest* при неязвенных кровотечениях, и не применяющих ее, разделилось практически пополам (сл. 63).

Слайд 63.

А вот распределение по частоте применяемых в стационарах методов гемостаза практически полностью соответствует их распределению у пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Правда, клипирование применяется почти в 2 раза реже — только у 6% пациентов (сл. 64).

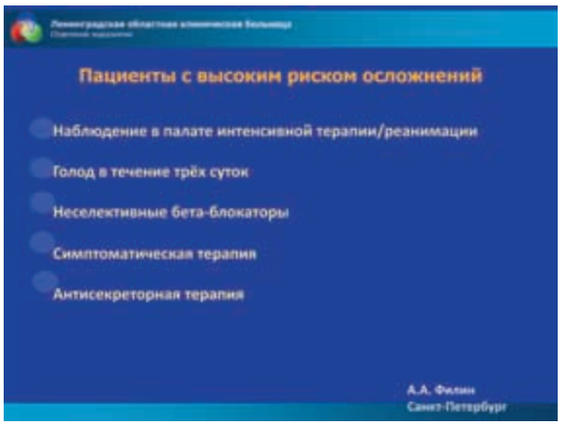
Слайд 64.



КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

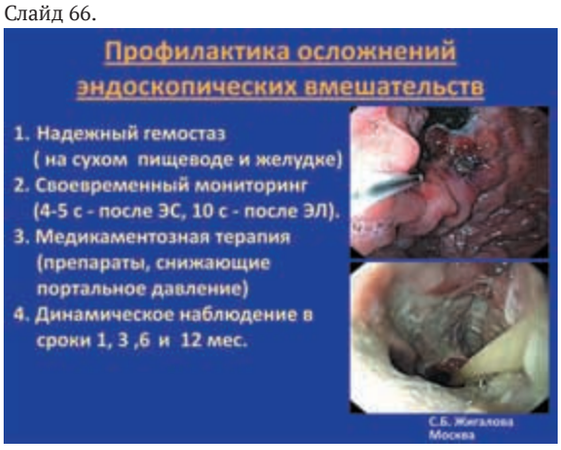
Частота этой патологии среди поступающих в стационары по экстренным показаниям возрастает в геометрической прогрессии (сл. 65).

Слайд 65.



Дмитрий Алексеевич Лютин, зав. эндоскопическим отделением ОКБ, Новосибирск; *Сергей Николаевич Шмелев*, зав. отделением эндоскопии ГКБ № 1 Балаково Саратовской области; *Василий Григорьевич Грома*, к.м.н, хирург, эндоскопист, зав. отделением оперативной эндоскопии Института общей и неотложной хирургии Национальной академии медицинских наук Украины, доцент кафедры хирургии № 1 Харьковского национального медицинского университета, Украина; *Светлана Борисовна Жигалова,* д.м.н., старший научный сотрудник отделения экстренной хирургии и портальной гипертензии РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН, Москва; *Александр Андреевич Филин*, врач-эндоскопист Ленинградской областной клинической больницы, Санкт-Петербург; *Георгий Александрович Ангелич*, д.м.н., профессор, директор 2-й клиники хирургии НИЛ гепатохирургии ГУМФ им. Н.А. Тестемицану, Кишинев, Республика Молдова; *Александр Петрович Кошевой*, д.м.н., профессор, ведущий научный сотрудник НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова СибГМУ, Северск Томской области.

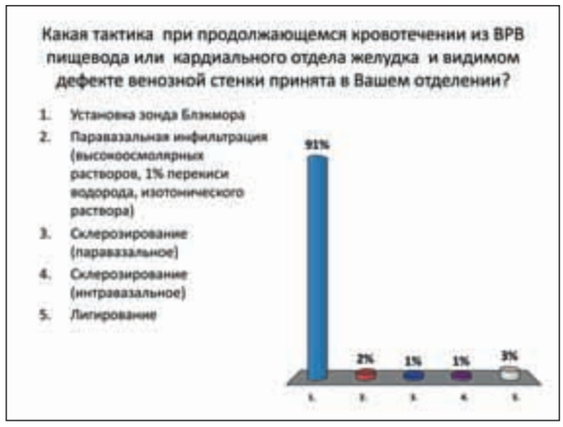
Слайд 66.



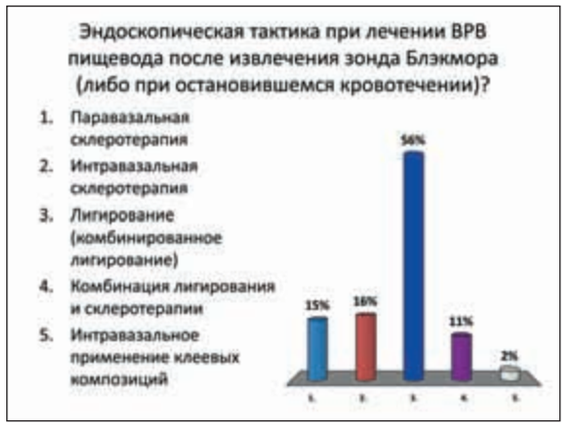
В отношении профилактики осложнений после эндоскопического вмешательства и дальнейшего наблюдения пациентов с портальной гипертензией с обязательным применением у них медикаментозной терапии все упомянутые выше выступающие были единодушны (сл. 66).

Интерактивное голосование показало, что несмотря на различие точек зрения выступающих, тактический подход к лечению варикозных кровотечений в большинстве клиник России совпадает (сл. 67, 68).

Слайд 67.



Слайд 68.



Такими насыщенными были первые два пленарных заседания первого дня конгресса.

Заведующая отделения неотложных эндоскопических исследований НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы
д.м.н. **Пинчук Татьяна Павловна**