

Факторы риска кровотечения после внутрипросветных резецирующих вмешательств на желудке.

Научный руководитель – Федоров Евгений Дмитриевич

Бордилов Максим Владиславович

Аспирант

Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И.

Пирогова, Москва, Россия

E-mail: bordikov.maxim@mail.ru

Введение.

ЭРСО и ЭДПС являются современными малоинвазивными методами лечения новообразований желудка в завершении которых формируется дефект слизистой оболочки желудка, подверженный воздействию агрессивной среды. Одним из наиболее серьезных осложнений является послеоперационное (п/о) кровотечение, частота возникновения которого колеблется от 0 до 11 % после ЭРСО[1,4] и от 1,8 до 15,6 % после ЭДПС[6,3]. По данным разных авторов, более 70% кровотечений в п/о периоде развивается в течение первых 24 часов, однако данное осложнение может возникнуть и в сроки до 2 недель после операции[5,2].

На данный момент актуальным является вопрос о факторах риска развития кровотечения в послеоперационном периоде и методах его профилактики.

Материалы и методы.

В период с 2012 по 2018 гг. в ГКБ №31 ДЗМ г. Москвы на базе кафедры госпитальной хирургии №2 и НИЛ хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии РНИМУ им. Н.И.Пирогова выполнено 72 эндоскопических вмешательства по поводу новообразований желудка. В конце каждой операции проводилась ревизия п/о дефекта и, при необходимости, профилактическая гемостатическая обработка видимых сосудов.

В случае возникновения интраоперационных осложнений, требующих хирургического вмешательства или массивного интраоперационного кровотечения, остановленного эндоскопически, пациент из исследования исключался.

Консервативная терапия во время операции и в п/о периоде проводилась препаратом «Пантопразол», общий курс медикаментозного

лечения составлял 30 дней. На 2 сутки после операции проводилась контрольная ЭГДС.

Перед контрольной ЭГДС все пациенты распределялись на 2 группы методом стратификационной блоковой рандомизации с использованием конвертов. Пациентам Гр.1 проводилась консервативная профилактика кровотечения, при контрольной ЭГДС выполнение эндоскопического гемостаза не планировалось (исключая случаи крайне высокого риска кровотечения). Пациентам Гр.2 помимо консервативной терапии, при контрольной ЭГДС проводился эндоскопический гемостаз по показаниям. Результаты применения описанных выше методик профилактики кровотечения изучались на основе многофакторного анализа.

Результаты исследования.

В каждую группу вошло по 36 человек. В Гр.1 10 мужчин и 26 женщин, в Гр.2 11 и 25 соответственно. Средний возраст $64,77 \pm 11,01$ лет в Гр.1 и $64,73 \pm 13,59$ лет в Гр.2. Размеры новообразований в среднем $21,80 \pm 9,91$ мм в Гр.1 и $16,69 \pm 8,29$ мм в Гр.2. Размеры п/о дефекта $23,58 \pm 15,04$ мм в Гр.1 и $21,13 \pm 8,29$ мм в Гр.2. В Гр.1 выполнили 17 ЭРСО, 16 ЭДПС и 1 комбинацию методов. В Гр.2 23 ЭРСО, 11 ЭДПС и 2 комбинации методов. В конце операции 16(44,4%) и 13(36,1%) пациентам в Гр.1 и Гр.2 была выполнена эндоскопическая

гемостическая обработка сосудов в дне п/о дефекта. При анализе имелись статистически значимые различия между группами только в размерах новообразований ($p=0,026$).

При контрольном ЭГДС на 2 сутки у 18(50%) пациентов Гр.1 и 20(55,5%) пациентов Гр.2 в дне п/о дефекта сосудистых структур не было. У 11(30,5%) и у 7(19,4%) пациентов в Гр.1 и Гр.2 соответственно в дне п/о дефекта определялись тромбированные сосуды диаметром <1 мм без признаков ЖКК, что по правилам исследования не требовало гемостаза. У 5(13,9%) и 9(25%) пациентов в Гр.1 и Гр.2 соответственно в дне п/о дефекта определялись тромбированные сосуды диаметром >1 мм, без картины ЖКК, (пациентам Гр.2 выполнен профилактический гемостаз). У 1(2,8%) пациента

в Гр.1 отмечалось увеличение п/о дефекта в размерах и 2 сосуда диаметром >2 мм, без признаков ЖКК - был выполнен вынужденный гемостаз.

При контрольной ЭГДС картина ЖКК отмечалась только в 2(5,6%) случаях в Гр.1, через час после нее у 1(2,8%) пациента в Гр.2 развилась картина ЖКК, источником был новый сосуд в дне дефекта, диаметром 2мм, мы выполнили эндоскопический гемостаз. На 12 и 14 сутки отмечалась картина ЖКК у 2 пациентов, в обоих случаях они были госпитализированы в стационар и был выполнен эндоскопический гемостаз.

В обеих группах у 14 пациентов в дне п/о дефекта при контрольной ЭГДС определялись новые(вновь возникшие) сосуды, что, равно как и картина ЖКК, расценивались нами как отрицательная динамика, которая отмечалась у 7(19,44%) пациентов Гр.1 и у 10(27,77%) пациентов Гр.2.

По результатам статистического анализа полученных данных есть значимые различия среди пациентов с отрицательной динамикой и без нее по следующим критериям: размеры и глубина п/о дефекта после операции и на 2 сутки, время операции, сосуды в дне п/о дефекта в конце операции с кровотечением и без него ($p<0,05$). У пациентов с отрицательной динамикой минимальные размеры послеоперационного дефекта в конце операции составлял 10мм, минимальная глубина - 2мм, в среднем $30,47\pm 8,10$ и $2,64\pm 0,6$ мм, минимальное время вмешательства составляло 30 минут.

Заключение и обсуждение.

Факторам риска развития кровотечения после эндоскопического удаления новообразований желудка в п/о периоде являются: размеры п/о дефекта более 10 мм, глубина п/о дефекта более 2 мм, время операции более 30 минут, а также наличие сосудов (с кровотечением и без него) в дне п/о дефекта в конце вмешательства, что требует использования в п/о периоде препаратов ИПП, выполнения контрольной ЭГДС на 2 сутки с целью оценки состояния п/о дефекта и выполнения превентивных гемостатических мероприятий при необходимости.

Источники и литература

- 1) Catalano F, et al. The modern treatment of early gastric cancer: our experience in an Italian cohort // Surgery Endoscopy, 2009; №23, p. 1581-6.
- 2) Goto O, et al. A second-look endoscopy after endoscopic submucosal dissection for gastric epithelial neoplasm may be unnecessary: a retrospective analysis of postendoscopic submucosal dissection bleeding // Gastrointestinal Endoscopy 2010; №71, p. 241-248
- 3) Koh R, et al., Antithrombotic drugs are risk factors for delayed postoperative bleeding after endoscopic submucosal dissection for gastric neoplasms // Gastrointestinal Endoscopy, 2013. №78(3), p. 476-483
- 4) Nakamoto S, et al. Indications for the use of endoscopic mucosal resection for early gastric cancer in Japan: a comparative study with endoscopic submucosal dissection // Endoscopy, 2009; №41, p. 746-750.

- 5) Okada K, et al. Risk factors for delayed bleeding after endoscopic submucosal dissection for gastric neoplasm // Surgery Endoscopy, 2011; №25, p. 98-107
- 6) Park YM, et al. The effectiveness and safety of endoscopic submucosal dissection compared with endoscopic mucosal resection for early gastric cancer: a systematic review and metaanalysis // Surgery Endoscopy, 2011; №25, p. 2666-267