

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ КРОВОТЕЧ ІЗ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Лурін І.А., Тітомір І.А., Гладішенко О.І., Слободяник В.П.

Центральний госпіталь Військово-медичного управління Служби Безпеки України, Київ
Центр сучасної медичної діагностики Військово-медичного управління Служби Безпеки України, Київ

Diagnostics and Treatment of Gastro-Intestinal Bleedings from the Upper Gastrointestinal Divisions

I.A. Lurin, I.A. Titomir, O.I. Gladishenko, V.P. Slobodianik

Central Hospital of Military Medical Department, Military Medical Administration of Security Service of Ukraine, Kiev
Center of Modern Medical Diagnostics, Military Medical Administration of Security Service of Ukraine, Kiev

Received: July 8, 2011
Accepted: September 17, 2010

Адреса для кореспонденції:
Центральний госпіталь ВМУ СБ України
вул. Липська, 11
Київ, 01021, Україна
тел.: +38-044-281-59-90

Summary

There are the results of treatment of 226 patients with gastro-intestinal bleeding from the upper gastrointestinal divisions presented in this article. The use of low-invasive endoscopic methods of hemostasis allows to reliably performing a local hemostasis, the effectiveness of which is not inferior to open surgery. Active dispensary observation of patients from risk groups effectively reduces the frequency of occurrence and the severity of the gastro-intestinal bleeding from the upper gastrointestinal divisions.

Key words: gastro-intestinal bleeding, endoscopic hemostasis.

Вступ

Шлунково-кишкові кровотечі (ШКК) залишаються частими та найбільш важкими ускладненнями різних захворювань як шлунково-кишкового тракту (ШКТ), так і інших органів і систем організму. Розповсюдженість ШКК досить значна. Наприклад, в США з причини ШКК поступає в лікувальні заклади більше

300 тис. хворих на рік [1,5]. Переважну більшість всіх ШКК (близько 80-90%) складають кровотечі із верхніх відділів ШКТ (стравохід, шлунок та дванадцятипала кишка). Кровотечі із нижніх відділів ШКТ (тонка, товста та пряма кишка) зустрічаються рідше і складають близько 10-20% всіх ШКК.

Досить високими залишаються показники летальності, яка складає 10-12% при виразкових кровотечах, при злякисних новоутвореннях травного тракту — 20-30%, а у хворих з портальною гіпертензією — 40-60%, і, нажал, не мають тенденції до зниження [3,6].

Саме актуальність даної патології, складність її лікування спонукає лікарів Військово-медичного управління СБУ всіх спеціальностей приділяти велику увагу, перш за все, своєчасній діагностиці ШКК на всіх етапах медичної допомоги та профілактиці розвитку цього ускладнення шляхом регулярного диспансерного нагляду за хворими, що складають групу ризику.

Мета дослідження: покращити результати лікування хворих на шлунково-кишкові кровотечі.

Матеріали та методи

Проаналізовано результати лікування 226 хворих, у яких розвинулась ШКК із верхніх відділів ШКТ, і які лікувались в хірургічному відділенні госпіталю СБУ в період з 2000 по 2010 роки. Чоловіків було 153 (68%), жінок — 73 (32%). Вік хворих склав від 23 до 82 років. Структуру захворювань, що стали етіологічним чинником розвитку ШКК із верхніх відділів ШКТ відображено в таблиці 1.

Головну роль в успішному лікуванні хворих з ШКК відіграє рання та точна діагностика причини кровотечі. Цьому сприяє обізнаність дільничних лікарів та лікарів невідкладної допомоги клінікою ШКК та постійний диспансерний нагляд за хворими групи ризику, завдяки чому досягається максимально швидка госпіталізація хворих в стаціонар. В стаціонарі верифікується локальна причина кровотечі. Головним методом діагностики локальної причини кровотечі із верхніх відділів ШКТ є езофагогастро-дуоденоскопія.

Діагностична цінність ЕФГДС при гострій кровотечі досягає 98% [2], тому при встановленому діагнозі ШКК або при підозрі на нього ЕФГДС виконували всім хворим при поступленні в стаціонар. Протипоказами до виконання ЕФГДС вважали тільки агональний стан хворого, коли результати дослідження не впливали на подальшу тактику ведення пацієнта. Дослідження виконували в ендоскопічному кабінеті чи реанімаційному відділенні під місцевою анестезією гастрофіброскопом чи відеогастроскопом всім 226 хворим.

Хворі госпіталізувались в реанімаційне чи хірургічне відділення в залежності від ступеня крововтрати. З метою оцінки ступеня крововтрати користувались загальноприйнятою класифікацією по Брюсову П.Т. (1998). Одразу розпочинали лікування, направлене на зупинку кровотечі, відновлення гемодинаміки, відновлення рівня гемоглобіну та еритроцитів, лікування хвороби, що була причиною кровотечі.

Всім хворим проводили фармакологічний гемостаз з застосуванням антисекреторних препаратів (блокаторів H₂-рецепторів гістаміна та інгібіторів протонної помпи), амінокапронової кислоти, транексаму, діцинону, етамзілату натрія, інгібіторів протеаз, сандостатину, окреотиду та ін. За показами здійснювали трансфузію еритроцитарної маси, свіжезамороженої плазми.

Фіброгастроскопія використовується не тільки з метою діагностики локальної причини кровотечі,

а і з лікувальною метою. В практичній діяльності з метою визначення тактики лікування використовуємо класифікацію Forrest і співавт. (1974). Показами до застосування малоінвазивних ендоскопічних методів гемостазу вважаємо активну артеріальну або венозну кровотечу (Forrest Ia-b), а також високий ризик рецидиву кровотечі (Forrest IIa — видима судина, що не кровить; Forrest IIb — фіксований тромб-зусток). Крім того, в оцінці ризику рецидиву кровотечі враховували захворювання, яке викликало кровотечу (кількість, розмір та локалізація пептичних виразок, захворювання печінки, розповсюдженість та розмір зл�якісних пухлин та ін.), наявність геморагічного шоку, вік хворого, дефіцит ОЦК, темпи зниження рівня гемоглобіну.

Ендоскопічні методи гемостазу були використані у 128 (74%) хворих. При цьому у кожного конкретного хворого намагались застосовувати комбінацію різних методів ендоскопічного гемостазу. До останніх належать:

- контактна термокоагуляція
- неконтактна коагуляція (аргоном, лазерна)
- ін'єкційні (адреналін, етанол, склеротерапія)
- механічні (кліпування та лігування судин)

У 5 (2,2%) хворих зупинити кровотечу (Forrest Ia-b) методом ендоскопічного гемостазу не вдалося, в зв'язку з чим ці хворі були прооперовані. Всі ці хворі страждали на пептичну виразку ДПК або шлунку. Ще у 3 (1,3%) хворих виник рецидив кровотечі в стаціонарі. 1 із них з кровотечею із пептичної виразки ДПК був прооперований. У 2 інших хворих виник рецидив кровотечі із варикозно розширених вен стравоходу при портальній гіпертензії, їм було виконано доповнюючі ендоскопічні втручання.

Після оперативних втручань летальних наслідків не було.

Хворих з високим ризиком рецидиву кровотечі (Forrest IIa-b) та надто високим операційно-анестезіологічним ризиком вели консервативно з активним динамічним ендоскопічним контролем на 1, 2, 4 добу до зникнення ризику рецидиву кровотечі. Хворих з низьким ризиком кровотечі (Forrest IIc — III) вели

Таблиця 1. Розподіл захворювань по частоті причин ШКК із верхніх відділів ШКТ

| | Захворювання | Абсолютна кількість хворих | % |
|----|--|----------------------------|------------|
| 1. | Виразкова хвороба шлунку та ДПК | 129 | 57 |
| 2. | Гострі виразки та ерозії слизової | 37 | 16 |
| 3. | Пухлини шлунку | 21 | 9 |
| 4. | Синдром Малорі-Вейса | 20 | 9 |
| 5. | Портальна гіпертензія | 13 | 6 |
| 6. | Пептичні виразки гастро — ентероанастомозу | 6 | 3 |
| | Всього | 226 | 100 |

консервативно без активних невідкладних ендоскопічних втручань.

Всього померло 2 хворих (1 — від інфаркту міокарда; 1 — від печінкової недостатності при цирозі печінки). Загальна летальність склала 0,8%.

Результати та їх обговорення

Як видно з наведеної таблиці, етіологія кровотеч із верхніх відділів ШКТ, з якими найчастіше зустрічаються лікарі в практичній своїй діяльності, досить різноманітна. Більшість випадків складають кровотечі із шлунка та ДПК, обумовлені виразковою хворобою. Крім того, саме ці кровотечі частіше бувають тяжкими та схильними до рецидивів, і тому є більш загрозливими для життя хворих. Також складною категорією хворих є хворі з портальною гіпертензією. Хоча вони займають, за нашими даними, 5 місце серед етіологічних причин кровотеч, важкість основного захворювання та швидкий розвиток геморагічного шоку обумовлюють високу летальність при цій патології, особливо при розвитку повторної кровотечі.

На основі проведеного дослідження ми відмічаємо, що впровадження малоінвазивних ендоскопічних методів гемостазу в поєднанні з фармакологічним гемостазом та прогнозуванням ризику рецидиву кровотечі є найбільш реальним шляхом покращення безпосередніх та віддалених результатів лікування хворих з гострими ШКК із верхніх відділів ШКТ.

Звичайна діатермокоагуляція майже не придатна для зупинки виразкової кровотечі внаслідок прикипання наконечника коагулятора до тромбу з наступним відривом останнього. Останнім часом перевагу надаємо іншому методу термічної зупинки кровотечі — аргоно-плазмової коагуляції. За допомогою газу аргону, який іонізується електрокоагулятором, тромб утворюється із крові, яка виділяється з пошкодженої судини. Завдяки текучості газу метод дає можливість забезпечити гемостаз в важкодоступних місцях (зацібулінна виразка, деформація цибулини ДПК). Крім того, метод безпечний у відношенні перфорації порожнинних органів. Ефективно метод діатермокоагуляції доповнюється ін'єкційними методами гемостазу з застосуванням адреналіну або етанолу, який викликає склерозування судин. Досить ефективними є методи механічного гемостазу шляхом лігування судин, що наближає ендоскопічний гемостаз до відкритого хірургічного. Це безпечний та ефективний метод гемостазу виконується за допомогою обертаючого кліпатора, який дозволяє накласти металічні кліпси на кровоточиву судину, провести зашивання дефекту слизової оболонки при

синдромі Малорі-Вейса, гострій виразці. Застосування клеєвого пломбування джерела кровотечі та склерозуючих речовин обмежується високою ціною препарату та ризиком пошкодження клеєм ендоскопічної техніки.

Вважаємо, що найбільш головним аспектом вирішення проблеми ШКК є своєчасне виявлення та профілактика рецидивів захворювань, що є найбільш частими причинами ШКК. Цього вдається досягнути шляхом активного диспансерного спостереження за хворими, що обслуговуються в Військово-медичному управлінні СБ України.

Висновки

Таким чином, проблема ШКК була і залишається актуальною. Успіх лікування ШКК в першу чергу залежить від ранньої діагностики, особливо на етапі первинної медичної допомоги. Стаціонарне лікування ШКК повинно проводитись під ендоскопічним контролем. Сучасні ендоскопічні технології дозволяють здійснити не тільки тимчасовий, але і кінцевий місцевий гемостаз, провести профілактичні заходи виникнення рецидиву кровотечі, що, в свою чергу, дає можливість уникнути екстреного оперативного втручання або виконувати відкриту операцію в більш благоприємних умовах. Регулярний диспансерний нагляд за хворими з групи ризику ШКК дозволяє підвищити ефективність їх лікування, і, як наслідок, ефективно зменшити частоту виникнення цього ускладнення.

Література

1. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л. (2003) Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения. Руководство для практикующих врачей. (Москва). «Литература». 1046 с.
2. Курыгин А.А., Стойко Ю.М., Багненко С.Ф. (2001) Неотложная хирургическая гастроэнтерология. (С-Пб). «Питер». 568 с.
3. Саенко В.Ф., Кондратенко П.Г., Семенюк Ю.С., Велигоцкий Н.Н., Калита Н.Я. (1997) Диагностика и лечение острого кровотечения в просвіт пищеварительного канала. (Ровно). 384 с.
4. Федоров Е.Д., Плахов Р.В., Тимофеев М.Е., Михалев А.И. (2003) Эндоскопический гемостаз с использованием аргоно-плазменной коагуляции при острых желудочно-кишечных кровотечениях: первый клинический опыт. Клиническая эндоскопия. 1: 12-15
5. Donahue P.E., Nyhus L.M. (1999) Massive upper gastrointestinal hemorrhage in surgery of the esophagus, stomach and small intestine. (Boston). Little, Brown, eds.
6. Harris A., Stebbing J. (2002) Handbook of gastrointestinal emergencies. London Life Science Communications. 222 p.