

ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ ШЛУНКОВО—КИШКОВІЙ КРОВОТЕЧІ ВИРАЗКОВОГО ГЕНЕЗУ

М. В. Трофімов, В. П. Кришень, С. О. Мунтян

Дніпропетровська медична академія МОЗ України

THE TREATMENT TACTICS IN GASTROINTESTINAL ULCER HEMORRHAGE

M. V. Trofimov, V. P. Kryshehn, S. O. Muntyan

Dnipropetrovsk Medical Academy of MH of Ukraine

Лікування виразки шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК), ускладненої ШКК, є важливою проблемою сучасної охорони здоров'я. В останні роки спостерігають збільшення частоти виникнення цього важкого ускладнення в Україні з 50 до 75 на 100 тис. населення [1]. У Дніпропетровську цей показник становить 61,2 на 100 тис. населення. Нові алгоритми надання допомоги таким хворим передбачають переважне застосування методів місцевого ендоскопічного гемостазу. Клініка бере активну участь у розробці цих алгоритмів.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

В 1993 р. на базі 2—го хірургічного відділення Дніпропетровського клінічного об'єднання швидкої медичної допомоги створений Міський центр надання допомоги хворим з приводу ШКК. В структурі є ендоскопічне відділення цілодобового чергування, де, поряд з діагностичною езофагогастроуденоскопією (ЕГДС), проводять різні лікувальні ендоскопічні маніпуляції та операції з метою забезпечення місцевого ендоскопічного гемостазу. З 2011 р. ендоскопічне відділення оснащено сучасним обладнанням, активно впроваджує заходи з припинення ШКК та профілактики її рецидиву шляхом застосування місцевого ендоскопічного гемостазу за сучасними стандартами.

Хворих при припущенні про виникнення кровотечі з верхніх відділів травного каналу негайно госпіталізують в хірургічний стаціонар.

Реферат

Узагальнений досвід лікування хворих з приводу шлунково—кишкової кровотечі (ШКК) виразкового генезу у Міському центрі надання допомоги таким хворим. Встановлено, що проведення ендоскопічного моніторингу показане всім хворим при ШКК виразкового генезу для раннього виявлення ознак рецидиву кровотечі і проведення заходів з її попередження. Впровадження місцевого ендоскопічного гемостазу, ендоскопічного моніторингу в комплексі консервативної терапії дозволило зменшити частоту виконання оперативних втручань у 2,5 разу.

Ключові слова: виразка шлунка і дванадцятипалої кишки; шлунково—кишкова кровотеча; лікувальна тактика; ендоскопічний моніторинг.

Abstract

Experience of the patients treatment, suffering gastrointestinal ulcer hemorrhage, in Municipal Centre, dealing with such cases, was summarized. There was established, that conduction of endoscopic monitoring is indicated in all patients, suffering gastrointestinal ulcer hemorrhage for early diagnosis of the hemorrhage recurrence signs and conduction of prophylactic measures. Introduction of local endoscopic hemostasis, endoscopic monitoring in complex of conservative therapy have permitted to reduce the operative interventions conduction rate in 2,5 times.

Keywords: gastroduodenal ulcer; gastrointestinal hemorrhage; tactics of treatment; endoscopic monitoring.

Показанням до проведення екстреної ЕГДС є припущення про наявність кровотечі з верхніх відділів травного каналу (блювання кров'ю або "кавовою гущиною", мелена). Залежно від тяжкості стану хворі розподілені на три групи. I група — хворі з ознаками триваючої кровотечі (блювання алою кров'ю, стрімке зниження артеріального тиску, рідкий чорний кал), порушення гемодинаміки, критичний стан. Цим хворим ЕГДС проводили в умовах операційної або реанімаційної, що є підрозділом операційної. II група — хворі з вираженими проявами постгеморагічної анемії без ознак триваючої кровотечі. Цим хворим ЕГДС здійснювали в умовах хірургічної реанімації. У хворих з ознаками кровотечі, що відбулась, та нетяжкої постгеморагічної анемії без порушення вітальних функцій дослід-

ження проводили в умовах оглядового кабінету ендоскопічного відділення. Метою ендоскопічного дослідження є остаточне чи тимчасове припинення кровотечі, профілактика рецидиву кровотечі.

Для оцінки ендоскопічних ознак джерела кровотечі використовували класифікацію активності кровотечі J. A. N. Forrest, що дозволяє визначити та обґрунтувати лікувальну тактику при ШКК виразкового генезу [2].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Найчастіше гостра ШКК спричинена виразкою ДПК. Її частота становила 42,4%. Виразка шлунка діагностована у 21,1% хворих, синдром Меллорі — Вейсса — у 13,2%, рак шлунка — в 11,5%, пептична виразка анастомозів — у 3,1%, геморагічна гастропатія — у 3,9%.

ШКК I класу небезпеки (Forrest I) виявлена у 40,77% спостережень, II класу (Forrest II) — у 59,53%.

За ендоскопічних ознак активної кровотечі (Forrest I) застосовували методи місцевого ендоскопічного гемостазу з метою тимчасового та остаточного припинення кровотечі. Після остаточного припинення кровотечі здійснювали ендоскопічний моніторинг для контролю гемостазу через 2 — 4 год. Тимчасове припинення кровотечі дає можливість підготувати хворого, що перебуває у важкому стані, до виконання відстроченого оперативного втручання. Неефективність методів ендоскопічного гемостазу є показанням до здійснення екстреного оперативного втручання. При припиненні кровотечі за високого ризику її рецидиву (Forrest II) проводили ендоскопічну профілактику рецидиву, призначали комплекс консервативної терапії з ендоскопічним моніторингом через 4 — 6 год.

Після застосування заходів ендоскопічного гемостазу хворих за нестійкого гемостазу госпіталізували до відділення реанімації для проведення інтенсивної терапії, динамічного спостереження та ендоскопічного моніторингу.

Усім хворим після госпіталізації призначали консервативне лікування, що, включало корекцію кровотрати, гемостатичну, противиразкову, антигелікобактерну терапію,

симптоматичну терапію пацієнтам, у яких перебіг захворювання обтяжений супутніми захворюваннями. На відміну від існуючих схем лікування ШКК виразкового генезу, призначали антибактеріальні препарати та імуномодулятор галавіт за схемою: у 1—шу та на 2—гу добу — по 200 мг двічі на добу внутрішньом'язово; на 3—5—ту добу — по 100 мг 1 раз на добу внутрішньом'язово протягом 5—10 діб. Препарат галавіт (натрію амінодигідрофталазиндіон) обраний нами з огляду на те, що він має не тільки імуномодуючий, а й гастропротективний ефект, його призначають в комплексі лікування виразки шлунка й ДПК. Основна дія препарату спрямована на відновлення секреторної ланки гуморального імунітету [3].

Запропоновані інтегральні шкали прогнозування виникнення рецидиву кровотечі [4, 5]. Нами на основі аналізу результатів клініко—експериментального дослідження створена інтегральна шкала для визначення ризику виникнення рецидиву кровотечі (див. таблицю).

Високий ризик виникнення кровотечі встановлювали за інтегральною оцінкою від 20 до 30 балів, середній — від 13 до 20 балів, низький — до 12 балів.

На підставі розробленого інтегрального показника ризику виникнення рецидиву кровотечі нами побудована наближена аналітична за-

лежність ймовірності виникнення рецидиву кровотечі від зазначених чинників, що дозволила визначити ймовірність виникнення рецидиву кровотечі за даної величини інтегрального показника. За даними дослідження встановлені три характерні ділянки графіка залежності ймовірності виникнення рецидиву кровотечі від величини інтегрального показника. Перша ділянка характеризується малим рівнем статистичної значущості оцінки ймовірності виникнення рецидиву кровотечі; на другій ділянці ймовірність стрімко збільшується за величини параметра 12+15 балів ($p=0,1$) і змінюється за лінійним законом, що виражають формулою:

$$y = 0,028x \times 0,2747$$

до значення інтегрального показника 19+20 балів; третя ділянка характеризується збільшенням ймовірності з $p=0,27$ до $p=1$ при значенні інтегрального показника понад 24 бали.

Показаннями до оперативного лікування ШКК виразкового генезу є:

- активна (триваюча) кровотеча за неефективності методів ендоскопічного гемостазу;
- рецидивна кровотеча на тлі неефективної комплексної консервативної терапії;
- високий ризик виникнення рецидивної кровотечі на тлі тяжкої крововтрати.

Інтегральна оцінка ймовірності виникнення рецидиву кровотечі

Показник	Ймовірність виникнення рецидиву кровотечі, балів		
	1	2	3
Вік	Похилий	Старечий	Довгожителі
Тяжкість крововтрати	Середня	Велика	Масивна
Тривале застосування нестероїдних протизапальних засобів	Ні	Ні	Так
Тривалість догоспітального періоду	До 6 год	6 год – 1 доба	1 – 2 доби
Локалізація дефекту	Передня стінка шлунка та ДПК	Антральна частина (мала кривина), кут шлунка	Тіло шлунка (мала кривина), субкардіальна частина, задня стінка ДПК
Діаметр дефекту, см	0,8–2	2–3	5 і більше
Місцевий гемостаз	FIII	FII	FI
Активність i-NOS в періульцерозній зоні	Незначна	Помірна	Виражена
Забруднення періульцерозної зони <i>Klebsiella pneumoniae</i> та <i>Streptococcus β-haemoliticus</i> , КУО в 1 г	$10^2 - 10^3$	$10^4 - 10^5$	$10^6 - 10^7$
Динаміка рівня стабільних метаболітів NO у сироватці крові на 3—ту добу лікування, %	Менше 35	35–70	Більше 70

З оперативних втручань перевагу віддаємо органощадним та зберігаючим шлунок операціям — висіченню або прошиванню джерела кровотечі, екстеріоризації виразки, клиноподібній резекції шлунка, антрумрезекції з ваготомією.

У 2015 р. за умови активного застосування методів місцевого ендоскопічного гемостазу та ендоскопічного моніторингу в комплексі консервативної терапії ШКК виразкового генезу вдалося істотно знизити частоту виконання оперативних втручань — з 14,2 до 6,18%.

ВИСНОВКИ

1. Проведення ендоскопічного моніторингу показано всім хворим з ШКК виразкового генезу з метою раннього виявлення стигмат виникнення рецидивної кровотечі і проведення заходів з профілактики її виникнення.

2. За надзвичайно високого ризику оперативного втручання при ШКК виразкового генезу доцільне повторне застосування методів місцевого ендоскопічного гемостазу з метою тимчасового припинення кровотечі і підготовки хворого до виконання відстроченої операції.

3. Широке впровадження методів місцевого ендоскопічного гемостазу, ендоскопічної профілактики виникнення рецидивної кровотечі, ендоскопічного моніторингу в комплексі консервативної терапії ШКК виразкового генезу дозволило зменшити частоту виконання оперативних втручань у 2,5 разу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Тактика и результаты хирургического лечения гастродуоденальных язв, осложненных острым кровотечением, в специализированном центре желудочно—кишечных кровотечений / Е. Н. Шепетько, П. Д. Фомин, А. В. Заглавский [и др.] // Клін. хірургія. — 2007. — № 5 — 6. — С. 88.
2. Березницький Я. С. Стандарти організації та професійно—орієнтованих протоколів надання невідкладної медичної допомоги хворим з хірургічними захворюваннями живота і грудної клітки / Я. С. Березницький. — К.: Дніпро—VAL, 2008. — 310 с.
3. Методы оптимизации интенсивной терапии при острых желудочно—кишечных кровотечениях. Актуальні питання клінічної хірургії: Всеукр. наук.—практ. конф. / Е. Н. Клігуненко, Е. Ю. Сорокина, О. В. Кравец [и др.] // Мед. перспективи. — 2012. — Т. 17, № 1,1. — С. 145 — 147.
4. Пат. 27193 Україна, МПК 7 А61В5/00 G01N33/00 Спосіб прогнозування гемостазу шлунково—кишкової кровотечі, переважно при синдромі Меллорі—Вейсса / В. П. Кришень, М. В. Трофімов, О. В. Трофімов (Україна). — Заявник і патентовласник Дніпропетр. мед. акад. — № 200705016; заявл. 07.05.07; опубл. 25.10.07. Бюл. № 17.
5. Пат. 59730 Україна, МПК А61В5/00. Спосіб визначення рецидиву шлунково—кишкової кровотечі / В. П. Кришень, М. В. Трофімов (Україна). — Заявник і патентовласник Дніпропетр. мед. акад. — № 201023700; заявл. 18.11.10; опубл. 25.05.11. Бюл. № 10.

