



Я. С. Березницький,
В. В. Гапонов, В. П. Сулима,
С. Л. Маліновський,
К. О. Ярошенко,
І. В. Ющенко

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИЧНОЇ ТАКТИКИ ТА РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ГОСТРОЮ КРОВОТЕЧЕЮ З НИЖНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

ДЗ «Дніпропетровська
медична академія
МОЗ України»

© Колектив авторів

Резюме. Невідкладна допомога пацієнтам зі шлунково-кишковими кровотечами (ШКК), не зважаючи на значний прогрес в медикаментозній терапії та розвиток ендоскопічних і ангіографічних методик гемостазу, залишається вельми актуальним питанням сучасної медицини. Кровотеча з нижніх відділів ШКТ – це кровотеча з ділянки, яка розташована дистальніше зв'язки Трейця. Вона може бути гострою та хронічною, масивною та скритою. Тактика обстеження та лікування таких хворих розроблена не до кінця у порівнянні з кровотечею з верхніх відділів ШКТ. Кровотеча з нижніх відділів ШКТ складає приблизно 20 % всіх кровотеч ШКТ. Загальна летальність при таких кровотечениях досить не велика 3-4 %, але летальність у похилому та старечому віці при наявності супутньої патології може досягати 10 % і навіть 25 %.

Ключові слова: кровотечі, нижні відділи, шлунково-кишковий тракт.

Вступ

Невідкладна допомога пацієнтам зі шлунково-кишковими кровотечами (ШКК), не зважаючи на значний прогрес в медикаментозній терапії та розвиток ендоскопічних і ангіографічних методик гемостазу, залишається вельми актуальним питанням сучасної медицини [1, 4, 5].

Кількість госпіталізованих пацієнтів не має тенденції до зниження, а рівень летальності при ШКК залишається високим. Сприяє цьому: недостатня забезпеченість ендоскопічним обладнанням та фахівцями ендоскопістами, які працюють у цілодобовому режимі; центрів з надання допомоги хворим із ШКК.

Суттєво погіршує прогноз лікування хворих із ШКК не коригована супутня патологія.

Кровотеча з нижніх відділів ШКТ – це кровотеча з ділянки, яка розташована дистальніше зв'язки Трейця. Вона може бути гострою та хронічною, масивною та скритою. Тактика обстеження та лікування таких хворих розроблена не до кінця у порівнянні з кровотечею з верхніх відділів ШКТ.

Кровотеча з нижніх відділів ШКТ складає приблизно 20 % всіх кровотеч ШКТ. Загальна летальність за таких кровотеч досить не велика 3-4 %, але летальність у похилому та старечому віці за наявності супутньої патології може досягати 10 і навіть 25 % [2, 3, 5, 6].

Матеріали і методи досліджень

У м. Дніпропетровськ допомога хворим з кровотечею з верхніх відділів ШКТ надається у лікарні швидкої медичної допомоги, хворих з кровотечею з товстої кишки госпіталізують в

обласне проктологічне відділення міської клінічної лікарні № 6, яка є клінічною базою кафедри хірургії № 1. У 2015 р. у клініку поступило 157 хворих з підозрою на товстокишкову кровотечу.

Елементи діагностичного алгоритму при ШКК наступні: клінічна оцінка симптоматичного комплексу гострої ШКК, визначення дефіциту ОЦК та ступеню крововтрати, важкості стану пацієнта, визначення місця проведення діагностичних та лікувальних заходів.

Заключним кроком діагностичного алгоритму було встановлення клінічного діагнозу та вибір подальшої лікувальної тактики.

Пацієнтам проводилась консервативна терапія (інфузійно-трансфузійна терапія, гемостатична, симптоматична та ін.) згідно методичним рекомендаціям, за необхідності виконувався ендоскопічний гемостаз. За неефективності вище зазначених заходів вирішувалося питання про виконання хірургічного втручання.

У першу чергу при надходженні хворого треба було виключити кровотечу з верхніх відділів ШКТ, тому що в деяких випадках при масивних кровотечениях може бути виділення незміненної крові з каловими масами.

Для цього хворим вводили назогастральний зонд та аспірували вміст шлунку. Так у 8 хворих в аспірованому вмісті були домішки крові. Тому що ці хворі поступили вночі, то був визваний чергуючий вдома ендоскопіст, який при виконанні ургентної фіброгастродуоденоскопії діагностував у 6 хворих виразку дванадцятипалої кишки, у 2 – виразку шлунка, що були ускладнені кровотечениями.



Цим хворим було виконано ендоскопічний гемостаз і після стабілізації стану хворі були переведені до хірургічного відділення.

Для встановлення джерела кровотечі крім фізикальних методів обстеження з ректальним пальцевим дослідженням, використовували аноскопію, ректороманоскопію, колоноскопію. За необхідності тотальну колоноскопію виконували через 12-48 годин з моменту надходження хворого до стаціонару після стабілізації стану хворого.

Для підготовки товстої кишки до дослідження використовували Ендофальк або Фортранс. У 2 хворих з тяжкою триваючою кровотечею колоноскопію виконували без підготовки.

Результати досліджень та їх обговорення

Після діагностичних заходів було встановлено наступні патології, які стали причиною товстокишкової кровотечі (149 хворих):

- хвороба Крона – 8 (5,3 %);
- неспецифічний виразковий коліт (НВК) – 19 (12,7 %);
- дивертикули товстої кишки – 54 (36,2 %);
- рак товстої кишки – 30 (20,1 %);
- поліпи товстої кишки – 2 (1,3 %);
- геморої – 36 (24,1 %).

Хворі з кровотечею легкої та середньої важкості лікувалися у відділенні проктології, тяжкої і вкрай тяжкої – у ВАІТ. У більшості пацієнтів позитивних результатів було досягнуто за допомогою консервативної терапії. Але у 4 хворих з НВК не вдалося досягнути стійкого гемостазу, тому 2 пацієнтам з тотальним ураженням товстої кишки було виконано тотальну колектомію, ще 2-м хворим для відключення ураженої частини товстої кишки враховуючи тяжкий стан були виведені ілеостоми. Один хворий після виконання тотальної колектомії помер.

Троє пацієнтів з дивертикулярною хворобою та важкою супутньою патологією в тяжкому стані були госпіталізовані до ВАІТ, де незва-

жаючи на інтенсивне лікування у цих хворих наступив летальний випадок.

Трьох пацієнтів з дивертикулярною хворобою лівої половини товстої кишки та одного з дивертикулярною хворобою правої половини товстої кишки було прооперовано з приводу рецидиву кровотечі. Цим пацієнтам відповідно було виконано лівобічну та правобічну геміколектомію.

У 2 хворих був виконаний при колоноскопії ендоскопічний гемостаз.

Злоякісні новоутворення та поліпи товстої кишки не давали масивних кровотеч, тому таких хворих лікували консервативно та після стабілізації стану та верифікації діагнозу вирішували питання проведення планового оперативного лікування після онкоконсилиуму.

З 36 хворих з гемороїдальною кровотечею 5 пацієнтів прооперовано на висоті кровотечі у зв'язку з неефективністю консервативної терапії, цим пацієнтам було виконано прошивання гемороїдальних вузлів які кровоточили.

Інші хворі після зупинки кровотечі та стабілізації стану були прооперовані радикально на 2-3 добу.

Таким чином із 149 хворих з товстокишковою кровотечею прооперовано було 13 (8,7 %) хворих. Летальність склала 2,6 %.

Висновки

Кровотеча з нижніх відділів ШКТ залишається важливою проблемою, допомога таким хворим повинна бути своєчасною з використанням сучасних медичних технологій, прийняттям та виконанням швидких рішень, щодо діагностично-лікувальної тактики.

Показанням до виконання оперативних втручань при кровотечі з товстої кишки є неефективність консервативного та ендоскопічного гемостазу а також рецидиви кровотечі. Нами було прооперовано 8,7 % хворих, летальність склала 2,6 %.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ивашкин В. Т. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения : Рук-во для практикующих врачей / В. Т. Ивашкин, Т. Л. Лапина. – М. : Литература. – 2003. – 1046 с.
2. Bohnacker S. The role of endoscopic therapy in the treatment of bleeding varices / S. Bohnacker, PVJ. Sriram, N. Soehendra // *Bailliere's Clin Gastroenterol.* – 2000. – N 3. – P. 477–494.
3. Impact of modern diagnostic methods on the management of active rectal bleeding / T.A. Colacchio, K. A. Forde, T. J. Patsos [et al.] // *Am. J. Surg.* – Vol. 143. – P. 607–610.
4. Urgent Colonoscopy for the Diagnosis and Treatment of Severe Diverticular Hemorrhage / D. M. Jensen, G. A. Machicado, R. Jutabha [et al.] // *The New England Journal of Medicine.* – 2000. – Vol. 342. – P. 78–82.
5. Harris A. Handbook of gastrointestinal emergencies / A. Harris, J. Stebbing // *London Life Science Communications.* – 2002. – 487 p.
6. Terdiman J. P. Colonoscopic management of lower Gastrointestinal Hemorrhage / J. P. Terdiman // *Current gastroenterology reports.* 2001. – Vol. 3, N 5. – P. 234–248.



ОСОБЕННОСТИ
ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ
ТАКТИКИ И РЕЗУЛЬТАТЫ
ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С
ОСТРЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ
ИЗ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО
ТРАКТА

*Я. С. Березницкий,
В. В. Гапонов, В. Ф. Сулима,
С. Л. Малиновский,
Е. А. Ярошенко,
И. В. Ющенко*

FEATURES OF DIAGNOSTIC
TACTICS AND TREATMENT
RESULTS IN PATIENTS
WITH ACUTE BLEEDING
FROM THE LOWER
GASTROINTESTINAL TRACT

*Ya. S. Bereznytskyi,
V. V. Gaponov, V. P. Sulyma,
S. L. Malinovskyi,
K. O. Yaroshenko,
I. V. Yuschenko*

Резюме. Неотложная помощь пациентам с желудочно-кишечными кровотечениями (ЖКТ), несмотря на значительный прогресс в медикаментозной терапии и развитие эндоскопических и ангиографических методик гемостаза, остается весьма актуальным вопросом современной медицины. Кровотечение из нижних отделов ЖКТ – это кровотечение из участка, расположенного дистальнее связи Трейца. Она может быть острой и хронической, массивной и скрытой. Тактика обследования и лечения таких больных разработана не до конца по сравнению с кровотечением из верхних отделов ЖКТ. Кровотечение из нижних отделов ЖКТ составляет примерно 20 % всех кровотечений ЖКТ. Общая летальность при таких кровотечениях достаточно небольшая (3-4 %), но летальность в пожилом и старческом возрасте при наличии сопутствующей патологии может достигать 10 % и даже 25 %.

Ключевые слова: кровотечения, нижние отделы, желудочно-кишечный тракт.

Summary. Emergency care for patients with gastrointestinal bleeding (GI), despite significant progress in drug therapy and the development of endoscopic hemostasis and angiographic techniques remains highly topical issue of modern medicine. Bleeding from the lower GI - this bleeding from an area distal connection Treits. It can be acute or chronic, massive and hidden. Survey tactics and treatment of such patients is not fully developed in comparison with bleeding from the upper gastrointestinal tract. Bleeding from the lower GI tract is approximately 20 % of all gastrointestinal bleeding. Overall mortality at such bleeding quite small (3-4 %), but mortality in elderly and senile patients with concomitant pathology may reach 10 % or even 25 %.

Key words: bleeding, lower parts, gastrointestinal tract.