

УДК 616.33/34-005.1-072.1-08

ЕНДОСКОПІЧНИЙ МОНІТОРИНГ В ТАКТИЦІ ЛІКУВАННЯ КРОВОТЕЧ З ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Шейко В.Д., Малик С.В., Лавренко Д.О., Панасенко С.І.

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Проведено комплексне клінічне вивчення 107 хворих з шлунково-кишковими кровотечами різної етіології. В процесі їх обстеження і лікування особлива увага приділена ранньому виконанню ФЕГДС, як провідного інструментального методу, кртрый дозволяє встановити джерело кровотечі, його характер і ступінь гемостазу із застосуванням шкали Forrest. Оцінка тяжкості стану хворих з кровотечами з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту проводилася за загальноприйнятими принципами і залежала від дефіциту об'єму циркулюючої крові (ОЦК). Розроблений структурний алгоритм ведення даної групи хворих, який дозволяє провести індивідуальний вибір лікувальної тактики, тим самим поліпшити якість надання медичної допомоги.

Ключові слова: ендоскопічний моніторинг, кровотеча, шлунково-кишковий тракт.

Вступ

Кровотечі з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ШКТ) являють собою велику клінічну та економічну проблему [1,5]. Частота їх виникнення складає приблизно 170 випадків на 100000 населення в рік, при цьому фінансово-економічні затрати досягають великих розмірів, а летальність коливається від 2 до 8% [2,7,8]. Це певною мірою пов'язано з недостатнім використанням ендоскопічної діагностики на ранніх етапах госпіталізації в комплексному обстеженні та лікуванні хворих, тому розробка адекватних тактико-діагностичних принципів застосування фіброзофаго-гастроуденоскопії (ФЕГДС) має надзвичайно велике значення [3,4,6].

Покращення результатів лікування хворих зі шлунково-кишковими кровотечами шляхом розробки та обґрунтування тактико-діагностичних принципів застосування ФЕГДС з впровадженням структурного алгоритму ведення даної групи пацієнтів були взяті за основу при дослідженні та визначили мету роботи.

Матеріали і методи

Проведене комплексне клінічне дослідження 107 хворих з кровотечами з верхніх відділів ШКТ в процесі комплексного лікування в умовах міського багатопрофільного стаціонару. Жінок було 26, чоловіків 81. Середня тривалість захворювання до госпіталізації складала від 6 годин до 3 діб. Причинами кровотечі були: пептична виразка шлунку та дванадцятипалої кишки у 86 (80,3%) хворих, варикозно розширені вени стравоходу у 6 (5,6%), синдром Мелорі-Вейса у 5 (4,6%), гострі ерозивні ураження слизової шлунку та дванадцятипалої кишки у 10 (9,3%) хворих. Бригадою швидкої допомоги доставлено 62 (57,9%) хворих, самозвернення відмічено у 14 (13%) хворих, направлення з поліклінічної ділянки зареєстровано у 31 (28,9%) хворого. Більшість хворих, а саме 73 (68,2%) відмічали тривалий багаторічний анамнез основного захворювання, вперше вважали себе хворими 34 (31,7%) особи. Всім хворим в обов'язковому порядку проводилася ургентна діагностична ФЕГДС для встановлення джерела кровотечі та

її характеру. Інтенсивність кровотечі та ступінь гемостазу визначались за шкалою Forrest (1974). Для підготовки хворого до ФЕГДС використовували повне випорожнення верхніх відділів ШКТ (стравоходу, шлунку, дванадцятипалої кишки), яке може бути у вигляді крові та згортків, шляхом промивання шлунку холодною водою через товстий шлунковий зонд. Великий внутрішній діаметр зонду дозволяє евакуювати великі згортки, а локальна гіпотермія дає змогу зменшити інтенсивність кровотечі або повністю її зупинити. На підставі даних ФЕГДС та результатів лабораторних методів дослідження формувалася подальша тактика, яка була спрямована на визначення стану тяжкості хворого та вибір подальшого комплексного лікування, яке включало в себе хірургічні та консервативні методи. Таким чином із 107 хворих було прооперовано 24 (22,4%), а у 83 хворих (77,6%) застосовані консервативні методи та методика ендоскопічного аплікаційного гемостазу. Хворим виконувалися наступні хірургічні втручання: прошивання кровотоливої судини у виразці, висічення виразки з пілородуоденопластикою, поєднані з ваготомією, висічення виразки з пілородуоденопластикою без ваготомії, резекція шлунку в різних модифікаціях. Консервативна терапія проводилася відповідно до стандартних положень (відновлення об'єму циркулюючої крові, гемостатики), а також включала в себе внутрішньовенне введення інгібіторів протонної помпи (омез 80 мг). Для ендоскопічного аплікаційного гемостазу використовувалися 70% розчин етилового спирту та 5% розчин епсилон-амінокапронової кислоти. В подальшому хворим в обов'язковому порядку проводився динамічний контроль гемостазу шляхом введення назогастрального зонду та ендоскопічний моніторинг для відображення результатів лікувальної тактики.

Результати та їх обговорення

В умовах міського багатопрофільного стаціонару нами розроблений структурний алгоритм, мета використання якого була спрямована на визначення і прийняття адекватної тактики ведення хворих з кровотечами з верхніх відділів ШКТ. Алгоритм базувався на двох аспектах: 1)

ступінь ендоскопічного гемостазу; 2) тяжкість крововтрати (геморагічний шок). При цьому виділялися три групи в залежності від дефіциту об'єму циркулюючої крові (ОЦК):

1) стабільні хворі – 31 (28,9%), у яких дефіцит ОЦК був менше 15%, в даній групі геморагічного шоку не було;

2) компенсовані хворі – 52 (48,6%), у яких дефіцит ОЦК сягав до 25%, гематокрит залишався більше 30% (геморагічний шок I та II ступеню з нормальним і субнормальним артеріальним тиском);

3) декомпенсовані хворі – 24 (22,4%), де дефіцит ОЦК сягав більш ніж 25%, гематокрит становив менше 30% (геморагічний шок III та IV ступеню з вираженою гіпотензією).

В залежності від отримуваних результатів обґрунтовувалась та визначалась подальша тактика. Стосовно кровотеч виразкового генезу в ділянці шлунка та дванадцятипалої кишки встановлений наступний алгоритм:

F1a – абсолютний показник для обрання хірургічної тактики незалежно від стадії геморагічного шоку.

F1b, F1c, F1a – це показники для виконання ендоскопічного аплікаційного гемостазу та консервативної терапії з послідовним динамічним контролем якості гемостазу шляхом встановлення назогастрального зонду. За умов відновлення кровотечі тактика змінювалась на хірургічну. При госпіталізації хворих в стадії декомпенсації обиралась хірургічна тактика.

F1b, F1c – показники для проведення консервативної терапії з моніторингом гемостазу шляхом встановлення назогастрального зонду, та прийняття рішення про відстрочене хірургічне лікування. При виникненні рецидиву кровотечі використовувалась тактика така, як при різновидах F1 та його модифікаціях.

F1a, F1b – головна увага приділялася лікуванню основного захворювання шляхом консервативної терапії, при її неефективності приймалося рішення про обрання хірургічної тактики в плановому порядку.

При кровотечах з варикозно-розширених вен стравоходу використовувався наступний алгоритм: при Forrest I та його різновидах – зупинка кровотечі шляхом встановлення зонда Блекмора; при Forrest II,III – консервативна терапія з динамічним спостереженням.

Важливою ланкою та запорукою ефективності надання медичної допомоги хворим з кровотечами з верхніх відділів шлунково-кишкового тра-

кту є своєчасна, достовірна ендоскопічна діагностика, яка безпосередньо залежить від кваліфікації лікарів-ендоскопістів та матеріально-інструментального забезпечення.

Із 24 оперованих хворих померло 2 (8,3%). Даний відсоток післяопераційної летальності пояснюється старечим віком хворих з пізньою госпіталізацією в стадії декомпенсації, маніфестацією в післяопераційному періоді проявів серцево-судинної та легеневої недостатності, що і було домінуючим фактором у виникненні летального виходу. Із 83 неоперованих хворих померло 3, що склало 3,6%, з них 2 з декомпенсованим цирозом печінки.

Загальна летальність склала 4,6%, що узгоджується з літературними даними.

Висновки

1. Комплексне надання медичної допомоги хворим зі шлунково-кишковими кровотечами повинно обов'язково включати в себе лікувально-діагностичні заходи за участі лікарів-ендоскопістів для ранньої діагностики та покращення комплексного лікування даної групи хворих.

2. Раннє виконання ЕФЕГДС є одним із домінуючих факторів, який впливає на обрання подальшої активної тактики ведення хворих з контролем гемостазу при умові визначення загального стану тяжкості, що тим самим надає змогу сформулювати адекватну тактику комплексного лікування з позитивним впливом на його результати.

Література

1. Бойко В.В., Тарабан І.А., Грома В.Г., Вовк В.А. До питання організації та тактики надання медичної допомоги хворим на синдром Меллорі-Вейса // Гастроентерологія. Міжвідомчий збірник. - Дніпропетровськ, 2000. -С.68-74.
2. Бондарь Г.В., Попович А.Ю., Бондарь В.Г., Заика А.И. Рак желудка. На пути к решению проблемы // Хирургия Украины. -2006.- №1.-С.8-12.
3. Гринберг А.А., Затевахин И.И., Щеголев А.А. Хирургическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. -М.: Медицина, 2003. -43 с.
4. Грубнік В.В., Кімакович В.Й., Мельниченко Ю.А., Тумак І.М. Діагностична і лікувальна ендоскопія травного каналу. Атлас. - Львів, 2001. -208с.
5. Давыдов М. И. Современные методы диагностики и лечения рака желудка // Рос. Журнал гастроэнтеролог., гепатол., колопроктол.- 1997. -№3. -С.35-38.
6. Никишаев В.И., Бойко В.В. Современные принципы обучения гастроинтестинальной эндоскопии // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. -2006. -№3. -С.18-20.
7. Панцырев Ю. М., Михалев А. И., Юдин О.И. Осложнения язвенной болезни // Хирургические болезни. -2006- №1.-С. 222-225.
8. Cook D.J., Guyatt G.H., Salena B.J., Laine L.A. Endoscopic therapy for acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage : meta-analysis // Gastroenterology. -1992. - Vol. 102: -P.139-148.

Реферат

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ В ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Шейко В.Д., Малик С.В., Лавренко Д.О., Панасенко С.И.

Ключевые слова: эндоскопический мониторинг, кровотечение, желудочно-кишечный тракт.

Проведено комплексное клиническое изучение 107 больных с желудочно-кишечными кровотечениями различной этиологии. В процессе их обследования и лечения особая роль обращена на раннее выполнение ФЭГДС, как ведущего инструментального метода, который позволяет установить источ-

ник кровотечения, его характер и степень гемостаза с применением шкалы Forrest. Оценка тяжести состояния больных с кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта проводилась по общепринятым принципам и зависела от дефицита объема циркулирующей крови (ОЦК). Разработан структурный алгоритм ведения данной группы больных, который позволяет провести индивидуальный выбор лечебной тактики, тем самым улучшить качество оказания медицинской помощи.

Summary

ENDOSCOPIC MONITORING IN THE APPROACH OF TREATING HEMORRHAGES OF UPPER PORTIONS OF GASTROINTESTINAL TRACT

Sheyko V.D., Malyk S.V., Lavrenko D.O., Panasenko S.I.

Key words: endoscopic monitoring, hemorrhages, upper portions of gastrointestinal tract.

107 patients with gastrointestinal hemorrhages of unknown origin were subjected to the complex examination. During the examining and treating the patients a special attention was paid to the early fibroesofagogastroduodenoscopy (FEGDS) as a key instrumental study which allows to detect the site of bleeding, its character and homeostasis condition using the Forrest scale. The estimation of the condition of patients with hemorrhages in upper portions of gastrointestinal tract was carried out by conventional principles and depended on the circulating blood volume deficiency. There was developed the structural algorithm for the management of the patients, which makes it possible to find out an individual approach in treating and, thereafter, to improve the medical aid quality.

УДК 616.712.1-001.5-089.2

НОВИЙ СПОСІБ ОСТЕОСИНТЕЗУ МНОЖИННИХ ПЕРЕЛОМІВ РЕБЕР

Шейко В. Д., Панасенко С. І., Лавренко Д. О.

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

В статті висвітлені питання оперативного лікування множинних переломів ребер з позиції сучасних наукових поглядів на травматичну хворобу. Представлений огляд існуючих методів оперативного лікування із аналізом їх недоліків. Репрезентовано оригінальний метод і апарат, який дозволяє надійно і малотравматично проводити екстраплевральний позавогнищевий остеосинтез множинних переломів ребер.

Ключові слова: множинний перелом ребер, позавогнищевий остеосинтез, апарат зовнішньої фіксації.

Вступ

Глобальна урбанізація навколишнього середовища обумовлює стійкий ріст травматизму населення. В його структурі на перший план виходить тяжка закрита поєднана травма, особливим компонентом якої є закрита травма грудей (ЗТГ) [1-3, 7]. Множинні переломи ребер (МПР) спостерігаються у 5,1-26,5% випадків ЗТГ, переважно при поєднаній і множинній травмі [1-3, 7-10]. Забій міокарду, легенів, порушення каркасності грудної клітки, балотування межистіння, майже завжди супроводжують МПР сприяючи розвитку серцевої і респіраторної недостатності та циркуляторної і тканинної гіпоксії. Навіть при односторонніх МПР спостерігається значне погіршення вентиляційної функції легень, що сприяє розвитку різноманітних ускладнень, які погіршують прогноз перебігу травми [1, 2, 8-10].

Метою дослідження було на основі аналітичного огляду джерел наукової інформації та власного клінічного досвіду, створити такий метод оперативного лікування МПР, у якому нове конструктивне виконання структурних елементів і прийомів їх установки та фіксації дозволили б забезпечити високу надійність і жорсткість металоконструкції, знизити травматичність операції, підвищити ефективність лікування і розширити можливості застосування.

Основним методом був науково-пошуковий аналіз даних медичних та науково-технічних періодичних видань, патентно-ліцензійної документації, даних мережі Internet.

Результати та їх обговорення

Насьогодні можна констатувати той факт, що поки що немає універсального методу лікування МПР, і вибір способу фіксації подібних переломів являє собою значні труднощі. Розмаїття існуючих методик вимагає індивідуального підходу із врахуванням локалізації переломів, площі і ступеню флотації, загального стану, виразності функціональних розладів та наявності поєднаних ушкоджень. В той же час сучасний розвиток вчення про травматичну хворобу стверджує активну оперативну тактику щодо лікування скелетної травми в цілому і МПР зокрема. Відомо (А. П. Кузьмичов, 1985; С. С. Ткаченко і А. Є. Євдокімов, 1990), що лише при відновленні каркасності пошкодженої грудної клітки відбувається покращення функціональних показників кардіореспіраторної системи, зменшуються гостра дихальна недостатність і системні мікроциркуляторні порушення. Стає очевидним, що найбільш «фізіологічними», незважаючи на операційну травму, є оперативні методи лікування МПР, особливо при