

ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ КРОВОТЕЧІ З ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ТРАВНОГО КАНАЛУ ЗА УМОВ ЕНДОСКОПІЧНОГО МОНІТОРИНГУ

С. В. Малик, Д. О. Лавренко, В. І. Подлесний
Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

TACTICS OF TREATMENT OF THE FOREGUT HEMORRHAGES WHILE PERFORMING ENDOSCOPIC MONITORING

S. V. Malyk, D. O. Lavrenko, V. I. Podlesniy

Кровотеча з верхніх відділів ТК є важливою клінічною та економічною проблемою [1–4]. Частота її виникнення становить майже 170 на 100 000 населення на рік, при цьому фінансово-економічні витрати досить великі, летальність — 2–8% [4–8]. Це певною мірою пов'язане з недостатнім використанням методів ендоскопічної діагностики на ранніх етапах госпіталізації під час комплексного обстеження й лікування хворих. Отже, розробка адекватних тактико-діагностичних принципів застосування ЕГДФС має важливе значення [2, 4, 7, 9, 10].

Поліпшення результатів лікування хворих з приводу ШКК шляхом розробки та обґрунтування тактико-діагностичних принципів застосування ЕГДФС, впровадження алгоритму ведення таких хворих визначили мету дослідження.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проведене комплексне клінічне обстеження 107 хворих, у яких виникла кровотеча з верхніх відділів ТК, та комплексне лікування в умовах міського багатопрофільного стаціонару. Жінок було 26, чоловіків — 81. Тривалість захворювання до госпіталізації становила у середньому від 6 год до 3 дб. Причинами виникнення ШКК були: пептична виразка шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) — у 86 (80,3%) хворих, варикозні зміни вен стравоходу — у 6 (5,6%), синдром Мелорі — Вейсса — у 5 (4,6%), гостре ерозивне ураження слизової оболонки шлунка та ДПК — у 10 (9,3%). Бригадою швид-

Реферат
Проведене комплексне клінічне обстеження 107 хворих, у яких виникла шлунково-кишкова кровотеча (ШКК) різної етіології. Особливу увагу звертали на раннє проведення езофагогастродуоденофіброскопії (ЕГДФС) як провідного інструментального методу, що дозволяє виявити джерело ШКК, його характер та ступінь гемостазу з використанням шкали J. Forrest. Тяжкість стану хворих за наявності кровотечі з верхніх відділів травного каналу (ТК) оцінювали за загальноприйнятими принципами, залежно від дефіциту об'єму циркулюючої крові (ОЦК). Розроблений структурний алгоритм ведення хворих, за яким доцільно індивідуально обирати лікувальну тактику, що забезпечує поліпшення якості надання медичної допомоги хворим.
Ключові слова: шлунково-кишкова кровотеча; діагностика; езофагогастродуоденофіброскопія; лікування.

Abstract
Complex clinical examination was done in 107 patients, in whom gastrointestinal hemorrhage (GIH) of various etiology, have had occurred. Special attention was drawn toward early conduction of esophagogastroduodenofibroscopy, as a leading instrumental method, permitting to reveal a GIH source, its character and degree of hemostasis in accordance to J. Forrest scale. The patients state severity while hemorrhage from the foregut presence was estimated in accordance to routine principles, depending on the circulating blood volume deficiency. The structure algorithm for the patients' management, in accordance to which treatment tactic must be selected individually, permitting to improve the quality of the medical help delivery for the patients, was elaborated.
Key words: gastrointestinal hemorrhage; diagnosis; esophagogastroduodenofibroscopy; treatment.

кої допомоги доставлені 62 (57,9%) хворих, самостійно звернулися — 14 (13%), направлені з поліклінічної ділянки — 31 (28,9%). Більшість — 73 (68,2%) пацієнтів відзначали багаторічну тривалість основного захворювання, вперше вважали себе хворими 34 (31,7%). Всім хворим проведена невідкладна діагностична ЕГДФС для встановлення джерела кровотечі та її характеру. Інтенсивність кровотечі та ступінь гемостазу визначали за шкалою Forrest (1974) [2, 4, 7, 9, 10]. Для підготовки хворого до ЕГДФС повністю очищували верхні відділи ТК (стравохід, шлунок, ДПК) шляхом промивання холодною водою через товстий шлунковий зонд. Великий внут-

рішний діаметр зонда дозволяє евакуювати великі згортки, а локальна гіпотермія — зменшити інтенсивність кровотечі або повністю її припинити. На підставі даних ЕГДФС та результатів лабораторних досліджень формували подальшу тактику, спрямовану на визначення тяжкості стану хворого та вибір подальшого комплексного лікування, яке включало хірургічні та консервативні методи. З 107 хворих оперовані 24 (22,4%), у 83 (77,6%) — застосовані консервативні методи та метод ендоскопічного аплікаційного гемостазу. Виконували такі хірургічні втручання: прошивання судини, що кровоточила у виразці, висічення виразки з пілородуоденопластикою,

резекція шлунка в різних модифікаціях. Консервативну терапію проводили за стандартними протоколами: усунення дефіциту ОЦК, гемостатичну терапію, внутрішньовенне введення інгібіторів протонної помпи. Для ендоскопічного аплікаційного гемостазу використовували 70% розчин етилового спирту та 5% розчин амінокапронової кислоти. В подальшому у хворих обов'язково контролювали в динаміці гемостаз шляхом введення назогастрального зонда та проводили ендоскопічний моніторинг для оцінки результатів лікування.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В умовах міського багатопрофільного стаціонару розроблений алгоритм, використання якого спрямоване на обґрунтування адекватної тактики ведення хворих з приводу кровотечі з верхніх відділів ТК. Алгоритм передбачав два аспекти: ступінь ендоскопічного гемостазу; тяжкість крововтрати (геморагічний шок). Хворі розподілені на три групи залежно від дефіциту ОЦК:

— у 31 (28,9%) хворого стан стабільний, дефіцит ОЦК менше 15%, геморагічного шоку не було;

— 52 (48,6%) хворих у стані компенсації, дефіцит ОЦК до 25%, гематокрит понад 0,30 (геморагічний шок I і II ступеня, артеріальний тиск нормальний чи субнормальний);

— 24 (22,4%) хворих у стані декомпенсації, дефіцит ОЦК понад 25%, гематокрит менше 0,30 (гемо-

рагічний шок III та IV ступеня, виражена гіпотензія).

На підставі аналізу отриманих результатів обґрунтовували та визначили подальшу тактику. За наявності ШКК виразкового генезу встановлений такий алгоритм.

FIa — абсолютне показання до застосування хірургічної тактики, незалежно від стадії геморагічного шоку.

FIb, FIc, FIIa — показання до здійснення ендоскопічного аплікаційного гемостазу та проведення консервативної терапії з подальшим динамічним контролем якості гемостазу шляхом встановлення назогастрального зонда. При відновленні кровотечі тактику змінювали на хірургічну. Після госпіталізації хворих у стадії декомпенсації обирали хірургічну тактику.

FIIb, FIIc — показане проведення консервативної терапії, моніторинг гемостазу шляхом встановлення назогастрального зонда, прийняття рішення про відстрочене хірургічне лікування. При виникненні рецидиву ШКК застосовували тактику, як при FI та його модифікаціях.

FIIa, FIIb — основну увагу приділяли лікуванню основного захворювання, призначали консервативну терапію, за її неефективності приймали рішення про обрання хірургічного втручання у плановому порядку.

При кровотечі з варикозно—змінених вен стравоходу використовували такий алгоритм: FI та його різновиди — припинення кровотечі

шляхом встановлення зонда Блекмора; FII, FIII — консервативна терапія, динамічне спостереження.

Важливою умовою ефективності надання медичної допомоги хворим при кровотечі з верхніх відділів ТК є своєчасна, достовірна ендоскопічна діагностика, що безпосередньо залежить від кваліфікації лікарів—ендоскопістів та матеріально—інструментального забезпечення.

Після операції померли 2 (8,3%) хворих старечого віку, пізно госпіталізованих у стадії декомпенсації, появою після операції серцево—судинної та легеневої недостатності, що спричинило летальний наслідок. З 83 неоперованих хворих померли 3 (3,6%), з них 2 — внаслідок цирозу печінки у стадії декомпенсації.

Загальна летальність становила 4,6%, що співвідноситься з даними літератури.

Таким чином, комплексне надання медичної допомоги хворим з приводу ШКК має обов'язково включати лікувально—діагностичні заходи за участю лікарів—ендоскопістів для ранньої діагностики та поліпшення результатів комплексного лікування хворих. Раннє виконання ЕГДФС є одним з провідних чинників, що впливає на вибір подальшої активної тактики ведення хворих з контролем гемостазу за умови визначення тяжкості стану, що дає змогу обґрунтувати адекватну тактику комплексного лікування з позитивним впливом на його результати.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бабак О. Я. Желудочно—кишечные кровотечения: современное состояние проблемы / О. Я. Бабак, Е. В. Колесникова // *Внутр. медицина*. — 2007. — № 4 (4). — С. 24 — 27.
2. Великоцкий Н. Н. Пути повышения эффективности оперативного лечения осложненных форм язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / Н. Н. Великоцкий, В. В. Комарчук, И. В. Тесленко // *Актуальні проблеми сучасної медицини: вісн. Укр. мед. стомат. академії*. — 2013. — Т. 13, вип. 1 (41). — С. 61 — 65.
3. Кондратенко П. Г. Эффективность консервативных мероприятий в предупреждении рецидивов гастроудоденальных кровотечений / П. Г. Кондратенко, Е. Е. Раденко // *Укр. журн. хірургії*. — 2008. — № 1. — С. 29 — 32.
4. Панцырев Ю. М. Осложнения язвенной болезни / Ю. М. Панцырев, А. И. Михалев, О. И. Юдин // *Хирург. болезни*. — 2006. — № 1. — С. 222 — 225.
5. Багненко С. Ф. Применение протоколов организации лечебно—диагностической помощи при язвенных кровотечениях в клинической практике / С. Ф. Багненко, Г. И. Синенченко, В. Г. Вербицкий // *Вестн. хирург. гастроэнтерологии*. — 2006. — № 1. — С. 57.
6. Тимербулатов В. М. Гемостаз при острых желудочно—кишечных кровотечениях / В. М. Тимербулатов, Ш. В. Тимербулатов, Р. Б. Сагитов // *Хирургия. Журн. им. Н. И. Пирогова*. — 2010. — № 3. — С. 20 — 26.
7. Giday S. A. Long—term randomized controlled trial of a novel nanopowder hemostatic agent (TC—325) for control of severe arterial upper gastrointestinal bleeding in a porcine model / S. A. Giday, Y. Kim, D. M. Krishnamurty // *Endoscopy*. — 2011. — Vol. 43, N 4. — P. 296 — 299.
8. Hwang J. H. The role of endoscopy in the management of acute non—variceal upper GI bleeding [Guideline ASGE] / J. H. Hwang, D. A. Fisher, T. Ben—Menachem // *Gastrointest. Endosc.* — 2012. — Vol. 75, N 6. — P. 1132 — 1138.
9. Гостищев В. К. Проблема выбора тактики лечения при гастроудоденальных кровотечениях / В. К. Гостищев, М. А. Евсеев // *Хирургия*. — 2007. — № 7. — С. 7 — 17.
10. Никишаев В. И. Современные принципы обучения гастроинтестинальной эндоскопии / В. И. Никишаев, В. В. Бойко // *Укр. журн. малоінвазив. та ендоск. хірургії*. — 2006. — № 3. — С. 18 — 20.