Результаты и их обсуждение

Критериями оценки непосредственных результатов использования различных ЭМГ у больных с кровотечением из ВРВ пищевода и желудка были: 1) эффективность гемостаза; 2) частота и тяжесть осложнений.

При выполнении ЭМГ на высоте кровотечения гемостаз был эффективным у 70,2% больных в I группе, у 72,5% в III группе, у 91% в IV группе. Гемостаз был достигнут у всех больных во II, V, VI и VII группах. При МЭВ на ВРВ желудка попытки проведения интравазальной склеротерапии у 5 больных не увенчались успехом. Им выполнена комбинированная окклюзионная склеротерапия и достигнут гемостаз. В целом данный способ применен у 21 пациентов и только в 1 (4,8%) случае гемостаз не был достигнут, и потребовалась постановка зонда Блекмора. При комбинации клипирования с интравазальной склеротерапией во всех случаях достигнут гемостатический эффект.

Все осложнения условно делили на "малые" и "большие". К "малым" относили гипертермию (повышение температуры в течение 12-24 часов до 37,5-390С), пневмонию, преходящие боли за грудиной, образование язв, дисфагию наблюдаемую более суток после вмешательства. "Большим" осложнением считали РК. Осложнений, угрожавших жизни пациента (перфорация пищевода, медиастинит, септицемия, аспирация, анафилактический шок), мы не наблюдали.

После выполнения ЭМГ на ВРВ пищевода "малые" осложнения отсутствовали после клипирования и достоверно реже ($p<0,05$) наблюдались после комбинации механического гемостаза с интравазальной склеротерапией (8,1%), а так же после комбинированной окклюзионной склеротерапии (13,1%) по сравнению с остальными методами.

По данным ангиограмм, после введения рентгенконтрастного и склерозирующего вещества в ВРВ пищевода, выявлено распространение контраста по сосудистому руслу в оральном направлении — у 83,3% и в желудочные вены — у 16,7% обследованных больных. С целью профилактики пневмоний и повышения эффективности склеротерапии, за счет увеличения длительности экспозиции склерозанта в заданном участке вены, считали необходимым создания условий препятствующих распространению сброса склерозанта по вене в краниальном направлении. Поэтому с этой целью нами предпринимались попытки ограничения распространения склерозанта по вене за счет применения разработанного нами баллонного обтуратора, проведения КОС, комбинации клипирования с ИВС. Последний из указанных способов наиболее эффективно предотвращал распространение склерозанта. После КОС частота возникновения пневмонии была достоверно ниже по сравнению с интравазальной, как с баллонным обтуратором ($p<0,05$), так и без него ($p<0,001$), но по сравнению с КС достоверной разницы не было. После ПВС, комбинации клипирования с ИВС, клипирования и лигирования легочных осложнений в виде пневмоний не было.

"Большие" осложнения после выполнения ЭМГ на ВРВ пищевода развились у 15% больных, а после вмешательства на ВРВ желудка — у 3%. Среди "больших" осложнений мы наблюдали только РК, которые возникли после вмешательств на ВРВ пищевода у 39 пациентов из язв, образовавшихся после склеротерапии, у 15 из вены, не подвергнувшейся вмешательству, у 2 вследствие раннего соскальзывания лигатур с вены и у 3 из слизистой желудка при тяжелой портальной гастропатии (по 1 пациенту из III, VI и VII групп). Из язв, образовавшихся после склеротерапии, кровотечение возникло в I группе — у 14,3%, во II — у 17%, в III — у 13,5% и в IV у 9,8% пациентов. Из вены, не подвергнутой эндоскопическому воздействию, кровотечение возникло в I группе у 3,2%, во II — у 11,7%, в III — у 3,8% и в V у 13,3% больных. Повторное проведение эндоскопического гемостаза было эффективным у 55% больных, у остальных гемостаз был достигнут только после постановки зонда Блэкмора.

При сравнении примененных ЭМГ на ВРВ пищевода статистически достоверно ($p<0,05$) меньшее количество сеансов было использовано при выполнении механического гемостаза и комбинации клипирования с ИВС по сравнению с остальными методами. Статистически достоверно ($p<0,05$) в 2-4,8 раза меньше потребовалось склерозанта при проведении комбинации клипирования с ИВС, по сравнению с остальными методами склеротерапии.

После склеротерапии под тотальной внутривенной анестезией язвы образовались достоверно реже (8,8%), чем под местной анестезией (25,7%) ($p<0,05$).

Малые осложнения наблюдались чаще после склеротерапии, проведенной на высоте кровотечения (68,1%), нежели при остановленном кровотечении (31,9%) ($p<0,05$).

После использования ЭМГ летальность составила 14,2%. Несмотря на отсутствие достоверной разницы в летальности между анализируемыми группами, наименьшая летальность наблюдалась в IV группе — 8 (13,1%), и в VII — 7 (8,1%) пациентов.

Так как применение МЭВ преследовало цель не только эндоскопического гемостаза, но и достижения эрадикации (облитерации) ВРВ, нами была проанализирована эффективность разных методов МЕВ в отдаленном от 1 до 18 и больше месяцев периоде. В сроки до 8 месяцев с момента выписки из стационара среди 226 больных с ВРВ пищевода достоверно ($p<0,05$) лучшие результаты облитерации вен достигнуты после интравазальной (83,3%), комбинированной (88,5%), комбинированной окклюзионной склеротерапий (96,6%) и комбинации клипирования с ИВС (100%) по сравнению с клипированием (0%), лигированием (11,1%) и ПВС (30%). Учитывая высокий риск РК из необлитерированных вен у больных после клипирования, лигирования и ПВС, им всем была выполнена профилактическая комбинированная окклюзионная склеротерапия.

Через 12-18 месяцев (186 больных) рецидив ВРВ пищевода в виде отдельных узлов и вен I — II степени выявлено после ИВС у 21,6%, после КС — у 18,5%, после КОС — у 5,1% и после комбинации клипирования с ИВС — у 5,1% пациентов. Всем больным выполнена ИВС в 1 сеанс и достигнута облитерация вен.

Полученные нами данные позволили выработать минимальные стандартные рекомендации по лечению больных с кровотечением из ВРВ пищевода и желудка, которые включают в себя следующие положения: а) эндоскопическая верификация всех источников кровотечения; б) определение оптимального способа гемостаза для каждого источника, в) остановка кровотечения из ВРВ с помощью клипс или ПВС, г) выполнение в отсроченном порядке (12-24 часа) под тотальной внутривенной анестезией КОС или комбинации клипирования с ИВС на всех венозных стволах для их облитерации.

Выводы

При активном кровотечении из ВРВ пищевода и желудка обосновано применение механического гемостаза (клипирования и лигирования), а разработанные способы КОС, комбинации клипирования с ИВС помимо этого способствуют облитерации вен. Другие способы склеротерапии обеспечивают гемостаз у 70,6-90,9%, однако вследствие технических погрешностей у 18,1% больных отмечается образование язв, частота которых в 3,3 раза увеличивается при выполнении ЭМГ на высоте кровотечения.

Разработка и внедрение новых методов МЭВ, предложенного алгоритма диагностики и лечения, внесли существенные изменения в обоснование и выбор лечебной тактики, поставили на второй план сложные и опасные, особенно на высоте кровотечения, хирургические вмешательства у больных с кровоточащими ВРВ. Все это способствовало улучшению непосредственных и отдаленных результатов лечения больных.

Литература

1. Burroughs A.K., Planas R., Svoboda P. (1998) Optimizing emergency care of upper gastrointestinal bleeding in cirrhotic patients. Scand J Gastroenterol. 33; 226: 14-24
2. De Franchis R., Primignani M. (2001) Natural history of portal hypertension in patients with cirrhosis. Clin Liver Dis. 5; 3: 645-663
3. Gav P., Chapman R. (2001) Modern Management of Oesophageal varices. Postgrad Med J. 77: 75-81
4. Muhldorfer S.M., Ell C. (1996) Therapie der akuten Blutung von Osophagus-und Magenvarizen. Chir Gastroenterol. 12; 3: 289-294
5. Rikkers L.F. (1994) Surgical management of acute variceal hemorrhage. Wld J Surg. 18; 1: 193-199
6. Rosenthal G.E., Baker D.W., Norris D.G. et al. (2000) Relationships between in-hospital and 30-day standardized hospital mortality: implications for profiling hospitals. Health Serv Res. 34: 1449-1468

ТАКТИКО-ДІАГНОСТИЧНІ ПРИНЦИПИ ЗАСТОСУВАННЯ ЕЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПІЇ ПРИ КРОВОТЕЧАХ З ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Шейко В.Д., Малик С.В., Лавренко Д.О.

Українська медична стоматологічна академія, Полтава

Кровотечі з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ШКТ) представляють 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 езофагогастродуоденоскопії (ЕГДС) має надзвичайно велике значення [3,4,6].

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

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 ЕГДС для встановлення джерела кровотечі та її характеру. Інтенсивність кровотечі та ступінь гемостазу визначались за шкалою Forrest (1974). Для підготовки хворого до ЕГДС 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 данних ЕГДС 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 кровоточивої судини у виразці, висічення виразки з пілородуоденопластикою, поєднані з ваготомією, висічення виразки з пілородуоденопластикою без ваготомії, резекція шлунку в різних модифікаціях. Консервативна терапія проводилася згідно 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.

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 виділяли 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:

F Ia — абсолютний показник для обрання хірургічної тактики незалежно від стадії геморагічного шоку.

F Ib, F Ic, F IIa — це показники для виконання ендоскопічного аплікаційного гемостазу та консервативної терапії з послідуючим 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.

F IIb, F IIc — 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 F I та його модифікаціях.

F IIIa, F IIIb — 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 тракту 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 співвідноситься з літературними даними.

Таким чином, 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. Ранне виконання ЕГДС 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. (2000) До питання організації та тактики надання медичної допомоги хворим на синдром Мелорі-Вейса. Гастроентерологія. Міжвідомчий збірник. (Дніпропетровськ). 68-74
2. Бондарь Г.В., Попович А.Ю., Бондарь В.Г., Заика А.И. (2006) Рак желудка. На пути к решению проблемы. Хірургія України. 1: 8-12
3. Гринберг А.А., Затевахин И.И., Щеголев А.А. (2003) Хирургическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. (Москва). "Медицина". 43 с.
4. Грубнік В.В., Кімакович В.Й., Мельниченко Ю.А., Тумак І.М. (2001) Діагностична і лікувальна ендоскопія травного каналу. Атлас. (Львів). 208 с.
5. Давыдов М.И. (1997) Современные методы диагностики и лечения рака желудка. Рос. Журнал гастроэнтеролог. гепатол. колопроктол. 3: 35-38
6. Никишаев В.И., Бойко В.В. (2006) Современные принципы обучения гастроинтестинальной эндоскопии. Український журнал малоінвазівної та ендоскопічної хірургії. 10; 3: 18-20
7. Паньцирев Ю. М., Михалев А. И., Юдин О.И. (2006) Осложнения язвенной болезни. Хирургическое болезни. 1: 222-225
8. Cook D.J., Guyatt G.H., Salena B.J., Laine L.A. (1992) Endoscopic therapy for acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: meta-analysis. Gastroenterology. 102: 139-148

РОЛЬ ЭКСТРЕННОЙ ЭНДОСКОПИИ В ОКАЗАНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Кобылецкий Н.М., Бабак В.П., Борисенко А.И., Шимко В.В.

Сумская областная клиническая больница, Украина

Вопросам остановки и лечения гастродуоденальных кровотечений посвящено большое количество исследований. Однако результаты лечения больных с желудочно-кишечными кровотечениями (ЖКК), несмотря на имеющийся прогресс, оставляют желать лучшего.

Создание в 2000 году на базе Сумской областной клинической больницы центра по оказанию помощи больным с желудочно-кишечными кровотечениями и концентрация пациентов в одной клинике способствовало всестороннему изучению проблемы, усовершенствованию, разработке и внедрению новых диагностических и лечебных мероприятий. Все это позволило снизить общую и послеоперационную летальность в клинике.

С 2000 по 2006 годы в центре находилось на лечении 2248 больных с острыми кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Всем пациентам с ЖКК сразу же при поступлении (в течение 1-2 часов) было выполнено экстренное эндоскопическое исследование, позволяющее верифицировать источник кровотечения, его локализацию, размеры, определить активность кровотечения. При продолжающемся кровотечении и невозможности выявить его источник из-за большого количества крови в желудке, проводилось промывание желудка. При остановившемся кровотечении (в желудке — кофейная гуща, пища) и невозможности выявить его источник — повторное исследование проводилось через 4 часа.

В своей работе мы пользуемся классификацией активности кровотечения Forrest J.A. в модификации Никишаева В.И.

В структуре причин желудочно-кишечных кровотечений, кровотечения язвенной этиологии были диагностированы у 1327 пациентов (59%). Наиболее частой причиной язвенных кровотечений были:

• язва 12п. кишки	• 1169 (52%)
• язва желудка	• 135 (5,8%)
• пептическая язва гастроэнтероанастамоза	• 23 (1,2%)

Кровотечения неязвенной этиологии были диагностированы у 921 пациента (41%).

В структуре неязвенных кровотечений наиболее частой причиной были:

• эрозивные гастродуодениты	• 315 (14%)
• синдром Меллори-Вейса	• 202 (9%)
• варикозные вены пищевода, желудка	• 225 (10%)
• рак желудка	• 67 (3%)
• полипы желудка	• 34 (1,5%)
• другие, редкие причины	• 45 (2%)

Продолжающееся кровотечение было выявлено у 191 пациента (8,5%) (Forrest — Ia — 3,8%, Ib — 2,7%, Ix — 2%), стигматы были установлены у 31,5% (IIA — 11,3%, IIB — 17,2%, IIC — 3%).

Дальнейшую тактику лечения больных определяли после эндоскопического обследования:

- больные с продолжающимся кровотечением (F — Ia) подлежали экстренной операции по жизненным показаниям;
- больные с остановленным активным кровотечением (F — Ia, Ib, Ix) — индивидуально принимали решение о выборе метода лечения (ранней отсроченной операции или консервативному лечению и мониторингу);
- больные с остановленным кровотечением (F — IIa, IIb, Ic) подлежали консервативному лечению и мониторингу.

Кратность эндоскопического мониторинга определялась индивидуально в зависимости от высоты риска рецидива ЖКК. При повторных осмотрах проводился контроль гемостаза, лечебные процедуры с целью профилактики рецидива (применяли комбинированные методы гемостаза: инъекционные и тепловые), в некоторых случаях уточнялся диагноз.

Таким образом, экстренная эндоскопия при ЖКК имела важнейшее значение в определении тактики ведения больных.

За период 2000-2006 гг. отмечено снижение экстренных операций при желудочно-кишечном кровотечении с 14,8% в 2000 году до 6,8% в 2006 году, послеоперационная летальность — 5,5%, общая летальность — 8,2%.

АНОНС

Науково-практичної конференції

«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ХІРУРГІЧНОЇ ТА АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБ ЗБРОЙНИХ СІЛ УКРАЇНИ — II ЗАГАЛЬНІ ЗБОРИ»

27-28 вересня 2007 року

Україна, Одеса
411 Центральний військовий клінічний госпіталь
Міністерства оборони України

По питанням звертатися:
Головний хірург 411 ЦВКГ,
полковник медичної служби Каштальян М.А.
Тел.: (+38) 050 316 84 89