

І. Д. ДУЖИЙ¹, В. А. СМІЯНОВ¹, Р. З. ЕЛАСТАЛ¹, Я. В. КРАВЕЦЬ², С. В. ХАРЧЕНКО¹

ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЧНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ З ШЛУНКОВО-КИШКОВОЮ КРОВОТЕЧЕЮ ПРИ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ДО СТАЦІОНАРУ

¹ Кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фізичної терапії (зав. – проф. І. Д. Дужий) Сумського державного університету, ² Кардіологічне відділення Сумського обласного кардіологічного диспансеру <gensurgery@med.sumdu.edu.ua>

Ретроспективно аналізували електрокардіографічні дані у хворих з шлунково-кишковою кровотечею при госпіталізації до хірургічного відділення. Збір даних проведено у 82 осіб, яких розподілено на такі групи: «виразкова» (n = 50), «ерозивна» (n = 15) та «інша шлунково-кишкова кровотеча» (n = 17). У більшості (80–82 %) хворих з шлунково-кишковою кровотечею на ЕКГ виявлено патологічні зміни, зокрема найчастіше компенсаторні зміни ритму серця (34–40 %). У 6 (7 %) осіб була «електрокардіографічна» підозра на інфаркт міокарда, яку виключено в процесі диференціації. При госпіталізації у більшості хворих з шлунково-кишковою кровотечею виявлено функціональні електрокардіографічні зміни.

Ключові слова: шлунково-кишкова кровотеча, електрокардіографія, діагностика.

Вступ. «Золотим» стандартом обстеження хворих при підозрі на шлунково-кишкову кровотечу є гастродуоденоскопія. Як і будь-яке, особливо інвазивне, дослідження гастродуоденоскопія має певні протипоказання. Серед них головними є зміни серцево-судинного характеру, що визначають за даними електрокардіографії (ЕКГ) [7]. Відомо, що сучасна фармакотерапія серцево-судинних захворювань включає ряд лікарських засобів з побічними гастротоксичними реакціями, що приводить до виразкоутворення чи ерозій слизової оболонки (СО) шлунка та дванадцятипалої кишки [4]. З огляду на це, на фоні клінічно обґрунтованої медикаментозної терапії серцево-судинних захворювань існують також ризики функціонально-органічних пошкоджень СО травного каналу з подальшим розвитком гострої кровотечі [4, 10].

Отже, поєднання серцево-судинної патології із захворюваннями шлунка і дванадцятипалої кишки супроводжується шлунково-кишковою кровотечею, що є не рідкісним явищем [6]. Діагностика такого поєднання залишається важливим завданням, особливо у догоспітальний період та при госпіталізації хворого [3]. Патологічні психовегетативні реакції хворих з шлунково-кишковою кровотечею нерідко є причиною для підозри щодо ішемічного ураження міокарда чи серцевої недостатності, що суттєво ускладнює можливості ендоскопічного виявлення вогнища кровотечі, а це в одних випадках зумовлює проведення кардіологічного дообстеження, в інших – відтермінування ендоскопії через кардіоваскулярні ризики летальності [7].

Встановлено, що, незважаючи на успішну корекцію гемостазу, нині хворі з шлунково-кишковою кровотечею помирають у стаціонарі в процесі консервативного гемостазу чи оперативного втручання не від кровотечі, а від супутніх захворювань, переважно серцево-судинної етіології [2, 8].

Виявити нормальний чи патологічний стан серцево-судинної системи, в тому числі субклінічних органічних уражень серця, можливо з допомогою ЕКГ [9]. Цей метод залишається найбільш поширеним об'єктивним неінвазивним для лікарського діагностичного контролю за станом серцево-судинної системи [5].

Мета роботи – проаналізувати ретроспективно емпіричні електрокардіографічні дані та патологічні зміни у хворих з шлунково-кишковою кровотечею при госпіталізації до спеціалізованого хірургічного відділення.

Матеріали і методи. Збір даних проведено у 82 осіб, які отримували лікування в Сумській обласній клінічній лікарні у I півріччі 2014 р. Хворих відбирали

за такими критеріями: вік старше 18 років, клініко-діагностичне підтвердження кровотечі з верхніх відділів травного каналу (ураження стравоходу, шлунка чи дванадцятипалої кишки), стаціонарне лікування у хірургічному відділенні. З дослідження виключено осіб з кишковою кровотечею нижче трейцової зв'язки, еюноінтестинального або колоректального походження.

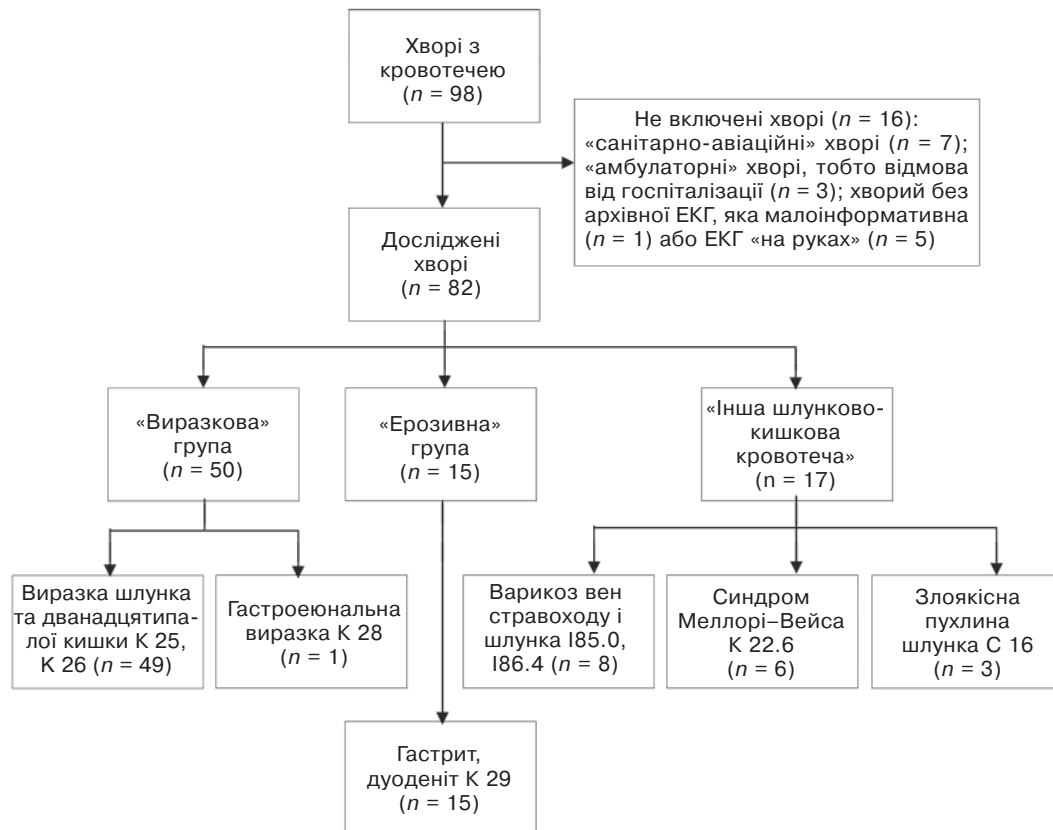
Усім дослідженим проводили ЕКГ під час госпіталізації у приймальному відділенні з допомогою ЕКГ портативного триканального електрокардіографа UCARD 100 (UTAS Co., Київ, Україна). Під час стаціонарного лікування ЕКГ-дослідження повторювали у динаміці у разі клінічних показань. Первинне розшифрування показників ЕКГ проводили лікар-кардіолог і лікар з функціональної діагностики.

Досліджених розподілено на групи відповідно до природи основного захворювання, що призвело до кровотечі (графік).

У 4 (4 %) хворих ($n = 98$) були рецидиви кровотечі протягом спостереження, їх лікували у відділенні два рази. Показники цих хворих проаналізовано у дослідженні при першій госпіталізації.

Середній вік у «виразковій» групі становив 56 років (22–84 роки); чоловіків ($n = 34$) було більше, ніж жінок ($n = 16$). Середня тривалість стаціонарного лікування – 7 ліжко-днів (3–22 дні). Усі хворі виписані з покращанням. Середній вік в «ерозивній» групі становив 57 років (27–86 років); жінок ($n = 9$) було більше, ніж чоловіків ($n = 6$). Середня тривалість стаціонарного лікування в цій групі – 9 ліжко-днів (3–22 дні). Тринадцять (87 %) з них виписано з покращанням, двоє (13 %) померло від супутніх патологічних процесів. Середній вік у групі «інша шлунково-кишкова кровотеча» становив 51 рік (24–84 роки); серед них ($n = 13$) чоловіків було більше, ніж жінок ($n = 4$). Середня тривалість стаціонарного лікування – 6 ліжко-днів (2–12 днів). Усіх хворих виписано з покращанням.

Розподіл хворих з шлунково-кишковою кровотечею за групами



Хворих досліджували згідно з біоетичними положеннями Сумської обласної клінічної лікарні та Медичного інституту Сумського державного університету. Статистичні дані обробляли за точним тестом Фішера при $P < 0,5$, двобічний як поріг достовірності. Для обробки використовували програму BiostaGV (Institut Pierre Louis, Париж, Франція).

Результати та їх обговорення. Нормальний електрофізіологічний стан серця діагностовано у кожного п'ятого хворого з шлунково-кишковою кровотечею під час госпіталізації: 9 (18 %) хворих «виразкової» групи, 3 (20 %) – «ерозивної» і 3 (18 %) – групи «інша шлунково-кишкова кровотеча» ($P < 0,002$ за точним тестом Фішера). Патологічні зміни серця, за даними ЕКГ, виявлено у більшості хворих усіх груп ($P < 0,002$ за точним тестом Фішера): у 41 (82 %) хворого «виразкової» групи, у 12 (80 %) – «ерозивної», у 14 (82 %) – «інша шлунково-кишкова кровотеча». Серед досліджених найчастіше діагностовано порушення ритму серця у вигляді синусової тахікардії: у 17 (34 %) хворих «виразкової» групи, у 6 (40 %) – «ерозивної», у 6 (35 %) – «інша шлунково-кишкова кровотеча» ($P < 0,002$ за точним тестом Фішера).

Крім синусової тахікардії, виявлено також інші дисритмії. Фібриляція передсердь була у 4 (8 %) хворих «виразкової групи», у 1 (7 %) – «ерозивної» та у 1 (6 %) – «інша шлунково-кишкова кровотеча». Синусову брадикардію спостерігали у 2 (4 %) хворих «виразкової» групи та у 2 (11 %) – «інша шлунково-кишкова кровотеча». Екстрасистолію реєстрували у 2 (4 %) осіб «виразкової» групи, у 2 (12 %) «інша шлунково-кишкова кровотеча» та у 1 (7 %) «ерозивної» групи. Синусова брадикардія була у 2 (4 %) хворих «виразкової» групи та у 2 (11 %) групи «інша шлунково-кишкова кровотеча».

Органічні ураження серця мали місце у 5 (10 %) хворих з виразковою кровотечею. Локальні ішемічні зміни міокарда діагностовано у 5 (10 %) осіб з виразковою кровотечею та у 1 (7 %) з ерозивною. ЕКГ в динаміці дозволила у цих хворих зняти підозру щодо інфаркту міокарда. У 1 (2 %) хворого з виразковою кровотечею мала місце постінфарктна Q-позитивна кардіоміодистрофія.

Порушення провідності у хворих з шлунково-кишковою кровотечею виявляли нечасто: у 4 (8 %) осіб з виразковою кровотечею, у 2 (12 %) хворих групи «інша шлунково-кишкова кровотеча», у 1 (7 %) – з ерозивною кровотечею. Порушення стосувалися синдрому «порушення реполяризації лівого шлуночка». Блокаду ніжок передсердно-шлуночкового пучка (пучка Гіса) діагностовано у 2 (12 %) хворих з ерозивною кровотечею, у 1 (2 %) – з виразковою. У 1 (6 %) хворого групи «інша шлунково-кишкова кровотеча» діагностовано синдром укороченого інтервалу PQ.

Таким чином, серед більшості (80–82 %) хворих, у яких виявлено патологічні зміни на ЕКГ, лише у 6 (7 %) мала місце ЕКГ-підозра на інфаркт міокарда. Однак після клінічного спостереження та додаткових методів діагностики (кардіомаркери крові, ЕКГ-моніторингу) діагностовано транзиторний та нелокалізований характер ішемії.

Враховуючи відносно короткий період спостереження (але із статистичної точки зору дана вибірка хворих є середнього обсягу), у дослідженні не було виконано стратифікацію хворих за ризиками рецидиву кровотечі (клас за Forrest). Вважаємо, що для встановлення повноти ЕКГ-картини в осіб з шлунково-кишковою кровотечею в дослідження слід включати всіх «рутинних» хворих, яких нами було виключено через відсутність ЕКГ-даних (16 % початкового обсягу пролікованих). Крім того, слід включати хворих, консультованих по «санітарній авіації», тих, які відмовились від госпіталізації, та хворих без архівної ЕКГ. Лише це дасть можливість детальніше оцінити стан серцево-судинної системи у хворих з шлунково-кишковою кровотечею.

Незважаючи на ряд вітчизняних наукових праць високої методичної основи, особливо львівських колег [1, 2], присвячених особливостям впливу кардіогенного ризику на стратегію лікування шлунково-кишкової кровотечі, ще не уніфіковані формальні електрокардіографічні критерії відносних і абсолютних проти-

показань до ендоскопії при шлунково-кишковій кровотечі як під час госпіталізації, так і під час активного лікувального гемостазу у стаціонарі.

Висновки. 1. При діагностиці шлунково-кишкової кровотечі різної етіології спостерігали емпіричну норму ЕКГ у 18–20 % хворих ($P < 0,05$). 2. У більшості (80–82 %) осіб з шлунково-кишковою кровотечею виявлено патологічні зміни на ЕКГ, серед яких превалювали порушення ритму серця (34–40 %): компенсаторна синусова тахікардія, зумовлена наслідками кровотечі ($P < 0,05$). 3. Порушення провідності серця реєстрували у 13 %, але без їхньої корекції проводити інвазійне втручання, зокрема гастродуоденоскопію, не рекомендовано, вважаємо це профілактикою серцево-судинних захворювань. 4. Перед проведенням «першої» ургентної діагностичної езофагогастродуоденоскопії рекомендовано обов'язкове виконання клініко-електрокардіографічного дослідження у кожного хворого, а у разі необхідності і в динаміці з обов'язковою оцінкою кардіоваскулярного ризику.

Список літератури

1. Кімакович В. Й., Тумак І. М., Рачкевич С. Л. Гастродуоденальні кровотечі у хворих з серцевою патологією: особливості лікування: Монографія. – Львів: Вид-во Мс, 2001. – 112 с.
2. Тумак І. М. Гострі гастродуоденальні кровотечі виразково-ерозивного генезу у хворих з хронічною серцевою недостатністю: особливості перебігу і лікувальної тактики: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Львів: Львів. держ. мед. ун-т, 1999. – 20 с.
3. Фомін П. Д., Запорожан С. Й., Дейкало І. М., Малевич Ю. А. Особливості лікувальної тактики хворих на виразкову гастродуоденальну кровотечу у передшпитальному етапі. Acta Medica Leopoliensia 2011 XVII, (1): 45–48. <http://www.meduniv.lviv.ua/files/magazine/acta-medica/2011/2011.1/45-48.pdf>.
4. Chen C. C., Chong C. F., Kuo C. D., Wang T. L. Silent myocardial ischemia in coronary artery disease patients under aspirin therapy presenting with upper gastrointestinal hemorrhage // J. Gastroenterol. Hepatol. – 2007. – P. 13–17.
5. Gamboa Ortiz F. A., Mendieta Zer n H., Monta o Estrada L. F. Electrocardiographic changes related to acute upper gastrointestinal hemorrhage // Ann. Med. Interna. – 2006. – Vol. 23, N 5. – P. 220–223.
6. Hilenko I. O., Dem'aniuk D. H., Liakhovs'ky V. I. et al. Syndrome of acute coronary insufficiency in ulcerative gastro-intestinal hemorrhage // Klin. Khir. – 2008. – N 4–5. – P. 96–98.
7. Krawtsova T. Yu., Shchekotov V. V., Aleeva N. G. 24-hour monitoring of electrocardiogram, arterial pressure, and psychovegetative disorders during acute peptic ulcer hemorrhage in patients with hypertensive disease // Klin. Med. (Mosk). – 2009. – Vol. 87, N 5. – P. 47–52.
8. Stupin V. A., Baglaenko M. V., Kan V. I. et al. Lethality after gastroduodenal ulcer bleeding // Khirurgiia (Mosk). – 2013. – N 5. – P. 31–35.
9. Tseng P. H., Liou J. M., Lee Y. C. et al. Emergency endoscopy for upper gastrointestinal bleeding in patients with coronary artery disease // Am. J. Emerg. Med. – 2009. – Vol. 27, N 7. – P. 802–809.
10. Wu I. C., Yu F. J., Chou J. J. et al. Predictive risk factors for upper gastrointestinal bleeding with simultaneous myocardial injury // Kaohsiung J. Med. Sci. – 2007. – Vol. 23, N 1. – P. 8–16.

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ПРИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В СТАЦИОНАР

І. Д. Дужий, В. А. Смянов, Р. З. Эластал, Я. В. Кравец, С. В. Харченко (Сумы)

Ретроспективно анализировали полученные электрокардиографические данные у больных с желудочно-кишечным кровотечением при госпитализации в хирургическое отделение. Сбор данных проведено у 82 лиц, которых распределили на следующие группы: «язвенная» ($n = 50$), «эрозивная» ($n = 15$) и «другое желудочно-кишечное кровотечение» ($n = 17$). У большинства (80–82 %) больных с желудочно-кишечным кровотечением на ЭКГ выявлены патологические нарушения, чаще всего это компенсаторные изменения ритма сердца (34–40 %). У 6 (7 %) больных было «электрокардиографическое» подозрение на инфаркт миокарда, которое исключили в процессе дифференциации. При госпитализации у большинства больных с желудочно-кишечным кровотечением отмечены функциональные электрокардиографические изменения.

Ключевые слова: желудочно-кишечное кровотечение, электрокардиография, диагностика.

ELECTROCARDIOGRAPHIC FINDINGS IN PATIENTS WITH UPPER
GASTROINTESTINAL BLEEDING ON HOSPITAL ADMISSION

*I. D. Duzhiy¹, V. A. Smiyanov¹, R. Z. Elastal¹,
Y. V. Kravets², S. V. Kharchenko¹* (Sumy, Ukraine)

¹Sumy State University, Department of General Surgery, Radiology and Phthisiology;

²Sumy Regional Cardiological Specialized Center, Cardiological Unit

To analyze retrospectively collected electrocardiographic data of patients with upper gastrointestinal bleeding on hospital admission to a surgical unit. Data of 82 patients were collected. All patients were divided into groups: «ulcers» ($n = 50$), «erosions» ($n = 15$) and «other bleedings» ($n = 17$). Electrocardiographic abnormalities were diagnosed in most patients (80–82 %) with upper gastrointestinal bleeding. The most frequent abnormalities were compensatory arrhythmias (34–40 %). «Electrocardiographic» suspicion of a myocardial infarction was identified in 6 patients (7 %) but left excluded under further differentiation. On hospital admission the majority of patients with upper gastrointestinal bleeding present electrocardiographic functional abnormalities.

Key words: gastrointestinal bleeding, electrocardiography, diagnostics.