



О. А. Камінський

Вінницький національний
медичний університет
ім. М. І. Пирогова

© Камінський О. А.

НЕВИРІШЕНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ КРОВОТЕЧ

Резюме. Проаналізовано результати лікування 604 хворих з кровотечами з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. Були використані методи консервативної терапії, ендоскопічного гемостазу та хірургічного лікування. Встановлено необхідність диференційованого методу ендоскопічного гемостазу в залежності від локалізації джерела кровотечі, його інтенсивності. Показано ефективність аргоноплазмової коагуляції при триваючих кровотечах.

Ключові слова: шлунково-кишкова кровотеча, кровотеча.

Вступ

Гостра гастродуоденальна виразкова кровотеча (ГГДВК) є найбільш грізним ускладненням виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки. Досягнення клінічної хірургії, ендоскопічних методів діагностики та лікування, анестезіології, реаніматології та розширення арсеналу медикаментозної противиразкової терапії не привели до зниження летальності при цьому захворюванні. За даними різних авторів, загальна летальність складає 10-14 %, післяопераційна – від 12 до 35 %, в той час як післяопераційні ускладнення і летальність при повторних кровотечах зростають у півтора-два рази кровотечі [1, 2, 3]. Частка хворих з рецидивом ГГДВК серед усіх померлих від гастродуоденальної кровотечі становить 60–80 %. Все це вказує на значимість адекватного лікування і профілактики рецидиву виразкової гастродуоденальної кровотечі [5]. Одна з головних причин високої летальності при ГГДВК – пізня госпіталізація. Не менш важливими причинами летальності є помилки, допущені при діагностиці джерела кровотечі, і в зв'язку з цим неадекватна інфузійно-трансфузійна терапія, неправильно вибраний обсяг оперативного втручання, запізниле і недостатньо ефективне лікування ускладнень [6, 7, 8, 9]. Аналіз причин несприятливих результатів показує, що одним з напрямків у поліпшенні результатів лікування подібних хворих є вдосконалення методів неоперативного (ендоскопічного + медикаментозного) гемостазу та прогнозування ризику рецидиву кровотечі. Поява в останні роки нових ендоскопічних технологій і високоефективних проти виразкових препаратів, диктує необхідність оцінки їх можливостей при лікуванні кровоточивої виразки шлунка або дванадцятипалої кишки. З розвитком ендоскопії стали широко використовуватися різні способи ендоскопічного гемостазу, що розрізняються по фізичній природі, ефективності, безпеці та вартості [5], що дозволяють досягти тимчасового, а в ряді

випадків і остаточного гемостазу. Це особливо актуально у зв'язку із зростанням питомої ваги хворих похилого віку, які не переносять травматичних оперативних втручань.

Матеріали та методи досліджень

Нами проаналізовано та порівняно результати допомоги хворим з ГГДВК, яким здійснене лікування в умовах центру з надання невідкладної допомоги хворим з шлунково-кишковими кровотечами на базі відділення абдомінальної хірургії Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М. І. Пирогова з 2008 по 2014 рік. Всього було проліковано 1546 хворих, серед них з виразковим генезом 604.

Джерелом кровотечі була виразка дванадцятипалої кишки у 465 (75 %) хворих, виразка шлунку у 125 (18 %) та виразка гастроентероанастомозу у 14 (2,5 %). Діаметр виразкових дефектів був від 5 до 40 мм (в середньому – $12,2 \pm 8,4$), а глибина – від 2 до 12 мм (в середньому $3,6 \pm 2,1$). За даними ЕФГДС було встановлено джерело кровотечі та ступінь гемостазу відповідно до загальноновизнаної класифікації Forrest. На момент госпіталізації хворих кровотеча за ступенем Forrest I а мала місце у 26 (4,33 %), Forrest I в у 114 (18,91 %), Forrest II а у 180 (29,73 %), Forrest II в у 141 (23,24 %), Forrest II с у 62 (10,27 %), Forrest III у 81 (13,52 %). Більшість хворих знаходилися в стадії нестабільного гемостазу.

Результати досліджень та їх обговорення

В останні роки все більшої актуальності набуває ендоскопічний гемостаз з використанням аргоноплазмової коагуляції у комбінації з ін'єкцією гемостатичних розчинів, який дозволяє в 95 % випадків домогтися остаточної зупинки кровотечі та істотно знизити кількість вимушених операцій. Для ендоскопічного гемостазу нами було використано кліпування у 8 хворих, обколювання кровоточивої судини у 77 хворих, аргоноплазмова коагуляція у 44 хворих та використання поєднаних ме-



тоді у 28. За великих виразкових дефектах перевага надається аргоноплазмовій коагуляції. За своєю суттю аргоноплазмова коагуляція є електрохірургічним, монополярним, безконтактним методом впливу на біологічні тканини височастотним струмом за допомогою іонізованого і, як наслідок, електропровідного аргону — аргонової плазми. Інертний в звичайних умовах газ аргон іонізується під впливом електричного поля, генерованого між кінчиком електрода, що розташований на дистальному кінці зонда-аплікатора і прилеглими тканинами. Утворений при цьому струмінь аргонової плазми, незалежно від напрямку потоку самого аргону, автоматично спрямовується в ті ділянки тканинної поверхні, які володіють найменшим електричним опором, і здійснює на них коагулюючий вплив. Виникає швидка коагуляція великої поверхні із створенням тонкого шару (до 3 мм) надійного струпу. При роботі аргоноплазмового коагулятора температура на тканини ніколи не перевищує 110 °С завдяки охолоджуючій дії аргону. Як тільки струп сформувався, подальшого проникнення енергії в тканину не відбувається. Глибина її проникнення в тканину приблизно в 2 рази менше, ніж при традиційній коагуляції, що значно знижує ризик перфорації тонкостінних органів. Оскільки аргон не підтримує горіння, відбувається менше обуглювання тканин, а дим практично відсутній.

Екстренні оперативні втручання проводились у пацієнтів з кровотечею, що продовжувалась при неможливості її ендоскопічної зупинки, а також при рецидиві кровотечі в стаціонарі.

Оперативна активність в умовах центру шлунково-кишкових кровотеч у хворих з кровотечами виразкового генезу склала 11,27 %, знизившись з 14,2 у 2008 році до 11,4 % у 2014. Післяопераційна летальність склала 4,5 %.

Висновки

1. Впровадження центрів дає змогу на більш високому рівні здійснювати як ендоскопічне, так і хірургічне лікування кровотеч із значним зменшенням оперативних втручань і, відповідно, зменшенням післяопераційної та загальної летальності. Активне застосування методів ендоскопічного гемостазу і сучасних фармакологічних препаратів у пацієнтів з кровотечею з хронічних виразок дозволяє достовірно знизити кількість виконуваних оперативних втручань, а також зменшити процент рецидивів кровотечі з достовірним зниженням рівня загальної летальності. Серед методів ендоскопічного гемостазу найбільш ефективним є аргоноплазмова коагуляція.

2. Показами до невідкладного оперативного лікування вважаємо кровотечу, що продовжується (Forrest IA і IB) (у тому числі її рецидив) при неможливості ендоскопічної зупинки.

3. Серед оперативних методів лікування виразкових гастродуоденальних кровотеч перевага надається органозберігаючим операціям, яка залежить від особливостей клінічної ситуації, що визначає ступінь операційного ризику, інтраопераційних технічних умов і, безумовно, від локалізації та характеру виразки, а також від поєднання кровотечі з іншими ускладненнями виразкової хвороби (стеноз, пенетрація).

ЛІТЕРАТУРА

1. Гостищев В. К. Острые гастродуоденальные язвенные кровотечения: от стратегических концепций к лечебной тактике. / В. К. Гостищев, М. А. Евсеев — М., 2005. — 385 с.
2. Евсеев М. А. Нестероидные противовоспалительные препараты и пищеварительный тракт / М. А. Евсеев. — М., 2008. — 194 с.
3. Ефименко Н.А. Кровотечение из хронических гастродуоденальных язв: современные взгляды и перспективы лечения / Н. А. Ефименко, М. В. Лысенко, В. А. Асташов // Хирургия. — 2004. — № 3. — С. 56-60.
4. Фомін П. Д. Оптимізація лікувальної тактики у хворих з виразковими гастродуоденальними кровотечами / П. Д. Фомін, С. Й. Запорожан // Вісн. Вінницького нац. мед. ун-ту. — 2010. — Т. 14, № 1. — С. 71-73.
5. Эндоскопический мониторинг при хирургическом лечении кровоточащих язв желудка и двенадцатиперстной кишки / Е. А. Первов, В. В. Агаджанян, С. И. Заикин [и др.] // Эндоскопическая хирургия. — 2007. — № 6. — С. 25-30.
6. Denny S. Risk of gastrointestinal haemorrhage with long term use of aspirin / S. Denny, Y. K. Loke // BMJ. — 2000. — № 321. — P. 1183-1187.
7. Influence of omeprazole on the antiplatelet action of clopidogrel associated with aspirin, the randomized, double-blind OCLA (Omeprazole Clopidogrel Aspirin) study / M. Gilard, B. Arnaud, J. C. Cornily [et al.] // J. Am. Coll. Cardiol. — 2008. — № 51. — P. 256-260.
8. Hunt R. H. Review article, should NSAID/low-dose aspirin takers be tested routinely for H. Pylori infection and treated if positive? Implications for primary risk of ulcer and ulcer relapse after initial healing / R. H. Hunt, F. Bazzoli // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2004. — № 19. — P. 9-16.
9. Rude M. K. Proton-pump inhibitors, clopidogrel, and cardiovascular adverse events, fact, fiction, or something in between? / M. K. Rude, W. D. Chey // Gastroenterology. — 2009. — № 137. — P. 1168-1171.



■
НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ
ДИАГНОСТИКИ
И ЛЕЧЕНИЯ
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ
КРОВОТЕЧЕНИЙ

A. A. Каминский

Резюме. Проанализированы результаты лечения 604 больных с кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Были использованы методы консервативной терапии, эндоскопического гемостаза и хирургического лечения. Установлена необходимость дифференцированного метода эндоскопического гемостаза в зависимости от локализации источника кровотечения, его интенсивности. Показана эффективность аргонноплазменной коагуляции при продолжающихся кровотечениях.

Ключевые слова: *желудочно-кишечное кровотечение, кровотечение.*

■
OUTSTANDING
ISSUES OF DIAGNOSIS
AND TREATMENT
GASTRODUODENAL
BLEEDING

O. A. Kaminsky

Summary. The results of treatment of 604 patients with bleedings from the upper gastrointestinal tract were analyzed. Methods of conservative therapy, endoscopic therapy and surgical treatment were used. It was determined necessity of a differentiated method of endoscopic treatment depending on the localization of the bleeding source, its intensity and effectiveness of argon plasma coagulation for continuous bleeding.

Key words: *gastrointestinal bleeding, bleeding.*