Я. С. Березницький,
К. О. Ярошенко

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

© Березницький Я. С., Ярошенко К. О.

СУЧАСНІ АЛГОРИТМИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ ШЛУНКОВО-КИШКОВИХ КРОВОТЕЧ

Резюме. Кількість госпіталізованих пацієнтів з гострими шлунково-кишковими кровотечами щорічно збільшується, а загальна та післяопераційна летальність залишаються на достатньо високому рівні. Покращення результатів лікування залежить не тільки від удосконалення й розробки нових модифікацій відомих оперативних втручань та широкого застосування сучасних методів фармакологічного і ендоскопічного гемостазу, але й від вдосконалення існуючих алгоритмів та стандартів лікування пацієнтів з цією патологією. Принципи лікування є достатньо відомими та включають інфузійно-трансфузійну, антисекреторну, гемостатичну терапію та різноманітні методи ендоскопічного гемостазу; за неефективності вищенаведених методик виконується оперативне втручання. Результати лікування суттєво погіршують рецидивні кровотечі, при цьому ранні рецидиви виникають у 15-38 %, пізні у кожного 7-10 пацієнта та обумовлені недотриманням всіх необхідних рекомендацій на етапах стаціонарного та амбулаторного лікування, а іноді й відсутністю проведення останнього. Стандарти (алгоритми) лікування повинні включати рекомендації вітчизняних та міжнародних хірургів, ендоскопістів, гастроентерологів, анестезіологів та висвітлювати поетапний процес надання медичної допомоги на догоспітальному, госпітальному та амбулаторному етапах лікування цієї категорії пацієнтів.

Ключові слова: *гостра шлунково-кишкова кровотеча, рецидив кровотечі, алгоритм надання медичної допомоги.*

Вступ

Гостру шлунково-кишкову кровотечу (ГШКК) відносять до одного із найтяжчих невідкладних захворювань органів черевної порожнини. За даними провідних спеціалістів у світі на 100 тис. населення із ГШКК щорічно госпіталізують 170 пацієнтів, в Україні щодня близько 100 пацієнтів потребують невідкладного лікування, а 4 – помирають від ускладнень ГШШК [3].

Аналіз результатів повсякденної практичної діяльності та даних літератури дозволяють стверджувати, що покращення результатів лікування залежить не тільки від удосконалення й розробки нових модифікацій відомих оперативних втручань та широкого застосування сучасних методів фармакологічного і ендоскопічного гемостазу, але й від вдосконалення існуючих алгоритмів та стандартів лікування пацієнтів з цією патологією. Стандарти (алгоритми) лікування ГШШК повинні включати рекомендації вітчизняних та міжнародних хірургів, ендоскопістів, гастроентерологів, анестезіологів та висвітлювати поетапний процес надання медичної допомоги на догоспітальному, госпітальному та амбулаторному етапах лікування цієї категорії пацієнтів [1, 4].

Матеріали та методи досліджень

За останні 3 роки показники якості надання медичної допомоги пацієнтам зі ШКК у Дніпропетровській області були такими (табл. 1): госпіталізованj – 6240 пацієнта, оперовано – 451, летальність післяопераційна 4,8–10 %, летальність загальна – 2,2–5,3 %.

Таблиця 1

Показники якості надання медичної допомоги пацієнтам зі ШКК

Показник \ Рік	2013	2014	2015
Загальна кількість пацієнтів зі ШКК	2034	2108	2098
Оперовано, абс. / відн., %	147 / 7,22	140 / 6,64	164 / 7,8
Летальність післяопераційна, абс. / відн., %	7 / 4,8	14 / 10	16 / 9,8
Летальність загальна, абс. / відн., %	44 / 2,2	111 / 5,3	68 / 3,2

Таким чином, кількість госпіталізованих пацієнтів щорічно збільшується, а загальна та післяопераційна летальність залишаються на достатньо високому рівні.

Структура причин ГШКК з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ШКТ) довгі роки незмінна (рис.): гастродуоденальні виразки 57,9 %, гастрит ерозивний/геморагічний – 14

%, варикозне розширення вен стравоходу та шлунку – 8,4 %, пухлини шлунка – 7,5 %, синдром Меллорі-Вейсса 7 % та інші – 5,2 %.

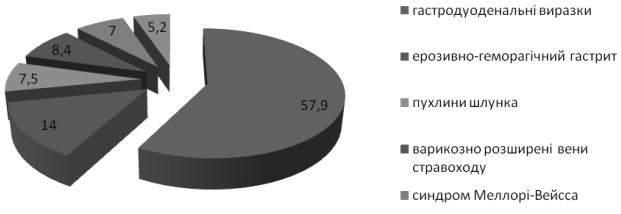

Рис. Структура ГШКК з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту

Діагностичний алгоритм при ГШКК використовується з метою встановлення клінічного діагнозу та складає: клінічну оцінку симптомокомплексу ГШКК, визначення дефіциту ОЦК та ступеню крововтрати, важкості стану пацієнта, визначення місця проведення діагностичних та лікувальних заходів, підготовку до екстреного ендоскопічного обстеження та його проведення. Заключним кроком діагностичного алгоритму є встановлення клінічного діагнозу, який включає основне захворювання, локалізацію джерела кровотечі, характер кровотечі, стабільність місцевого гемостазу, ступінь крововтрати, супутню патологію та вибір подальшої лікувальної тактики [1, 5]. Принципи лікування є достатньо відомими та включають інфузійно-трансфузійну, антисекреторну, гемостатичну терапію та різноманітні методи ендоскопічного гемостазу; при неефективності вищенаведених методик виконується оперативне втручання.

Результати досліджень та їх обговорення

Результати лікування пацієнтів з ГШШК суттєво погіршують рецидивні кровотечі, при цьому ранні рецидиви (до 72 годин з моменту первинної кровотечі) виникають у 15-38 % пацієнтів, збільшують первинну крововтрату, поглиблюють порушення гомеостазу та мікроциркуляції та погіршують умови для будь-якого виду екстреного хірургічного втручання [3, 5]. Пізні (більш 10 діб після первинної кровотечі) рецидивні кровотечі виникають після виписки із стаціонару у кожного 7-10 пацієнта та обумовлені недотриманням всіх необхідних рекомендацій на етапах стаціонарного та амбулаторного лікування, а іноді й відсутністю проведення останнього. Також, впливає на якість лікування заклад, де надається медична допомога, якщо це не спеціалізоване відділення, то найчастіше або відсутній цілодобовий медичний персонал (хірургічна та анестезіологічна служби), необхідний для надання інтенсивної допомоги, або фахівці, які володіють ендоскопією та ендоскопічним гемостазом.

Приймаючи до уваги існуючі удосконалені алгоритми діагностики та лікування гострої шлунково-кишкової кровотечі [4] та стандарти лікування пацієнтів з гастроентерологічною патологією [1], для покращення результатів лікування пацієнтів із ГШШК з верхніх відділів ШКТ, слід виділити та дотримуватись певних діагностичних та лікувальних алгоритмів.

Вважаючи, що найчастішою причиною ГШШК є виразкова хвороба ми пропонуємо наступну схему діагностики та лікування на стаціонарному етапі, яка може застосовуватись при ГШШК, причиною якої є ерозивний/геморагічний гастрит та при гастроєюнальній виразці.

Діагностична програма:

1) проведення клінічних лабораторних досліджень (в т.ч. біохімічне дослідження та коагулограма) з подальшим визначенням дефіциту ОЦК та ступеню крововтрати;

2) визначення групи крові та резус-належності;

3) визначення рівня гастрину (при виразці шлунку та гастроєюнальній рецидивній виразці) для визначення причини рецидиву, шлункової секреції та виключення синдрому Золлінгера–Еллісона;

4) діагностична ендоскопія з обов'язковим проведенням морфологічного дослідження (по 2 біоптати з антрального відділу та тіла шлунку для діагностики інфекції H. pylori, а при виразці шлунку для виключення атрофії, дисплазії, неоплазії, виключення рідких і атипових причин виразок) та дослідження секреторної активності шлунка (для вибору оптимальних дозувань антисекреторних засобів).

Лікувальна програма:

1) проведення інфузійно-трансфузійної терапії згідно дефіциту ОЦК;

2) антисекреторна терапія інгібіторами протонної помпи (дозування яких залежить від показників секреторної активності шлунку, але не менш 80 мг в/в болюсно з подальшою інфузією 8 мг/годину);

3) гемостатична терапія під контролем коагулограми – транексамова кислота 10 мг/кг двічі на добу (за умови явищ гіпокоагуляції);

4) антигелікобактерна терапія при Нр-позитивних виразках згідно рекомендаціям Маастрихського консенсусу-3 (2005);

5) ендоскопічна терапія (фізичні методики: біполярна електрокоагуляція, аргоно-плазмена коагуляція, лазерна фотокоагуляція; ін'єкційна в комбінації з фізичними методиками; механічний гемостаз). Ендоскопічний моніторинг [2];

6) за неефективності консервативного та ендоскопічного лікування виконується оперативне втручання, обсяг якого вирішується

індивідуально (приймається до уваги стан хворого, супутня патологія та ступень ризику виникнення рецидиву виразкової хвороби та післяопераційних ускладнень):

- при виразці шлунка: лапаротомія. Гемостаз у виразці зі стовбуровою ваготомією або резекція шлунку;
- при виразці дванадцятипалої кишки: лапаротомія. Гемостаз у виразці. Пілоропластика або антрумектомія зі стовбуровою ваготомією;
- при гастроєюнальній рецидивній виразці: лапаротомія. Гемостаз у виразці зі стовбуровою ваготомією. При явищах стенозу анастомозу – ререзекція (за Ру або Більрот-1,-2) зі стовбуровою ваготомією.

При ГШШК, що обумовлені портальною гіпертензією діагностична програма включає:

1) проведення клінічних лабораторних досліджень (в т.ч. біохімічне дослідження та коагулограма) з подальшим визначенням дефіциту ОЦК та ступеню крововтрати;

2) визначення групи крові та резус-належності;

3) визначення маркерів гепатиту В, С та УЗД ОЧП (з визначенням структури, розмірів печінки, селезінки, наявність асциту, форми та розмірів основних судин портальної системи);

4) визначення важкості печінкової недостатності та прогнозу захворювання (за класифікацією C. G. Child-Pugh, 1973).

Лікування цієї групи пацієнтів проводяться в умовах відділення інтенсивної терапії та включає наступне:

1) поповнення крововтрати згідно дефіциту ОЦК до досягнення рівня гемоглобіну 80 г/л;

2) гемостатична терапія препаратами: вазопресин/терлипресин 2 мг кожні 4 години. Соматостатин 250 мг болюс, потім 250 мкг/год або окреотид 50-100 мкг болюс, потім 25-50 мкг/год до досягнення стійкого гемостазу;

3) антисекреторна терапія інгібіторами протонної помпи або Н2-блокаторами в терапевтичних дозах;

4) мініінвазивні ендоскопічні втручання: склеротерапія або лігування флебектазій;

5) після проведення ендоскопічних втручань обов'язкова балона тампонада кардиоезофагеальної зони;

6) ренгенендоваскулярні методики гемостазу (транс'югулярне внутришньопечінкове портокавальне шунтування та/або емболізація лівої шлункової артерії);

7) обов'язкове призначення антибактеріальних засобів для профілактики спонтанного перитоніту та β-блокаторів (під контролем ЧСС), спіронолактону;

8) при неефективності консервативної та ендоскопічної терапії показано виконання екстреного оперативного втручання (перетин стравоходу за допомогою циркулярного степлеру або операція Пациори).

Висновки

1. Гострі шлунково-кишкові кровотечі є «життєзагрожуючим» станом і потребують застосування алгоритмізованого підходу у лікуванні, оскільки від швидкої та всеосяжної оцінки, прийняття правильного, адекватного конкретної ситуації рішення та його чіткого поетапного виконання залежить життя хворого.

2. Лікування пацієнтів із ГШШК повинно проводитись в «центрах лікування шлунково-кишкових кровотеч», в яких необхідно оснащення сучасним ендоскопічним та рентгенологічним обладнанням для проведення всіх видів мініінвазивного гемостазу, наявність висококваліфікованих фахівців, які володіють різноманітними методиками гемостазу, а також забезпечення медикаментами для надання первинної невідкладної допомоги.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гостищев В. К. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии / В. К. Гостищев, М. А. Евсеев. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 379 с.
2. Никишаев В. И. Экспериментальное исследование эффективности различных методов эндоскопического гемостаза / В. И. Никишаев, С. Г. Гичка, В. В. Бойко // Український журнал малоінвазивної ендоскопічної хірургії. — 2010. — №. 9. — С. 43.
3. Фомін П. Д. Кровотечі із верхніх відділов ШКТ : причини, фактори ризику, діагностика, лікування / П. Д. Фомін, В. І. Нікішаев // Здоров'я України. — 2010. — № 5. — С. 8–10.
4. Удосконалені алгоритми діагностики та лікування гострої шлунково-кишкової кровотечі : метод. рекоменд. / П. Д. Фомін, Я. С. Березницький, В. В. Бойко [та співавт.] / Методичні рекомендації. – К. – 2012. – 108 с.
5. Clinical findings, early endoscopy, and multi variate analysis in patients bleeding from the upper gastrointestinal tract / A. G. Morgan, W. A. F. McAdam, G. L. Walmsey [et al.] // B. M. J. — 2012. — № 3. — P. 237–240.

СОВРЕМЕННЫЕ АЛГОРИТМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Я. С. Березницкий,
Е. А. Ярошенко

Резюме. Количество госпитализированных пациентов с острыми желудочно-кишечными кровотечениями ежегодно увеличивается, а общая и послеоперационная летальность остаются на достаточно высоком уровне. Улучшение результатов лечения зависит не только от совершенствования известных и разработки новых модификаций оперативных вмешательств и широкого применения современных методов фармакологического и эндоскопического гемостаза, но и от усовершенствования существующих алгоритмов и стандартов лечения пациентов с этой патологией. Принципы лечения — достаточно известны и включают инфузионно-трансфузионную, антисекреторную, гемостатическую терапию и различные методы эндоскопического гемостаза; при неэффективности вышеприведенных методик выполняется оперативное вмешательство. Результаты лечения существенно ухудшают рецидивы кровотечений, при этом ранние рецидивы возникают в 15-38 %, поздние у каждого 7-10 пациента и обусловлены несоблюдением всех необходимых рекомендаций на этапах стационарного и амбулаторного лечения, а иногда и отсутствием проведения последнего. Стандарты (алгоритмы) лечения должны включать рекомендации отечественных и международных хирургов, эндоскопистов, гастроэнтерологов, анестезиологов и освещать поэтапный процесс оказания медицинской помощи на догоспитальном, госпитальном и амбулаторном этапах лечения этой категории пациентов.

Ключевые слова: *острое желудочно-кишечное кровотечение, рецидив кровотечения, алгоритм оказания медицинской помощи.*

MODERN ALGORITHMS FOR DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ACUTE GASTROINTESTINAL BLEEDINGS

Ya. S. Bereznytsky,
K. O. Yaroshenko

Summary. Number of hospitalized patients with acute gastrointestinal bleeding increases every year, and the total and postoperative mortality remain high enough. Improving treatment outcomes depend not only on the improvement and development of new modifications of known surgical interventions and widespread use of modern methods of pharmacological and endoscopic hemostasis, but also on improving existing algorithms and standards for the treatment of patients with this disease. The principles of treatment are sufficiently known and include infusion-transfusion, antisecretory, hemostatic therapy and various methods of endoscopic hemostasis; the ineffectiveness of the above methods performed surgery. Results of treatment significantly worsen recurrent bleeding, with early relapse occur in 15-38 % 7-10 later in each patient and due to non-compliance with the necessary recommendations to the stages of inpatient and outpatient treatment, and sometimes a lack of the latter. Standards (algorithms) treatment guidelines should include domestic and international surgeons, endoscopists, gastroenterologists, anesthesiologists and cover the incremental process of care in the prehospital, hospital and outpatient treatment of patients.

Key words: *acute gastrointestinal bleeding, recurrent bleeding, the algorithm of care.*