

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКОВОЇ ШЛУНКОВО–КИШКОВОЇ КРОВОТЕЧІ У ВАГІТНИХ

М. В. Трофімов

Дніпропетровська медична академія МОЗ України

PECULIARITIES OF TREATMENT OF ULCERATIVE GASTROINTESTINAL HEMORRHAGE IN PREGNANT WOMEN

M. V. Trofimov

В останні роки спостерігають невинне збільшення частоти виявлення виразкової хвороби в усіх країнах світу. В Україні вона збільшилася на 40%, щороку захворювання вперше виявляють у 40–50 тис. пацієнтів [1, 2].

Реалізація у Дніпропетровській області пілотного проекту з реформування охорони здоров'я сприяла зменшенню загальної летальності з 6,9 до 3,8%, післяопераційної — з 31 до 9,9% при гастродуоденальній виразці, ускладненій кровотечею. Насамперед, це відбулося завдяки створенню спеціалізованого центру лікування ШКК, в якому надається спеціалізована медична допомога відповідно до положень реформування медичної галузі [3]. ШКК виявляють у (24,8 ± 1,2) вагітних на 35 тис. пологів (0,76%). Неварикозну ШКК виявляють у незначній (близько 0,8%) кількості вагітних, проте, їх неправильне лікування може спричинити материнську смертність. У клінічних протоколах немає інформації про надання медичної допомоги вагітним при виникненні ШКК [4–6].

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

До основної групи включені 9 вагітних, у яких застосований розроблений метод лікування ШКК неварикозного генезу; до групи порівняння — 15 вагітних (дані ретроспективного спостереження за період 2007–2011 рр.).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Всім вагітним при виникненні ШКК проводили ЕГДС для встанов-

Реферат

Проаналізовано частоту виникнення шлунково–кишкової кровотечі (ШКК) неварикозного генезу у вагітних. Встановлений ризик виникнення ускладнень перебігу вагітності при здійсненні місцевого ендоскопічного гемостазу та профілактиці виникнення рецидиву кровотечі. Застосування розробленого методу лікування ШКК неварикозного генезу у вагітних сприяло зменшенню частоти тяжких ускладнень перебігу вагітності шляхом усунення негативних вазоконстрикторних та утеротонічних ефектів адреналіну, зменшення тривалості процедури езофагогастродуоденоскопії (ЕГДС). При використанні зазначеного методу у вагітних основної групи оперативне припинення ШКК не застосовували. В групі порівняння гемостаз оперативним шляхом здійснений у 2 (13,3%) пацієнок, у подальшому у них виникла преєклампсія, що супроводжувалося антенатальною загибеллю плода.

Ключові слова: виразка шлунка та дванадцятипалої кишки; шлунково–кишкова кровотеча; лікування; вагітність.

Abstract

The occurrence rate of gastrointestinal hemorrhage (GIH) of nonvaricosal genesis in pregnant women was analyzed. The risk of complications occurrence in the pregnancy course while performing local endoscopic hemostasis and prophylaxis of the hemorrhage recurrence occurrence was established. Application of elaborated treatment method for GIH of nonvaricosal genesis in pregnant women have promoted reduction of the severe complications rate in the pregnancy course, applying elimination of the vasoconstrictor and uterotonic effects of adrenalin, reduction of esophagogastroduodenoscopy duration. While application of this procedure in pregnant women of a main group operative cessation of GIH was not applied. In a comparison group a hemostasis, using operative way, was done in 2 (13,3%) women patients with subsequent occurrence of preeclampsy, what resulted in antenatal fetal death.

Key words: gastroduodenal ulcer; gastrointestinal hemorrhage; treatment; pregnancy.

лення джерела кровотечі, його локалізації, величини, стану місцевого ендоскопічного гемостазу (за Forrest), здійснення заходів місцевого ендоскопічного гемостазу — за триваючої кровотечі або попередження виникнення її рецидиву — за нестійкого місцевого ендоскопічного гемостазу.

Величину крововтрати визначають за класифікацією Брюсова.

З метою надання спеціалізованої медичної допомоги вагітним з приводу ШКК неварикозного генезу нами розроблений метод лікування виразкової кровотечі з верхніх відділів травного каналу у вагітних [7].

Найбільш поширеним методом остаточного та тимчасового припинення кровотечі є ін'єкція ізотонічного розчину натрію хлориду 10–20 мл з додаванням 1 мл 0,18% розчину адреналіну під джерело кровотечі. Адреналін забезпечує спазм артеріол малого та середнього діаметра і зменшення кровонаповнення периульцерозної ділянки. Введення 10–20 мл ізотонічного розчину натрію хлориду безпосередньо під виразковий субстрат сприяє механічному стисканню більш глибоко розташованих судин, що забезпечує припинення кровотечі на деякий час, протягом якого відбувається розсмоктування розчину.

Здійснення ін'єкційного гемостазу з додаванням розчину адреналіну негативно впливає на перебіг вагітності, особливо у III триместрі.

Адреналін стимулює скорочення гладеньких м'язів, провокує значний утеротонічний ефект, стимулюючи H_2 —адренорецептори міометрію, що спричиняє передчасні пологи. Утеротонічний ефект зумовлює стискання судин плаценти, гіпоксично—ішемічне ураження плода. Зазначені патологічні зміни спричиняють тяжкі ускладнення у вагітної та плода.

Для введення понад 50 мл ізотонічного розчину натрію хлориду під джерело кровотечі потрібний значний час, що збільшує тривалість ЕГДС та справляє негативний вплив на стан вагітної.

Застосування розробленого нами методу лікування ШКК неварикозного генезу у вагітних сприяло зменшенню частоти тяжких ускладнень перебігу вагітності шляхом усунення негативних вазоконстрикторних та утеротонічних ефектів адреналіну, зменшення тривалості процедури ЕГДС завдяки меншому об'єму ін'єкції.

Додатково у III триместрі вагітності перед початком ЕГДС для попередження передчасних пологів внутрішньовенно вводили 10 мг гексопреналіну, розчиненого у 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду, зі швидкістю 5 — 10 крапель за 1 хв, та внутрішньом'язово дексаметазону, 6 мг через кожні 12 год упродовж 48 год — для уникнення респіраторного дистрес—синдрому плода.

Гексопреналін — селективний інгібітор H_2 —адренорецепторів, зумовлює значний токолітичний (розслабляє м'яз матки) ефект, його застосовують при загрозі передчасних пологів (в III триместрі вагітності), гострій внутрішньоутробній гіпоксії плода (порушенні кровообігу плода), дискоординації пологової діяльності (неправильних скороченнях матки під час пологів), для пригнічення скорочення матки перед оперативним втручанням (розсічення шийки матки, кесарів розтин).

Дексаметазон застосовують для попередження респіраторного дистрес—синдрому плода, сприяє відновленню синтезу сурфактанту в тканинах легенів плода, прискорює дозрівання легенів плода до 31 тиж вагітності.

Вагітній у III триместрі (з 22 по-вних до 36 тиж + 6 днів) за наявності ознак ШКК з верхніх відділів травного каналу перед проведенням ЕГДС внутрішньовенно вводять 10 мг гексопреналіну, розчиненого у 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду, зі швидкістю 5 — 10 крапель за 1 хв та внутрішньом'язово—дексаметазон по 6 мг через кожні 12 год протягом 48 год, якщо жінці не призначали кортикостероїди.

Проводять ЕГДС, встановлюють наявність, локалізацію та характер джерела кровотечі, визначають стан ендоскопічного місцевого гемостазу (за Forrest). В інструментальний канал ендоскопа вводять ін'єктор, під джерело кровотечі вводять 10 — 20 мл ізотонічного розчину натрію хлориду і 1 мл 0,18% розчину адреналіну. Наводимо спостереження.

Вагітна М., 30 років, госпіталізована в акушерське відділення з діагнозом: 3—тя вагітність, 34 — 35 тиж, головне передлежання, загроза передчасних пологів; гіпертонічна хвороба II стадії; хронічний бронхіт курця; жовчокам'яна хвороба, калькульозний холецистит; аліментарно—конституційне ожиріння III ступеня. Скаржилася на біль внизу живота, слабкість. На 5—ту добу лікування у відділенні стан вагітної погіршився: запаморочення, блювання "кавовою гущиною", зниження артеріального тиску. Переведена в реанімаційне відділення, огляд хірурга. Встановлений діагноз: ШКК, крововтрата IV ступеня (об'єм крововтрати 35% об'єму циркулюючої крові). Перед ендоскопічним дослідженням внутрішньовенно введено 10 мг гексопреналіну, розчиненого у 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду, зі швидкістю 5 — 10 крапель за 1 хв, внутрішньом'язово — дексаметазон по 6 мг через кожні 12 год протягом 48 год (загальна доза 24 мг). За даними ЕГДС в ділянці задньої стінки ампули дванадцятипалої

кишки виявлений дефект слизової оболонки діаметром до 2,2 см, вкритий свіжим згустком, з—під якого витікала кров яскраво—червоного забарвлення. Діагноз: виразка ампули дванадцятипалої кишки, тяжка крововтрата (Forrest Ib). Здійснений ендоскопічний гемостаз шляхом введення в периульцерозну ділянку 20 мл ізотонічного розчину натрію хлориду та 4 мл 0,18% розчину адреналіну. Під час проведення ендоскопічного моніторингу через 4 год встановлено, що в місці введення розчину слизова оболонка не змінилася, в дні виразки візуалізується тромбована судина (Forrest IIa). Застосована ендоскопічна профілактика виникнення рецидивної кровотечі шляхом електрокоагуляції судини і повторного введення 20 мл ізотонічного розчину натрію хлориду та 1 мл 0,18% розчину адреналіну. За даними повторного ендоскопічного дослідження через 8 год стигмати кровотечі не виявлені, виразка вкрита фібрином. Проведена консервативна гемостатична, противиразкова, інфузійна терапія, трансфузія еритроцитної маси. Рецидив ШКК не спостерігали. Ускладнень перебігу вагітності не було. Через 1 добу вагітна переведена для подальшого лікування в реанімаційне відділення перинатального центру, де здійснений кесарів розтин внаслідок тяжкого гестозу. Перебіг післяопераційного періоду у породіллі та раннього неонатального періоду у немовляти без ускладнень.

Застосування запропонованого методу лікування ШКК неварикозного генезу у вагітних забезпечує уникнення ускладнень перебігу вагітності; можливість проведення обстеження й надання допомоги в умовах кожного пологового стаціонара чи гінекологічного відділення; зменшення тривалості ЕГДС з $(15,4 \pm 1,9)$ до $(8,7 \pm 1,7)$ хв; відсутність необхідності спеціальної підготовки медичного персоналу.

При застосуванні зазначеного методу у вагітних основної групи оперативне припинення ШКК не було потрібне. Натомість, в групі порівняння оперативне припинення ШКК здійснене у 2 (13,3%)

пацієнок, у подальшому у них виникли тяжкий гестоз та прееклампсія, що спричинило антенатальну загибель плода. Всі пацієнтки живі.

ВИСНОВКИ

1. Чітка організація роботи хірургічних відділень з дотриманням сучасних тактичних і технічних аспектів надання допомоги є запорукою успішного лікування. Хірург є

центральною фігурою, під його керівництвом мають відбуватись усі як діагностичні, так і лікувальні заходи. Під час надання допомоги вагітним, перебіг вагітності у яких ускладнився ШКК, всі заходи виконують сумісно з лікарем акушером—гінекологом.

2. Здійснення місцевого ендоскопічного гемостазу та ендоскопічне попередження рецидиву кровотечі у вагітних поряд з токолітич-

ною терапією з метою профілактики передчасних пологів та виникнення респіраторного дистрес-синдрому плода дозволило зменшити частоту ускладнень з 13,3% до 0.

3. Застосування зазначеного комплексу заходів лікування виразкової ШКК у вагітних можливе у кожному медичному закладі, не потребує значних коштів та спеціальної підготовки медичного персоналу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Шепетько Є. М. Сучасна хірургічна тактика і безпосередні результати лікування гострих виразкових дуоденальних кровотеч / Є. М. Шепетько, В. В. Єфремов // Хірургія України. — 2013. — № 4. — С. 29 — 36.
2. Крышень В. П. Выбор хирургической тактики при гастродуоденальном кровотечении язвенной этиологии / В. П. Крышень, Н. В. Трофимов: Всеукр. зб. наук. праць "Хірургічна перспектива" // Харк. хірург. школа. — 2010. — № 1. — С. 105 — 108.
3. Гинзбург В. Г. Принципы модернизации организационной структуры и функционирования хирургической службы региона на этапе ее реформирования / В. Г. Гинзбург, Я. С. Березницький, В. Н. Лехан // Мед. перспективи. — 2012. — № 1. — С. 14 — 18.
4. Удосконалені алгоритми діагностики та лікування гострої шлунково—кишкової кровотечі: метод. рекомендації / П. Д. Фомін, Я. С. Березницький, В. В. Бойко [та ін.]. — К., 2012. — 108 с.
5. Holster I. L. Management of acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: current policies and future perspectives / I. L. Holster, E. J. Kuipers // World J. Gastroenterol. — 2012. — Vol. 11, N 1. — P. 1202 — 1207.
6. Laursen S. B. Management of bleeding gastroduodenal ulcers / S. B. Laursen, H. S. Jorgenson, O. B. Schaffalitzky de Muckadell // Da. Med. J. — 2012. — Vol. 59, N 7. — P. 44 — 73.
7. Пат. 73106 Україна, МПК А61В5/00. Спосіб лікування гастродуоденальної кровотечі невиразкового генезу у вагітних / М. В. Трофімов, В. В. Михайлова, К. В. Каїра, С. О. Мунтян, О. В. Желтяков; заявник і патентовласник Дніпропетр. мед. акад. — №201202619; заявл. 05.03.12; опубл. 10.09.12. Бюл. № 17.

