

СУЧАСНІ ОРГАНІЗАЦІЙНІ ТА ТАКТИЧНІ ПИТАННЯ ЛІКУВАННЯ ШЛУНКОВО-КИШКОВИХ КРОВОТЕЧ

Я.С. Березницький, К.О. Ярошенко

Державний заклад "Дніпропетровська медична академія МОЗ України"
Кафедра хірургії № 1 (зав. - проф. Я.С. Березницький)

Реферат

Мета. Оцінити якість надання медичної допомоги пацієнтам із шлунково-кишковими кровотечами у Дніпропетровській області за останні 3 роки. Визначити основні сучасні принципи лікування цих пацієнтів для покращення якості лікування.

Матеріал і методи. У Дніпропетровській області показники якості надання медичної допомоги пацієнтам за 3 роки: госпіталізовано - 5994 пацієнти, оперовано - 428, летальність післяопераційна - 4,8-17,02%, летальність загальна - 2,2-5,3%. Елементами діагностичного алгоритму при ШКК є клінічна оцінка симптомокомплексу гострої ШКК, визначення дефіциту ОЦК та ступеню крововтрати, важкості стану пацієнта, визначення місця проведення діагностичних та лікувальних заходів, підготовка до екстреного ендоскопічного обстеження та його проведення. Усім пацієнтам проводили консервативне лікування та ендоскопічний гемостаз, при неефективності якого виконували хірургічне втручання. Більше ніж 50% пацієнтів оперовано у зв'язку із виникненням рецидивної кровотечі. Обсяг операційного втручання вирішувався індивідуально, але 56,4% пацієнтам виконано органозберігаючими методами.

Результати й обговорення. Проведений аналіз якості лікування дозволив зробити висновки, що для покращення лікування пацієнтів зі ШКК необхідна наявність лікарень інтенсивного лікування. Опрацьовані в області маршрути транспортування та своєчасні виїзди бригад центру екстреної медичної допомоги довели свою ефективність в якості надання медичної допомоги. Лікарні інтенсивного лікування повинні мати цілодобову анестезіологічну, хірургічну та ендоскопічну служби або чергування цих спеціалістів на дому, а також відповідне оснащення для ендоскопічного гемостазу та фахівців для надання необхідної допомоги.

Висновки. 1. Для покращення якості лікування пацієнтів із ШКК слід використовувати прогностичні шкали, які дозволяють виділити пацієнтів з різним ризиком рецидиву кровотечі, відповідно призначати патогенетичне обґрунтоване консервативне лікування. 2. У центрах лікування ШКК необхідне оснащення сучасним ендоскопічним та рентгенологічним обладнанням для всіх видів мініінвазивного гемостазу, висококваліфікованих фахівців, а також забезпечення медикаментами для надання первинної невідкладної допомоги. 3. Медична допомога повинна бути своєчасною із використанням медичних технологій, прийняттям та виконанням швидких рішень, щодо діагностично-лікувальної тактики, а також передбачати високий професіоналізм та злагоджену роботу персоналу.

Ключові слова: шлунково-кишкові кровотечі, рецидив кровотечі, прогноз лікування, якість надання медичної допомоги

Abstract

CURRENT ORGANIZATIONAL AND MANAGEMENT ISSUES OF GASTROINTESTINAL BLEEDING TREATMENT

Ya.S. BEREZNITSKY, K.O. YAROSHENKO

State Establishment "Dnipropetrovsk Medical Academy of the Ministry of Health of Ukraine"

Aim. To rate the quality of medical care to patients with gastrointestinal bleeding in Dnipropetrovsk region in the last 3 years. To identify basic principles of modern treatment of these patients and to improve the quality of treatment.

Material and Methods. Indices of quality of patient care in Dnipropetrovsk region in 3 years: patients hospitalized - 5994, patients operated - 428, postoperative mortality - 4.8-17.02%, total mortality - 2.2-5.3%. The diagnostic procedure in gastrointestinal bleeding includes clinical evaluation of acute gastrointestinal symptoms: estimation of BCC deficit and extent of bleeding; evaluation of the patient's general condition; determining the venue of diagnostic and therapeutic measures; preparation for emergency endoscopic examination and its implementation. Medical treatment and endoscopic hemostasis were carried out in all patients; in case of their ineffectiveness, surgery was performed. More than 50% of patients were operated due to recurrence of bleeding. The volume of surgical intervention was determined individually, but 56.4% of patients were operated using organ-preserving technique.

Results and Discussion. The analysis of treatment quality allowed to conclude that improving treatment of patients with gastrointestinal bleeding requires placing them in intensive care hospitals. The developed transportation routes and timely visits of teams of emergency medical aid center have proven effective in medical care. Hospitals of intensive care should have the 24-hour anesthesiology, surgical and endoscopic services or duty of these specialists at home, as well as appropriate equipment for endoscopic hemostasis and professionals to provide necessary care.

Conclusions. 1. To improve the quality of treatment for patients with gastrointestinal bleeding, prognostic scales should be used that allow selecting patients with different risk of recurrent bleeding and prescribe appropriate pathogenetic medical treatment. 2. Centers for treatment of gastrointestinal bleeding must possess advanced endoscopic and radiological equipment for various kinds of mini-

invasive hemostasis; employ highly skilled professionals; and provide medication for emergency care. 3. Medical care should be timely; use medical technology; rapidly make and implement decisions on diagnostics and management; and provide high professional level and team work of the staff.
Keywords: *gastrointestinal bleeding, recurrent bleeding, prognosis of treatment, quality of care*

Вступ

Невідкладна допомога пацієнтам із шлунково-кишковими кровотечами (ШКК), не зважаючи на значний прогрес у медикаментній терапії (блокатори протонної помпи, стандартизована ерадикація *Helicobacter pylori*) та розвиток ендоскопічних та ангіографічних методів гемостазу, залишається вельми актуальним питанням сучасної медицини [1, 4].

Число госпіталізованих пацієнтів не має тенденції до зниження. На сьогодні рівень летальності при ШКК залишається високим. Сприяє цьому: недостатня забезпеченість ендоскопічним обладнанням та фахівцями ендоскопістами, які працюють у цілодобовому режимі; центрів із надання допомоги хворим зі ШКК; госпіталізація таких хворих у невеликих містах та сільській місцевості, у будь-який найближчий лікувальний заклад, де найчастіше або нема цілодобового медичного персоналу, необхідного для надання інтенсивної допомоги, або відсутні фахівці, які володіють ендоскопією та ендоскопічним гемостазом. Іноді суттєво погіршує прогноз лікування хворих із ШКК край важка супровідна патологія, яка стає протипоказанням до виконання радикальних хірургічних втручань [2, 3].

Поряд із суттєвими організаційними проблемами у лікуванні гострих ШКК залишаються також питання прогнозування та профілактики виникнення рецидиву кровотечі (РК). Особливо небезпечним є ранній РК (до 72 годин від моменту виникнення первинної кровотечі), який трапляється у 15-38% випадках. Такий перебіг захворювання збільшує первинну крововтрату, поглиблює порушення гомеостазу та мікроциркуляції, чим зумовлює погіршення умов для будь-якого виду екстреного хірургічного втручання [2, 5]. При виникненні РК кількість незадовільних результатів лікування збільшується, а показники загальної летальності становлять 20%, післяопераційної - 30-50% [2, 5].

Безумовно, створення у великих містах більше ніж 20 років тому центрів лікування ШКК

значно покращило надання допомоги пацієнтам із цією патологією. Водночас, у останні 8-10 років змінилися організаційні та технологічні підходи у наданні медичної допомоги хворим із ШКК. Сьогодні клінічної хірургії характеризується тим, що на перший план вийшли ендоскопічні методи гемостазу, які при технологічній забезпеченості є достатньо ефективними та клінічно значущими. Значно зменшилась роль хірургічних методів гемостазу, але їх значимість все ще залишається високою і, зазвичай, ця допомога використовується у випадках крайньої необхідності. Окрім того, наявність такого одного центру у великих містах призводить до скупчення тяжких хворих в одному відділенні. Значною проблемою є надання допомоги хворим із кровотечею у невеликих містах, селах та районних лікарнях.

Матеріал і методи

У Дніпропетровській області у великих містах (м. Дніпропетровськ, м. Кривий Ріг) медична допомога пацієнтам зі ШКК надається у центрах, які означені як центри лікування ШКК. До 2010 р. у містах із населенням до 400 тис та районах області, ці пацієнти отримували допомогу у лікарнях та загально-хірургічних відділеннях за територіальними ознаками, які, зазвичай, не пристосовані до надання медичної допомоги таким хворим. Складним та неефективним було надання спеціалізованої діагностично-лікувальної допомоги у районних лікарнях, які не мають необхідного оснащення та цілодобового чергування анестезіологічних та хірургічних бригад. У цих випадках таким хворим допомога надавалась бригадами центру медицини катастроф із наступним їх скеруванням до обласної лікарні. Але іноді, за низкою обставин, таких як: похилі пацієнти із важкою супровідною патологією, складності транспортування через небезпеки для їх життя та інших причин, пацієнти залишалися у міських та районних лікарнях, де отримували стаціонарне лікування, яке, зазвичай, не відповідало стандартам.

Проведений у 2010-2012 рр. пілотний проект із реформуванням медичної галузі показав, що надання невідкладної хірургічної допомоги потребує необхідних умов, які включають наявність відділення інтенсивної терапії, цілодобову присутність бригад хірургів, ендоскопістів та анестезіологів.

Таблиця 1

Показники якості надання медичної допомоги пацієнтам зі ШКК

Показник \ Рік	2012	2013	2014
Загальна кількість пацієнтів з ШКК	1852	2034	2108
Оперовані	141 (7,61%)	147 (7,22%)	140 (6,64%)
Летальність післяопераційна	24 (17,02%)	7 (4,8%)	14 (10%)
Летальність загальна	52 (2,8%)	44 (2,2%)	111 (5,3%)

За існуючою стратегією змін у медичній галузі було запропоновано створення госпітальних округів, основою яких повинні були стати лікарні інтенсивного лікування, структура, технологічні ресурси яких та професійний склад медичного персоналу повинен був би забезпечити цілодобову якісну медичну допомогу. Основним принципом такої роботи повинно було стати формування маршрутів надходження хворих із ургентною хірургічною патологією, в тому числі і ШКК, до лікарень інтенсивного лікування.

Ми у рамках пілотного проекту опрацювали маршрути надходження хворих із 14-ти територій, до яких увійшли 12-ть районів із 22-ох, та 2-а невеликих міста із 12-ти. У лікарні інтенсивного лікування надходили тільки ті хворі, стан яких та патологічні процеси потребували цілодобового нагляду фахівців.

Такий підхід призвів до зменшення виїздів бригад центру медицини катастроф. Кількість викликів зменшилась у 3,2 рази, виконання операційних втручань за місцем виклику бригади - у 6,5 рази, а пере-транспортування хворих до обласної лікарні - у 3 рази.

За останні 3 роки показники якості надання медичної допомоги пацієнтам зі ШКК у Дніпропетровській області були такими (табл. 1): гос-

піталізовано - 5994 пацієнти, оперовано - 428, летальність післяопераційна 4,8%-17,02% , летальність загальна - 2,2% - 5,3%.

Структура причин ШКК із верхніх відділів шлунково-кишкового тракту у 2014 р. наступна (рис. 1): гастродуоденальні виразки - 57,9%, ерозивно-геморагічний гастрит - 14%, варикозне розширення вен стравоходу та шлунку - 8,4%, пухлини шлунку - 7,5%, синдром Меллорі-Вейсса - 7%, та інші - 5,2%.

За нозологічними одиницями показники якості лікування у 2014 р. поділили наступним чином (табл. 2): серед пацієнтів із гастродуоденальними виразками оперовано - 104 із 1265, післяопераційна летальність становила - 2,3%, загальна - 0,6%. Ерозивно-геморагічний гастрит: госпіталізовано - 295 пацієнтів, загальна летальність - 3,4%; із пухлинами шлунку оперовано - 18 із 158 пацієнтів, післяопераційна летальність становила - 22%, загальна - 3,8%; пацієнти із портальною гіпертензією та кровотечею із вен стравоходу: оперовані - 16 із 190, післяопераційна летальність становила - 43,75%, загальна - 45,8%; синдром Меллорі-Вейсса оперовано - 2 із 148 пацієнтів, післяопераційна летальність відсутня, загальна - 0,7%.

Елементи діагностичного алгоритму при

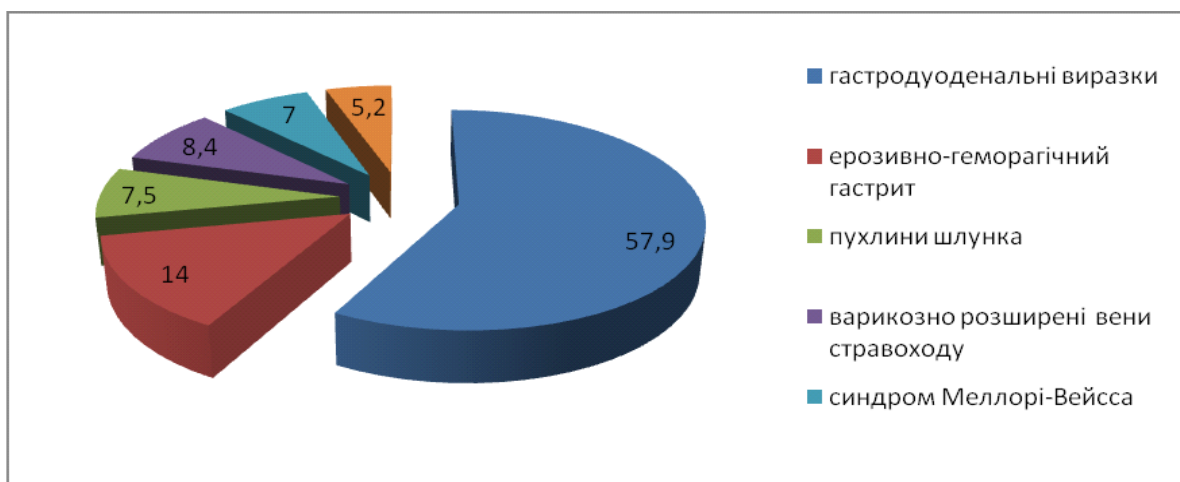


Рис. 1

Структура причин ШКК з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту у 2014 році

Показники якості лікування за нозологічними одиницями

Причина ШКК	Загальна кількість пацієнтів	Операційна активність	Летальність	
			Післяопераційна	Загальна
Гастродуоденальні виразки	1265	104(8,2%)	3(2,3%)	7(0,6%)
Ерозивно-геморагічний гастрит	295	-	-	10(3,4%)
Пухлини шлунку	158	18(12,85%)	4 (22%)	6(3,8%)
Синдром Меллорі-Вейсса	148	2(1,43%)	-	1(0,7%)
Портальна гіпертензія, кровотеча з варикозних вен стравоходу	190	16(11,43%)	7(43,75%)	87(45,8%)

ШКК наступні: клінічна оцінка симптомокомплексу гострої ШКК, визначення дефіциту ОЦК та ступеню крововтрати, важкості стану пацієнта, визначення місця проведення діагностичних та лікувальних заходів, підготовка до екстреного ендоскопічного обстеження та його проведення [2, 6]. Заключним кроком діагностичного алгоритму стало встановлення клінічного діагнозу, вибір подальшої лікувальної тактики.

Пацієнтам проводили ендоскопічну та консервативну терапію (інфузійно-трансфузійна терапія, антисекреторна, гемостатична, антигелікобактерна, симптоматична та ін.) згідно методичних рекомендацій, при неефективності якої виконували хірургічне втручання.

Більше ніж 50% пацієнтів оперовано у зв'язку із виникненням рецидивної кровотечі. Обсяг операційного втручання вирішувався індивідуально, але 79 (56,4%) пацієнтам виконано органозберігаючими методами.

Результати й обговорення

На результати лікування пацієнтів із ШКК істотно впливає рецидив кровотечі, особливо у ранньому післягеморагічному періоді. Для попередження виникнення РК необхідно проводити багатофакторний аналіз даних, отриманих під час діагностичного алгоритму, з'ясувати локалізацію джерела кровотечі, характер кровотечі, стабільність місцевого гемостазу, ступінь крововтрати, супровідну патологію.

На сьогодні склалася концепція, при якій подальше покращення результатів лікування пацієнтів із ШКК пов'язане не стільки із удосконаленням техніки відомих операційних втручань та опрацюванням нових їх модифікацій, скільки із активним впровадженням та широким застосуванням сучасних методів мініінвазійного гемостазу, удосконаленням методів об'єктивного прогнозу РК та оцінки ступеню операційного ризику [2, 5].

Проведений аналіз якості лікування дозволив зробити висновки, що наявність лікарень інтенсивного лікування повинна покращити якість медичної допомоги пацієнтам із ургентною допомогою, в тому числі й із ШКК. Опрацьовані в області маршрути транспортування пацієнтів із районів та невеликих міст та своєчасні виїзди бригад центру екстреної медичної допомоги довели свою ефективність в якості надання медичної допомоги.

Вельми важливу проблему надання допомоги пацієнтам із кровотечею складає оснащення центрів. Ми вважаємо, що лікарні інтенсивного лікування повинні мати цілодобову анестезіологічну, хірургічну та ендоскопічну служби (у містах із населенням більш 500 тис) або чергування цих спеціалістів на дому (при населенні менш 500 тис). Кожне таке відділення повинно мати відповідне оснащення для ендоскопічного гемостазу та фахівців для надання необхідної допомоги. Окрім того, сучасне обладнання для мініінвазійного гемостазу повинні мати також виїзні бригади центру медицини катастроф.

Висновки

1. Для покращання якості лікування пацієнтів із ШКК слід використовувати прогностичні шкали, які дозволяють виділити пацієнтів із різним ризиком рецидиву кровотечі, відповідно призначати патогенетичне обґрунтоване консервативне лікування та за необхідністю вирішувати питання про терміни виконання та обсяг операційного втручання. У пацієнтів зі свідомо високим ризиком рецидиву кровотечі, слід розглядати можливість проведення операційного лікування у терміновому порядку після проведення превентивного ендогемостазу та поповнення крововтрати.
2. В центрах лікування шлунково-кишкових кровотеч необхідне оснащення сучасним ендоскопічним та рентгенологічним обладнанням для

всіх видів мініінвазивного гемостазу, висококваліфікованих фахівців, які володіють різноманітними методами гемостазу, а також забезпечення медикаментами для надання первинної невідкладної допомоги.

3. Медична допомога пацієнтам із ШКК повинна бути своєчасною із використанням медичних технологій, прийняттям та виконанням швидких рішень, щодо діагностично-лікувальної тактики, а також передбачати високий професіоналізм та злагоджену роботу персоналу.

Література

1. Fomin PD Bleeding from upper gastrointestinal: causes, risk factors, diagnosis, treatment / PD Fomin, VI // Health Nikishaev Ukraine. - 2010. - № 5. - P. 8-10. Ukrainian (Фомін П. Д. Кровотечі із верхніх відділів ШКТ: причини, фактори ризику, діагностика, лікування / П. Д. Фомін, В. І. Нікішаєв // Здоров'я України. - 2010. - № 5. - С. 8-10).
2. Gostishchev VK Gastroduodenal bleeding ulcer etiology / VK Gostishchev, MA Evseev. - M.: GEOTAR Media, 2008. - 379 p. Russian (Гостищев В. К. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии / В. К. Гостищев, М. А. Евсеев. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 379 с.).
3. Kondratenko PG endoscopic hemostasis in acute bleeding tumors of the upper gastrointestinal tract / PG Kondratenko N. Smirnov // Kharkiv hirurgichna school. - 2012. - № 1 (15). - S. 315-317. Russian (Кондратенко П. Г. Эндоскопический гемостаз при острокровотокащих опухолях верхних отделов пищеварительного тракта / П. Г. Кондратенко, Н. Л. Смирнов // Харківська хірургічна школа. - 2012. - № 1(15). - С. 315-317).
4. Evolution of the nonbleeding visible vessel in severe ulcer hemorrhage: endoscopic and clinical predictors of rebleeding. / M. L. Freeman, O. W. Cass, N. J. Brunsvold [et al.] // Gastroenterology. - 2010. - Vol. 100. - P. 67.
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.
6. Palmer K. Management of acute gastrointestinal blood loss: summary of SIGN / K. Palmer, M. Nairn // BMJ. - 2010. - Vol. 337. - P. 1832.