

М.І. Тутченко¹, Б.І. Слонецький², І.М. Березенко³, Г.Г. Рошин²

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

²Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ

³Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги

Досвід лікування при гострій кровотечі з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту доброякісного генезу

Проаналізовано результати лікування 3858 пацієнтів із гострою кровотечею з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту за період 2011–2015 рр. на базі Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги. Найчисленнішу групу — 2381 (61,72%) особу — становили пацієнти з кровотечею при виразці шлунка та дванадцятипалої кишки. У 93,87% з них медикаментозний та ендоскопічний гемостаз був ефективним, а летальність становила 1,83%. Водночас серед оперованих пацієнтів летальність досягла 17,36%. Незначна кількість оперативних втручань — у 176 (4,56%) хворих — при цій патології зумовлена ефективним консервативним та ендоскопічним гемостазом.

Ключові слова: кровотеча, шлунково-кишковий тракт, виразка шлунка та дванадцятипалої кишки, ендоскопічний гемостаз.

Вступ

Гостра кровотеча з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ШКТ), тобто з відділів, розміщених вище дуоденоєюнального переходу, є поширеною патологією. Незважаючи на успіхи у ліванні такого захворювання, як виразка шлунка і дванадцятипалої кишки, летальність при такому ускладненні, як кровотеча, залишається високою і сягає 6–8% (Barkun A. et al., 2003).

Залежно від ділянки, де виникла кровотеча, вона може проявитися розвитком блювання незміненою чи зміненою (блювотні маси за типом «кавової гущі») кров'ю (гематемезис), або випороженнями у вигляді дьогтеподібного рідкого калу (мелена). Блювання незміненою кров'ю свідчить про артеріальну кровотечу або кровотечу з варикозно розширених вен стравоходу, блювотні маси у вигляді «кавової гущі» — про неактивну кровотечу. Слід пам'ятати, що для виникнення мелени досить виділення 50–100 мл крові у верхніх відділах травного тракту.

Першочерговим завданням при гострій кровотечі є оцінка гемодинамічної стабільності пацієнтів та їхньої потреби у терміновій реанімації. При цьому епізоди запаморочення у хворого відображають його гемодинамічну нестабільність (Marino R. et al., 2014).

Анамnestичні дані щодо диспептичних явищ або прийому нестероїдних протизапальних препаратів можуть стати підставою для припущення про кровотечу з виразки, а дані щодо хронічного захворювання печінки — про кровотечу з варикозно розширених вен стравоходу (Doherty G.E. (Ed.), 2010).

Причинами кровотечі з верхніх відділів ШКТ найчастіше є виразкові та ерозивні ураження слизової оболонки, розриви слизової оболонки кардіального відділу та дна шлунка (при інтенсивному блюванні — синдром Маллорі — Вейсса), злоякісні та доброякісні пухлини, ангіодисплазія, варикозне розширення вен стравоходу та верхніх відділів шлунка (Hwang J.H. et al., 2012).

Медикаментозними чинниками є тривале застосування ацетилсаліцилової кислоти та інших нестероїдних протизапальних препаратів, преднізолону, антикоагулянтів тощо.

При кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу (при портальній гіпертензії) під час огляду пацієнта можна виявити стигмати хронічного захворювання печінки у вигляді асцити та спленомегалії (Laine L., 2013; Villanueva C. et al., 2013).

На початку кровотечі з верхніх відділів ШКТ гемоглобін може утримуватися на нормальному рівні, що зумовлено втратою цільної крові із судинного русла. Після 24 год рівень цього показника знижується, що відображає процес компенсаторного виходу екстраваскулярної рідини до судинного русла, а також може бути наслідком введення додаткової рідини з метою ресусcitaції. Такі коливання мають бути враховані при оцінці рівня гемоглобіну у пацієнтів із гострою кровотечею (Restellini S. et al., 2013).

Мета дослідження — вивчити структуру захворюваності та ефективність консервативних, ендоскопічних і хірургічних методів лікування хворих із гострою кровотечею з верхніх відділів ШКТ доброякісного генезу.

Об'єкт і методи дослідження

У роботі проаналізовано результати лікування 3858 пацієнтів із гострою кровотечею з верхніх відділів ШКТ, госпіталізованих в ургентному порядку до хірургічних відділень Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги з 2011 по 2015 р.

Клініко-діагностичний комплекс включав лабораторні, біохімічні та інструментальні методи дослідження; статистичне оброблення результатів проводили із застосуванням t-критерія вірогідності Стьюдента і ступеня вірогідності (p) з використанням програмного забезпечення Microsoft Excel 2008.

Результати та їх обговорення

Під час госпіталізації через протишокову палату потрапили 1877 (48,65%) хворих, серед яких 1202 (31,16% загальної кількості пацієнтів) — з явищами геморагічного шоку, 675 (17,5%) — з нестабільною гемодинамікою і порушенням ментальним статусом на фоні гіпоксії, зумовленої анемією. У протишочковій палаті проводили катетеризацію центральної вени (або вен), сечового міхура, при потребі забезпечували оксигенацію крові та проводили контроль необхідних загальноклінічних і біохімічних показників, а також визначали групу крові. Перше ендоскопічне обстеження виконували у відділенні загальної реанімації під час проведення стабілізації гемодинамічних показників шляхом внутрішньовенного введення поляризуючих розчинів, білкових препаратів та препаратів, що стабілізують роботу серцево-судинної системи.

Причини кровотечі визначали шляхом ендоскопічного дослідження. Встановлення діагнозу при ендоскопічному дослідженні визначало в подальшому патогенетично обґрунтовану лікувальну тактику. За умови неадекватної поведінки ендоскопію проводили після седації пацієнта. У 876 (22,71%) хворих при первинній ендоскопії виявити джерело кровотечі заважало накопичення крові та/чи харчових мас у порожнині шлунка, що потребувало їхньої евакуації.

У переважній більшості госпіталізованих — 2381 (61,72%) особи — причиною кровотечі був ускладнений перебіг виразки шлунка та дванадцятипалої кишки. У 588 (15,24%) пацієнтів виявили кровотечу з варикозно розширених вен стравоходу та шлунка, у 417 (10,81%) — синдром Маллорі — Вейсса, у 403 (10,45%) випадках — ерозивний гастрит та езофагіт. У 69 (1,79%) пацієнтів причиною кровотечі з верхніх відділів ШКТ стали доброякісні пухлини (таблиця).

Медикаментозний та ендоскопічний гемостаз був ефективним у 2235 (93,87%)

Таблиця

Структура захворюваності та результати лікування пацієнтів із гострою кровотечею з верхніх відділів ШКТ, осіб (%)

Патологія	Не оперовано		Оперовано		Усього отримали лікування	
	усього	з них померли	усього	з них померли	усього	з них померли
Виразка шлунка, дванадцятипалої кишки	2237	41 (1,83)	144	25 (17,36)	2381 (61,72)	66 (2,77)
Ерозивний гастрит, езофагіт	403	0	0	0	403 (10,45)	0
Синдром Маллорі – Вейсса	417	0	0	0	417 (10,81)	0
Варикозне розширення вен стравоходу, шлунка	560	264 (47,14)	28	5 (17,86)	588 (15,24)	269 (45,75)
Доброякісні пухлини	65	0	4	0	69	0
Усього	3682	305 (8,28)	176	30 (17,05)	3858	335 (8,68)

хворих із кровотечами з виразок шлунка та дванадцятипалої кишки. Активну струменеву кровотечу з виразки виявлено у 471 (19,78%) пацієнта. Її зупинку здійснювали в більшості випадків шляхом коагуляції кровотокової судини, з них у 412 (87,47%) пацієнтів — успішно. При сумнівному гемостазі контрольну діагностично-лікувальну ендоскопію проводили з інтервалом 2 год.

У 144 (6,05%) хворих із кровотечею як ускладненням виразки шлунка та дванадцятипалої кишки за умови рецидиву кровотечі та неефективності медикаментозного й ендоскопічного гемостазу проведено хірургічне втручання, яке полягало у видаленні джерела кровотечі (резекція шлунка, висічення виразки із пластикою). Післяопераційна летальність серед оперованих становила 17,36%, а серед неоперованих — 1,83%.

Хворі з кровотечею із варикозно розширених вен стравоходу та шлунка становили найтяжчий контингент при госпіталізації. Стан 445 (75,68%) пацієнтів із портальною гіпертензією та кровотечею з варикозно розширених вен стравоходу та шлунка за показниками шкали Чайлд — П'ю відносився до класів тяжкості В і С. Пацієнти з цирозом печінки, що ускладнився кровотечею з вен стравоходу, потребують інтенсивної трансфузійної терапії, але гемотрансфузії за умови показників гемоглобіну не нижче 70 г/л не є доцільними. Їх проведення суттєво погіршує роботу печінки, збільшує об'єм циркулюючої крові, негативно впливає на перебіг захворювання та провокує повторну кровотечу.

Медикаментозна терапія із застосуванням терліпресину та ендоскопічний гемостаз були успішними у 470 (79,93%) хворих. При рецидиві кровотечі використовували зонд Блекмора. При цьому летальність серед неоперованих пацієнтів становила 47,14%. Прооперовано 28 хворих: з них у 21 випадку виконано азігопортальне роз'єднання вен стравоходу з використанням циркулярного зшивального апарату, а ще у 7 пацієнтів накладено портокавальні анастомози. Післяопераційна летальність серед прооперованих становила 17,86%. Загальна летальність у пацієнтів із кровотечею з варикозно розширених вен стравоходу та шлунка — 45,75%.

Особі із синдромом Маллорі — Вейсса, ерозивним гастритом, езофагітом не потребували хірургічного втручання. Медикаментозна терапія із застосуванням інгібіторів протонної помпи, гемостатичних препаратів та ендоскопічного гемостазу шляхом коагуляції джерела кровотечі та відміна препаратів

ульцерогенної дії — ефективний комплексний метод лікування.

При доброякісних пухлинах, ускладнених кровотечею, ендоскопічна поліпектомія та коагуляція судини є ефективними методами гемостазу. Невідкладні хірургічні втручання у 4 (5,8%) пацієнтів були спричинені значними розмірами (>3 см) доброякісних новоутворень, які технічно не можуть бути видалені при ендоскопії.

Таким чином, хворі із гострою кровотечею з верхніх відділів ШКТ потребують комплексного підходу в лікуванні із застосуванням методів медикаментозного, ендоскопічного та хірургічного гемостазу.

Висновки

1. Гостра кровотеча з верхніх відділів ШКТ потребує невідкладної допомоги, ефективність якої залежить від своєчасної верифікації джерела кровотечі та проведення патогенетично обґрунтованого консервативного (медикаментозного, ендоскопічного) та хірургічного лікування.

2. Реанімаційні заходи у разі геморагічного шоку мають бути проведені у протишоквої палаті та відділенні реанімації з подальшим виконанням ендоскопічного гемостазу, а за його неефективності — оперативного втручання.

3. Консервативна терапія та ендоскопічний гемостаз є ефективними у 93,87% хворих із кровотечею виразкового генезу та у 79,93% випадків — при кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу та шлунка.

Список використаної літератури

- Barkun A., Bardou M., Marshall J.K.; Non-variceal Upper GI Bleeding Consensus Conference Group (2003) Consensus recommendations for managing patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann. Intern. Med.*, 139(10): 843–857.
- Doherty G.E. (Ed.) (2010) Current diagnosis and treatment: Surgery, 13th Ed., p. 493–498.
- Hwang J.H., Fisher D.A., Ben-Menachem T. et al. (2012) The role of endoscopy in the management of acute non-variceal upper GI bleeding. *Gastrointest. Endosc.*, 75(6): 1132–1138.
- Laine L. (2013) Blood transfusion for gastrointestinal bleeding. *N. Engl. J. Med.*, 368(1): 75–76.
- Marmo R., Koch M., Cipolletta L. et al. (2014) Predicting mortality in patients with in-hospital non-variceal upper GI bleeding: a prospective, multicenter database study. *Gastrointest. Endosc.*, 79(5): 741–749.
- Restellini S., Kherad O., Jairath V. et al. (2013) Red blood cell transfusion is associated with increased rebleeding in patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Aliment. Pharmacol. Ther.*, 37(3): 316–322.

Villanueva C., Colomo A., Bosch A. et al. (2013) Transfusion strategies for acute upper gastrointestinal bleeding. *N. Engl. J. Med.*, 368(1): 11–21.

Опыт лечения при остром кровотечении из верхних отделов желудочно-кишечного тракта доброкачественного генеза

Н.И. Тутченко, Б.И. Слонецький, И.М. Березенко, Г.Г. Рощин

Резюме. Проанализированы результаты лечения 3858 пациентов с острым кровотечением из верхних отделов желудочно-кишечного тракта за период 2011–2015 гг. на базе Киевской городской клинической больницы скорой медицинской помощи. Наиболее многочисленную группу — 2381 (61,72%) пациент — составили больные с кровотечением при язве желудка и двенадцатиперстной кишки. У 93,87% из них медикаментозный и эндоскопический гемостаз был эффективен, а летальность составила 1,83%, в то время как среди прооперированных пациентов летальность достигала 17,36%. Незначительное количество оперативных вмешательств — у 176 (4,56%) больных — при этой патологии обусловлено эффективным консервативным и эндоскопическим гемостазом.

Ключевые слова: кровотечение, желудочно-кишечный тракт, язва желудка и двенадцатиперстной кишки, эндоскопический гемостаз.

The treatment of acute upper gastrointestinal bleeding of benign genesis

N.I. Tutchenko, B.I. Slonetsky, I.M. Berezenko, G.G. Rotschl

Summary. We analyzed the results of treatment of 3858 patients with upper gastrointestinal bleeding during 2011–2015, who had got treatment in the Kiev City Ambulance Hospital. The most numerous group in 2381 (61.72%) patients included ones with bleeding from ulcers of stomach and duodenum. In this group, the conservative treatment and endoscopic hemostasis were effective in 93.87%, and mortality was 1.83%, while among operated patients mortality reached 17.36%. A small number of surgical interventions — 176 (4.56%) — among patients with acute upper gastrointestinal bleeding was caused by the effective conservative and endoscopic hemostasis.

Key words: bleeding, gastrointestinal tract, peptic ulcer, gastric ulcer, endoscopic hemostasis.

Адреса для листування:

Слонецький Борис Іванович
04112, Київ, вул. Дорогожицька, 9
Національна медична академія
пслядипломної освіти імені П.Л. Шупика,
кафедра медицини невідкладних станів
E-mail: slobis@ukr.net

Одержано 11.10.2016