

Рис. 1
Нозологічна структура неварикозних ГДК.

ния (Fogtest I) ми проводим мероприятия окончательного или временного эндоскопического гемостаза. При проведении окончательного гемостаза проводим эндоскопический мониторинг контроля качества консервативного лечения через 2-4 часа. Временный гемостаз позволяет подготовить пациента, находящегося в тяжелом состоянии, к отсроченному оперативному вмешательству. Неэффективность методов местного эндоскопического гемостаза является показанием к экстремному оперативному вмешательству. В случаях эндоскопической картины остановившегося кровотечения (Fogtest II) проводим эндоскопическую профилактику возникновения рецидива кровотечения с проведением эндоскопического мониторинга контроля консервативного лечения через 4-6 часов.

Наиболее эффективным мы считаем использование комбинированных методов эндоскопического гемостаза и профилактики возникновения рецидива кровотечения что составляет 86,2% случаев. Структура методов эндоскопического гемостаза приведена на рисунке 2.

Нами предложен и внедрён в практику способ лечения гастродуоденального кровотечения язвенного генеза, который состоит в введении в перипилорозную область 20 мл 0,9% р-ра NaCl и 5 мл 1% р-ра терлипрессина ацетата с последующей коагуляцией дефекта моноактивным электродом [5]. Терлипрессин является синтетическим аналогом вазопрессина и при его ферментативном расщеплении происходит выраженный вазоконстрикторный эффект, что приводит резкому уменьшению кровенаполнения перипилорозной зоны и остановки продолжающегося кровотечения.

Для профилактики возникновения рецидива кровотечения нами предложен способ профилактики рецидива кровотечения из гастродуоденальных язв, который заключается в введении в перипилорозную область 20 мл 0,9% р-ра NaCl и 10 мл 0,25% р-ра метиленового синего с последующей коагуляцией дефекта моноактивным электродом [6]. Нами установлено, что в 50% случаев нестабильного местного гемостаза наблюдается выраженная активность индуцибельной NO-синтазы (i-NOS) перипилорозной области, что можно объяснить значительной лейкоцитарной инфильтрацией [3]. i-NOS входит в структуру циклооксигеназного комплекса и активируется цитокинами лимфоцитов. При этом происходит увеличение продукции NO из аминокислоты L-аргинина, что приводит к выраженной вазодилатации, угнетению вазоконстрикции и тромбообразования. Это способствует увеличению кровенаполнения перипилорозной зоны и развитию рецидива кровотечения. Метиленовый синий является селективным ингибитором i-NOS и при его введении устраняются вышеназванные негативные эффекты.

В 2012 году при активном использовании в комплексе консервативного лечения неварикозных ГДК предложенных методов местного эндоскопического гемостаза удалось снизить процент оперативных вмешательств до 6,1%. Динамику оперативной активности при неварикозных ГДК по годам можно представить в виде рисунка 3.

Выводы

При проведении местного эндоскопического гемостаза наиболее эффективными считаем комбинированные методы направленные на долговременное снижение кровенаполнения перипилорозной области. Активное использование методик местного эндоскопического гемостаза в комплексе консервативной терапии ГДК с целью временной и

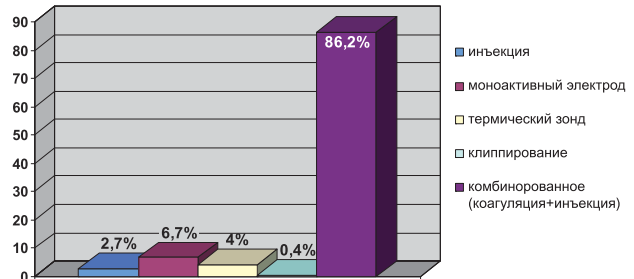


Рис. 2
Структура методов эндоскопического гемостаза.

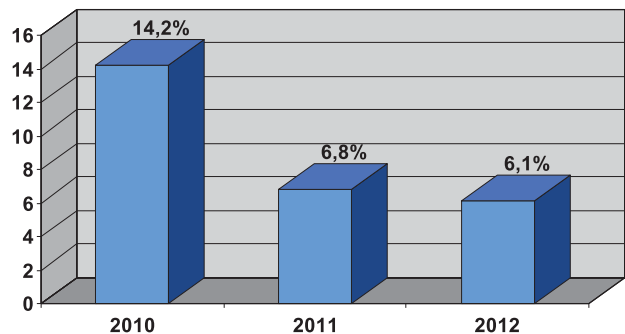


Рис. 3
Динамика операций по годам при неварикозных ГДК.

окончательной остановки кровотечения, проведения эндоскопической профилактики возникновения рецидива кровотечения позволило уменьшить число оперативных вмешательств в 2,5 раза.

Литература

- Березницкий Я.С. (2008) Стандарты организации та професійно-орієнтованих протоколів надання невідкладної медичної допомоги хворим з хірургічними захворюваннями живота і грудної клітки. (Київ). "Дніпро-VAL". 310 с.
- Иванов Ю.И., Погорелок О.Н. (1996) Статистическая обработка результатов медико-биологических исследований на микрокалькуляторах и по программам. (Москва). "Медицина". 221 с.
- Крышень В.П., Трофимов Н.В. (2012) Изменение активности индуцибельной NO-синтазы перипилорозной зоны у больных с кровоточащими гастродуоденальными язвами. Хірургія України. 4: 17-20
- Никишаев В.И. (2001) Эндоскопическая диагностика и хирургическая тактика при желудочно-кишечных кровотечениях. Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. 1: 30-31
- Трофимов М.В., Кришень В.П. (2011) Патент на корисну модель №59404 "Способ лікування гастродуоденального кровотечі виразкового генезу". Державний департамент інтелектуальної власності. Бюлетень 9
- Трофимов М.В., Кришень В.П. (2012) Патент на корисну модель №66575 "Способ профилактики рецидива кровотечі з гастродуоденальних виразок". Державний департамент інтелектуальної власності. Бюлетень 1
- Шепетько Е.Н., Фомин П.Д., Заплавский А.В., Сидоренко В.Е. и соавт (2007) Тактика и результаты хирургического лечения гастродуоденальных язв, осложненных острым кровотечением, в специализированном центре желудочно-кишечных кровотечений. Клінічна хірургія. 88: 5-6

ПОЄДНАННЯ СИНДРОМУ МЕЛЛОРИ-ВЕЙССА ІЗ СУПУТНЬОЮ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Фомін П.Д., Шепетько Є.М., Пруднікова О.Б., Боярська М.Г.

Кафедра хірургії №3, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна

Мета

Вивчити особливості перебігу синдрому Меллори-Вейсса у різних груп пацієнтів.

Матеріали та методи

В дослідження було включено 2882 пацієнта із шлунково-кишковими кровоточащими за трьохрічний період. Синдром Меллори-Вейсса був виявлений у 114 пацієнтів (4,3%). Жінок було 19 (16,7%), а чоловіків — 95 (83,3%). Середній вік хворих становив 46,5±2,6 років.

Результати та їх обговорення

Помірний ступінь важкості крововтрати мав місце у 90 (78,9%), середній — у 14 (12,3%), важка кровотрата — у 10 (8,8%) хворих. Розподіл ступеня ендоскопічного гемостазу (за Fogtest): F1x (підтікання крові з-під згортка) — 5 (4,4%), F1A (наявність великої тромбованої судини) — 7 (6,1%), F1B (щільний тромб у розриві) — 22 (19,3%), F1C (дрібні тромбовані судини) — 2 (1,8%), F1P (зупинена кровотеча, розрив закритий фібрином) — 78 (68,4%). Найчастішими ділянками локалізації розривів були передньправа — 41 (35,9%) та задня — 40 (35,1%) стінки езофаго-кардіального переходу. В 2,3 рази рідше розрив слизової розташовувався на передній стінці — у 18 (15,8%) пацієнтів, в 2,7 рази рідше на передньлівої стінці — у 15 (13,2%) хворих, порівняно із розривом передньправої стінки. Діапазон розривів за розміром — від 0,5 до 3 см, при середньому їх розмірі 1,3±0,4 см. Найбільша кількість розривів була розміром від 0,5 до 1 см — у 63 (56,8%)

пацієнтів. 7 (6,1%) хворих мали подвійні розриви слизової, які найчастіше локалізувалися на задній стінці езофаго-кардіального переходу — в 4 (57,1%) випадках, а 1 (0,9%) хворий мав потрійний розрив, локалізований в ділянці передньправої стінки та 1 (0,9%) пацієнт мав 4 розриви слизової, розташованих на передньправій та передньлівої стінках. Під час аналізу перебігу СМВ встановлено, що в 85 (74,6%) випадках він ускладнювався супутньою гастродуоденальною патологією, найчастіше гастродуоденитом — у 40 (47,1%) хворих, ерозивним езофагітом — у 12 (14,1%); 13 (15,3%) пацієнтів мали ерозивний езофагіт та гастродуоденит, 2 (2,4%) — варикозно розширені вени стравоходу. В 11 (12,9%) хворих діагностовано кровоточиву виразку шлунка, у 7 (8,2%) — кровоточиву виразку дванадцятипалої кишки. Серед усіх 85 хворих, які мали супутню гастродуоденальну патологію у 7 (8,2%) діагностовано килд стравохідного отвору діафрагми.

Висновки

Помірний ступінь важкості крововтрати (78,9%) при СМВ у 9 разів частіше зустрічався у хворих ніж важка кровотрата (8,8%), а стабільний гемостаз F1P (68,4%) у 15,5 разів виявлявся частіше, ніж триваюча кровотеча F1 (4,4%). Розрив слизової найчастіше локалізувався на передньправій (35,9%) і задній (35,1%) стінках езофаго-кардіального переходу. СМВ у 21,1% випадків ускладнено перебігу поєднувався із кровоточивою виразкою шлунка (12,9%) і кровоточивою виразкою дванадцятипалої кишки (8,2%), які виступали в якості другого джерела кровотечі.