

кафедри ендоскопічної та серцево-судинної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова; +38(0432)671361; abdom@vokl.org

Собко Вадим Сергійович - асистент кафедри ендоскопічної та серцево-судинної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова; +38(097)9041319; sv.eskulap@gmail.com

Гребенюк Дмитро Ігорович - к.мед.н., асистент кафедри ендоскопічної та серцево-судинної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова; +38(067)5954483; Doctor.Svo@gmail.com

Радьога Ярослав Володимирович - к.мед.н., асистент кафедри ендоскопічної та серцево-судинної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова; +38(097)9989525; radega09@mail.ru

© Польовий В.П., Сидорчук Р.І., Паляниця А.С., Волянчук П.М., Кіфяк П.В., Мишковський Ю.М.

УДК: 616.32/33-002.47-005].-08

Польовий В.П., Сидорчук Р.І., Паляниця А.С., Волянчук П.М., Кіфяк П.В., Мишковський Ю.М.

ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет", кафедра загальної хірургії (Театральна пл., 2, м. Чернівці, Україна, 58000)

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА МЕТОДІВ ЕНДОСКОПІЧНОГО ГЕМОСТАЗУ ЗА КРОВОТЕЧ ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВОГО ҐЕНЕЗУ ПРИ ТРАВМАТИЧНІЙ ХВОРОБІ

Резюме. Важливим ускладненням травми є розвиток гострих ерозивно-виразкових кровотеч шлунково-кишкового тракту. Дослідження включало клінічні спостереження 149 постраждалих з політравмою, у яких після травми виникли ерозивно-виразкові ушкодження шлунково-кишкового тракту (ШКТ). Постраждали з виразковою хворобою в анамнезі у вибірку не включались. Встановлено, що найбільш ефективним малоінвазивним методом гемостазу була ендоскопічна піддіафрагмальна медикаментозна блокада блукаючого нерва, яка особливо доцільна у випадку кровотечі з ряду дрібних судин, або у випадку недостатньої візуалізації судини, що утруднює стандартні методи гемостазу.

Ключові слова: травматична хвороба, ерозивно-виразкові кровотечі, ендоскопічний гемостаз.

Вступ

Травма та її наслідки, в тому числі патологічні зміни внутрішніх органів, займають одне з провідних місць у структурі захворюваності та причин смертності населення. Особливістю травматизму останніх десятиріч є збільшення тяжкості травм і зміна їх структури [2, 4, 6]. Грізним ускладненням травматичної хвороби, що асоціюється зі значним рівнем смертності, є шлунково-кишкові кровотечі, які, зазвичай, асоціюються з гострими ерозивно-виразковими ураженнями слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки. На сьогоднішній день, за даними різних авторів, політравма ускладнюється кровотечами з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ШКТ) набагато частіше - у 18-25% випадків [1, 3, 5].

Загальна летальність при ускладнених гострих ерозіях і виразках травного каналу залишається дуже високою і коливається від 35 до 95% в залежності від важкості травм та супутніх захворювань, віку постраждалого, кількості та локалізації виразок, важкості кровотечі [3, 4, 6]. Проблема шлунково-кишкових кровотеч на сьогоднішній день потребує до себе пильної уваги клініцистів у зв'язку з недостатньою ефективністю існуючих методів лікування.

Враховуючи вищезазначене, метою даного дослідження є оцінка ендоскопічного гемостазу за кровотеч ерозивно-виразкового ґенезу при травматичній хворобі.

Матеріали та методи

Робота виконана на клінічному матеріалі базових

клінік загальної хірургії. Дослідження ґрунтувалися на основі клінічних спостережень 149 постраждалих з політравмою, у яких після травми виникли ерозивно-виразкові ушкодження ШКТ, з яких 78 (52,35%) становили основну (дослідну) групу. Постраждали з виразковою хворобою в анамнезі у вибірку не включались. Групу порівняння склали 71 (47,65%) постраждалих, ефективність лікування яких оцінювали ретроспективно за медичними картами з 2005 по 2015 рр. Серед обстежених пацієнтів було 98 (65,4 %) чоловіків у віці від 17 до 64 років (середній вік 34 року) та 51 (34,6%) жінок у віці від 24 до 61 року (середній вік 44 роки). У вибірку включали постраждалих, які перебували в різних періодах проявів перебігу травматичної хвороби.

Окрему групу превентивних смертей склали 14 трупів, померлих у різні періоди перебігу травматичної хвороби, з метою виявлення морфологічних змін в шлунково-кишковому тракті. Дана група характеризується тим, що всі постраждали отримали поєднану закрити травму живота, проте домінуючою причиною смерті були пошкодження інших локалізацій. Дані були отримані шляхом обробки протоколів судово-медичних експертиз.

Ендоскопічне дослідження проводили для проведення диференційної діагностики; визначення прогнозу захворювання та вироблення індивідуальної тактики лікування хворого з урахуванням знайдених морфологічних та функціональних змін; визначення показників щодо ендоскопічних методів гемостазу, планування

засобу та обсягу хірургічного втручання;

Виконувались різні поєднання ендоскопічних втручань, які дозволяють стабілізувати гемостаз. Вибір основного гемостатичного способу ґрунтується на патофізіологічних та ендоскопічних особливостях джерела кровотечі та ступеня її інтенсивності. При дифузних ерозивно-виразкових кровотечах найбільш часто використовується поєднання інфільтрації та методу ендоскопічної піддіафрагмальної медикаментозної блокади блукаючих нервів (ЕПМББН). Застосування в якості основного способу в ланці комплексної гемостатичної терапії саме інфільтраційного способу обумовлена тим, що більшість постраждалих, які нами спостерігались мали розміри дефектів більше середніх з глибиною більше 0,1-0,2 см.

Дотримано вимоги біоетики, застосовано стандартні методи варіаційної статистики.

Результати. Обговорення

В основній групі найчастіше спостерігалось поєднання "череп + груди + живіт + скелет" у 24,5% постраждалих, пошкодження "череп + груди + живіт" було другим за частотою та виявлено у 21,9% осіб, "череп + живіт + скелет" виявлено у 19,4% постраждалих, поєднання "живіт + скелет" та "груди + живіт + скелет" зустрічалось фактично у однакової кількості постраждалих та становило 12,6% та 11,8% відповідно, найменше виявлено поєднання "череп + живіт" яке зустрічалося у 9,8% постраждалих.

У групі порівняння поєднання пошкоджень мало подібний розподіл: поєднання "череп + груди + живіт + скелет" було у (23,8%) постраждалих, другим за кількістю було поєднання "череп + груди + живіт" -

23,6% постраждалих, "череп + живіт + скелет" у 20 17,7% постраждалих, наступним поєднанням за частотою було "груди + живіт + скелет" - 14,3% постраждалих, у 11,9% виявлено поєднання "живіт + скелет" та поєднання "череп + живіт" - 8,7% постраждалих. Однак травма живота не супроводжувалась пошкодженням порожнистих органів черевної порожнини.

Під час проведення оперативних втручань на органах черевної порожнини за поєднаної травми були виявлені такі пошкодження органів черевної порожнини: розриви печінки - 24 (30,7 %), розриви селезінки - 18 (23,0%), розриви нирок - 1 (1,3%), пошкодження підшлункової залози - 2 (2,6%), розриви брижі кишечника - 12 (15,4%) випадків. У всіх інших випадках оперативні втручання на органах черевної порожнини не проводились, оскільки діагностовано закрита травма органів черевної порожнини в 11 випадках (14,1%), при якій за даними інструментальних методів дослідження не діагностовані загрози для життя пацієнтів пошкодження. При чому гемоперитонеум виявлено у 97,5% прооперованих постраждалих. Серед обстежуваних ШКК розвинулась у 12 (25,5%).

Аналіз розподілу постраждалих за віком та статтю свідчить, що переважну кількість постраждалих з гострими виразками та ерозіями, які ускладнились кровотечею (50%) становили особи після сорока років, при чому ерозивно-виразкові ураження частіше зустрічались серед чоловіків: 57,4% (48) - чоловіків, 42,6% (30) - жінок.

При множинних дефектах слизової, застосування ін'єкційного методу в поєднанні з медикаментозною блокадою гілок блукаючого нерва більш виправдано ніж інфільтрація у "чистому" вигляді. Нерідко при даній

Таблиця 1. Комплекс ендоскопічних втручань залежно від характеру кровотечі та етіології.

Причина кровотечі	Стигмат кровотеч	Комплекс ендоскопічних втручань			Кількість спостережень	
		Інфільтрац. гемостаз	Інфільтр.+ електро-коаг.	Інфільтрація+ ЕПМББН	абс.	%
Ерозивний гастрит	F1A	1	1	2	4	2,5
	F1B	5	1	10	16	10,1
	F1A	-	18	19	37	23,4
	F1B	-	23	18	41	25,9
Виразка ДПК + множинні ерозії	F1A	-	-	2	2	1,3
	F1B	6	-	13	19	12,0
	F1A	-	8	7	15	9,5
	F1B	-	-	11	11	7,0
Виразка шлунка + множинні ерозії шлунка	F1A	-	-	-	-	-
	F1B	-	-	4	4	2,5
	F1A	-	-	-	-	-
	F1B	-	-	9	9	5,7
Усього	Абс.	12	51	95	158	100
	%	7,6	32,3	60,1		

Таблиця 2. Результати лікування хворих.

Результат лікування	Характер кровотечі		Кількість спостережень	
	F1A(N=6)	FB(N=39)	Абс. (N=45)	%
Первинна екстрена операція	1	2	3	6,7
Первинний ендоскопічний гемостаз	5	37	42	93,3
Рецидив кровотечі при первинному гемостазі	1	4	5	11,2
Повторний гемостаз при рецидиві кровотечі]	1	2	4,5
Екстремне втручання з приводу рецидиву кровотечі	-	3	3	6,7
Кінцевий ендоскопічний гемостаз	5	34	39	86,7

патології спостерігаються дефекти слизової великої протяжності з переходом на термінальний відділ стравоходу, при цьому застосування ін'єкційного методу безпечніше і краще ніж традиційна коагуляція.

Завдяки проведенню комплексної гемостатичної терапії хворим з триваючою кровотечею, первинний гемостаз досягнутий в 42 (93,3%) випадках. Гемостатична терапія була неефективною у 3 (6,7%) постраждалих. У 1-ого хворого з артеріальною пульсуючою кровотечею з виразки задньої стінки цибулини 12-палої кишки відзначалася сильно виражена деформація цибулини, що створювала технічні перешкоди для повноцінного проведення гемостазу. У всіх 3-х випадках були виявлені великі дефекти, глибина яких перевищувала 3 мм, а діаметр 15 мм. Всі хворі були ургентно оперовані - виконана гастродуоденотомія, вазографія судини, що кровоточить.

У подальшому, з 42 (93,3%) хворих групи F1, у яких було досягнуто первинний гемостаз, у 5 (11,2%) розвинувся рецидив кровотечі. При цьому необхідно врахувати, що в усіх випадках рецидиву хворі були похилого та старечого віку з важкими супутніми захворюваннями.

У першу добу після ендоскопічної терапії рецидив кровотечі розвинувся у 3-х пацієнтів, на 2-у добу у одного хворого і на 3-ю добу в одному випадку. Найбільш часто рецидив кровотечі виникав в першу добу і частіше у хворих з артеріальною кровотечею (F1A).

Список літератури

1. Ендоскопічне лікування кровотечі за ерозивно-виразкового ураження травного каналу / В.П. Польовий, Р.І. Сидорчук, В.М. Георгіца, Х.Н. Нурдінов // Клінічна хірургія - 2013. - № 3. - С. 17-20.
2. Порушення системи первинного гемостазу та метаболізму ейкозаноїдів при травматичній хворобі / І.М. Плегуча, Р.І. Сидорчук // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. - 2014. - Т. 13, № 2. - С. 29-34.
3. Стресові виразки слизової оболонки травного каналу як ускладнення післяопераційного періоду / В.В. Бойко, В.М. Лихман, О.М. Шевченко [та співавт.] // Харківська хірургічна школа. - 2015. - №2(71). - С. 136-140.
4. Тактика щодо активних кровотеч ерозивно-виразкового ґенезу у потерпелих з політравмою / В.П. Польовий, Р.І. Сидорчук, А.С. Паляниця, Х.Н. Нурдінов // Харківська хірургічна школа. - 2013. - № 1(58). - С. 79-82.
5. Efficacyandsafetyofprotonpumpinhibitorsforstressulcerprophylaxisincriticallyillpatients: a systematic review and meta-analysis of randomizedtrials/ F. Alshamsi, E. Belley-Cote, D. Cook [et al.] // Critical

У 3-х випадках хворі були екстремно оперовані, а в 2-х випадках були виконані повторні гемо статичні заходи. Порівняльна оцінка ефективності різних методів ендоскопічного гемостазу при різній етіології та ендоскопічних стигматах кровотеч наведені у таблиці 1.

Найбільш використовуваним методом була ендоскопічна піддіафрагмальна медикаментозна блокада блукаючого нерва (ЕПМББН), яка використана у 60,1% випадків. Це було особливо доцільним у випадку кровотечі не з однієї судини, яку легко виділити, а з ряду дрібних, або у випадку недостатньо чіткої візуалізації, що утруднювало застосування стандартних методів гемостазу. Первинний гемостаз був досягнутий у 93,3% випадків, у 6,7% ендоскопічний гемостаз був недостатньо ефективним. При цьому в одному випадку було технічно важко здійснити гемостаз, оскільки при пульсуючій артеріальній кровотечі виразки задньої стінки ДПК спостерігалась виражена деформація цибулини ДПК.

У всіх випадках неефективного ендоскопічного гемостазу були гігантські виразки. Ці хворі були екстремно прооперовані - гастродуоденотомія, ушивання кровоточивої судини. У 11,2% (група F1) спостерігали рецидив кровотечі, всі хворі були старечого віку з важкими супутніми захворюваннями. У загальнені результати лікування наведені у таблиці 2.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Кровотечі ерозивно-виразкового ґенезу є тяжким ускладненням перебігу травматичної хвороби, при цьому 50% цього контингенту становили особи працездатного віку.

2. Ерозивно-виразкові ураження частіше зустрічались серед чоловіків (57,4%) ніж жінок (42,6%).

3. Найбільш ефективним малоінвазивним методом гемостазу була ендоскопічна піддіафрагмальна медикаментозна блокада блукаючого нерва, яка особливо доцільна у випадку кровотечі з ряду дрібних судин, або у випадку недостатньої візуалізації, що утруднює стандартні методи гемостазу.

Дослідження суттєво доповнює існуючі наукові дані стосовно ерозивно-виразкових кровотеч з ШКТ при травматичній хворобі та відкриває перспективи у напрямку розробки інших методів малоінвазивного гемостазу у постраждалих від травм.

Care. - 2016.- Vol. 20.- P. 120-127.
6. Prevention of stress-related ulcer bleeding at

the intensive care unit: Risks and benefits
of stress ulcer prophylaxis / L. Buendgens,

A. Koch, F. Tacke // World J. Crit. Care
Med. - 2016. - Vol.5(1). - P. 57-64.

Полевой В.П., Сидорчук Р.И., Паляница А.С., Воляннюк П.М., Кифяк П.В., Мишковский Ю.Н.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ
ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННОГО ГЕНЕЗА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Резюме. Важным осложнением травмы является развитие острых эрозивно-язвенных кровотечений желудочно-кишечного тракта. Исследование включало клинические наблюдения 149 пострадавших с политравмой, у которых после травмы возникли эрозивно-язвенные поражения желудочно-кишечного тракта. Пострадавшие с язвенной болезнью в анамнезе в выборку не включались. Установлено, что наиболее эффективным малоинвазивным методом гемостаза была эндоскопическая поддиафрагмальная медикаментозная блокада блуждающего нерва, которая особенно целесообразна в случае кровотечения из ряда мелких сосудов, или в случае недостаточной визуализации сосуда, что затрудняет стандартные методы гемостаза.

Ключевые слова: травматическая болезнь, эрозивно-язвенные кровотечения, эндоскопический гемостаз.

Polyovyy V.P., Sydorochuk R.I., Palyanytsia A.S., Voljanjuk P.M., Kifjak P.V., Mishkovskyy Yu.M.
COMPARISON OF ENDOSCOPIC HEMOSTASIS METHODS FOR BLEEDING OF EROSIIVE-ULCERATIVE ORIGIN
UNDER TRAUMATIC DISEASE

Summary. The development of erosive-ulcerous bleeding in gastrointestinal tract is an important complication of acute trauma. The study included clinical observation of 149 patients with polytrauma in whom the erosive-ulcerative injury of the gastrointestinal tract arose. Bearers of ulcer history were not included into the study. It was found out that the most effective method of minimally invasive endoscopic hemostasis was subdiaphragmatic pharmacological blockade of the vagus nerve, which is particularly useful in cases of bleeding from a number of small vessels, or in the event of lack of vessel visualization, making it difficult for standard methods of hemostasis.

Key words: traumatic illness, erosive-ulcerative bleeding, endoscopic hemostasis.

Рецензент - д.мед.н., проф. Шварковський І.В.

Стаття надійшла до редакції 17.11.2016р.

Полювий Віктор Павлович - д.мед.н., проф., зав. кафедри загальної хірургії ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет"; +38(0372)555649; doctorvictor@list.ua
Сидорчук Руслан Ігорович - д.мед.н., проф. кафедри загальної хірургії ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет"; +38(0372)555649; surgery_gen@bsmu.edu.ua
Паляница Андрій Семенович - к.мед.н., доц. кафедри загальної хірургії ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет"; +38(0372)555649; surgery_gen@bsmu.edu.ua
Воляннюк Петро Михайлович - к.мед.н., доц. кафедри загальної хірургії ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет"; +38(0372)555649; surgery_gen@bsmu.edu.ua
Кіфяк Петро Васильович - асистент кафедри анестезіології та реаніматології ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет"; +38(0372)555649; surgery_gen@bsmu.edu.ua
Мишковський Юрій Миколайович - к.мед.н., асистент кафедри загальної хірургії ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет"; +38(0372)555649; surgery_gen@bsmu.edu.ua

© Саволук С.І., Гвоздяк М.М., Шепетько-Домбровський О.Г., Шепетько-Домбровський Г.М.

УДК: 616.342-002.45-089.819:616.381-072.1

Саволук С.І.¹, Гвоздяк М.М.¹, Шепетько-Домбровський О.Г.^{1,2}, Шепетько-Домбровський Г.М.²
1Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, кафедра хірургії та судинної хірургії (вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, Україна, 04112), 2Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги (вул. Братиславська, 3, м. Київ, Україна, 02660)

МАЛОІНВАЗИВНА ХІРУРГІЯ ПЕРФОРАТИВНОЇ ВИРАЗКИ
ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ В КОНТЕКСТІ ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ ПРОТОКОЛУ
МУЛЬТИМОДАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ ШВИДКОГО ВІДНОВЛЕННЯ FAST
TRACK SURGERY

Резюме. В роботі викладено результати малоінвазивного лапароскопічного лікування 160 хворих з перфоративною виразкою дванадцятипалої кишки (ДПК) за період з 2014 по 2016 рік на кафедрі хірургії та судинної хірургії НМАПО імені П.Л. Шупика та Київській міській клінічній лікарні швидкої медичної допомоги. Застосування лапароскопічних технологій довело свої переваги та ефективність у поєднанні із протоколом мультимодальної програми швидкого відновлення Fast Track Surgery у лікуванні перфоративної виразки ДПК і дозволяє покращити результати лікування хворих з цією патологією.

Ключові слова: перфоративна виразка ДПК, лапароскопія, хірургія швидкого відновлення.

Вступ

На теперішній час проблема лікування хворих з перфоративною виразкою дванадцятипалої кишки (ПВДПК)

залишається актуальною, що обумовлено високою захворюваністю на виразкову хворобу ДПК [1, 7, 8, 9, 12,