

УДК 616.32/33-002.44-005.-084

В.П. Польовий,**Р.І. Сидорчук,****В.М. Георгіца,****Х.Н. Нурдінов****ЕНДОСКОПІЧНЕ ЛІКУВАННЯ КРОВОТЕЧ
ЗА ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВИХ УРАЖЕНЬ
ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ**Буковинський державний медичний
університет, м. Чернівці**Ключові слова:** політравма, кровотеча, ерозивно-виразкові ураження шлунково-кишкового тракту, ендоскопічний гемостаз**Резюме.** Розглядаються питання ендоскопічного лікування гастродуоденальних кровотеч, у тому числі в постраждалих унаслідок політравм. Показано, що ендоскопічний гемостаз слід вважати методом вибору для діагностики та лікування гострих кровотеч ерозивно-виразкового генезу. Ефективність ендоскопічного гемостазу значною мірою залежить від вчасності виконання, навичок та досвіду хірурга, правильності вибору способу в конкретній клінічній ситуації.**Вступ**

У 4-15% постраждалих від травм спостерігаються ускладнення з боку шлунково-кишкового тракту (ШКТ) у вигляді кровотеч [1]. На даний час існують різні методи ендоскопічного гемостазу, що застосовуються при кровотечах із верхніх відділів шлунково-кишкового тракту [2]. Питання підвищення ефективності зупинки кровотеч, крім загальноприйнятих методів гемостатичної терапії, полягає в пошуку оптимального поєднання ендоскопічних методик, що забезпечують найбільш надійний гемостаз [3, 4] і мінімальну кількість рецидивів кровотечі. Кровотечі з гострих виразок та ерозій проксимальних відділів шлунково-кишкового тракту суттєво обтяжують стан постраждалих внаслідок травм, погіршують прогноз та результати лікування [2]. Водночас, проблема залишається недооціненою та, відповідно, недостатньо вивченою.

Мета дослідження

У зв'язку з вищезазначеним, метою дослідження став порівняльний аналіз результатів лікування різних шлунково-кишкових кровотеч, зокрема, у постраждалих внаслідок травматичних уражень.

Матеріал і методи

За останні 10 років під нашим спостереженням у клініці загальної хірургії Буковинського державного медичного університету знаходилися 628 хворих, зі шлунково-кишковими кровотечами

різного генезу. Вік хворих становив 18-94 р. ($47,5 \pm 9,17$ р.). У 27 (4,3%) пацієнтів при невідкладних езофагогастродуоденоскопіях (ЕГДС) джерело кровотечі у верхніх відділах шлунково-кишкового тракту не було верифіковано. Згодом у них було підтверджено кровотечі з верхніх дихальних шляхів, мезентеріальний тромбоз, кровотечі з товстої кишки, анемії, не пов'язані з кровотечею в просвіт порожнистих органів. 15 (2,3%) хворих екстрено прооперовано без проведення ЕГДС, зважаючи на триваючу профузну кровотечу. У 10 (15,9%) хворих ЕГДС не була виконана через вкрай важкий (термінальний) стан, що закінчився летальним результатом. У 15 (2,3%) пацієнтів з кровотечею із дванадцятипалої кишки його ендоскопічна зупинка була неможливою через декомпенсованість стенозу пілоробульбарної зони. У решти хворих діагноз кровотечі після ЕГДС було знято. У 482 (76,8%) хворих проведені невідкладні ендоскопічні втручання з метою зупинки кровотеч з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту або для запобігання їх рецидивів.

Провідне місце в нашій роботі займали фізичні методи лікувального впливу через фіброендоскоп на джерела кровотеч: діатермокоагуляція (ДК), кріовплив (КВ), що доповнювалися в ряді випадків клейовими аплікаціями, підслизовими ін'єкціями 70% етанолом або абсолютним етоксисклерозом 0,5-1,0% розчином полідоканолу. У 412 (85,5%) пацієнтів ці методи застосовані в різних поєднаннях.

Обговорення результатів дослідження

Ефективність первинного гемостазу при кровотечах з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту фізичними методами впливу в пацієнтів з кровотечами невиразкової етіології (85 хворих) склала на нашому матеріалі 89,4%. Рецидиви кровотеч спостерігалися в 10,6% випадків, в основному за рахунок кровотеч з виразкоподібних, внаслідок розпаду, пухлин. Після повторних лазерних або діатермокоагуляцій через 1-2 доби кількість рецидивів знизилася до 7,1%. Ці хворі оперовані, летальність склала 7,0%.

В окрему групу виділили 327 хворих з гастроуденальними кровотечами виразкової етіології, у яких застосовувалися як окремі, так і поєднані методи фізичного впливу. Лазерна фото коагуляція (ЛФК) у поєднанні з нанесенням плівкоутворюючих препаратів та статинів проведена в найбільшого числа хворих - 179 (54,7%) з кровоточивими гастроуденальними виразками (рис. 1).

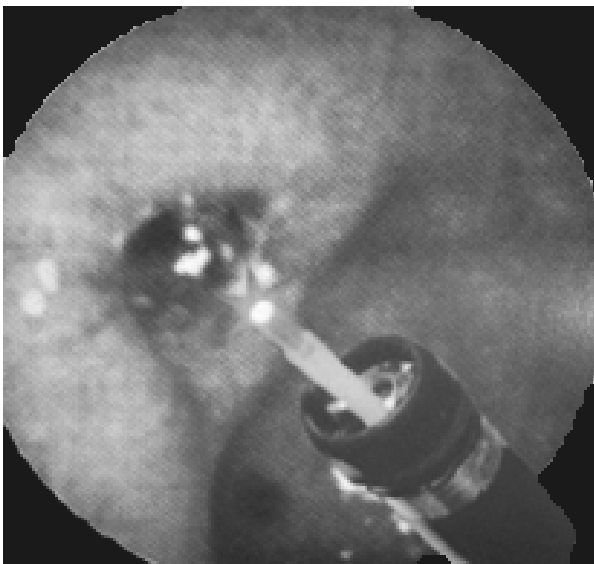


Рис. 1. Виконання лазерної фотокоагуляції

ведення електрода та ін'єктора до анатомічно незручної локалізації дефектів. Повторне ендоскопічне втручання дозволило добитися зупинки кровотечі у 3 хворих з 7 і підготувати їх до оперативних втручань. Решта хворих оперовані в екстреному порядку. Летальність склала 4,1%.

Метод кріовпливу більше використовували для попередження рецидиву кровотечі (Forrest Іа та Ів). Ця обставина вимагала додаткової діатермокоагуляції через 1-2 діб. Однак це не призвело до екстрених операцій, летальних випадків не було. Після зупинки кровотечі у більшості хворих проводилася динамічна моніторингова ЕГДС з метою визначення ризику повторення кровотечі, особливо після інтенсивних

Первинний гемостаз досягнутий у 95,5% хворих. Рецидиви кровотеч склали 4,5%. При цьому необхідно врахувати, що більшість хворих були похилого та старечого віку з важкою коморбідністю, деякі з них страждали порушеннями гемокоагуляції, що мали тривалий анамнез. Виразкові дефекти у ряду хворих локалізувалися в проекції великих судин шлунка і дванадцятипалої кишки, були хронічними. Чотирьом хворим із рецидивом кровотечі виконана повторна ЛФК, що призвело до подовження передопераційної підготовки. Летальність склала 2,2% і була зумовлена тяжкістю фонові патології.

Ефективним виявилось застосування традиційної ендоскопічної діатермокоагуляції (рис. 2) у комбінації з підслизовим ін'єкціями абсолютного або 70% етанолу по краях виразкових дефектів. Рецидиви кровотеч (7,1%) обумовлені, окрім перерахованих вище причин, труднощами під-

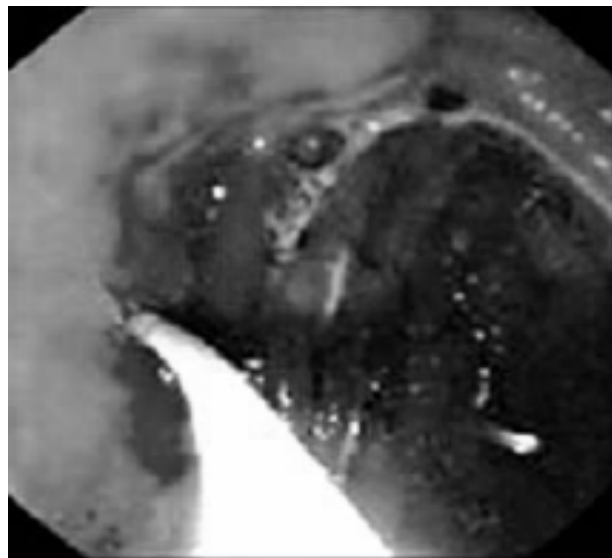


Рис. 2. Діатермоелектрокоагуляція діатермозондом CD-1L/2L

кровотеч. Це дозволило визначити ендоскопічну картину виразки зі схильністю до повторної геморагії.

На підставі наших спостережень встановлено, що найбільша ефективність гемостазу при інтенсивних (Іа і Ів ступеня) гастроуденальних кровотечах отримана при застосуванні одного з фізичних методів (ЛФК, ДК) у поєднанні з аплікаціями медичним клеєм або з підслизовим ін'єкціями етанолу. Ефективним був також послідовний вплив ЛФК сфокусованим, потім розфокусованим пучком і клейовими аплікаціями.

У цілому, у постраждалих внаслідок травм, ефективність ендоскопічної зупинки гострих ерозивно-виразкових кровотеч з верхніх відділів

шлунково-кишкового тракту багато в чому зумовлена правильним поєднанням і послідовністю перерахованих і обраних нами методів гемостазу.

Висновок

1.Ендоскопічний гемостаз слід вважати методом вибору для діагностики та лікування гострих кровотеч ерозивно-виразкового генезу.

2.Ефективність ендоскопічного гемостазу значною мірою залежить від вчасності виконання, навичок та досвіду хірурга, правильності вибору способу у конкретній клінічній ситуації.

Перспективи подальших досліджень

Полягають у порівнянні ефективності різних, не ендоскопічних методів гемостазу.

Література. 1.Бобров О.С. Гострі виразки травного тракту: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика (огляд літератури) / О.С. Бобров, М.А. Мендель, О.Л. Несторенко // Проблемы медицины. - 2000. - №3 (17). - С. 12-16. 2.Польовий В.П. Застосування ранньої превентивної терапії стресових і гострих виразок та ерозій шлунково-кишкового тракту у потерпілих з політравмою / В.П. Польовий, Х.Н. Нурдінов // Бук. мед. вісник. - 2011. - Т.15, № 4. - С. 65-68. 3. Cappell M.S. Acute Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding: Endoscopic Diagnosis and Therapy / M.S. Cappell, D. Friedel // Med. Clin. N. Am. - 2008. - Vol. 92. - P. 511-550. 4. Gottumukkala S.R. Endoscopic mechanical hemostasis of GI arterial bleeding / S.R. Gottumukkala, T. Kaltenbach, R. Soetikno // Gastrointestinal endoscopy. - 2007. - Vol. 66, № 4. - P. 774-782.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

В.П. Полевой, Р.И. Сидорчук, В.М. Георгица,

Х.Н. Нурдинов

Резюме. Рассматриваются вопросы эндоскопического лечения гастродуоденальных кровотечений, в том числе у пострадавших от политравм. Показано, что эндоскопический гемостаз можно считать методом выбора для диагностики и лечения острых кровотечений эрозивно-язвенного генеза. Эффективность эндоскопического гемостаза во многом зависит от своевременности выполнения, навыков и опыта хирурга, правильности выбора способа в конкретной клинической ситуации.

Ключевые слова: политравма, кровотечение, эрозивно-язвенные поражения желудочно-кишечного тракта, эндоскопический гемостаз.

ENDOSCOPIC TREATMENT OF BLEEDING FROM EROSIIVE AND ULCERATIVE LESIONS OF THE GASTROINTESTINAL TRACT

V.P. Poliovy, R.I. Sydoruchuk, V.M. Heorhitsa, H.N. Nurdinov

Abstract. The problems of endoscopic treatment of gastroduodenal bleeding, including victims of polytrauma are considered. It has been shown that endoscopic hemostasis must be considered as the method of choice for diagnosis and treatment of acute bleeding of erosive - ulcerative genesis. The effectiveness of endoscopic hemostasis is largely dependent on the timeliness of performance, skills and experience of the surgeon, the correct choice of method specific clinical situation.

Key words: polytrauma, bleeding, erosive - ulcerative lesions of the gastrointestinal tract, endoscopic hemostasis.

Bukovyna State Medical University,

(Chernivtsi)

Clin. and experim. pathol. - 2014. - Vol.13, №1 (47). - P.105-107.

Надійшла до редакції 07.03.2014

Рецензент – проф. Ф.В. Гринчук

©В.П.Польовий, Р.І.Сидорчук, В.М.Георгица, Х.Н.Нурдінов, 2014