

© Нікішаєв В.І., Запорожан С.Й., 2009

УДК 616-005.1:616.33.(342-002) – 036.1.88

ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА РЕЦИДИВУ КРОВОТЕЧ У ХВОРИХ З КРОВОТОЧИВИМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИМИ ВИРАЗКАМИ

Нікішаєв В.І., Запорожан С.Й.

Київська міська клінічна лікарня швидкої допомоги м. Київ; Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського, м. Тернопіль

РЕЗЮМЕ: у даній статті розглянуті причини розвитку рецидивів гастродуоденальних кровотеч виразкового генезу. Рецидивні кровотечі є причиною летальності у 30-40 % пацієнтів. Розглянуто клінічні особливості перебігу рецидивних кровотеч. Виявлено залежність частоти рецидиву кровотеч від локалізації виразки, супутні патології. Проаналізовано результати лікування 158 пацієнтів з рецидивними гастродуоденальними кровотечами виразкової етіології мініінвазивними ендоскопічними методами лікування (МЕВ).

Ключові слова: виразкова хвороба шлунка та ДПК, гастро дуоденальна кровотеча, рецидив кровотечі (РК), ромбова на судина, стигмати

Вступ. Кровотечі із верхніх відділів шлунково-кишкового тракту представляють собою одну з найактуальніших проблем невідкладної хірургії та ендоскопії частотою виявлення 50 – 172 випадки на 100 тис. населення у рік [1].

Однією із особливостей клінічного перебігу кровоточивих гастродуоденальних виразок є схильність до рецидиву кровотечі. Особливо небезпечними вважаються ранні рецидиви виразкової кровотечі, що виникають у термін від кількох годин – до 3-4 діб з моменту діагностики кровотечі.

Більшість авторів визначає рецидив виразкової кровотечі як повторну кровотечу в стаціонарі або на етапах самої госпіталізації [8, 11, 15].

Лише в окремих дослідженнях під рецидивом кровотечі розуміють повторну виразкову кровотечу, що виникає у віддаленому постгеморагічному періоді у зв'язку з черговим загостренням виразкової хвороби й рефракторністю виразки до консервативної терапії [2, 10, 12]. Близько 70-80 % виразкових гастродуоденальних кровотеч зупиняються самостійно [7, 12, 13]. Рецидив кровотечі (РК) розвивається в 20-30 % спостережень [2, 3, 9, 12, 13]. Більше 2/3 епізодів РК виникає протягом 24 год після первинної кровотечі і понад 90 % впродовж перших 72 год. [3, 8].

Встановлено, що РК у хворих із виразковою кровотечею є найбільш важливим фактором у визначенні прогнозу [2, 12, 14]. Рецидив кровотечі на етапах госпіталізації хворих зі шлунково-кишковими кровотечами виразкового генезу супроводжується значним зростанням летальності [2, 7, 13]. Так, летальність хворих із РК становить 30-40 % [7, 13]. Таким чином, якщо рецидив кровотечі вчасно попередити, то летальність може бути потенційно знижена.

Безсумнівна діагностика рецидиву кровотечі ґрунтується на появі повторного блювання свіжою кров'ю або крові по назогастральному зонду в поєднанні з гіпотонією [2, 7]. Сама по собі гіпотонія після початкової стабілізації гемодинаміки завжди вказує на рецидив кровотечі [2, 4, 5, 15]. Однак

рівень гіпотонії, при якій рецидив кровотечі стає очевидним, часто є вирішальним критерієм (систолічний артеріальний тиск знижується більш ніж на 15 ммрт.ст. [12]). Очевидним критерієм є також раптове підвищення частоти пульсу понад 100 ударів за хвилину [2, 4]. РК також визначали при зниженні рівня гемоглобіну, щонайменше на 20 % протягом 24 год після первинної стабілізації [2, 5, 11, 15] або зниженні рівня гематокриту більш ніж на 30% [11].

Раптове зниження ЦВТ також було запропоновано вважати одним з факторів, який визначає РК, що відбувся [15]. Таким чином, діагностика РК із виразки ґрунтується на виявленні основних і додаткових визначальних клінічних факторів або їх поєднання, що свідчать про масивну повторну кровотрату.

Екстрене ендоскопічне дослідження дозволяє не тільки верифікувати джерело кровотечі, визначити локалізацію та поширеність виразкової деструкції і стан гемостазу у виразці, а при необхідності застосувати засоби ендоскопічного гемостазу.

На сучасному етапі інтервенційна ендоскопія розглядається як золоті стандарт в інтенсивному лікуванні уражень верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, ускладнених кровотечею, тому сьогодні є актуальним розробка новітніх технологій ендоскопічної зупинки кровотеч.

Матеріали та методи. В основу нашого дослідження покладено результати лікування 5955 пацієнтів з 2000 по 2004 роки та 1620 пацієнтів із виразковими гастродуоденальними кровотечами, які знаходились на лікуванні з 2008 по 2009 роки. Рецидив виразкової гастродуоденальної кровотечі визначали як повторний епізод кровотечі, що наставав після її початкової зупинки в ході тієї ж госпіталізації. За час його розвитку визначали ранні кровотечі, які відбулися протягом 24 год, і пізні, що проявилися через 4 доби після госпіталізації хворого.

Виділяли два клінічні типи рецидиву кровотеч: гемо динамічно вагомий, обумовлений зниженням артеріального тиску менше 100 мм рт.ст. в поєднанні з більшою частотою пульсу та олігурією «26 спостережень»). Менш вагомі не супроводжувались вираженими гемо динамічними розладами (12 спостережень). Рівень летальності виявився значно вищим у хворих із гемо динамічно вагомими РК – 68 % проти 32%.

Ендоскопічна характеристика виразкової поверхні є вирішальним чинником для прогнозування наступного РК. При первинному ендоскопічному дослідженні встановили такий характер шлункового вмісту: кров (25), сформований згусток крові (8), кавова гуща (5). Діаметр виразкового дефекту – 0,7-1см було діагностовано у 7 пацієнтів (18,42%), 1,1-5 см – у 31 хворого (81,58%). Виявлення активної виразкової кровотечі, видимої судини або фіксованого тромбу є високою ймовірністю виникнення РК, тоді як їх відсутність вірогідно пророкує настання кінцевого гемостазу у виразці.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме, до хірургії, і може бути використана для лікування та профілактики рецидиву кровотечі при не варикозних ураженнях шлунково-кишкового тракту (виразки та ерозії шлунку і дванадцятипалої кишки, синдром Меллорі-Вейсса виразка Дьєлафуа). Поставлена завдання вирішується тим, що в способі лікування активної кровотечі та профілактики рецидиву при стигматах кровотечі F2A та F2B, при не варикозних ураженнях шлунково-кишкового тракту застосовується ін'єкційна терапія 0,9% розчином хлориду натрію: кількості 100 – 200 мл під субстрат (ділянку коагуляції) після попереднього проведення електрокоагуляції. Введення 100 – 200 мл 0,9% розчину хлориду натрію під субстрат веде до механічного здавлення більш глибоких судин, що, в свою чергу, припиняє кровоплин на той час, за який відбувається розсмоктування розчину, що надає можливість створити більш надійний тромб в кровоточивих судинах та запобігає виникненню рецидиву кровотечі. Спосіб лікування та профілактики рецидиву кровотечі при

не варикозних ураженнях шлунково-кишкового тракту реалізується наступним чином: під час проведення езофагогастроуденоскопії шляхом активної водяної іригації виявляють дефект слизової оболонки з активною кровотечею чи стигматами недавньої кровотечі. В інструментальний канал ендоскопу вводять електрод, притискають до ділянки пошкодження (кровоточива чи тромбована судина, згортки крові) та проводять електрокоагуляцію. Витягують електрод, вставляють інжектор, роблять укол під субстрат і вводять 0,9% розчину хлориду натрію в кількості 100 – 200 мл.

Результати досліджень та їх обговорення. При порівнянні результатів дослідження в першій групі пацієнтів виявлено, що при ендоскопічному обстеженні локалізацію виразки в ДПК виявлено у 2450 пацієнтів (78,8%), в шлунку – у 600 пацієнтів (19,3%), в шлунку і ДПК – в 12 (0,4%). Моніторинг фіброгастроуденоскопії виконано у 97,8% пацієнтів.

З 3108 госпіталізованих пацієнтів з шлунково-кишковими кровотечами ендоскопічне дослідження не було проведене у 26 пацієнтів (0,8%) через вкрай важкий їх стан, обумовлений ступенем крововтрати і важкою супутньою патологією.

Ендоскопічна верифікація джерела кровотечі на протязі однієї години з моменту госпіталізації проведена у 26 пацієнтів, пізніше 24 годин – у 53 пацієнтів. У 26 пацієнтів ендоскопія не проведена. Під час ендоскопічного дослідження встановлено розмір виразкового дефекту від 0,1 до 1 см у 19 пацієнтів (18%), від 1,1 до 3 см у 60 пацієнтів (62%). Ендоскопічний гемостаз вдалося виконати у 18 пацієнтів.

У 223 пацієнтів (7,2%) кровотечу зупиняли хірургічним методом, з них органозберігаючі операції (ТВ, СПВ, СВ з дренажними шлунок операціями) виконано у 152 пацієнтів (68,2%). Резекційні методи в лікуванні гастроуденальних виразок, ускладнених кровотечею (резекція шлунку за Білірот -1, Білірот-2) проведені у 71 пацієнта (31,8%), з них на висоті кровотечі – у 23% пацієнтів і в 77% – в ранневідстроченому періоді. Без оперативного втручання померло 99 хворих (Табл.1).

Таблиця 1

Розподіл хворих за віком і статтю

Вік хворих	Число спостережень		Чоловіки		Жінки	
	К-сть	%	К-сть	%	К-сть	%
21-30	2	1,9	2	1,9	-	-
31-40	3	2,9	2	1,9	1	0,9
41-50	11	10,5	6	5,7	5	4,7
51-60	11	10,5	9	8,5	2	1,9
61-70	29	27,6	21	20	8	7,6
71-80	30	28,5	20	19	10	9,5
81-90	18	15,2	4	3,8	12	11,4
91-95	3	2,9	-	-	3	2,9

При вивченні та аналізі залежності локалізації і розмірів виразкового дефекту від віку пацієнтів встановлено, що виразковою хворобою шлунка

пацієнти у віці від 21 до 60 років хворіли в 14 випадках, а у віці від 61 до 95 років – у 35 випадках (табл.2).

Таблиця 2

Локалізація кровоточивих виразок

Локалізація	вік	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	91-95
Шлунок		1	3	3	7	12	16	7	1
дпк		1	-	7	3	14	16	5	2
Шлунок+ДПК		-	-	1	2	2	1	-	1

При співставленні даних ендоскопічного дослідження встановлено залежність розміру виразкового дефекту від віку хворих. У віці від 61 до 95

років у 70 хворих виявлено розмір виразкового дефекту від 1,1 до 5 см. (табл.3).

Таблиця 3

Розміри виразкового дефекту у хворих різних вікових груп

Розміри виразкового дефекту	вік	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	91-95
0,7-1 см		-	2	3	3	4	2	1	-
1,1-5 см		2	2	8	8	24	32	10	4

У хворих з кровотечею з виразки шлунка спостерігали її рецидив частіше, ніж у пацієнтів з кровотечею із виразки дванадцятипалої кишки.

Частішими клінічними ознаками рецидивних кровотеч при шлунковій локалізації виразки були мелена, дьогтеподібні випорожнення, блювання “кавовою гущею”.

При дуоденальній локалізації були мелена та дьогтеподібні випорожнення.

Більш високий ризик рецидивної кровотечі визначали при задніх виразках дванадцятипалої кишки порівняно з передніми (12:6).

Самостійне проведення ЕІТ дало змогу практично в 100% випадків зупинити кровотечу, але частота рецидиву кровотеч при виконанні такого способу дуже висока, тому, на нашу думку, проведення ЕК після ЕІТ не дає можливості оцінити ефективність проведення ЕК.

Під нашим спостереженням із 2008 по 2009 роки знаходилось 1620 пацієнтів шлунково-кишковою кровотечею з верхніх відділів шлунко-

во-кишкового тракту, яким були виконані різні МЕВ. У першій групі пацієнтів (76 хворих) були виконані МЕВ, що включало проведення ЕК та ЕІТ за розробленим способом, а у другій групі пацієнтів (82 хворих) проводились БІТ та ЕК. Розбіжності за статтю, віком, джерелами кровотечі між групами не було.

Висновки.

1. Рецидивом виразкової кровотечі потрібно вважати повторну кровотечу під час вказаної вище госпіталізації.

2. Клінічними проявами РК слід вважати повторне блювання кров'ю або появу свіжої крові по шлунковому зонду, наявність повторної мелени в поєднанні з гіпотонією, зниженням показників гемоглобіну та гематокриту.

3. Розроблений спосіб дозволяє суттєво знизити частоту рецидив кровотечі, відмовитись від оперативного лікування та скоротити тривалість лікування хворих в стаціонарі з даною патологією.

ЛІТЕРАТУРА

1. Нікішаєв В.І., Задорожній О.М., Запорожан С.И. Патент на корисну модель №37051. Україна А61В 17/00. Спосіб лікування та профілактики рецидиву кровотечі при неварикозних ураження шлунково-кишкового тракту / В.І. Нікішаєв, О.М. Задорожній, С.И. Запорожан Заявлено 02.07.2008; Опубліковано 10.11.2008 / Промислова власність. Офіційний бюлетень. – №21.
2. Фомін П.Д., Запорожан С.Й. Фактори ризику летальності у хворих з гастродуоденальними кровотечами виразкового генезу//Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2007. – ТЛІ, №1. – С. 25-26.
3. Al-Akeely M.H, Alam M.K., Al-Salamah S.M., Abdu M.A, Al-Teimi I.N., Mohammed A.A. Initial factors predicting rebleeding and death in bleeding peptic ulcer disease II Saudi Med. J. – 2004. -25(5). – P. 642-647.
4. Brbllet E., Calvet X., Campo R., Rue M., Catot L., Donoso L. Factors predicting failure of endoscopic injection therapy in bleeding duodenal ulcer// Gastrointest. Endosc. – 1996.
5. Chung I.K., Kim E.J., Lee M.S. et al. Endoscopic factors predisposing to rebleeding following endoscopic hemostasis in bleeding peptic ulcers II Endoscopy. – 2001. – 33 (11). – P. 969-975.
6. Chung S.C. Peptic ulcer bleeding II Am. J. Gastroenterol. – 2001. – 96 (1). -P. 1-3.
7. Cochran T.A. Bleeding peptic ulcer: surgical therapy. Gastroenterol. Clin. North Am. – 1993. 22 (4). – P. 751-778.
8. Freeman M.L. The current endoscopic diagnosis and intensive care unit management of severe ulcer and nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage II Gastrointest. Endosc. Clin. N. Am. -1991.-1 (2). – P. 209-239.

9. Hawkey G.M., Cole A.T., McIntyre A.S., Long R.G., Hawkey C.J. Drug treatments in upper gastrointestinal bleeding: value of endoscopic findings as surrogate end points II Gut. – 2001. – 49 (3). – P. 372-379.
10. IOJaspersen D., Кцегнер Т., Schorr W., Brennenstuhl M., Raschka C, Hammar C.H. Helicobacter pylori eradication reduces the rate of P. rebleeding in ulcer hemorrhage II Gastrointest. Endosc. – 1995. 41(1). – P. 5-7.
11. 11.Lee Y.C., Wang H.P., Yang C.S. et al. Endoscopic hemostasis of a bleeding marginal ulcer: Hemoclipping or dual therapy with epinephrine injection and heater probe thermocoagulation. J. Gastroenterol. Hepatol. – 2002. – 17(11). -P. 1220-1225.
12. 12.Lin H.J., Hsieh Y.H., Tseng G.Y., Perng C.L., Chang F.Y., Lee S.D. A prospective, randomized trial of endoscopic hemoclip versus heater probe thermocoagulation for peptic ulcer bleeding II Am. J. Gastroenterol.- 2002. -97 (9).- P. 2250-2254.
13. 13.Millat B., Fingerhut A., Borie F. Surgical treatment of complicated duodenal ulcer: controlled trials II World J. Surg. – 2000. – 24(3). -P. 299-306.
14. H.Mischinger H.J., Cerwenka H., Marsoner H.J., Schweiger W, WerkgartnerG, Hauser H. Gastroduodenal ulcer bleeding/VEur. Surg.2002. – 34(4). – P. 220-224.
15. 15.Nagayama K., Tazawa J., Sakai Y. et al. Efficacy of endoscopic clipping for bleeding gastroduodenal ulcer: comparison with topical ethanol injection II Am. J. Gastroenterol. – 1999. – 94(10). – P. 2897-2901.

SUMMARY**DIAGNOSTICS, MEDICAL TREATMENT AND PROPHYLAXIS OF RELAPSE OF BLEEDING AT PATIENTS WITH BLEEDING GASTRODOUODENALNIMI ULCERS****Nicishaev V.I., Zaporogan S.Y.**

In the given article the reasons of development of relapses of the gastroduodenalnih bleeding of ulcerous-enezou were considered. The recurrent bleeding are the reason of lethality in 30-40 % patients. The clinical features of motion of the recurrent bleeding are considered. Dependence of frequency of relapse of bleeding is exposed on localization of ulcer, concomitant pathologies. The results of medical treatment are analysed 158 patients with the recurrent gastroduodenalnimi bleeding of ulcerous etiology by the miniinvazivnimi endohirurgichnimi methods of medical treatment (MEV).

Key words: peptic ulcer of stomach, gastro' duodenal bleeding relapse of bleeding, rhombus on vessel, stigmati