

Міністерство охорони здоров'я України
Асоціація хірургів України

КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 3 (841) березень 2013

Щомісячний науково-практичний журнал
(спеціалізоване видання для лікарів)
Заснований у червні 1921 р.



Нагороджений
«КРИСТАЛЕВИМ РОГОМ ДОСТАТКУ»
та медаллю «ТРУДОВА СЛАВА»
Міжнародного Академічного Рейтингу
популярності та якості
«Золота Фортуна»

Редактор
Г. В. Остроумова
Коректор
О. П. Заржицька

Видання включене до міжнародних наукометричних баз
SciVerse Scopus, EBSCOhost, Google Scholar та ін.

Затверджений постановою президії ВАК України
№ 1-05/1 від 10.02.10.

Свідоцтво про державну реєстрацію:
серія КВ № 1033.

Адреса редакції:
03680, м. Київ, МСП-03680, вул. Героїв Севастополя, 30,
редакція журналу «Клінічна хірургія».
Тел./факс (- 044) 408.18.11, <http://hirurgiya.com.ua>
e - mail: info@hirurgiya.com.ua
jcs@fm.com.ua

Передплатний індекс 74253

Підписано до друку 25.02.13. Формат 60 × 84/8.
Друк офсетний. Папір офсетний. Ум. друк. арк. 9.
Обл. вид. арк. 8,81. Тираж 1 500.
Замов. 124

Видавець
ТОВ «Ліга-Інформ»
03680, м. Київ, МСП-03680, вул. Героїв Севастополя, 30.
Тел./факс (- 044) 408.18.11.
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру
суб'єктів видавничої справи
ДК № 1678 від 04.02.04.

Надруковано з готових фотоформ
в друкарні ТОВ «Лазурит-Поліграф»
04048, м. Київ, вул. Костянтинівська, 73,
тел./факс (- 044) 417.21.70.

Розмноження в будь-якій формі матеріалів, опублікованих в
журналі, можливе тільки з письмового дозволу редакції.

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе
рекламодавець.

© Клінічна хірургія, 2013
© Ліга – Інформ, 2013

ISSN 0023 - 2130



КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 3 (841) березень 2013

Головний редактор
М. Ю. Ничитайло

Заступник
головного редактора
С. А. Андреещев

РЕДАКЦІЙНА
КОЛЕГІЯ

М. Ф. Дрюк
М. П. Захараш
В. І. Зубков
Г. В. Книшов
Г. П. Козинець
В. М. Копчак
О. Г. Котенко
Д. Ю. Кривченя
В. В. Лазоришинець
О. С. Ларін
П. М. Перехрестенко
С. Є. Подпрятів
Ю. В. Поляченко
А. П. Радзіховський
Б. В. Радіонов
А. В. Скумс
І. М. Тодуров
О. Ю. Усенко
Я. П. Фелештинський
В. І. Цимбалюк
В. В. Чорний
С. О. Шалімов
П. О. Шкарбан

РЕДАКЦІЙНА
РАДА

Я. С. Березницький
В. В. Бойко
М. М. Велігоцький
В. В. Ганжий
Б. С. Запорожченко
І. В. Іоффе
Л. Я. Ковальчук
П. Г. Кондратенко
І. А. Криворучко
В. І. Лупальцов
О. С. Ніконенко
М. П. Павловський
В. В. Петрушенко
В. І. Русин
Ю. С. Семенюк
В. М. Старосек
А. І. Суходоля
С. Д. Шаповал

ISSN 0023-2130



9 770023 213008 >

УДК 616.3–005.1–002.44–072.1–089.819

ЕНДОСКОПІЧНЕ ЛІКУВАННЯ КРОВОТЕЧІ ЗА ЕРОЗИВНО–ВИРАЗКОВОГО УРАЖЕННЯ ТРАВНОГО КАНАЛУ*В. П. Польовий, Р. І. Сидорчук, В. М. Георгіца, Х. Н. Нурдінов**Буковинський державний медичний університет***ENDOSCOPIC TREATMENT OF HEMORRHAGES IN EROSION–ULCER AFFECTION OF THE GUT***V. P. Polyoviy, R. I. Sydorchuk, V. M. Georgitsa, Kh. N. Nurdinov***РЕФЕРАТ**

Розглянуті питання ендоскопічного лікування гастродуоденальної кровотечі, у тому числі у постраждалих внаслідок політравми. Показано, що ендоскопічний гемостаз слід вважати методом вибору у діагностиці та лікуванні гострої кровотечі ерозивно–виразкового генезу. Ефективність ендоскопічного гемостазу значною мірою залежить від вчасного виконання, навичок та досвіду хірурга, правильності вибору способу у конкретній клінічній ситуації.

Ключові слова: політравма; кровотеча; ерозивно–виразкове ураження травного каналу; ендоскопічний гемостаз.

SUMMARY

The issues of endoscopic treatment of gastroduodenal hemorrhage, including that, occurring in the injured persons with polytrauma, were analyzed. There was shown, that endoscopic hemostasis must be considered the method of choice in diagnosis and treatment of an acute hemorrhage of the erosive–ulcer genesis. The efficacy of endoscopic hemostasis significantly depends on its timely performance, the surgeon training and experience, an adequate choice of the method in a special clinical situation.

Key words: polytrauma; hemorrhage; erosive–ulcer affection of the gut; endoscopic hemostasis.

У 4–15% постраждалих внаслідок травми спостерігають ураження травного каналу (ТК) у вигляді кровотечі [1]. Існують різні методи ендоскопічного гемостазу, що застосовують при кровотечі з верхніх відділів ТК [2]. Питання підвищення ефективності припинення кровотечі, крім загальноприйнятих методів гемостатичної терапії, полягає в пошуку оптимального поєднання ендоскопічних методик, що забезпечують найбільш надійний гемостаз [3, 4] і мінімальну частоту рецидивів кровотечі. Кровотеча з гострих виразок та ерозій проксимальних відділів ТК суттєво обтяжує стан постраждалих внаслідок травми, погіршує прогноз та результати лікування [2]. Водночас, проблема недооцінена та, відповідно, недостатньо вивчена.

Метою дослідження був порівняльний аналіз результатів лікування шлунково–кишкової кровотечі у постраждалих внаслідок травматичного ураження.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

За останні 10 років під спостереженням у клініці загальної хірургії перебували 628 хворих з шлунково–кишковою кровотечею різного генезу. Вік хворих від 18 до 94 років, у середньому ($47,5 \pm 9,17$) року. У 27 (4,3%) пацієнтів під час невідкладної езофагогастродуоденоскопії (ЕГДС) джерело кровотечі у верхніх відділах ТК не верифіковано. Згодом у них підтверджено кровотечу з верхніх дихальних шляхів, мезентеріальний тромбоз, кровотечу з товстої кишки, анемію, не пов'язану з кровотечею в просвіт порожнистих органів. Без проведення ЕГДС екстрено оперовані 15 (2,3%) хворих, зважаючи на триваючу профузну кровотечу. У 10 (15,9%) хворих ЕГДС не виконана через вкрай тяжкий (термінальний) стан, хворі померли. У 15 (2,3%) пацієнтів з кровотечею з дванадцятипалої кишки її ендоскопічне припинення було неможливе через декомпенсований стеноз пілороампулярної зони. У решти хворих діагноз кровотечі після ЕГДС виключений. У 482 (76,8%) хворих проведені

невідкладні ендоскопічні втручання з метою припинення кровотечі з верхніх відділів ТК або для заповнення їх рецидивів.

Провідне місце в роботі посідали фізичні методи лікувального впливу на джерела кровотечі через фіброендоскоп: діатермокоагуляція (ДК), кріовплив (КВ), що доповнювали аплікаціями медичного клею, підслизовими ін'єкціями 70% етанолу або абсолютним етоксисклерозом 0,5–1% розчином полідоканолу. У 412 (85,5%) пацієнтів ці методи застосовані в різних поєднаннях.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Ефективність первинного гемостазу при кровотечі з верхніх відділів ТК з використанням фізичних методів впливу у 85 пацієнтів з кровотечею невиразкової етіології становила 89,4%. Рецидиви кровотечі спостерігали у 10,6% хворих, в основному кровотечі з виразкоподібних (внаслідок розпаду) пухлин. Після повторної лазерної коагуляції або ДК через 1–2 доби частота рецидивів знизилася до 7,1%. Ці хворі оперовані, летальність 7%.

В окрему групу виділені 327 хворих з гастродуоденальною кровотечею виразкової етіології, у яких застосовували як окремі, так і поєднані методи фізичного впливу. Лазерна фотокоагуляція (ЛФК) у поєднанні з нанесенням плівкоутворюючих препаратів та статинів проведена у 179 (54,7%) хворих з гастродуоденальними виразками, ускладненими кровотечею.

Первинний гемостаз досягнутий у 95,5% хворих, рецидив кровотечі виник у 4,5%. При цьому необхідно мати на увазі, що більшість хворих були похилого та старечого віку, з тяжкою коморбідністю, у деяких з них були порушення гемокоагуляції. Виразкові дефекти локалізувалися в проекції великих судин шлунка і дванадцятипалої кишки, були хронічними. У 4 хворих з рецидивом кровотечі виконана повторна ЛФК, що зумовило подовження передопераційної підготовки. Летальність 2,2%.

Ефективним виявилось застосування ендоскопічної ДК в поєднанні з підслизовими ін'єкціями абсолютного або 70% етанолу по краях виразкових дефектів. Рецидиви кровотечі (7,1%) зумовлені, крім зазначених причин, труднощами підведення електрода та ін'єктора до дефектів анатомічно незручної локалізації. Повторне ендоскопічне втручання дозволило досягти припинення кровотечі у 3 хворих і підго-

тувати їх до оперативного втручання. Решта хворих оперовані в екстреному порядку. Летальність 4,1%.

Метод КВ більше використовували для попередження рецидиву кровотечі (Forrest Іа та Ів). Це вимагало додаткової ДК через 1–2 доби. Проте, це не потребувало екстрених операцій, всі пацієнти живі. Після припинення кровотечі у більшості хворих проводили динамічну моніторингову ЕГДС з метою визначення ризику рецидиву кровотечі, особливо після інтенсивної кровотечі. Це дозволило визначити ендоскопічну картину виразки з схильністю до повторної кровотечі.

Встановлено, що найбільша ефективність гемостазу за інтенсивної (Іа і Ів) гастродуоденальної кровотечі досягнута при застосуванні фізичних методів (ЛФК, ДК) у поєднанні з аплікаціями медичного клею або з підслизовими ін'єкціями етанолу. Ефективним був також послідовний вплив ЛФК сфокусованим, потім розфокусованим пучком і клейовими аплікаціями.

В цілому, у постраждалих внаслідок травми ефективність ендоскопічного припинення гострої ерозивно–виразкової кровотечі з верхніх відділів ТК багато в чому зумовлена правильним поєднанням і послідовністю застосування обраних методів гемостазу.

ВИСНОВКИ

1. Ендоскопічний гемостаз слід вважати методом вибору у діагностиці та лікуванні гострої кровотечі ерозивно–виразкового генезу.
2. Ефективність ендоскопічного гемостазу значною мірою залежить від вчасного виконання, навичок та досвіду хірурга, правильності вибору способу у конкретній клінічній ситуації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бобров О. Є. Гострі виразки травного тракту: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика / О. Є. Бобров, М. А. Мендель, О. Л. Несторенко // Пробл. медицини. — 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 // Буковин. мед. вісн. — 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 // Gastrointest. Endosc. — 2007. — Vol. 66, N 4. — P. 774 – 782.

